

Politique du symptôme

Thomas Périlleux¹

La clinique du travail est toujours aux prises avec une souffrance psychique en même temps qu'avec des politiques d'organisation de la production. D'emblée, nous sommes confrontés à un entrecroisement de problématiques relevant d'un malaise subjectif avec des phénomènes directement liés à la violence et l'oppression sur les lieux de travail.

Pour nous, le travail est un opérateur central dans la vie psychique et dans la vie sociale. C'est un des lieux de l'expérience du juste et de l'injuste, une arène essentielle où s'expérimente la lutte pour l'émancipation (Dejours, 2009 ; voir également Ferreras, 2007). Avons-nous la possibilité de faire un pont entre la clinique qui se pratique au singulier de consultations et les questions d'organisation du travail ?

L'objet de ce texte est de questionner notre travail de cliniciens et sa portée critique. J'entends par « critique » toutes les formes de refus des oppressions et de mises en cause du monde « tel qu'il va ». Avons-nous un rôle de « metteurs en crise », comme on parle de metteur en scène ? Faut-il construire une clinique qui d'emblée contienne une position politique ?

Je suis associé depuis plusieurs années à une équipe de Liège (CITES-Clinique du travail) qui a souhaité ouvrir des consultations à des personnes en difficulté dans leur travail. Nos consultations se tiennent dans le cadre institutionnel d'un hôpital, mais dans un autre lieu (physique et psychique) que celui des hospitalisations psychiatriques. Nous ne proposons pas de psychothérapie mais je pense que notre travail a des effets thérapeutiques. Nous n'entrons pas dans une démarche de conseil ni dans une position de défense syndicale ou d'aide juridique, et pourtant nous articulons souvent notre engagement de cliniciens à de telles démarches.

¹ Professeur de sociologie à l'Université catholique de Louvain, Centre de recherches interdisciplinaires *Démocratie, Institutions, Subjectivité* (CriDIS-IACCHOS). Membre de l'Association freudienne de Belgique. Membre associé au CITES-Clinique du travail.

Sur le terrain du travail, la neutralité technique de l'écoute clinique ne peut pas se confondre pas avec une neutralité éthique. Dans des situations de violences graves, les personnes perdent parfois leurs repères les plus fondamentaux et ne parviennent plus à dire où est le vrai et le faux, la réalité et la fiction, le juste et l'injuste. Comme cliniciens, nous avons à prendre position : témoigner de la réalité de ce qui a été vécu, nommer les événements, dé-banaliser des violences qui passent pour l'ordinaire du travail. Et pourtant, nous devons faire en sorte de ne pas penser ni décider à la place des personnes qui viennent en consultation. Nous devons continuer à ménager une « place vide » nécessaire à ce que le sujet accède à une part de sa vérité pour s'inscrire autrement dans le lien social.

L'engagement clinique est-il compatible avec un engagement critique et politique ? Y a-t-il continuité ou rupture entre eux ? Je vais aborder ces questions à travers une réflexion sur ce que j'appellerai une « politique du symptôme ».

1. Un sujet symptomatique

Pour l'orientation clinique dans laquelle je m'inscris, l'être humain est sujet au symptôme. C'est un sujet symptomatique.

Nous avons affaire à des symptômes d'ordre d'abord *physiologique* : par exemple, la fatigue, les troubles du sommeil, l'épuisement, la prise ou la perte de poids, les pertes de cheveux, les troubles respiratoires ou digestifs... Les consultations abordent aussi des symptômes *organisationnels* : par exemple, l'absentéisme, le harcèlement moral, la violence contre d'autres ou contre les outils de travail,... Ce sont des symptômes que nous pouvons considérer comme l'expression de *pathologies sociales*, au sens d'A. Honneth (2007), S. Haber (2010) ou H. Rosa (2012) : des processus qui sapent « le type de rapport à soi et au monde sans lequel la vie perd valeur et qualité » (Renault, 2008 : 105).

En ce sens, parler de symptômes et de pathologies ne conduit pas à médicaliser les causes sociales des oppressions, au contraire. Cela peut ouvrir la voie à une éventuelle politisation de la souffrance. En clinique du travail, la distinction entre une souffrance « normale » et une souffrance « pathologique » a une portée politique ; la souffrance est indiscutablement « psychique » du point de vue du sujet, mais elle peut aussi bien être qualifiée de « sociale »

par le « contexte institutionnel où elle émerge, ainsi que par ses déterminants » (Vandecasteele, Lefebvre, 2006 : 138). Il s'agit de maintenir un questionnement ouvert sur les origines et les destins politiques du symptôme.

