

**Christophe Dejours, Isabelle Gernet, *Psychopathologie du travail*,  
Issy, Elsevier-Masson, 2012.**

**Dépression liée au travail (p. 70-71)**

Monsieur D. est un ingénieur âgé de cinquante ans travaillant dans une grande entreprise spécialisée dans la technologie aéronautique. Il se décrit comme extrêmement engagé dans son travail et exigeant vis-à-vis de lui-même comme de ses collaborateurs. Il reconnaît que son activité professionnelle remplit un rôle important dans son équilibre personnel, mais qu'il vit avec le risque toujours présent d'être « débordé ». Il situe cet investissement du travail comme un héritage de son histoire familiale, où les hommes de la famille ont tous été amenés à occuper des postes à responsabilités importantes au service de la défense et de la sécurité du territoire, ou de l'expertise portant sur les nouvelles technologies. Il a été mis en arrêt de travail pour dépression quelques mois auparavant à la suite de l'interruption d'un projet sur lequel une partie des salariés de l'entreprise s'était mobilisée pendant plusieurs années. Il évoque la manière dont ce projet, visant à la conception d'un outil technique innovant, a suscité l'engouement au sein de l'entreprise : des moyens financiers importants ont été alloués, une grande partie des salariés a été sollicitée. Monsieur D. travaille pour ce projet sans relâche, renonce à ses congés, travaille le dimanche tout comme ses collègues, ce qui génère progressivement des tensions avec sa femme et le reste de sa famille. Le projet est finalement arrêté avant d'avoir abouti, pour des raisons budgétaires et une réorganisation des priorités dans un contexte de maîtrise des coûts qui suscitent l'incompréhension de la part des salariés. Monsieur D. expose alors le scénario conduisant au « deuil » qui va précipiter l'entrée dans la dépression : le projet étant « planté », des corbeilles géantes, faisant office de poubelles, sont déposées devant les bureaux et tous les documents relatifs au projet doivent y être « jetés ». Rien de ce qui a été étudié et réalisé ne fera l'objet d'une reprise ou d'une capitalisation pour des projets futurs. Tous les efforts auxquels il a consenti, les renoncements qu'il a réalisés lui semblent désormais inutiles au regard du résultat du travail et s'abîment dans les mouvements dépressifs de désinvestissement : les remords, la tristesse, l'inquiétude pour l'avenir et le sentiment de dévalorisation imprègnent désormais le vécu de Monsieur D.

Monsieur S.(1) est un ouvrier du bâtiment âgé de quarante ans, reçu par le service des urgences d'un hôpital général, pour une symptomatologie délirante de type persécutif, évoluant depuis trois mois. Il présente des idées de référence - sentiment d'être suivi et observé, conviction qu'on le surveille et parle de lui à son insu. Sont également présentes des hallucinations acoustico-verbales, où des voix masculines l'injurient, le traitent de lâche, insultent sa femme et l'enjoignent de divorcer. Les troubles se sont déclenchés trois mois auparavant à la suite d'un accident du travail. Monsieur S. a chuté d'un échafaudage, mais est parvenu à se rattraper à un balcon, ce qui ne lui a laissé aucun dommage corporel. Une semaine plus tard, alors que Monsieur S. n'a pas souhaité prendre d'arrêt de travail, vont apparaître des troubles du sommeil, avec des cauchemars répétant la scène de la chute, une montée progressive de l'angoisse, de l'irritabilité et des idées de référence. L'investigation clinique va permettre de resituer la décompensation de Monsieur S. dans un contexte professionnel et familial particulier. Depuis son départ du Maroc et son arrivée en France à l'âge de vingt-deux ans, il a toujours travaillé dans la même entreprise et appris son métier sur le tas auprès de peintres en bâtiment professionnels. Il loge dans le même temps dans un foyer de travailleurs qu'il va quitter pour s'installer dans un appartement avec sa femme et ses trois enfants au moment de leur venue en France un an auparavant. Au cours de cette période, des changements vont également se produire dans l'organisation du travail installant progressivement une transformation des contraintes du travail pour Monsieur S. et ses collègues. C'est le fils du patron, qui reprend l'entreprise et instaure une augmentation des cadences associée à une affectation sur les chantiers (intérieur, extérieur) ne tenant pas compte de la qualification des ouvriers.

