

Mailler le territoire, déconstruire l'ignorance : Histoire du réseau des consultations. Souffrance et travail

Marie PEZÉ

Résumé : *L'histoire de la création du réseau de consultation « souffrance et travail » contient en filigrane l'évolution profonde des organisations du travail, leur impact sur le rapport subjectif que nous entretenons avec le travail, l'apparition de nouvelles psychopathologies spécifiques et la construction des outils nécessaires à cette clinique de la complexité.*

L'histoire de la création du réseau de consultation souffrance et travail contient en filigrane une description de l'évolution profonde des organisations du travail, leur impact sur le rapport subjectif que nous entretenons avec le travail, l'apparition des nouvelles psychopathologies spécifiques et la construction des outils nécessaires à cette clinique de la complexité.

Des accidents du travail des années 1970...

Je me rappelle, lorsque j'étais enfant, le travail était le territoire dans lequel je ne pouvais qu'entrer plus tard, sans souci. J'allais gagner ma vie, la question ne se posait même pas. Le travail, à l'époque, semblait être comme l'air qu'on respire, nul besoin d'écrire des livres pour en démontrer la centralité.

En 1975, lorsque je commençais à travailler comme psychologue dans un service de chirurgie de la main, à la demande novatrice des chirurgiens, il était évident que perdre sa main au travail était

dramatique pour les ouvriers qui arrivaient aux urgences. Heureusement, les mains de l'équipe chirurgicale étaient là pour réparer, greffer ces mains détruites.

Je voyais bien que l'organisation de la consultation, de notre travail à tous, était entièrement centrée sur le bon fonctionnement de la mécanique administrative. Je voyais bien que l'hôpital pouvait ne pas être hospitalier. Être à l'heure au rendez-vous, apporter ses papiers, attendre longtemps sans se plaindre, guérir et oublier le chemin de l'hôpital, c'était cela le travail d'un bon patient. Quant aux médecins, ils soignaient un corps scientifique, cartographié par la dissection anatomique.

L'organisation du travail de nos patients était lointaine. Ses dégâts ne semblaient concerner que le corps physique. De temps en temps, un employeur accompagnait en consultation son salarié blessé, soucieux de la gravité de ses lésions. Quelquefois, un autre employeur se glissait, à l'heure des visites, au lit de son salarié fraîchement réveillé de l'anesthésie, pour lui faire signer des feuilles en blanc qui attesterait, plus tard, qu'il construisait une étagère chez lui avec la scie circulaire du patron. Les deux cas de figure étaient anecdotiques et alimentaient nos pauses café.

Si le travailleur ne guérissait pas, les chirurgiens me l'envoyaient. Ce n'était pas du côté du travail qu'on cherchait, mais du côté du psychisme individuel. Et je sortais mon tiroir psychanalytique ou psychosomatique. Tout paraissait clair, tout avait une explication. Ceux qui étaient en arrêt depuis des mois s'étaient enfoncés dans la sinistrose, ou bien leur appareil psychique imparfait les vouait à la somatisation, ou bien ils tiraient de leur situation des bénéfices secondaires¹. C'était déjà mieux que la théorie des chirurgiens pour qui ces patients, qui osaient ne pas guérir, étaient des simulateurs.

Je caricature à peine. Nos positions scientifiques étaient moralisatrices (donc peu scientifiques). Mais c'était le plein emploi ; si on ne travaillait pas, c'est qu'on était paresseux. Ou névrosé. Ou revendicateur.

Nos pseudo-perceptions scientifiques étaient bien sûr des perceptions communes, forgées par notre *a priori* et nos stéréotypes. Ces perceptions étaient partielles et orientées, nous ne le savions pas. Ma carte de psychanalyste, de psychosomaticienne, était ma vérité et me servait à lire mon territoire clinique.

1. « La personnalité de l'opéré en Chirurgie de la Main », Marie Pezé, *Encyclopaedia Universalis*, 1983.

Mais, voilà, la carte n'est pas le territoire.

Chacun d'entre nous a sa vision du monde, que nous pensons juste et universelle. Illusion ! Les limites de nos perceptions sensorielles, les projections liées à notre histoire infantile, les dogmes et stéréotypes culturels, les cadres scientifiques de notre discipline de formation, sont autant de filtres interprétatifs qui organisent la lecture de notre monde.

Nous pouvons entretenir l'illusion que notre carte du monde est juste, qu'elle rend compte de la réalité, que notre carte couvre toutes les questions remontant du territoire et même réduire le territoire à cette carte.

...aux douleurs neuropathiques des années 1980

À partir de 1985, les accidentés que l'on m'adresse décrivent de nouvelles douleurs, avec les mêmes images : sensations de brûlure, décharges électriques. Au fil des mois, ils s'enfoncent dans des dépressions quasi mélancoliques et me posent une colle. L'hypothèse de douleurs d'origine psychologique ne tient pas... Je « sens » quelque chose que je ne comprends pas et me refuse à faire entrer les patients de force dans les grilles apprises. Les accidents du travail auraient-ils changé de nature ?

J'ai entendu parler de François Boureau qui dirige, à l'hôpital Saint-Antoine, la première consultation antidouleur créée en France. Avec la générosité qui le caractérise, il me propose d'assister à ses consultations.

Pendant deux ans, j'accompagnerai 80 de nos patients à Saint-Antoine, pour une étude conjointe. C'est dans cette transmission amicale que vont s'édifier les premiers protocoles de prise en charge de la douleur du membre supérieur, surtout des douleurs neuropathiques, cruellement envahissantes et encore méconnues, dues aux écrasements accidentels en recrudescence.