Dans tous les cas, l'enjeu pour nous est le suivant : ne pas traiter le symptôme (seulement) comme un problème qui attend une solution, mais comme une énigme qui appelle une décision.

Qu'est-ce qu'un symptôme ? Selon l'étymologie, c'est un « affaissement », un « événement malheureux », un « accident », une « coïncidence » et spécialement une « coïncidence de signes ». Dans le langage courant, c'est un désordre qui fait souffrir et qui appelle sa résolution. En langage médical, c'est la manifestation, objective ou subjective, d'une maladie ou d'une dysfonction ; il permet de déceler un trouble – du corps ou de la pensée – associé à un état morbide ; sa disparition signe la guérison médicale.

C'est ce qu'une clinique inspirée de la psychanalyse subvertit. Freud affirmait que « la frontière n'était pas nette entre maladie et santé » (1984 : 122) et qu'on pouvait dire « sans crainte de démenti, que nous sommes tous malades, c'est-à-dire névrosés, attendu que les conditions qui président à la formation de symptôme existent également chez l'homme normal » (Freud, 2001).

Dès lors, la place du symptôme change radicalement. En pratique analytique, il est surtout « un malaise qui s'impose à nous, au-delà de nous, et nous interpelle » (Nasio, 1992 : 15). Un acte involontaire, produit au-delà de toute intention. Un malaise que nous décrivons toujours avec des mots singuliers :

- c'est une façon d'exprimer ma souffrance, dans des détails parfois inattendus ;
- il n'a pas de sens mais il m'amène à formuler une théorie pour comprendre ce qui me trouble ;
- il est *adressé* à un autre à qui je suppose un certain pouvoir de compréhension et d'intervention ;
- cette adresse est manquée : si le symptôme parle, son un message n'a pas été entendu – et il reste, d'une certaine façon, illisible.

Freud disait que le symptôme était un dire, une *Bilderschrift* : une écriture par l'image. Formule étonnante ! Le symptôme *écrit* de façon imagée la vérité du désir inconscient du sujet. Il s'agit donc de « lire » cette vérité plutôt que d'éradiquer le symptôme.

En réalité, Freud nous place devant une énigme. Dans ses études sur l'hystérie, il soutient que « chaque symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du sujet » (Freud, 2009 : 179). Le symptôme porte un message qui n'a pas été entendu. Les douleurs, le corps souffrant « parle » (Freud, 1975 : 117). Les symptômes ont leur « mot à dire » (*Ibid.* : 240). Ils manifestent les déchirements du sujet. A la lumière de la clinique du travail, nous pouvons ajouter qu'ils disent aussi la façon dont des contradictions sociales prennent corps. Chaque symptôme est d'ailleurs singulier et surdéterminé : il renvoie à plusieurs facteurs et a donc plusieurs significations. Avec le temps il peut transformer ses significations (Stryckman, 2001 : 21).

C'est une dimension sur laquelle insiste aussi J. Lacan dès le début de son enseignement. Un symptôme est un élément du *discours* par lequel le sujet de l'inconscient s'exprime, un « symbole écrit sur le sable de [la] chair » (Lacan, 1966 : 280). « J'en ai plein le dos », « Mon travail m'étouffe », « Cela me reste sur l'estomac » : le symptôme manifeste l'inscription d'un signifiant dans le corps (Lacan disait que le symptôme est « l'effet du symbolique dans le réel »).

Mais Freud comme Lacan ont aussi affirmé l'existence de symptômes qui ne seraient porteurs d'aucun sens : ils se répètent de façon mécanique et n'ont pas de sens, même s'ils peuvent être « ramenés à des événements typiques, c'est-à-dire communs à tous les hommes² » (Freud, 2001 : 327 ; de Saint-Just, 2013 : 82). Dans leur répétition, ils n'ont pas de sens mais bien une fonction : nous soutenir dans l'existence, nous faire tenir ensemble, donner une sorte de « colonne vertébrale » à notre être, hors du « sens » que nous leur conférons. Ce qui ne veut pas dire qu'il faut les laisser dans le silence, au contraire ! Les nommer contribue à les inscrire dans l'ordre de la parole pour les élaborer : symboliser ce qu'ils contiennent de violence rentrée, d'agressivité refoulée, de passion inhibée, etc.

