

Chroniques de la violence ordinaire

Organisation psychique individuelle,
organisation du travail,
organisation du système de soins

Marie GRENIER-PEZÉ

Résumé. *L'auteure rend compte du suivi thérapeutique pluridisciplinaire de plusieurs patientes. Le matériel clinique recueilli a permis d'étudier les relations entre l'organisation psychique individuelle, l'organisation du travail et l'organisation du système de soins. Summary p. 138. Resumen p. 138.*

Freud opère en 1920 un virage théorique fondamental qui introduit dans l'économie psychique, aux côtés d'Éros, l'action d'une pulsion de mort. « Le but de l'Éros est d'établir des unités toujours plus grandes, donc de conserver ; c'est la liaison. » À l'inverse de cette force de cohésion, la pulsion de mort tente de « dissoudre les assemblages et ainsi de détruire les choses » (Freud, 1938). Le travail de déliaison tente de « détruire l'excitant, donc le sujet » (Fain, 1991).

La prise en charge de cette violence forme le clinicien à la perception des ressources vitales que possède un être humain, à l'évaluation de l'atteinte des capacités de liaison du psychisme. Le travail des psychosomaticiens confrontés à cette clinique, particulière et controversée, vise à rétablir la cohésion de la psyché, à assurer la circulation des contenus psychiques du patient afin qu'ils prennent sens et que le traumatisme s'inscrive dans l'histoire individuelle.

La démonstration pour le non-initié est immédiatement perceptible dans l'état traumatique car, dans le regard d'un être humain en état de choc, on peut sentir, de manière presque palpable, la masse

d'excitations déclenchée par le trauma, démolissant tout sur son passage. L'effraction du moi permet de saisir la capacité de liaison au moment même où elle est menacée : psyché grippée comme un moteur, blocage des affects, cauchemars répétitifs tournant en boucle, insomnie empêchant le rêve et l'accès à l'élaboration psychique. La violence vient du trop, trop vite, trop fort, trop grave. Cette déliaison traumatique est conjoncturelle.

Lorsqu'elle est structurelle, la déliaison entraîne un fonctionnement relationnel dévitalisé, l'adoption de réponses automatiques et conformistes, l'intériorisation des prérequis d'un système social. Ces caractéristiques induisent une pensée quelquefois féconde sur le plan intellectuel mais à laquelle manque la référence à un objet intérieur vivant (Marty, De M'Uzan, David, 1963). Cette pensée génère ce qu'on nomme en psychosomatique une « relation blanche », le sujet qui manie le réel de manière étroite et fossilisée se montrant présent mais vide.

Ce n'est quelquefois plus dans le fonctionnement intrapsychique du patient que les forces de déliaison sont repérables mais dans l'organisation du travail : celle du patient bien sûr, mais aussi celle des thérapeutes, qui engagent alors l'organisation du système de soins. Portée par un système, la violence faite aux sujets est une violence non relationnelle, que nous nommerons « violence blanche ».

Sortant d'une approche statistique, notre équipe a fait retour sur le suivi pluridisciplinaire de plusieurs patientes pendant trois ans, pour comprendre la violence exercée sur le corps et le psychisme par l'organisation du travail et l'organisation du système de soins. Au-delà de nos spécificités professionnelles – rééducation fonctionnelle¹, douleur², soins infirmiers³, sociologie⁴, ostéopathie⁵, psychanalyse –, nous avons utilisé notre seul outil commun, *la relation intersubjective*, pour rendre compte des chroniques de la violence ordinaire.

Rencontre entre l'anatomie administrative et le corps érotique

Nacéra a 25 ans. D'origine algérienne et mariée depuis peu, elle ne reste pas seule quand son mari travaille comme taxi la nuit et retourne chez

1. Dr Michel Thetio, hôpital Max Fourestier, CASH de Nanterre.

2. Dr Johnny Adeline, hôpital Max Fourestier, CASH de Nanterre.

3. Colette Capet, hôpital Max Fourestier, CASH de Nanterre.

4. Nadège Maréchal, CASH de Nanterre.

5. Renaud Golotvine, Collège européen d'ostéopathie.

ses parents, avec lesquels l'attachement est indéfectible. Elle reproche à son mari de manquer de douceur, de compréhension. Les heurts sont fréquents car il se comporte avec elle de manière « traditionnelle ». Elle a raté son bac à quelques points près et ne s'est jamais remise de cet échec qui lui a barré l'accès aux filières de formation choisies. Depuis un an, elle est caissière réassortisseuse dans un magasin discount. Le visage est fier, la voix est forte : « J'aime bien ce travail, être en contact avec les clients. Je suis vive, ça ne me dérange pas de travailler vite. Le problème, c'est l'ambiance. Dès qu'on s'entend avec la caissière d'à côté, on vous change de place pour ne pas que vous perdiez de temps à papoter alors que vous pouvez parler et taper en même temps. Et si vous parlez au client que vous finissez par bien connaître, en demandant des nouvelles des enfants, on vous change de magasin carrément. Le superviseur, il est toujours sur votre dos. Quand vous déchargez une palette, montre en main, il vous dit : "Je te donne six minutes !", alors qu'il sait que six minutes, c'est pas faisable. Comme vous avez besoin de travailler, vous finissez par tout accepter. Même de faire 5 000 F de caisse les heures creuses et de prendre des avertissements. J'ai une collègue mariée qui est tombée enceinte, le superviseur lui a tellement fait peur, qu'on voulait pas de femmes enceintes, qu'elle garderait pas son travail, qu'elle a fini par se faire avorter. »