C'est chez François Boureau, à qui je tiens à rendre hommage pour un héritage clinique décisif, que j'apprends à conduire ces entretiens prolongés qui permettent de reconstituer l'histoire de la douleur, ses conséquences, et l'histoire des traitements, bases d'une nouvelle pratique clinique.

Apprendre à coordonner les acteurs de soin

La prise en charge des patients douloureux chroniques nécessite la coordination des acteurs du parcours de soins : le contact avec le médecin conseil pour parer aux catastrophes administratives, avec le médecin traitant qui devra prendre la relève des prescriptions qu'il maîtrise mal,

pour une pathologie qu'il ne connaît pas, avec le psychiatre qui connaît les bonnes molécules, mais pas forcément ces tableaux cliniques, avec le médecin du travail quand il sera temps d'y retourner.

C'est là que j'apprends la complexe coordination de ces dossiers chronophages, la subtilité des contacts entre intervenants médicaux et administratifs, pierre angulaire des consultations souffrance et travail actuelles.

Faire de la dentelle avec la paperasse administrative, coordonner le travail des acteurs de soins, parce qu'ensemble, en équipe, on est plus efficace et moins seul face à la clinique de la complexité. Ce pragmatisme médico-administratif est aride et ennuyeux, mais, sans cette maîtrise, les patients tombent dans des impasses définitives face à la violence blanche des institutions.

Tout ce qui m'est transmis confirme mes intuitions. La douleur qui dure est une maladie à part entière qui n'a plus rien à voir avec la lésion d'origine. Définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage », la théorisation de la douleur chronique est une avancée majeure. Que le clinicien découvre ou pas une preuve objective de la douleur devient secondaire. Une douleur EST réelle si le patient DIT qu'il souffre. Une telle importance accordée à la parole du patient, jamais mise en doute, est aussi la règle dans nos consultations souffrance et travail, vous le savez.

Les TMS des années 1985 à la lumière de la division sexuelle du travail

Du coup, nous ne recevons plus que des cas compliqués dont on ne veut plus ailleurs. À l'époque, nos patients compliqués sont surtout des patientes. Femme de ménage en milieu industriel, caissière de supermarché, ouvrière d'usine... Éteintes, usées, abîmées et tristes, si tristes.

Même équipe de pointe, nous ne savons toujours pas ce qui se passe dans le monde du travail et nous regardons ces femmes usées avec nos stéréotypes. On ne peut pas parler de pénibilité du travail, tout de même, elles ne font pas de travaux de force comme les ouvriers du BTP ! Peut-être aller chercher classiquement du côté de leur vie personnelle ? Le départ des enfants de la maison ? L'usure du couple ? Ou bien la ménopause, avec ses transformations hormonales et identitaires ? L'usure due à l'âge ? Ne souriez pas, nous en étions encore là.

Mais certaines n'ont que vingt ans, trente ans ! Elles présentent déjà des atteintes des charnières dorsales, une traversée thoraco-brachiale pincée, des étirements du plexus brachial. Nous étions tous ignorants des nouvelles organisations du travail qui se mettaient en place et de leur impact sur les corps et les psychismes. Nous ne savions pas qu'une caissière scanne une tonne par heure à sa caisse².

Avec le temps, j'ai fini par regarder les livres sur les étagères de ma bibliothèque comme mon meilleur carnet d'adresses. Je suis chanceuse. J'ai pu rencontrer tous ces auteurs et ces penseurs. Jean Laplanche, Sami Ali, Jaques Gagey, Didier Anzieu, Pierre Fédida... Certains ont été mes enseignants à Censier. D'autres ont répondu à mes bouteilles à la mer, ces coups de fil ou ces lettres que j'envoie quand je ne comprends pas. C'est ainsi que j'ai pu intégrer le séminaire de Pierre Marty, à l'Ipso, où nous étions majoritairement des « provinciaux ». C'est à l'Institut de psychosomatique que je fais la connaissance de Christophe Dejours. Alors qui d'autre appeler quand la question du travail devient brûlante parce que, même en puisant dans tout ce que j'ai appris, je ne comprends pas ce qui se passe ?

« Viens me voir », me dit-il lorsque j'évoque ces femmes épuisées par la cadence, la répétitivité et le vide de leurs gestes de travail. Sa théorie sur la place du travail dans la construction de l'identité va vite éclairer toutes les zones d'ombre de ma clinique.

Mais oui, bien sûr, nous attendons la reconnaissance de ce que nous donnons au travail, corps et âme. Personne ne regarde le travail déqualifié de ces femmes de ménage en milieu industriel. D'ailleurs, Anne-Marie, l'une d'entre elles, en arrive à venir plus tôt dans ces immeubles anonymes dont elle nettoie les bureaux désertés le soir, pour croiser le visage des gens dont elle vide les corbeilles.

Bien sûr, nous voulons que notre travail soit utile au monde, beau et bien fait. Comme Fatima, la femme de ménage qu'on nous a envoyée de Garches avec une lettre dont la première phrase scellait le destin : « Nous vous adressons Fatima Elayoubi, marocaine et analphabète qui a développé une sinistrose dans les suites d'un accident du travail. » Elle me dit qu'elle fait un Picasso tous les soirs quand elle nettoie les classes³. Et que les enfants le lui défont tous les jours.