(1) Bensaïd A. (2010). Apport de la psychopathologie du travail à l'étude d'une bouffée délirante aiguë. (Observation clinique [1990/2010]). In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUR

La convivialité qui existait précédemment entre les ouvriers s'efface pour laisser la place à la méfiance et la suspicion entre collègues pour savoir qui dénonce les pots et les pratiques de consommation d'alcool entre collègues, au cours desquels on se retrouve pour « se raconter le boulot ». L'investissement de sa vie de famille maintenant présente physiquement auprès de lui est important à ses yeux et le conduit à manquer les temps de retrouvailles entre collègues. Il se retrouve confronté à un isolement progressif du collectif de travail, collectif déjà déstabilisé par les changements d'organisation du travail. La crise psychique consécutive à l'accident révèle la faillite des processus défensifs face au risque mortel : Monsieur S. ne peut plus avoir recours à l'idéologie défensive virile qui structurait le collectif de travail (blagues, conduites de défi et de bravade face au risque, consommation d'alcool entre « copains »), le protégeait contre la peur et lui permettait de se défendre contre la souffrance engendrée par l'activité de travail dangereuse. Les hallucinations (voix d'hommes) le somment de divorcer, comme une tentative de solder les difficultés psychologiques issues du conflit entre les exigences défensives

structurées par les conduites viriles qui dénie la peur et la vulnérabilité du corps d'une part et l'engagement affectif auprès de sa femme et de ses enfants qui l'amène à devoir prendre soin d'eux d'autre part. L'épisode psychotique apparaît comme la résultante de la sollicitation simultanée de registres affectifs habituellement séparés par les opérations défensives : Monsieur S. ne parvient pas à simultanément se montrer tendre et attentionné et opposer un déni à la souffrance.

L'élaboration psychique de la contradiction existant entre les contraintes de travail et les investissements affectifs de sa vie privée au cours d'un travail psychothérapique sera rendue possible par un travail d'interprétation portant sur sa situation actuelle et par un changement de poste de travail, décidé par Monsieur S. lui-même, conduisant à la disparition complète de la symptomatologie psychotique sans traitement neuroleptique.

## **Syndrome post-traumatique (p. 77-78)**

77

Dans les ONG, les responsables sont préoccupés de la gestion du « stress et du trauma » par les volontaires intervenant en situation d'urgence sur le terrain (catastrophes naturelles, guerres civiles et conflits armés...), mais également lors des retours de mission. La participation à des programmes de reconstruction, ou à des aides au développement qui se révèlent parfois préjudiciables pour certaines catégories de population et instaurent des discriminations concernant les « bénéficiaires », s'avère contradictoire avec les valeurs qui ont présidé à l'engagement humanitaire (altruisme, compassion...) et génère de la souffrance. La poursuite du travail en situation d'injustice nécessite le déploiement de stratégies collectives de défense qui « gauchissent » la pensée et s'appuient sur des constructions symboliques qui stigmatisent ou disqualifient les populations locales (des « pays sous-développés », ou « moins avancés »), en vue d'entretenir le déni sur la réalité qui fait souffrir.

78

Le retour de mission se révèle être une période particulièrement « sensible » et propice au déclenchement de troubles post-traumatiques dans la mesure où il coïncide avec l'arrêt du recours à l'idéologie collective. Apparaissent en effet des troubles de type dépressif, des troubles du sommeil avec des reviviscences nocturnes des épisodes critiques des missions, des manifestations anxieuses, des difficultés de concentration, une irritabilité, mais aussi de la déception, de la culpabilité... Ces manifestations cliniques seraient les témoins de l'émergence d'un travail de conflictualisation des motions pulsionnelles qui se voyaient jusque-là endiguées ou contenues par les constructions symboliques et idéologiques véhiculées par les stratégies collectives de défense.

Jeannine (8) est une femme de quarante ans, reçue en consultation dans un service psychiatrique pour des troubles cognitifs et psychomoteurs. Elle apparaît épuisée, irritable, présentant des insomnies et ralentie sur le plan psychomoteur. Elle présente également des troubles de la mémoire : perd ses affaires, interrompt en cours de route ses activités sans se souvenir du motif d'interruption ; ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration. Mais elle semble particulièrement inquiète concernant l'aggravation des troubles psychomoteurs qui se traduisent par la perte de ses capacités manuelles et créatrices dont elle était fière : elle casse les objets, elle rate ses recettes de cuisine, elle se trouve démunie pour la réalisation des activités les plus simples. Elle choisit de s'isoler pour éviter d'alerter ses relations sociales et familiales, mais se montre soucieuse à propos de son travail, dans lequel ses troubles commencent à lui poser problèmes. Elle occupe, depuis un an, un poste d'employée de commerce dans un grand magasin spécialisé dans l'habillement et le tissu d'ameublement. Elle a trouvé ce poste à la suite de la construction d'un projet professionnel de reprise d'emploi élaboré parallèlement à un travail psychothérapeutique initié après une tentative de suicide trois ans auparavant. Le travail clinique réalisé à la suite du passage à l'acte avait conduit à resituer le geste suicidaire (absorption de médicaments) dans le contexte de transformations de la vie familiale (départ des enfants du domicile, retour à une vie de couple, absence de projet « utile » à réaliser, attente anxieuse du vieillissement, de la maladie et de la mort). L'insertion professionnelle qui a suivi a contribué à activité de travail ses compétences et « qualités féminines » qui avaient étayé son identité dans les tâches domestiques et familiales.