Au fil des mois, ce n'est donc pas tant la charge de travail qui est devenue insupportable pour Nacéra que la *pression morale*, érigée en méthode de management et exercée pour obtenir de l'équipe une accélération du rythme. On discute beaucoup dans les vestiaires entre employés, du fait d'avoir à tout faire : laver les toilettes, tenir les vestiaires propres, être en caisse, décharger les palettes... Mais le jour où elle décide de prendre la parole devant le superviseur pour évoquer les injustices qu'il commet, tout le monde se tait, baisse les yeux et elle se retrouve seule à parler. La peur a joué son rôle de levier, la *coopération* est cassée.

Le courage intellectuel consiste à dire ce que l'on sait. « Réussie, l'action peut sauver du péril dépressif. Mais l'effet de la parole publique est pour une part imprédictible. Témoigner comporte des risques majeurs qui tiennent à l'effraction que cela peut entraîner dans la communauté du déni formée par les autres. Ce sont des risques pour le statut, la carrière, la tranquillité d'esprit et parfois même pour la vie. Ce sont aussi des risques pris pour les collègues, les subordonnés, pour les proches. Prendre la parole implique donc d'assumer durablement la souffrance de subir des représailles, la menace d'être mis au ban, de perdre ses amis » (Molinier, 1999).

Le 13 mai, Nacéra scannérise six bouteilles d'eau minérale et ressent une douleur d'arrachement dans le bras gauche. Aux urgences de l'hôpital voisin on l'arrête pour dix jours. Pas de radio. Son médecin généraliste prend le relais et prolonge l'arrêt. Les douleurs ne cèdent pas aux antalgiques périphériques. Ne voyant pas d'amélioration, le médecin ne doute pas de son diagnostic mais commence à douter de sa patiente et lui demande de reprendre son poste. Elle tient une heure en caisse. L'insatisfaction s'installe dans le couple patient-thérapeute. Nacéra demande conseil à droite, à gauche, entend parler d'examen électrique chez la pharmacienne. Elle nous arrive le 8 juillet. L'électromyogramme diagnostique une atteinte neurologique au niveau des vertèbres C5-C6, C8-D1, évoquant un étirement traumatique du plexus brachial. Son accident de travail n'est en fait que l'actualisation brutale d'une *lésion par efforts répétitifs*.

Pendant ce temps, en d'autres lieux, le dossier médico-administratif de cette patiente poursuit sa route. N'ayant en sa possession aucun argument médical sérieux, le médecin conseil décide logiquement de récuser le lien de causalité entre l'accident de travail et les cervicalgies invoquées par la patiente. Notre médecin de rééducation fonctionnelle transmet le diagnostic exact. Un avis rectificatif est émis par un deuxième médecin conseil qui perçoit la gravité du cas et s'engage à faire les démarches de reclassement professionnel, la patiente étant désormais dans l'incapacité de reprendre un travail manuel sous cadence et contrainte de temps. Nous informons le médecin du travail qui la déclare inapte, déclenche le licenciement lui ouvrant droit aux indemnités de chômage en attendant le reclassement COTOREP.

Ces démarches, finalement rondement menées, devraient éviter l'enlèvement habituel dans la chronicisation administrative de la pathologie et offrir à cette jeune femme la formation qu'elle n'a pas reçue. Ne nous réjouissons pas trop vite. Les forces de déliaison ne se laissent pas facilement entamer. L'employeur ne licencie pas, repréailles administratives bloquant tout le dossier de la patiente, nous obligeant à faire intervenir la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés et son service juridique. En même temps, en d'autres lieux, un nouveau médecin conseil se penche sur le dossier de la patiente et lève la consolidation prononcée par le médecin de l'équipe sans le prévenir. Quinze jours plus tard, un quatrième médecin conseil, vérifiant le dossier, nous invective pour souligner notre mauvaise prise en charge. La patiente est inapte, non consolidée...

Découpée en lanières administratives, Nacéra s'enlise dans son tableau douloureux chronique, au fil des notifications contradictoires, des

suspensions de versement d'indemnités, reprises quinze jours plus tard, des incessantes démarches à effectuer à des guichets anonymes, qui l'engagent dans un parcours où la preuve de sa pathologie doit être fournie.

Nacéra décompense selon sa *lignée structurelle*, sur un mode anxio-phobique. Désormais, elle a peur du noir, elle doit laisser une lumière allumée dans le couloir pour dormir. Elle fait des cauchemars d'étrangers dans la maison, de chien noir avec des dents qui surgit du fauteuil où elle s'assied toujours. L'intensité de sa douleur témoigne d'une difficulté à élaborer mentalement la violence subie qui déclenche la sienne en retour. À être traitée comme un chien, il y aurait de quoi mordre. Mais comment faire un travail mental alors que les séances sont envahies par des éléments de réalité nécessitant une intervention urgente auprès des différentes administrations ? Le morcellement, la désobjectivation du système de soins maintiennent Nacéra dans un *état traumatique*, et, en pointant sa symptomatologie psychique, tentent même d'invalider l'organicité de ses douleurs. L'expertise conclura à un faible taux d'incapacité permanente partielle pour « troubles névrotiques ». Son tableau anxio-phobique est pourtant un rempart défensif mental dont les psychosomaticiens ne cessent de souligner l'importance face aux somatisations.