2. *Le Deuxième corps*, Marie Pezé, La Dispute, Paris, 2002.

3. *In Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Marie Pezé, Pearson, Paris, 2008.

Travailler par corps

Évidemment, la fiche de poste, les procédures, ne rendent pas compte de tout ce qu'il faut ajouter au travail pour qu'il soit fait. C'est dans cet écart entre le prescrit et le réel que se joue notre santé. L'aide-soignante à l'accueil de la policlinique, toujours épuisée sans savoir pourquoi, n'en revient pas lorsque nous établissons sa fiche de poste réelle qui compte six pages.

Bien sûr que, dans les bureaux des méthodes, les ingénieurs sont sûrs de détenir la vérité du travail et que le salarié, pensent-ils, n'a qu'à obéir avec docilité aux procédures pour que tout se passe bien. Il n'a pas à penser. Et si le salarié n'est pas docile, on peut lui rappeler qu'il y en a dix, vingt, trente dehors qui attendent. Une caissière scanne une tonne par heure à sa caisse. En plus de la contrainte de temps, elle le fait sous contrainte morale.

Bien sûr que celui qui travaille, travaille par « corps » tant le travail est sédimenté, incorporé dans ses gestes de métier. L'ouvrier sait à l'oreille qu'il a fraisé au bon micron. L'instit sait à l'oreille que les enfants sont au bord du chahut. Le chirurgien sait au doigt que le tendon est dilacéré. Je « sens » l'angoisse de mes patients. Des années de métier me permettent de repérer en quelques secondes, sans même m'en rendre compte, la sueur qui perle sur leur front, les pupilles dilatées, les mâchoires crispées, les téguments trop pâles, les mains crispées, la poitrine oppressée... Le métier, on l'a dans les mains, dans le corps.

Bien sûr qu'on ne travaille qu'avec celui en qui on a confiance et que cette coopération ne s'obtient pas en alignant des salariés dans le même espace ou en les emmenant le week-end à des stages de *team building*. Mais en les laissant, dans des espaces de délibération, élaborer leurs règles de métier et s'ajuster les uns aux autres.

Bien sûr que nous emportons dans le travail nos failles personnelles, issues de l'enfance, qui deviennent nos forces et nous permettent d'enrichir notre secteur professionnel. Je suis bien placée pour le savoir.

Cette centralité du travail devient un outil cardinal de ma consultation et de toutes celles qui se sont créées depuis.

Si un clinicien digne de ce nom sait que le type de décompensation ne dépend pas uniquement du travail, mais aussi de la structure psychique du sujet, il n'en demeure pas moins évident que cette décompensation est une rencontre entre une organisation psychique spécifique et une organisation du travail spécifique.

Alors comment dire à l'ouvrière qui souffre des vingt-sept bouchons qu'elle visse par minute, que son œdipe y est pour quelque chose ?

Comment dire au harcelé qui s'effondre à son poste : « Pourquoi n'êtes-vous pas parti plus tôt ? », de l'air entendu du psy qui pense que ce n'est pas normal de se faire humilier aussi longtemps, alors que démissionner fait perdre ses droits sociaux ?

Toutes ces jeunes femmes cadres de la Défense s'appuient-elles sur leur masochisme féminin pour accepter d'être payées 25 % de moins que les hommes ?

La division sexuelle du travail

Comment oublier que le monde du travail est sexué, que le corps au travail est « genré », que les métiers se répartissent entre métiers d'hommes et métiers de femmes, comme l'écrivent Danielle Kergoa⁴ Helena Hirata, Pascale Molinier⁵. L'hypothèse hormonale dans la genèse des TMS s'éloigne au profit de la division sexuelle du travail, de la naturalisation des savoir-faire féminins et de leur invisibilité.

Si ces femmes sont abîmées par le travail, si tristes, si elles sont atteintes par ce qu'on commence à appeler TMS, c'est que l'organisation du travail leur réserve la dernière place, en bas de l'échelle de métiers, celle réservée de surcroît aux femmes dont on dit qu'elles sont, par nature, propres, méticuleuses, capables de s'occuper des enfants, des malades, des vieillards. Cela va de soi, donc nul besoin de formation spécifique, ni de reconnaissance particulière ni d'un salaire excessif.

1996, création de la première consultation « Souffrance et travail »

Après le départ de François Iselin, je continue seule bien sûr. La consultation « Souffrance et travail » est créée en 1996 grâce à l'appui inconditionnel de Christian Tabiasco, directeur du Cash de Nanterre à l'époque, dans une institution qui accueille ceux qui ont basculé hors du monde et pour lesquels il faut une inventivité clinique sans relâche : température ressentie, Samu social, consultations de la précarité, consultations souffrance et travail ne pouvaient naître que là.

4. *Travail et rapports sociaux de sexe : Rencontres autour de Danièle Kergoa*, Xavier Dunezat Broché – 1^{er} septembre 2010, Collection « Logiques sociales », L'Harmattan.

5. *L'Énigme de la femme active*, Pascale Molinier, Petite Bibliothèque Payot, 2006.

Les pathologies deviennent criantes, caricaturales, dans ce département le plus riche de France, le 92 : Travail sous contrainte de temps, harcèlement, emploi précaire, déqualification, chômage, semblent le lot quotidien des salariés. Malades de leur travail et de leur solitude, je les vois débouler dans ma consultation. Les récits sont les mêmes dans la bouche des accidentés du travail, des ouvrières atteintes de TMS et des cadres de la Défense.