² Freud parle de « symptômes typiques » de chaque pathologie : la conversion somatique dans l'hystérie, le déplacement sur un objet externe dans la phobie, la pensée obsédante dans la névrose obsessionnelle, le fétichisme dans la perversion, les phénomènes élémentaires dans la psychose. Ces symptômes sont *opaques*, ils n'ont pas de sens ou pas d'autre sens que d'indiquer un conflit psychique et un compromis entre les « représentations refoulées et refoulantes ».

Malgré leur caractère douloureux, les symptômes sont une invention vitale du sujet, une « solution de compromis » trouvée pour supporter une vie sans la vivre tout à fait, en se prémunissant contre l'angoisse (Stryckman, 2001 : 23). Donc le moyen pour un sujet d'organiser sa jouissance³. Il y a un attachement passionné du sujet à son symptôme : par exemple dans les situations fréquentes de surinvestissement au travail. Le sujet peut aimer son symptôme plus que lui-même. Ce qui veut dire que personne n'entretient un rapport immédiat à soi. Le sujet humain n'est pas transparent, mais opaque à lui-même et divisé (il est en soi multitude) : jamais adéquat à ce qu'il dit ou fait, jamais réductible à l'image qu'il a ou donne de lui (Vasse, 2001).

De ce fait, la question du symptôme cristallise les choix devant lesquels nous sommes placés en clinique du travail. Nous pouvons être tentés de dissoudre la singularité du trouble et l'énigme qu'il représente dans une explication de ses causes dans l'organisation du travail, ou, au contraire, chercher à donner la prééminence à la réalité psychique (fantasmes et conflits inconscients) sur la réalité historique (histoire des relations de travail). Dans certains cas, nous pouvons aussi être tentés d'apporter une réponse – médicale, par exemple – pour apaiser la douleur des symptômes, en nous aliénant à la demande explicite du patient. Aucun de ces choix ne peut être écarté par principe, pourtant aucun d'entre eux n'est bien ajusté cliniquement et éthiquement.

Il faut reconnaître les contradictions devant lesquelles tout symptôme nous place. D'abord, la manière d'être affecté d'un trouble et la façon d'en parler sont toujours singulières ; pourtant des symptômes nous parlent aussi en toute généralité des conditions de travail contemporaines.

Ensuite, des plaintes et des conduites « symptomatiques » nous sont adressées comme des messages qui n'ont pas été entendus dans l'entreprise et il s'agit de parvenir à délivrer un corps souffrant qui parle de travail. Mais nous savons que le symptôme restera aussi comme

³ Jouissance comme au-delà du plaisir, dépassement des limites du plaisir, plaisir pénible (le principe de plaisir étant limitation du plaisir, un évitement du déplaisir). Lacan disait que c'est grâce à nos symptômes que nous pouvons *jouir de notre inconscient* malgré la civilisation au moins partiellement répressive de nos pulsions agressives, meurtrières, incestueuses, etc. (de Neuter, 2001 : 154).

un événement en partie *opaque*, dont il n'y a ni nomenclature ni explication pour décoder la signification.

Enfin, nous avons affaire à une formation de compromis (l'expression d'un conflit interne non élaboré) qui peut même trouver sa source, selon les termes freudiens, dans un simple fantasme du sujet. Cependant, la clinique du travail atteste que des situations traumatiques actuelles sont aussi à l'origine de troubles symptomatiques. Des causes peuvent se trouver dans l'organisation du travail et dans l'oppression exercée au cœur des rapports sociaux ; il n'est pas justifiable qu'un clinicien transforme simplement le « problème social de l'oppression en problème personnel de l'opprimé » (Lhuilier, 2009).

La démarche clinique ne consisterait donc pas à opter pour le singulier au détriment du général, ni pour la réalité fantasmatique au détriment de la réalité historique. Il ne s'agirait pas de privilégier seulement l'un ou l'autre de ces pôles, mais de les maintenir en tension pour pouvoir circuler entre eux, selon les *moments cliniques* et selon le parcours entrepris par le patient.