L'agir expressif (Dejours, 1989) mobilise le corps au service de la signification. Il y est tout entier engagé : motricité volontaire, gestes, mimiques, viscères, respiration, sueur, tremblements. Mais Nacéra doit se taire pour garder son travail, pour ne pas perdre ses droits. Réprimer sa colère, tenir sa langue engage tout le corps. La défense musculaire devient permanente chez elle. Psyché grippée comme un moteur, Nacéra ne mémorise plus rien : dates de rendez-vous, décisions administratives, explications. La seule mémoire qui perdure est celle de la *douleur*, sensation compulsive qui signe, chez cette très riche structure hystéro-phobique, *la sollicitation expérimentale d'un niveau mortifère*.

L'organisation du travail mise au jour dans l'histoire de Nacéra est basée sur le morcellement des tâches, la neutralisation de l'activité mentale, le travail sous contrainte de temps, un écart trop grand entre tâche prescrite et tâche réelle, l'exercice « autorisé » de contraintes morales.

L'organisation du système de soins nous est apparu identique en morcelant le corps et sa prise en charge, en superposant à l'anatomie médicale et à l'anatomie érotique une *anatomie administrative* qui a préséance sur le fonctionnement psychosomatique réel, exerçant une violence administrative légale qui aggrave l'atteinte des niveaux biologiques.

Cette réduction uniformisante des tableaux cliniques aux tableaux de nomenclature entraîne une forme spécifique de pratique médicale. Le comportement relationnel avec le patient est dévitalisé, les diagnostics, les réponses cliniques – le sont-elles encore ? – et médico-administratives aboutissent à la stigmatisation des signes cliniques déviants, souvent étiquetés « psy ». L'intériorisation des prérequis du système devient rassurante, confortable émotionnellement grâce à la mise en place de mécanismes de défense puissants contre la perception de la souffrance du patient. La répression des capacités d'identification aux difficultés du patient est la clé de ce système défensif.

À la souffrance générée par la rencontre entre une histoire individuelle et une organisation du travail peut donc s'ajouter la violence blanche et ordinaire des effets iatrogènes du système de soins.

Attaque du rapport au réel et désorganisation psychosomatique

Claudine est assise sur une chaise dans le couloir, frileusement tassée sur elle-même. Elle porte un bonnet serré d'où s'échappent quelques mèches. Le kinésithérapeute ostéopathe de notre équipe la suit pour les séquences d'ablation d'un sein après cancer et me l'envoie.

Être psychosomaticien implique de trouver un registre thérapeutique pour aider cette femme à reconstruire une féminité, tout en gardant à l'esprit que la bascule dans le somatique demeure une potentialité majeure.

Il faut donc créer un espace psychique. C'est un appui précieux lorsque l'espace géographique s'avère défaillant. Au cours des mois de psychothérapie, Claudine et moi changerons vingt-sept fois de décor : taille du bureau, éclairage, disposition. Rien ne sera préservé du cadre hormis la permanence du lien à la thérapeute. Problèmes de travaux, mais surtout de priorité donnée aux consultations médicales, de « place » faite au psychisme, à sa représentante et à ses règles de métier. Claudine, derrière des portes chaque fois différentes, verra apparaître la même personne, s'installera dans le même espace psychique, inaltérable, toutes conditions inégales par ailleurs. Cette particularité de la prise en charge induira peut-être sa certitude que la thérapeute résiste aux conditions de travail et qu'elle peut donc parler des siennes. Cependant, l'atteinte de la permanence du cadre, socle de l'engagement corporel, psychique et éthique du psychanalyste, règle de métier fondamentale, ne sera pas sans conséquences psychosomatiques pour la thérapeute.

Claudine a 47 ans et est la dernière d'une fratrie de trois filles. Très attentive aux autres, Claudine ne supporte pas le conflit. Elle joue le tampon depuis toujours entre ses sœurs car le conflit, l'agressivité, la violence signifient le désamour. Après avoir été secrétaire de direction dans le privé, elle s'est lassée des heures de transport et a postulé dans une administration. Mariée jeune, elle a eu un fils – 23 ans. Le divorce a été difficile, vécu dans une grande culpabilité, avec le souci de « tenir » pour tirer l'enfant d'affaire. Elle a été très soutenue par ses parents. Elle a refait sa vie à 35 ans et mis au monde un deuxième fils – 7 ans.

Chaleureuse, sympathique, consciencieuse, ne ménageant ni son temps, ni sa peine, elle est respectée de tous. En 1994, un nouveau et jeune directeur technique est nommé. De février à septembre, tout se passe bien. Elle le met au courant du fonctionnement du service qu'elle connaît bien. En septembre, en rentrant de vacances, elle trouve son armoire vidée et son poste modifié. Très vite, son directeur est chargé de rédiger des marchés. Il lui demande de taper des fausses factures ; elle refuse.