Il se passe quelque chose sur le territoire que ma carte de psychanalyste n'explique plus.

Les patients y arrivent toujours avec leurs TMS, mais d'autres présentent de spectaculaires tableaux de temps de guerre, les yeux hagards, en apnée, la peur au ventre. Ils évitent le quartier de leur entreprise ou bien ne sortent même plus. Car, pour eux, dehors, tout fait sens, la couleur de cette voiture dans la rue est celle du N+1, ce parfum croisé sur le trottoir est celui de la collègue qui baisse les yeux quand ils sont humiliés en public, ce bruit métallique est celui qui résonne dans l'atelier quand le chef les insulte. Et l'angoisse alors surgit, incontrôlable ! Cette femme médecin s'asphyxie dès qu'elle prononce le sigle de son entreprise et je dois appeler à l'aide Johnny Adeline, le médecin de la douleur pour la ventiler !

La nuit, ils rêvent de couloirs où, les épaules coincées, ils en sont rendus à attendre la boule blanche qui arrive de l'horizon et va les décapiter.

Je n'ai vu de tels symptômes que chez les accidentés du travail qui étaient tombés d'un échafaudage et avaient failli mourir. Voir de tels ravages chez les jeunes femmes cadres de la Défense, les caissières du supermarché du coin, les agents municipaux, me laisse sidérée moi aussi.

Que se passe-t-il dans le monde du travail ? Que leur fait-on ? Parfois, l'un plus courageux ou plus inconscient que les autres me glisse un guide de management interne en me suppliant de ne pas le faire circuler. Je découvre alors les techniques de management qui se diffusent dans les entreprises.

L'entretien spécifique avec le salarié en souffrance

Les pathologies présentées semblent issues désormais de violences collectives plus que de névroses personnelles, violences collectives qui dans les grandes entreprises de la Défense semblent sacrément orchestrées.

Quant à l'utilisation de l'approche psychologique habituelle sur ces patients, concepts psychanalytiques et psychosomatiques, je vois bien qu'elle peut devenir une véritable maltraitance « thérapeutique ». Ils s'accusent tous déjà bien assez de leur faiblesse sans y ajouter l'hypothèse de leur masochisme, de leur œdipe mal fichu, d'une résistance à la figure de l'autorité, d'une topique mal foutue... Il sera bien temps d'y revenir plus tard. Écouter l'autre est risqué. Car nous pouvons découvrir que nous l'écoutons avec des outils cliniques insuffisants.

La psychopathologie des violences collectives édiflée par Françoise Sironi⁶ devient pour moi un apport incontournable. Si ces violences collectives peuvent parfois forger des destins exceptionnels, elles engendrent plus fréquemment des troubles psychologiques durables, des psychopathologies et des sociopathologies lourdes de conséquences individuelles et collectives.

Les violences organisées ont une spécificité clinique, psychopolitique et des impacts cliniques puissants débouchant sur l'élaboration de dispositifs de traitements spécifiques.

L'entretien spécifique avec le salarié en souffrance au travail devient une épreuve. L'entretien est long, plusieurs heures, la chronologie des événements laborieuse, l'expression des affects douloureuse. L'épreuve est aussi celle du thérapeute, confronté aux puissants marqueurs psychiques qu'impriment les violences sociales dans la pensée et le corps du sujet. Ainsi que le souligne Françoise Sironi, dans sa psychopathologie des violences collectives, ces patients ne souffrent pas de troubles psychiques au sens traditionnel du terme, mais de traumatismes intentionnels, effets de pratiques organisationnelles malveillantes et-ou pathogènes.

Si le vecteur de la maltraitance est généralement personnifié par le salarié sous les traits d'un N+ quelque chose, étiqueté bourreau pervers, la véritable force agissante est systémique. La focalisation sur le bourreau désigné fait malheureusement écran, en rapatriant la situation professionnelle vers un toujours douloureux mais « simple » conflit de personnes.

Impossible d'oublier que les pathologies spécifiques au travail sont des pathologies de la solitude prescrite. Voilà pourquoi le patient ne doit pas être mis en situation d'écoute neutre et bienveillante. Écouter le vécu subjectif du salarié et le rapporter sans cesse à sa problématique personnelle revient à le rendre responsable de sa désaffiliation. À lui faire croire que ce qui lui arrive vient de ce qu'il *est* et non de ce qu'il *fait*.

6. *Bourreaux et victimes : Psychologie de la torture*, 1999, Françoise Sironi, Odile Jacob.

Ses souffrances sont aux confins de l'individuel, de l'organisationnel, du politique, du social. Lui imposer une théorie particulière équivaudrait à le maltraiter à nouveau par une grille d'analyse univoque.

Il faut revenir aux temps constructifs où le travail se passait bien, apportait du plaisir au patient. Lui laisser du temps, beaucoup de temps, plusieurs heures, pour décrire très précisément le travail, ce qui semble avoir le pouvoir de l'apaiser. Le retour des mémoires procédurales heureuses a un effet cathartique. Une psychanalyste sait donner du temps, mais c'est quelquefois tout ce qui reste de mon métier.

Avec la même méthode que pour la douleur chronique, je vais aider tous ces patients à reconstruire chronologiquement le moment où les conditions d'exécution de leur métier ont basculé, jusqu'à rendre le travail difficile, abîmé, infaisable. D'ailleurs, je suis moi aussi dans la même organisation du travail, neutre, standardisée, apragmatique, inefficace. Des bureaux informes, meublés de meubles hétéroclites, encombrants, de matériel médical et chirurgical, moi qui suis psychologue ! Une organisation lourde, administrative, stratifiée.