- (8) Guiho-Bailly M.P., Lafond P. (2010). Docteur, l'Alzheimer à mon âge ça se voit ? (Présentation clinique). In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUR.

La crise psychique actuelle s'inscrit dans une évolution de sa situation de travail suite à la mise en place par la direction de restructurations basées sur la polyvalence des effectifs et sur la flexibilité des horaires. Les activités des vendeuses et vendeurs se voient progressivement transformées : il est attendu de pouvoir assurer de manière interchangeable les services à la clientèle, la gestion des stocks, de passer des commandes, de faire la manutention des vêtements et tissus, de remplacer les collègues absents, de former les nouvelles recrues... L'imprévisibilité des tâches, associée au manque de reconnaissance et à la perte d'autonomie dans le travail, pèse de manière pénible sur les salariés et contribue à dégrader l'ambiance et la solidarité entre collègues. Les troubles cognitifs qui se déclenchent résultent de la parcellisation des tâches qui induit un mode d'investissement psychique fragmenté : le travail à accomplir est devenu « irréprésentable ». Le travail d'élaboration du mouvement de déstructuration cognitive à partir d'une prise en charge spécifique (consultations avec la psychiatre centrées sur la situation actuelle de Jeannine et séances de relaxation) va aboutir à la sédation de la symptomatologie. Une reprise du travail après un arrêt maladie de trois mois se fera progressivement (mi-temps thérapeutique) dans le contexte d'un changement dans l'organisation

du travail déclenché à l'issue d'un signalement sur les problèmes de santé mentale effectué par le médecin du travail et de la mobilisation conjointe de Jeannine et de ses collègues auprès de l'inspection du travail.

### **Tentative de suicide (p. 106-107)**

Madame V. B. est une femme de quarante-trois ans qui travaille comme cadre dans une entreprise high-tech multinationale. Suite à ses études scientifiques, elle fait une brillante carrière qui la conduit à prendre en charge la responsabilité du service de formation de son entreprise. À la suite de l'adoption d'un enfant avec son mari avec lequel elle a déjà trois filles, elle demande à travailler à temps partiel, demande qui lui sera accordée mais mal vue par sa hiérarchie. Commencent alors la déstabilisation et le désaveu de son engagement dans son travail : les responsabilités vont lui être retirées et des missions peu qualifiées vont lui être confiées. Des brimades et des manœuvres humiliantes pour la disqualifier la conduisent à prendre un congé maladie et suivre un traitement psychiatrique en ambulatoire pour dépression. À la reprise du travail, des tâches déqualifiées et subalternes lui sont à nouveau confiées. Elle se suicide peu de temps après en se jetant du haut d'un pont à proximité de son entreprise. Elle laisse une lettre à la déléguée du comité d'entreprise, lui demandant de la rendre publique après sa mort. L'histoire du suicide de Madame V.B. met en évidence les rapports de domination qui alimentent la culture de performance de l'entreprise, et permet de discuter l'hypothèse de nouvelles formes de servitude dans le travail. Les éléments recueillis auprès de l'entourage témoignent de son investissement passionné dans son travail et de sa réussite dans les missions qu'elle entreprend. La vie familiale représente également un pôle d'attachement particulièrement important. Une des caractéristiques de Madame V.B. avant son suicide était d'être d'une grande exigence et de présenter une forme de rigidité morale et psychologique qui lui permettait d'effectuer un travail de grande qualité, reconnu comme tel par son employeur et ses collègues. C'est aussi ce qui la conduit à ne pas céder aux brimades et à l'humiliation une fois le mouvement de disgrâce amorcé. Le point central de l'analyse étiologique du suicide porte donc sur l'ambiguïté de la vulnérabilité psychologique de Madame V.B. - ses caractéristiques psychologiques lui ont permis de répondre aux exigences de qualité et de maintenir une performance de haut niveau, mais précipitent en même temps le mouvement de déstabilisation psychologique qui conduit à la décompensation. La « solution » de pouvoir opposer à la situation critique un désinvestissement du travail s'est avérée impossible, au regard de l'implication subjective nécessaire pour réussir à dépasser les obstacles, endurer les difficultés et trouver une forme d'accomplissement dans le travail. Un facteur supplémentaire revient à l'analyse de la défection des collègues devant la situation d'injustice vécue par Madame V.B. - au management exigeant la soumission et l'adhésion aux valeurs de la performance et de l'autonomie répond une forme spécifique de communauté professionnelle organisée par une « convivialité stratégique »