Lorsque la première étape de la psychothérapie aura permis à Claudine de se réconcilier avec son corps, lorsqu'elle arrivera, à chaque séance, flamboyante de la pointe de ses cheveux repoussés et teints en roux au bout de ses chaussures rouges, nous pourrons en venir au harcèlement subi.

Car après le refus de taper les fausses factures, les repréailles n'ont pas tardé. En décembre, sa notation tombe. Elle a deux points en moins avec des commentaires désobligeants sur la mauvaise qualité de son travail. On installe un nouveau logiciel sur son ordinateur. Son directeur, sans lui accorder de formation, lui fait retaper des listings de dix-huit pages avec quarante-cinq items par page, qui sont pourtant déjà sur disquette dans d'autres services. Elle tâtonne sur son nouveau système, fait des fautes qu'il relève immédiatement. Pas des fautes de frappe mais des inversions qu'elle ne perçoit même pas à la relecture tant le socle identitaire est déjà secoué jusque dans son repérage spatio-temporel. Il ne lui adresse plus la parole, ne communiquant avec elle que sous forme de petites notes déposées sur son bureau. Quand il a relevé suffisamment de fautes de frappe, il fait un rapport pour sanction disciplinaire. Il demande aux collègues de Claudine de la minuter et de porter sur un bordereau les erreurs commises. Tous les soirs, elle rentre usée, humiliée, abîmée, isolée. Si elle répond, elle est génératrice de conflit, si elle ne réagit pas, elle s'en veut d'être lâche. « J'ai fini par être persuadée que je n'étais plus capable de faire quoi que ce soit. Il avait réussi. »

Dans un premier temps, les collègues adhèrent aux demandes du directeur. « Le pervers séduit toujours les membres du groupe les plus dociles, les soudant dans une critique commune de la personne isolée » (Hirigoyen, 1999).

« Les hommes avec qui il travaillait partageaient dans sa mouvance. Deux ou trois ont essayé de m'aider mais ils ont eu de graves problèmes. L'un a fait des attaques cardiaques. »

Claudine est attachée aux valeurs morales. Elle alerte le syndicat, ne se laisse pas faire. Elle prend un avocat fin 1995. Le personnel se mobilise enfin, une pétition en sa faveur réunit cent signatures sur cent dix. « Mes collègues se sont alors rapprochés de moi. Il y a même eu un grand déballage sur tout ce qui se passait. Il y a des choses qui sont sorties qui n'avaient rien à voir avec moi. C'est difficile à vivre parce qu'après, on n'est pas bien. »

Elle gagne son recours au tribunal administratif pour harcèlement. Mais on ne mute pas son directeur. C'est elle qu'on change de poste. On la met dans un service où sont transférées toutes les syndiquées. C'est le service sanction. Elle s'y sent mieux et la mobilisation générale se maintenant, ses collègues se relaient pour vérifier que tout va bien. Elle laisse la porte de son bureau constamment ouverte. Elle se sent à bout, déprimée. Elle a mal au bras mais ne prend pas cette douleur au sérieux. Épuisée, elle a des vertiges, des saignements hémorragiques. Mais elle a peur de s'arrêter, d'être en faute, à nouveau. Elle prend du Prozac pour tenir. En 1997, n'en pouvant plus, elle fait un bilan médical complet. Le radiologue lui annonce qu'elle a un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire, dans la salle d'attente, entre deux portes.

En psychosomatique, on convoque souvent le traumatisme comme agent déclencheur de la maladie. « Pour des raisons circonstancielles, dit Freud, l'individu au moment où il vit l'événement, ne peut laisser libre cours à l'expression de ses sentiments et de ses pensées, contraint de les écarter dans un clivage de conscience. » L'impossibilité, par inhibition, d'exprimer convenablement ses propres sentiments d'hostilité et de se protéger de l'agressivité d'autrui n'est pas toujours structurelle. Elle peut aussi être liée à une organisation du travail dans ce qu'elle autorise, couvre, rendant la prise de parole impossible.

Après sa chimiothérapie, les oncologues ont conseillé à Claudine de reprendre son travail. C'est effectivement une démarche positive qu'il ne faut cependant pas instituer de manière normative. Le renvoi au travail

s'inscrit dans le *déni* des séquelles du traitement et l'ignorance des conditions de travail. Car Claudine n'est pas guérie. Même après des mois de psychothérapie, elle a toujours peur de son ancien directeur, présent dans le service. Elle se réfugie dans le premier placard venu quand elle entend sa voix et, le dos collé au mur, le cœur battant à tout rompre, se sent coupable de se montrer aussi faible. Elle fait des cauchemars où elle se voit, nue, sur un escalier, menottée et faisant sous elle, tandis que la foule passe, indifférente, auprès d'elle. Les défenses des médecins n'étant pas toujours compatibles avec celles des patients, il faudra batailler pour obtenir la prolongation du mi-temps thérapeutique de Claudine. Classée en urgence travailleur handicapé par la COTOREP locale, elle pourra faire aménager son poste.

Le risque « de confondre la position de dominé avec une déviation psychonévrotique, masochiste » (Molinier, 1998) est constant tant chez le travailleur que chez le thérapeute qui laisse l'organisation du travail à la porte de son cabinet. Les dominés apporteraient leur consentement pulsionnel à l'ordre établi.