Pour parer à la solitude, créer un groupe et un réseau

Autant d'obstacles qui s'ajoutent au travail à mener, parcours solitaire heureusement partagé bientôt avec les deux autres pionniers, Marie-Christine Soula à Garches, Nicolas Sandret au CHIC de Créteil. Les parcours de ces premières consultations ont été solitaires, car personne dans la communauté scientifique ne partageait notre point de vue. Chacun avait sa carte et s'y accrochait *mordicus*.

« Marie, vos patients harcelés sont de petits paranoïaques ! », me disaient mes correspondants psychiatres formés à traiter des structures.

« Des salariés fragiles » répondaient les employeurs formatés à trancher entre fort et faible.

Il fallut bâtir très vite un nouveau réseau différent de celui de la douleur chronique, et un groupe de réflexion pour tenir. Médecins, avocats, inspecteurs du travail, MIRTMO, psychologues se réunissent mensuellement et, encore aujourd'hui, construisent des outils : la liste des techniques de management pathogènes, l'entretien spécifique à utiliser, le tableau clinique spécifique aux situations de harcèlement professionnel, la coopération médico-juridique, les ficelles médico-administratives sont autant d'outils issus du travail de ce groupe.

Dans ce groupe, c'est aussi la rencontre décisive avec maître Paul Bouaziz, bientôt rejoint par Maîtres Claude Katz, Rachel Saada, Benoit Arvis. Écouter le patient sans faire cesser la violence qu'il subit ni le faire sortir de sa situation pathogène devient impensable. Faire cesser, faire sortir, répète inlassablement Paul Bouaziz.

Une pierre d'angle essentielle, le Droit

Un de nos fondamentaux cliniques est que le droit n'est pas un outil lointain convocable dans les difficultés uniquement, mais régulateur des interdits sociaux. L'ordre juridique avec son cadrage du travail, la protection de la santé inscrite dans la constitution, la protection de la santé mentale et physique du salarié, l'exécution de mauvaise foi du contrat de travail, bref ce que notre société autorise ou pas dans les rapports sociaux au travail est un socle immense dont la méconnaissance est entretenue et dont les conquêtes sont sans cesse remises en question.

Au-delà des connaissances juridiques poussées que nos cliniciens spécialisés doivent acquérir, le recours à l'avocat pour un avis juridique n'est pas le dernier recours dans notre approche. C'est un acteur à part entière du parcours de soin dont l'apparition précoce peut changer la donne quant à la « partie faible » qu'est le salarié en face de l'entreprise. Il rééquilibre les forces et n'engage les patients dans le judiciaire que de façon raisonnable, acceptant l'hypothèse d'une sortie du contrat par la stratégie médicale si les défenses du patient sont mises à mal par la lente temporalité juridique⁷.

En 1998, souvenons-nous, malgré la grande richesse des recherches françaises sur les rapports entre santé et travail, c'est la notion de harcèlement moral qui va envahir tous les discours⁸.

Tous les salariés criaient alors : « Je suis harcelé ! » Insuffisance tragique de la plainte individuelle, centrée sur la psychologie du couple bourreau/victime. La plainte individuelle est immédiatement renvoyée à l'histoire personnelle, aux difficultés intimes. Quelqu'un de gentil se plaint de quelqu'un de méchant, de pervers : un chef, un cadre, un collègue. Dans la description de ses difficultés, il fait l'impasse sur son travail, s'en tient obstinément à une histoire de personnes, de caractères, de méchanceté.

7. *Psychopathologie des violences collectives*, Essai de psychologie géopolitique clinique, 2007, Françoise Sironi, Odile Jacob.

8. *Le Harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Marie-France Hirigoyen, 1999, Pocket.

La plainte des victimes se construit autour de la notion de respect et dénonce les atteintes à la dignité, appelant à la réparation. Quelle réparation possible pour un emploi perdu ? Pour l'atteinte à la santé mentale et-ou physique ? Pour la perte du sens du travail ?

Quelle réparation possible quand le couple « pervers-victime » s'avère plus complexe que prévu dans sa construction et que le récit du harcelé met à jour sa participation passive au mieux, au harcèlement d'un autre avant le sien propre ? Quelle réparation possible quand le bourreau dénoncé s'avère pris dans une idéologie collective où lui-même doit faire avec la conservation de sa santé ? Quelle réparation possible quand tout un collectif de travail s'est acharné sur un de ses membres pour ne pas s'effondrer ?

Résister à un ordre qu'on trouve inopérant ou injuste n'est pas simple. On peut préférer baisser les bras, on peut perdre courage. Parce qu'on a peur. Peur de ne pas y arriver, de perdre notre travail. Pour surmonter sa peur, il faut d'abord la comprendre : savoir de quoi on a peur, comment on nous fait peur, comment on construit la solitude au travail. Et ne pas rester seul. C'est ce que je dis à mes patients sur le pas de la porte lorsque je les raccompagne : « Vous n'êtes plus seul. »

Chacun a sa carte et s'y accroche *mordicus*. La carte du pervers narcissique est tellement plus juteuse que celle de la désagrégation des collectifs de travail.