Il s'agit que le dispositif clinique opère – par la parole – comme un *révélateur* de l'événement symptomatique. Selon divers auteurs, il apparaît actuellement une « faiblesse de la capacité à penser et dire », dans une société qui promeut la consommation et l'action immédiate. Un enjeu de la clinique contemporaine serait de constituer le malaise en symptôme : procéder de telle sorte que le symptôme puisse se dire et que la parole « manifeste à nouveau la vie du sujet » là où elle a été réprimée⁴. Car « hors de cette référence à une *chair parlante* où s'exprime, dès l'origine, le rapport du vivant à la Vie, l'histoire de l'homme devient aveugle, sourde et muette » (D'Orazio-Clément et Van der Stegen, : 15).

La clinique du travail ne procède pas par associations libres, pourtant les effets du transfert s'y font sentir et l'énigme du symptôme peut y être mise au travail, pour un sujet resitué dans son milieu professionnel. Nous ne cherchons pas forcément à débarrasser le sujet de son symptôme : la santé mentale n'implique pas l'absence de symptôme, et la disparition de symptôme n'est pas toujours synonyme de guérison (Stryckman, 2001, p. 19). Notre

⁴ Dans le même sens, C. Demoulin écrit : « La démarche analytique consiste à passer du symptôme comme plainte au symptôme comme énigme, comme question adressée à l'Autre mis en place de sujet supposé savoir » (2008 : 166).

démarche consisterait à dégager le symptôme de sa gangue mortifère pour y puiser les forces de vie qu'il contient également. Comment faire en sorte que le symptôme soit pris dans une circulation de la parole et « qu'à nouveau la vie se libère »⁵, pour que certains nœuds de l'histoire de travail puissent se défaire et se refaire autrement ?

2. Un « tournant dans la situation »

F. Guattari écrivait :

« (...) les symptômes sont comme des oiseaux qui viennent cogner de leur bec sur la vitre de la fenêtre. Il ne s'agit pas de les interpréter. Il s'agit bien plutôt de situer leur trajectoire pour voir s'ils sont en mesure de servir d'indicateurs de nouveaux univers de référence, qui pourraient acquérir une consistance suffisante pour provoquer un tournant dans la situation » (*Micropolitiques*, p. 323).

Un coup de bec insistant frappe la vitre, le symptôme devient l'occasion d'une transformation, de l'ordre d'un « tournant dans la situation ». Je ne partage pas la théorie de « l'inconscient machinique » de Guattari mais bien son insistance sur l'ouverture de « nouveaux univers de référence ». Nous sommes par-là engagés dans une *politique du symptôme*.

A ce propos, je peux évoquer une situation clinique qui demanderait de longs développements.

La patiente que j'appellerai Dominique M. est responsable du service du personnel dans une petite entreprise du secteur alimentaire. Diplômée en comptabilité avec une formation complémentaire en droit, elle est âgée d'une cinquantaine d'années.

Elle nous consulte en février 2013, faisant part de plusieurs symptômes physiques : douleurs gastriques, problèmes intestinaux, fatigue, troubles cardio-pulmonaires (accélération de la respiration, souffle court, mal de poitrine, sentiment d'oppression). Elle a de graves difficultés respiratoires, en particulier au réveil. « J'étouffe », dit-elle. Elle éprouve une fatigue envahissante et dit n'être « plus capable de récupérer ». Son médecin traitant lui a dit : « C'est

⁵ M.J. D'Orazio-Clément et E. Van der Stegen, in D. Vasse, p. 15 ; p. 82.

le stress, vous êtes au bord du Burn-Out ». En arrêt de travail depuis un mois et demi, elle continue pourtant à travailler à la maison, pour régler des urgences, « sans déconnecter ».

Dominique raconte son parcours professionnel. Après avoir travaillé dans plusieurs usines, elle a obtenu, au début des années 90, le poste de Responsable du personnel dans une petite entreprise familiale. Cette entreprise est tombée en faillite et Dominique a « géré les licenciements », y compris le sien. « Fatiguée, je n'en pouvais plus. J'ai travaillé encore une semaine après la faillite. J'ai fait en sorte que tout le monde soit payé ».