Le temps est venu d'aborder avec Claudine les techniques de harcèlement qui ont été utilisées contre elle. Le récit du rituel initiatique so utilisé chez les Béti du Cameroun (emprunté en totalité à Nathalie Zajde, dans son chapitre sur le traumatisme) prend pour Claudine valeur thérapeutique. Quatre temps y sont nécessaires. D'abord la mise en valeur des propriétés de l'identité initiale : la force, le courage du petit garçon. Puis, la déconstruction qui a pour but de briser cette identité initiale. La reconstruction et enfin l'accueil dans le grand groupe, la reconnaissance publique du statut d'initié.

La déconstruction passe par des épreuves spécifiques : chasser un animal, cueillir des noix de cola, s'allonger sur un lit d'orties, souffler dans une corne. Toutes ces injonctions s'avèrent paradoxales car l'animal à chasser est en fait un initiateur déguisé qui poursuit le garçon, les noix de cola sont dans un arbre à fourmis agressives. La corne n'est autre que l'anus d'un des initiateurs et il faut proclamer qu'il est bon de se coucher sur un lit d'orties. Situations de non-sens, de peur et de douleur physique mais dont le but ultime est l'affiliation à un nouveau groupe.

Le harcèlement est aussi une *technique* de destruction visant de manière délibérée la modification des personnes. Les mécanismes utilisés passent par l'*induction systématique* de situations de non-sens, laissant le travailleur dans un questionnement sans réponse sur la signification de ce qu'il est en train de vivre. Les actes sont de *nature aléatoire* et empêchent toute maîtrise intellectuelle de ce qui est vécu. L'utilisation systématique

d'injonctions contradictoires altère le rapport du sujet au réel. Le but ultime n'est pas l'affiliation au grand groupe des initiés mais la *désaffiliation de la communauté d'appartenance*.

Les situations de menace, d'injustice, où le rapport authentique au réel est remis en cause sans que le travailleur puisse le mettre en partage avec autrui, sont dangereuses pour la santé mentale. La construction de l'identité dans le champ social n'implique pas seulement la relation avec autrui mais aussi au réel. *L'identité est inséparable des actes techniques effectués par le sujet*. Au travail, la reconnaissance obtenue dans le registre du faire est rapatriée dans le registre de l'être. Remettre en cause les compétences et la contribution personnelle au travail déstabilise toute la dynamique de la reconnaissance et attente à l'identité que le travailleur construit dans le champ social. L'altération du fonctionnement cognitif, par le biais d'injonctions paradoxales, vient vite à bout des compétences et des savoir-faire, socles de la reconnaissance du travail accompli.

La guérison psychique de Claudine se concrétise lors d'un cocktail organisé sur les lieux de son travail. Elle entre dans la salle, découvre côte à côte son directeur général et son harceleur. Elle traverse la pièce, un sourire aux lèvres, va saluer son directeur, chaleureuse comme à son habitude. L'autre tend la main, fidèle à sa stratégie publique. Elle se détourne et s'en va, le laissant transparent et ridicule, la main en l'air.

La disciplinarisation des corps

Anne-Marie est une jolie jeune femme brune de 32 ans, issue d'une fratrie de onze enfants. Sa mère était déjà diabétique et cardiaque quand elle est née. Elle a vite appris à lui faire ses piqûres, à lui donner ses médicaments, à faire le ménage à sa place. Guère le choix, car cette mère malade est aussi la proie de crises de violence. Quand la maladie ne suffit pas pour obtenir ce qu'elle veut, c'est à coups de nerf de bœuf qu'elle frappe sur les enfants. Le mari est dépassé.

Anne-Marie rêvait d'être infirmière. Elle est partie en LEP à partir de la cinquième « pour faire employée de bureau, comptabilité ». Elle a laissé tomber après deux ans de CAP. « J'ai pas été loin. » Les activités sublimatoires se brisent vite sur la réalité matérielle. La prise en charge de la mère signifie l'impasse faite sur les projets personnels pour, en tant que fille, aider à élever le reste de la fratrie. La scolarité est écourtée, dirigée vers du travail sans qualification, vers des postes d'exécutante, sans lien avec les aspirations profondes de la personnalité.

« À 18 ans, j'en ai eu marre ; j'ai rencontré mon ami et j'ai tout de suite eu ma fille aînée qui a maintenant 14 ans. C'était un moyen de tout plaquer. Cinq ans après, j'ai eu ma deuxième fille, Sophie. Elle est morte à 14 mois d'une mort subite du nourrisson. Deux ans après, j'ai eu mon fils. J'ai toujours travaillé, surtout pour ne pas tomber dans l'endettement que j'ai connu après la mort de ma fille. Ça aussi, c'est pas donné. Il n'y a pas d'aide pour enterrer les enfants. Et moi, je voulais faire les choses correctement pour mon bébé. » « Après la mort du bébé, en juin 1990, mon mari a fait une dépression grave, il s'est mis à boire. Je me suis occupée de lui, de l'aînée, des démarches administratives pour le bébé. Tout, quoi. Pendant sa dépression, je me disais : "s'il me lâche entre les mains, qu'est-ce que je fais ? je viens déjà d'en perdre une." »

Elle travaille pour assurer la survie de la famille. Elle encode son deuil. Sans formation, elle prend ce qui vient, du travail à temps partiel, pensant trouver un bon compromis entre vie privée et emploi. « Je travaillais de 3 h à 8 h du matin, de 17 à 20 h. Les enfants se plaignaient qu'ils ne me voyaient jamais au dîner du soir, mais comment faire ? » Les tâches sont pénibles et effectuées à des horaires atypiques. « Entre travail domestique et travail à temps partiel, les femmes n'ont jamais autant travaillé dans des activités morcelées, les inscrivant dans une logique défensive plus que dans un accomplissement de soi. L'hyperactivité et le surmenage en sont les conséquences » (Molinier, 1997).