Nos avocats s'insurgent alors, car la jurisprudence de l'exécution de bonne foi du contrat de travail était bien assez riche pour traiter ces questions et nous allons tenir bon contre le mouvement ambiant de dénonciation de harceleurs et de victimisation des « harcelés » pour rester sur l'obligation de sécurité qui devient, en 2002, une obligation de résultats.

Ouvrir les consultations aux documentaristes

Parce qu'on ne nous croyait pas, et que nous pressentions de plus graves violences à venir, nous avons ouvert nos consultations aux documentaristes⁹. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, de Sophie Bruneau et Marc Antoine Roudil, *J'ai très mal au travail*, de Jean-Michel Carré; *La Mise à mort du travail*, Jean-Robert Viallet et Alice Odiot, qui obtiendra le prix Albert Londres.

9. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, de Sophie Bruneau et Marc Antoine Roudil. *La Mise à mort du travail*, de Christopher Nick, Jean-Robert Viallet et Alice Odiot, en octobre 2009, qui reçoit le prix Albert Londres. *J'ai très mal au travail* de Jean-Michel Carré, en 2006.

En 2006, Les événements ont tragiquement donné raison à notre intuition de sentinelles de territoire. Il fallut atteindre un nombre de suicides incroyable, et de cadres, pour que l'on voie se multiplier les unes des journaux, se réunir plusieurs commissions parlementaires.

Les vagues de suicides de cadres sont plus ennuyeuses à expliquer. Là, on atteint le niveau « intelligent » des entreprises, n'est-ce pas ? Les fidèles courroies de transmission, formées très tôt au sentiment d'appartenance à l'élite, semblaient être les championnes de la performance individuelle, du *reporting*, du *benchmarking* entre les salariés. Pourquoi craquaient-elles soudain jusqu'à se défenestrer ou s'immoler ? Nous avons vu ressortir les bonnes vieilles explications, les fonctionnaires qui ne veulent pas s'adapter au changement, la fragilité individuelle, les problèmes personnels... De savants calculs statistiques qui tentaient de dédramatiser le constat : « Mais c'est un chiffre normal de suicide ! »

Déconstruire l'ignorance de celui qui travaille

Les recherches de J.-B. Fressoz¹⁰, sur la construction de l'ignorance, deviennent un atout majeur. Ce travail de déconstruction de l'ignorance, de déconstruction des modèles managériaux, de la peur induite, de la prétendue absence de chiffres, des stéréotypes, est omniprésent dans nos consultations. Il s'agit de faire du patient un salarié averti. Cinquième pierre d'un édifice baroque.

Ce que Fressoz nous rappelle, c'est que l'histoire des sociétés modernes n'est pas celle d'une acceptation joyeuse du progrès, de la technologie et de ses risques, mais davantage celle d'une suite de « petites désinhibitions modernes », savamment organisées. Il s'est agi, à chaque controverse devant un progrès technique, de produire de la confiance et de la connaissance, susceptibles d'influencer les populations, pour justifier l'innovation technologique et ses conséquences sur l'environnement.

Face aux oppositions pour l'implantation de gazomètres au milieu des habitations, par exemple, l'administration impériale va contribuer à l'érection d'une normalisation savante, un « devoir être » pour les processus techniques, en imposant l'idée que la science est capable de sécuriser les mondes productifs par la définition rationnelle et *a priori* des formes techniques. La science occupera désormais la place laissée vide par la suppression des corporations.

10. *L'Apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, 2012, Jean-Baptiste Fressoz, Le Seuil.

Sur ce point, l'auteur défend l'idée qu'il ne faut pas penser la construction du risque professionnel comme un dispositif de régulation d'un monde auparavant libéral, mais bien au contraire comme LA solution, promue par les industriels et les assureurs, à la régulation préalable, reposant sur la norme de sécurité, l'imputation des fautes et la compensation des dommages. Le compromis de 1898, la reconnaissance automatique de l'accident du travail, va instaurer une responsabilité sans faute qui aura, certes pour contrepartie, l'obligation pour l'employeur de contracter une assurance collective pour ses ouvriers, mais qui dépenalisera les crimes industriels. Les reculs actuels du droit laissent entrevoir la même éternelle dépenalisation, l'indemnisation, forfaitaire rappelons-le, des conséquences devant suffire.

Il est sûrement tentant, défensivement ou stratégiquement, de tenir un discours plus léger, positif uniquement, de parler de qualité de vie au travail. D'opposer aux plaintes des salariés des questionnaires quantitatifs de tout ordre, de mettre en place des lignes d'écoute vertes ou bleues, du coaching, bientôt des tests génétiques, des mesures du taux de cortisol du salarié !

Créer un certificat pour former des cliniciens chevronnés

Le nombre des consultations « Souffrance et Travail » n'a cessé de s'accroître pour répondre à l'augmentation des demandes. Le premier certificat de spécialisation en psychopathologie du travail est créé au CNAM en 2008 à la demande de Christophe Dejours pour former des cliniciens pointus. Un CS 30 alliant la richesse théorique de la psychodynamique du travail, de la psychanalyse, de la psychosomatique aux outils pragmatiques de la prise en charge de terrain, avec des enseignants aux premières loges des nouvelles pratiques cliniques.

Nos consultations sont hospitalières, le plus souvent adossées aux services de pathologies professionnelles, ou bien libérales. Dans certaines régions, elles sont quelquefois le seul recours de territoires désertés.