Réengagée dans une entreprise active dans le secteur alimentaire, elle est nommée Directrice des Ressources humaines avec un statut d'employée (il n'y a pas de cadres dans cette entreprise). Elle décrit une « mauvaise ambiance », un directeur tyrannique, un climat de peur et d'absence complète de respect pour le personnel. Elle raconte notamment le licenciement d'un ancien ouvrier, qui a perdu sa jambe à l'usine et à qui la direction précédente avait promis le maintien au travail jusqu'à sa retraite. Dominique M. est sommée par le directeur de le licencier dans la journée « parce qu'il n'est pas assez productif ». Convoqué dans le bureau de Dominique, l'ouvrier exige de parler au patron. Celui-ci arrive furieux et il s'ensuit une violence altercation, dont Dominique se dit témoin impuissante. L'ouvrier réclame de la considération : « Je vous dois le respect, vous me devez aussi le respect ». Sans pouvoir l'exprimer, Dominique estime qu'il a raison. D'autres licenciements se produisent avec une violence similaire ; plusieurs ouvriers âgés sont licenciés puis réembauchés quelques semaines plus tard avec un salaire moindre.

Dans l'entreprise, les syndicats sont peu mobilisés et il y a des phénomènes de collusion. Le directeur s'entoure d'une « cour » composée d'employés qui ne s'opposent pas. Tout le système de travail est violent. Quand je lui demande, à la deuxième séance : « Comment avez-vous tenu ? », elle me répond : « Quand on travaille dans un service du personnel, on doit faire abstraction, et les symptômes sont arrivés petit à petit... Ce sont des décisions qui se prennent au-dessus. Je ne suis pas responsable ». Pourtant elle dira plus tard : « Plaquer le travail, je n'ai jamais réussi parce que je me sens responsable. J'ai un sens des responsabilités très fort. Ça devient étouffant ».

Lors de la deuxième séance, Dominique commence par dire que l'entretien de la semaine précédente a été très dur : « C'est difficile de digérer que la situation ne soit pas normale...

Les autres y arrivent... » Elle se demande si le choix à faire est de quitter l'entreprise et si elle ne risque pas de « trouver la même chose ailleurs ». Sur ce point mon collègue intervient (nous menons ici les consultations en binôme). Il évoque l'ambivalence entre les avantages acquis et les concessions à faire par rapport aux valeurs et au plaisir d'un travail qui a du sens. « Ce n'est pas comme ça partout ! dit-il. On est devant quelque chose qui finit par sembler normal. Ce n'est pas normal ».

Dominique ajoute que le patron est « correct » avec elle et que « c'est perturbant : j'aimerais mieux qu'il pique sa colère. C'est de la manipulation ». Elle revient sur le climat de travail qui a les allures d'un « champ de bataille », une « situation de guerre ». Elle évoque des cauchemars récurrents : elle revient au bureau, sans travail, et personne ne lui parle – il va s'avérer, plusieurs mois plus tard, que ce cauchemar se réalisera lors de sa reprise de travail. Elle évoque également des difficultés avec son fils, adolescent, depuis deux ans : « Ça m'étouffe aussi. J'ai un rôle de sanction, de punition... J'en ai marre d'être dans la punition. »

Lors de la troisième séance, elle parle de la présence du travail en elle, plus forte que sa raison : « Je pense tout le temps au travail, même si ma raison me dit qu'il ne faut pas, qu'il faut agir. C'est plus fort que moi ». S'ouvre une question radicale sur son engagement subjectif dans l'activité professionnelle, sur le faire, « l'envie de faire », le « droit de ne rien faire ». « A près de 50 ans, j'ai toujours travaillé. C'est une façon de vivre, une valeur, et en plus c'est nécessaire financièrement. Je dois d'abord me reposer. Mais ce n'est pas une vie à long terme de ne pas travailler. J'ai peur de rester fatiguée comme ça. Je ne saurais pas tenir... » Elle parle d'un sentiment de « trop-plein », du fait d'être allée « trop loin ». Je note qu'elle est dans une image de force, de travail, d'activité, de réussite ; la tristesse et la dépression qui est en arrière-plan, sont peut-être le passage obligé de la perte de cette image.