L'obéissance à la mère, intériorisée, se répète par la docilité dans l'exécution des tâches et la soumission à une organisation du travail qui ignore sa construction identitaire.

La violence subie naît du décalage entre tâche prescrite et réel du travail, entre la contrainte de temps et le souci de qualité. Le fossé à combler pour que le travail se fasse se comble alors au détriment du corps. Du contact forcé avec une tâche peu qualifiante naît l'absence de signification, l'inutilité des gestes à accomplir. Le sentiment de l'inutilité renvoie d'abord à l'absence de désignation et de destination du travail. La trajectoire professionnelle s'emboîte dans l'histoire infantile. Le corps docile et disciplinarisé est livré sans défense à l'injonction de l'organisation du travail.

« J'ai fait du conditionnement. Il faut mettre en boîte, faire des paquetages, rassembler des palettes, les filmer, les cercler. C'était des sacs de pâtes. Quand il y en a trop, elles sortent du sac, il faut les ramasser, remettre le trop-plein dans le sac, ça ralentit le travail. » « J'ai fait du repassage dans une boîte de pub aussi. Ils photographiaient des enfants alors il fallait repasser les vêtements vite fait. Ils étaient sympa, mais c'était une pièce sans

fenêtre. J'ai travaillé dans un labo, aussi, puis à la Banque de France. L'intérim c'est bien, c'est varié mais il faut vraiment leur prouver que vous êtes là. Ce sont des boîtes correctes. J'ai mon badge, mon code, ils me font totalement confiance. 400 m² de moquette à aspirer et la vaisselle aussi. Ils la laissent dans une bassine. Comme il n'y a pas de cuisine, je la fais dans un lavabo. Ils sont soixante-douze. Les verres, les couverts, les boîtes en plastique, le café, les tasses. » « Les gens des bureaux que je nettoie, je les vois jamais. Des fois, j'arrivais plus tôt pour essayer de les voir un peu. Comme ça, je vois mon patron, les filles, on boit un café ensemble. »

Arriver plus tôt au travail pour croiser ceux qu'autrement on ne verrait jamais est une stratégie personnelle pour construire une voie d'accès à la reconnaissance. Les liens sociaux ainsi créés parent à l'isolement. Les gestes d'Anne-Marie ne sont plus des enchaînements musculaires efficaces et opératoires. Ils sont des actes d'expression de sa posture psychique et sociale (Dejours, Dessors, Molinier, 1994) qu'elle tente de rendre visible. La prise en charge de la saleté, les tâches simples, répétitives, monotones nécessitent minutie, patience et rapidité mais aussi un sens éthique de la nécessaire prise en charge du réel. « Il faut bien le faire. » Pour tenir la contrainte de temps, Anne-Marie s'enfoncé dans un activisme défensif chez elle et au travail et accomplit les tâches ménagères à une allure de dératée. « J'aime bouger, le ménage pour moi, ça a toujours été un rythme, alors j'ai du mal à ralentir. »

« Un jour, je me suis réveillée la nuque bloquée. Le médecin m'a donné une pommade. Je lui ai dit que j'aurais du mal à soulever les gros sacs-poubelle pleins. "Non, je ne vous arrête pas. Pour votre moral, il faut aller travailler." Moi, avec la mort de la petite, je croyais que c'était dans la tête, que je me créais des douleurs. » Anne-Marie peut avoir la nuque bloquée. Malgré son jeune âge, elle présente une hernie discale protrusive en C4-C5 et une dénervation bilatérale C8-D1. Notre équipe pluridisciplinaire la prend en charge aux niveaux somatique et psychologique. Nous la faisons classer travailleuse handicapée, obtenant ainsi une allocation qui stoppe la ronde des huissiers. Nous obtenons du médecin conseil une prise en charge des soins à cent pour cent, libérant le protocole thérapeutique de la contrainte financière. La mise à plat des problèmes sociaux, médico-administratifs, la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire permettent à Anne-Marie de lâcher prise. Elle est opérée par greffe de corail dans un service de neurochirurgie avec lequel nous travaillons en réseau. La majorité des patients reprennent rapidement leur travail dans ce service après ce type d'intervention, confirmant ainsi l'équipe dans son excellence. Anne-Marie opère au cours de cette hospitalisation une mutation profonde, un remaniement psychique, fruit du

travail pluridisciplinaire. Elle porte un coup d'arrêt à sa défense par l'activisme. Elle veut partir en maison de repos, laissant mari, enfants, qu'elle a portés à bout de bras depuis des années.