Le champ des envoyants s'est élargi : médecin, du travail, généraliste, spécialiste, avocat, Carsat, inspection du travail, encadrement, représentants du personnel, bouche à oreille et le site bien sûr. Ils arrivent, suivant les consultations, en ayant pris rendez-vous directement, ou en ayant écrit, ou sur courriers du médecin traitant, du médecin du travail, du psychiatre, de l'inspection du travail. Les styles d'entrée appartiennent à chacun d'entre vous.

Le dispositif est celui d'un face-à-face, semi directif : à côté du thérapeute, quelquefois un stagiaire. À côté du patient, quelquefois la famille ou un chihuahua dans le sac, nous disait Georges Jacob, qui consulte à Rouen.

Pour autant, où que nous consultations, quelle que soit notre discipline d'origine (psy, avocat, médecin, IPRP....), notre orientation théorique (psychoanalyse, médecine, droit, TCC), nous portons en nous les invariants, les fondamentaux déjà évoqués qui font notre particularité et la lourdeur de ces consultations. Leur richesse aussi :

Un travail de coordination des dossiers et surtout des acteurs de soins dans un pragmatisme médico-administratif qui est un outil thérapeutique à part entière.

– Un entretien spécifique, prolongé, outillé qui, au-delà des écrits qui en découlent (certificat, expertises), est aussi un outil cathartique à part entière. Le clinicien ne peut pas être seulement dans la neutralité bienveillante. Il y a trop de réel dans cette affaire de violence sociale. Le patient doit déposer sa détresse certes, mais aussi *déconstruire*, c'est-à-dire comprendre les mécanismes dont il a été l'objet, et *reconstruire* sa compréhension de la situation. Déconstruire les mécanismes dont il a été l'objet non pas parce qu'il présentait des « tares » méconnues ou parce qu'il a commis des fautes lourdes ou vénielles, mais parce qu'il défendait des valeurs d'exécution du travail, sédimentées par son expérience, son parcours, et les cercles vertueux où il avait jusque-là travaillé.

- Il travaillait bien. Il devient mauvais. Qu'est-ce qui a changé ? La qualité de son travail ? Ou les critères de qualité de ce qu'on lui demande de faire ? Ou ses collègues ?
- Une rencontre avec le corps au travail, le travailler par corps, le corps du travail réel mis en invisibilité, le genre des tâches, des métiers et des rémunérations.
- ≈La loi, le droit, la dignité, la santé, les tricheries, les délits, les crimes aussi pour ce qui concerne les viols, qui ramènent un peu de symbolique dans le désordre de certains récits.
- Le regard décillé des patients quand ils comprennent que les techniques de management utilisées contre eux le sont sur beaucoup, quand la double chronologie de la modification des conditions de travail et de la dégradation de leur état de santé leur fait prendre conscience que leur symptomatologie est en lien avec le travail, quand le travail de déconstruction de la peur vient à bout de leur effroi.

Une pluridisciplinarité qui n'est pas de façade

Les consultations spécialisées souffrance et travail font avec ce qu'on appelle « la clinique de la complexité », avec des symptômes et des conduites déterminés par une multiplicité de causes sans que l'on puisse dégager une instance ultime qui serait la clef explicative de l'ensemble : multiplicité de déterminants, de causalités, en constante interaction.

Notre pluridisciplinarité est notre sixième pierre d'angle. Non pas la juxtaposition des différentes approches, mais l'approfondissement de ce que chacune peut apporter et la construction des articulations entre elles.

Le travail thérapeutique met en jeu des processus corporels, émotionnels, psychiques, mentaux, familiaux et sociohistoriques. Chacun de ces registres relève de théories construites dans des champs disciplinaires étrangers les uns aux autres. Chaque clinicien doit construire sa propre pratique clinique qui ne peut être mise en œuvre que par lui-même, dans un dialogue permanent avec d'autres chercheurs et praticiens.

Nous sommes aussi des thérapeutes engagés, car nous travaillons sur des patients dont les symptômes ne sont pas uniquement structurels, ne viennent pas uniquement de l'état naturel. Je citerai à nouveau Françoise Sironi « Il est alors question d'une construction clinico-politique du réel, faite par des cliniciens engagés, surprofessionnels, pourrions-nous dire, parce qu'ils refusent de laisser enfermer la souffrance de leurs patients dans des diagnostics préétablis, et inaptes à rendre compte de cette souffrance, en sa spécificité. »

Des tableaux cliniques spécifiques

Nous défendons l'existence de tableaux cliniques spécifiques¹¹. C'est notre grand sept : la psychopathologie du travail existe : pathologies de surcharge, pathologies de la solitude, syndrome de stress posttraumatique dans les situations de harcèlement, paranoïa situationnelle, épuisement professionnel, conflits éthiques, suicides dédicacés, décompensations comportementales comme la chemise arrachée du DRH d'Air France, karoshi, somatisations de la sphère gynécologique chez les femmes en situation de harcèlement sexuel.

11. *Observations cliniques en psychopathologie du travail*, 2010, Christophe Dejours, PUF.

Pas sûr que tous les cliniciens puissent partager notre nosographie !

La psychopathologie du travail est une pratique engagée pouvant déboucher, le cas échéant, sur la mise en visibilité des faits sociaux ou politiques contemporains, dont nous constatons et analysons alors les « dégâts », au cas par cas, sur les sujets singuliers.