Ces questions occuperont l'essentiel des séances suivantes. « Je me sens toujours obligée de faire », dit-elle. « Il m'a fallu cinq mois pour couper avec le travail... Avec le temps, j'ai oublié de ne rien faire, parce qu'on me demande de faire ceci ou cela... ». Emerge quelque chose d'un désir dans la possibilité de ne plus être suspendue à la demande de l'autre. Dominique relie cette « obligation de faire » aux valeurs de travail héritées de son éducation

familiale – ainsi qu’à la « vie sans joie » dans laquelle ont vécu ses parents⁶. Dominique peut élaborer peu à peu le mécanisme par lequel sa joie à elle a été « un peu éteinte » : « J’ai fait une pierre de mon cœur ».

Un tournant me semble se dessiner autour de la question du « faire », quand nous évoquons la possibilité de sortir de l’alternative entre activité et passivité : plutôt qu’un choix binaire entre trop faire – ou comme le dit Dominique, « avoir l’énergie pour fonctionner », « faire plaisir à tout le monde » – et ne plus rien faire, il est peut-être possible de faire *autrement*, pour retrouver les sources de sa joie. Cela suppose de questionner la manière dont elle est toujours restée « loyale à son employeur ».

Dès lors s’ouvre la question d’une reprise du travail et à la possibilité de quitter l’entreprise. Dominique prend la mesure de l’anormalité de la violence dans laquelle elle a été engagée – « On s’habitue, ça paraît normal ». Elle ne veut plus travailler dans de telles conditions. Elle identifie les avantages qu’elle va perdre si elle quitte sa fonction pour un poste d’employée. Elle revient sur le fait qu’elle aimait bien son travail, le contact avec le personnel, la gestion des salaires, la possibilité d’aider. Elle dit encore sa peur de reprendre le travail, et sa peur de ne plus pouvoir travailler. Elle laisse ses émotions s’exprimer plus librement. « Il faut à nouveau respirer librement », dit-elle.

J’ai relaté ici différents éléments des consultations dans lesquelles j’ai été engagé⁷. Ils nous ont d’emblée placés devant plusieurs points de bifurcation dans la conduite des entretiens, à partir de la question : Que faisons-nous de symptômes exprimés comme insupportables, comme le sentiment d’oppression de Dominique allant jusqu’à l’étouffement ?

Nous pouvons médicaliser le symptôme. Nous ne l’avons pas fait mais je constate que Dominique, comme beaucoup d’autres patients, a recours à des médicaments (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs) et cherche par une réponse médicale à apaiser sa douleur.

⁶ Fille d’un père qui tenait un petit commerce et d’une mère au foyer, Dominique dit avoir été élevée dans la culpabilité par sa mère, une mère enceinte de son premier enfant alors qu’elle n’était pas mariée, disant qu’elle ne vivait « que pour ses enfants », jouant sur les sentiments, se situant toujours dans la plainte, se convaincant qu’elle avait une « pauvre petite vie ».

⁷ Le suivi clinique toujours en cours auprès du médecin-directeur de la clinique a porté sur le retour au travail et la possibilité de mobiliser certaines ressources d’action dans un contexte de travail qui demeure marqué d’une extrême violence. A son retour au travail, Dominique M. a été ostracisée, avec l’interdiction de fréquenter ses anciens collègues de la direction (et interdiction à eux de lui parler).

Eprouvant une sensation insupportable d'étouffement, elle a cherché dans le diagnostic de Burn-out posé par son médecin une réponse à l'angoisse de cette oppression. La catégorie de Burn-out peut assurer un moment de reconnaissance des troubles mais celui-ci doit être transitoire, au risque de provoquer une identification du sujet au diagnostic. « Vous croyez que le stress peut provoquer des difficultés de respiration ? Ce n'est pas médical ? », demande Dominique lors des premières consultations. Nous devons laisser la question ouverte, travailler sur la multi-détermination de tout symptôme, faire face à son opacité relative. Un pas est franchi quand l'attention n'est plus accaparée par la résolution (médicale) du trouble : une disponibilité se retrouve pour envisager ce que le symptôme *fait faire* et comment il sera possible de *vivre sans lui*.

Chemin faisant, nous avons cherché ce que disait le corps souffrant et nous avons parfois fait écho aux liens que Dominique M. elle-même laissait entendre – sans toujours les reprendre à son propre compte : « J'ai un sens des responsabilités très fort, ça devient étouffant... j'étouffe... ». Voie qui nous amène à questionner la manière dont elle se place subjectivement dans ces responsabilités – y compris dans sa vie familiale, qui elle aussi « l'étouffe » – dont elle peut en tirer une certaine satisfaction narcissique.