On juge sa demande négative, on la pousse à reprendre le travail. La régression n'est plus guère autorisée dans les hôpitaux. Notre système de santé est ici gravement interrogé dans ce qu'il exige du patient. Il faut faire tourner les lits, dit-on. Le souci économique se double d'une attitude morale barrant l'accès au mouvement régressif, si précieux dans le processus de guérison. Le repli sur soi, le lâcher-prise, l'appui sur l'autre permettent une économie des forces physiques et psychiques tout entières consacrées au processus de guérison. Déconsidérée comme un retour à un fonctionnement infantile, la régression permet cependant au patient de revenir à des étapes dépassées de son développement mais solidement acquises, porteuses de bénéfices secondaires.

La qualité des liens établis entre nos deux équipes, le respect des compétences mutuelles vont me permettre d'explicitier la demande de repos d'Anne-Marie, de démontrer que, loin d'être négative, cette demande de régression est fondatrice d'un changement d'identité. Le départ de la patiente est autorisée.

La disparition du tableau douloureux chronique va permettre l'émergence des conflits psychiques non réglés. Dans l'équipe pluridisciplinaire, Anne-Marie semble avoir « désigné » le praticien de la douleur et la psychothérapeute comme parents de substitution. Avec eux, elle peut enfin revoir le déroulement de la mort de son bébé, minute après minute, devant les fausses interprétations, les croyances. Malgré la plainte déposée, Anne-Marie n'a jamais pu avoir accès au rapport d'autopsie et se libérer de sa culpabilité. L'accès au dossier médical de l'enfant grâce au praticien de la douleur, les explications fournies dans leur crudité mais surtout leur vérité ont un effet de perlaboration. Anne-Marie peut même retourner à la morgue de l'hôpital, où elle a vu des employés hilares accrocher une étiquette à la cheville de sa fille. Elle aborde sa souffrance avec sa fille aînée qui n'osait pas pleurer avec sa mère.

Son mode relationnel avec son mari, basé sur la peur des coups, demeure omniprésent. Mais le lien avec la violence vécue dans l'enfance devient possible, en séance. Le transfert sur le couple thérapeutique permet un remaniement des imagos parentales. Lorsque le mari intensifie sa violence, nous hospitalisons Anne-Marie pour la mettre à l'écart et travailler cette relation d'emprise. Six mois plus tard, Anne-Marie commence un reclassement professionnel, pour obtenir enfin la qualification qui lui revient.

Le travail du lien, une stratégie thérapeutique de défense ?

Le réel de l'organisation du travail – sa réglementation, son organisation, sa conception économique, son coût... – ne cesse de s'imposer dans la clinique hospitalière et pèse lourdement sur la prise en charge des patients, qu'elle soit médicale ou psychologique. Ses effets sur la santé mentale et physique imposent d'en connaître le fonctionnement.

Nous avons découvert que l'organisation du travail sous contrainte de temps pouvait porter atteinte à l'activité mentale du travailleur, détruire la pensée, le temps mort, la rêverie au profit du cognitif. Le système de soins relève aussi d'une organisation qui peut détruire le travail de liaison entre psyché et soma. Il faut choisir son camp, l'organique ou le psychologique. Être malade dans sa tête ou dans son corps. Les deux tiroirs ne communiquent pas. Être rangé dans l'un ou l'autre est lourd de conséquences quant au type de prise en charge.

Contre ce morcellement, cette désubjectivation, cette pensée opératoire administrative, notre équipe a institué, avant même tout protocole thérapeutique, le *travail du lien* entre les acteurs de soins, afin de former un collectif de travail réel autour de ces patientes.

Nous aurions pu, devant notre impuissance à assurer une prise en charge cohérente, développer un *déni de la perception de leur souffrance*, stratégie collective répandue chez les soignants. Défense compréhensible car l'échec du soin est une expérience d'impuissance intolérable. Maintenir la prise en charge de la souffrance de l'autre dans une organisation du travail qui ne la permet plus conduit à l'épuisement professionnel.

Mais l'échec est aussi appel au dépassement, à la recherche de solutions. Nous avons choisi d'élaborer une autre forme de pratique médicale reposant sur la *métis* et qu'on décrit en psychodynamique du travail comme intelligence de la pratique. Nous avons échafaudé ces stratégies thérapeutiques pour affronter la résistance du réel, la contrainte du système de soins. Ces *stratégies thérapeutiques*, si nous les espérons thérapeutiques pour nos patientes, le sont surtout pour nous, et, à ce titre, deviennent peut-être des *stratégies thérapeutiques de défense*. Elles sont construites pour colmater, en partie, la souffrance induite par le morcellement, la désubjectivation, la pensée opératoire administrative, le manque de moyens.

Partant du postulat que le travail occupe une place centrale dans notre construction identitaire, dans celle de tout être humain, que son besoin de reconnaissance passe par les jugements de *beauté et d'utilité* sur le travail accompli, nous avons tenté d'éveiller cette dimension chez tous les partenaires de soin – médecin du travail, médecin conseil, médecin généraliste.