Donner du temps au patient pour penser son travail

Une frénésie s'est emparée de notre époque et donc aussi du monde du travail. Pour satisfaire une insatiable productivité, le rythme de travail s'est intensifié au-delà des limites du corps et du psychisme humain et nous vivons une vie d'athlètes de la quantité, sans répit, sans repos, prisonniers d'un train qui roule si vite que ceux qui sont dedans ne savent plus comment en descendre et ceux qui, au chômage, le voient passer, ne savent comment y monter. Voici la rançon de la nouvelle économie de marché.

La propagation du syndrome d'épuisement professionnel et la surutilisation de la notion de *burn out* ne doivent donc rien au hasard.

Celui qui s'en sort dans les organisations actuelles du travail n'est ni le plus fort ni le plus intelligent, mais le plus rapide. L'augmentation de la cadence des tâches à accomplir est présente partout, dans tous les secteurs professionnels, à des niveaux d'intensification qui pulvérisent toutes les limites neurophysiologiques et biomécaniques.

Donner du temps, prendre notre temps, faire des pauses, installer des silences, laisser la pensée se remettre en route. Si nous n'avions qu'une urgence vis-à-vis du patient, ce serait celle-là.

Tout au long de cet entretien, nous aurons fait des pas de côté, pour le décentrer, lui proposer nos hypothèses toujours du côté du travail. Le but est de lui donner ainsi accès à la logique des autres – sans que le thérapeute y apporte sa caution. Un excellent vendeur de voitures est poussé à la démission à cause de son trop gros commissionnement, même s'il produit le meilleur chiffre d'affaires ; le mécanicien qui fidélisait les clients par le bon compromis qualité/prix de ses réparations se voit imposer de gonfler les réparations et les devis, l'idée étant de vendre au client le produit le plus cher, non celui le mieux adapté à ses besoins... Il est certainement plus classique de convoquer l'hypothèse d'un chef pervers que celle, tragique, de la disparition des valeurs dans le cœur du travail.

La pensée immobilisée, sidérée autour de l'énigme du « pourquoi moi ? », peut reprendre son cours, même s'il s'agit de penser l'injustice, la

cruauté ordinaire. C'est souvent le moment mutatif où le patient s'interroge sur la validité des valeurs qu'on lui a inculquées, de celles qu'il transmet à ses enfants et de celles du monde qui l'entoure. Le rapport au monde est questionné profondément : rapport au vrai et au faux, au juste et à l'injuste, au bien et au mal.

La plupart du temps, le clinicien est placé en situation de réaffirmer l'existence et le partage possible de ces valeurs. Il lui revient de rappeler que les porter est une force, non une faiblesse, contrairement à ce que laisse penser le discours cynique ambiant pour lequel le véritable courage moderne serait celui de l'indifférence aux autres. Pour preuve, la solitude, l'absence de réaction de ses collègues, de son collectif de travail.

Un travail sans fin...

Si le tableau est puissant, il n'est pas rose.

Du côté des institutions, on reste, malgré les textes, décrets, jurisprudences, circulaires, plans divers, à la seule prévention tertiaire, soigner les blessés et de façon forfaitaire. Et rien dans les évolutions promises du droit du travail ne permet d'augurer l'inverse.

Au sein même de la communauté, les tiraillements théoriques et cliniques existent quant aux rôles et missions de chacun.

Les reproches qu'on peut nous faire de ne traiter que les victimes sans soigner les causes sont sans incidence sur l'immensité du travail à accomplir. Si l'on peut considérer l'existence de ces consultations comme un symptôme, il n'est pas près de se résorber.

Vous ne m'aurez pas entendu prononcer une seule fois le mot de « victime » dans cette présentation, car nous veillons à éviter cette nouvelle identité sociale avec son cortège de résilience, EMDR et autres thérapies *speed thinking*. Une immense majorité de nos patients retrouvent du travail et se reconstruisent grâce à lui.

En attendant que nos choix de sociétés bifurquent, en attendant que l'on soigne le travail, le réseau continuera donc sa dentelle de territoire. Même si, pendant ce temps-là, la carte mondiale, numérique, financiarisée, continue à dresser un tableau du monde qui n'est plus qu'un tableau de bord, un *reporting* instantané à la nanoseconde, bientôt un algorithme.

Marie Pezé

Docteur en psychologie, psychanalyste, ancien expert judiciaire, responsable du réseau de consultations « souffrance et travail »

Mots clés : Travailler par corps. Psychopathologie des violences collectives. Psychopathologie du travail. Clinique de la complexité. Pluridisciplinarité.

Knitting the territory, deconstructing ignorance: the history behind the consultancy network Work and Suffering.

Abstract: The creation of the consultancy network Work and Suffering and its history carries a fine-grained depiction of the fundamental evolution of work organizations, their impact on our subjective relation to work, the emergence of new and specific psychopathologies as well as the making of the instruments necessary for this practice of complexity.

Keywords: Working with the body. Psychopathology of group violence. Psychopathology of work. Practice of complexity. Multidisciplinarity.

Vincular el territorio, deconstruir la ignorancia: Historia de la red de consultas Sufrimiento y trabajo.

Resumen: La historia de la creación de la red de consulta sufrimiento y trabajo contiene implícitamente la profunda evolución de la organización de trabajo, su impacto en la relación subjetiva que tenemos con el trabajo, la aparición de nuevas psicopatologías específicas así como también la construcción de las herramientas necesarias de esta clínica de la complejidad.

Palabras clave: Cuerpopropiación. Psicopatología de las violencias colectivas. Psicopatología del trabajo. Clínica de la complejidad. Multidisciplinaria.