Le déficit de reconnaissance du travail accompli, l'exercice solitaire dans une organisation du travail atomisée engendrent partout la même souffrance, les mêmes défenses. Reconnaître le travail de ses partenaires est un changement de posture intellectuelle fondateur. Passant outre l'éclatement géographique, le morcellement des prises en charge, l'inertie du système, nous exerçons un nouveau métier, celui de *tisseur de liens*. *Ce travail de lien*, constant, soutenu, recentre l'action de chacun des acteurs de soin sur nos patientes, énonce le sens du travail en équipe, permet la mise en commun des difficultés et des trouvailles, permet d'élaborer des *ficelles du métier* pour faire face aux impasses médico-juridiques.

Ce travail de tisseur de liens à l'intérieur du système de soins, souvent forcené et épuisant par l'investissement énergétique qu'il réclame de chacun d'entre nous, ressemble à s'y méprendre au travail du psychosomaticien face aux pulsions de mort à l'œuvre chez son patient. Aux forces de déliaison nous opposons nos forces de liaison, à la violence blanche l'énergie d'un collectif de travail.

Nous n'avons pas guéri médicalement nos patientes. Nous avons tenté de leur redonner une marge de manœuvre. Les médecins de l'équipe ont fait baisser le niveau de leur douleur, les médecins conseil et les organismes de reclassement professionnel ont échafaudé pour elles un statut et une reconnaissance sociale. L'ostéopathe a rendu le mouvement possible, la sociologue a entendu les itinéraires professionnels, l'infirmière de la douleur a tissé un maillage serré pour qu'aucune transmission ne se perde, la psychanalyste a tenté de donner du sens à la souffrance et écrit leur histoire. Elles finiront le travail, avec des outils psychiques plus affûtés par la psychothérapie et un corps dont elles entendent désormais les limites. Jamais seules car elles sont aussi les tisseuses des liens constitutifs de notre équipe.

Marie Grenier-Pezé
Docteur en psychologie, psychanalyste
Consultation Souffrance et travail, hôpital Max Fourestier,
CASH de Nanterre

Bibliographie

- DEJOURS C., 1989, *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Payot.
- DEJOURS C., 1993, *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, nouvelle édition augmentée, Paris, Bayard.
- DEJOURS C., DESSORS D., MOLINIER P., 1994, « Comprendre la résistance au changement », *Documents du médecin du travail*, INRS, 58 : 112-117.
- FAIN M., 1991, « Métapsychologie de la vie opératoire », *RFP*, 1 : 59-79.
- FREUD S., 1951, « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Payot.
- FREUD S., 1967, *Abrégé de psychanalyse*, PUF.
- HIRIGOYEN M.-F., 1998, *Le harcèlement moral*, Paris, Syros.
- MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C., 1963, *L'investigation psychosomatique*, PUF.
- MOLINIER P., 1998, « Autonomie morale subjective, théorie psychanalytique des instances morales et psychodynamique du travail », *Travailler*, 1 : 55-69.
- MOLINIER P., 1997, « Psychodynamique du travail et psychologie clinique du chômage », *Psychologie française*, 42 : 261-268.
- NATHAN T., BLANCHET A., SERBAN I., ZAJDE N., 1998, *Psychothérapies*, Odile Jacob.

Summary. *The author wishes to present the multidisciplinary therapeutic progress of several female patients. The clinical material that was gathered allowed to study the relationships between the individual psychic organization, the work organization and the healthcare system.*

Resumen. *El autor nos explica el seguimiento terapéutico pluridisciplinario de varios pacientes. El material clínico recogido permitió estudiar las relaciones entre la organización psíquica individual, la organización del trabajo y la organización del sistema de curas.*

Reussir Ou Crever [CD1]. Chronique De La Violence Ordinaire. Fatale Clique - Chronique De La Violence Ordinaire. Listen. Download MP3. Watch music video "Fatale Clique - Chronique De La Violence Ordinaire" online. Update music video. Send lyrics Send translation. Similar songs. Fatale Clique - La Vie De Reve. Swift Guad - Chronique Ordinaire. Fatale Clique - Les Lois De La Rue. Fatale Clique - Le Son De La Rue. Fatale Clique - Ca Vient De La Rue. Fatale Clique - L'instinct De Survie. Fatale Clique - Partout La MÃame. Fatale Clique - Mix Les Lois De La Rue. Fatale Clique - Suspect. Fatale Clique - Carnage. Chronique De La Violence Ordinaire 05. Prie Pour Moi 06. De Battre Mon Coeur S'est ArrÃ©t 07. Hors De ContrÃ´le feat Bakwane 08. Besoin D'espoir feat. Aketo & Just Brako 09. Zoubida Du Ghetto feat. Linx Karrera 10. Incontournable feat. Mac Kregor 11. See more of Chroniques de la violence ordinaire on Facebook. Log In. or. Create New Account. See more of Chroniques de la violence ordinaire on Facebook. Log In. Forgotten account? Pendant le confinement, une femme de 37 ans vivant prÃs de Morlaix dans le FinistÃre, a pu alerter une pharmacienne sur les violences conjugales qu'elle subissait de la part de son conjoint. Le procÃs du mari a lieu ce 3 Pendant le confinement, une femme de 37 ans vivant prÃs de Morlaix dans le FinistÃre, a pu alerter une pharmacienne sur les violences conjugales qu'elle subissait de la part de son conjoint.