L'identification des conflits de travail et l'élaboration de leurs résonances intérieures a été décisive. Il s'est agi de débanaliser une violence que Dominique a vécue et qu'elle a agie sur d'autres. Les conflits de responsabilité ont été « étouffants », il n'a pas été possible de les identifier, et encore moins de les traiter sur le lieu de travail. En consultation, certains mécanismes d'occultation, de rationalisation et de déni d'une « souffrance éthique » ont pu être levés progressivement. Nous avons été attentifs aux cadres sémantiques qui servent de *rationalisation* du symptôme et des conflits éthiques : « Dans un service du personnel, on doit faire abstraction... », « je ne suis pas responsable », « les autres y arrivent »... Il a fallu attester d'une participation à des décisions injustes et brutales, en tant que victime, témoin impuissant et même acteur « consentant ». Il a fallu « digérer » que la situation ne soit pas normale, alors que « d'autres y arrivent ». L'oppression a pu de ce fait apparaître dans les deux sens du terme : « J'étouffe, je suis opprimée dans ma respiration » et « Je suis opprimée dans des rapports de travail violents auxquels j'ai participé ».

Cette démarche nous invite à mettre le malaise subjectif en relation avec la situation de travail et avec l'oppression sociale qui a libre cours dans l'entreprise. Pourtant nous risquons d'aller

trop vite, dans notre « volonté de savoir », pour vider le symptôme de ce qui résiste à notre compréhension. Entendre le symptôme – plutôt que chercher à le faire taire – c'est l'accueillir comme un oiseau qui vient cogner de son bec sur la vitre... Comment retrouver de l'air, quel est cet « appel d'air » que le symptôme manifeste ? Malgré sa douleur, il peut apparaître comme la chance d'un « tournant dans la situation » (Guattari).

Un tel tournant n'est certainement pas unique ni définitivement assuré. Il ne peut être ressaisi que dans l'après-coup de sa survenue. Dans le cas de Dominique, plusieurs *moments* ont agi comme des ouvertures, fragiles et incertaines, vers de nouveaux « univers de référence ». Ils ont été possibles lorsque nous avons considéré le symptôme comme l'énigme d'un conflit inconscient et le moment critique d'une décision.

3. Crise et critique

Nommer la crise est un pas clinique décisif. La crise révèle ou amplifie les failles d'un fonctionnement psychique et social, un peu au sens où Freud, dans les *Nouvelles conférences de psychanalyse*, parlait des lignes de fracture du cristal. Elle est en elle-même évolutive. C'est un moment, inscrit dans une durée ; un processus dont les issues sont ouvertes même si, pour ceux qui la vivent, la crise signifie parfois la plus grande fermeture, l'impasse et la mort.

Ce moment appelle un jugement, une décision et peut-être même une conversion. La crise ébranle les fondements apparemment assurés d'une vie. Elle en appelle à une faculté de juger, de s'orienter (retrouver un orient) dans son existence. Or paradoxalement, les moments difficiles d'un parcours professionnel sont souvent ceux où la capacité de juger, et même celle de penser, sont mises en défaut, comme l'atteste la situation de Dominique.

Deux voies s'ouvrent alors. Si la crise est comprise uniquement comme la rupture d'un équilibre, en sortir c'est revenir à l'état antérieur. Si elle est comprise comme la ressource même d'une transformation, en sortir « c'est plutôt changer d'état, se donner de nouvelles normes de vie » (Hubault, 2007, p.5).

C'est bien ce qui s'éprouve en clinique du travail, toujours dans la douleur et la mise en péril personnelle et professionnelle. Entrer en crise et la traverser, suppose d'abord de *nommer* le

moment critique, dans une situation de travail ou pour une vie tout entière, pour pouvoir le *vivre* dans toutes ses potentialités. Or des forces puissantes s'opposent à un tel acte.

Si les personnes viennent en consultation, c'est que la crise n'a pas (encore) pu s'ouvrir sur le lieu de travail ni, parfois, pour elles-mêmes. Des catégories comme celles de burn-out ou de harcèlement sont parfois nécessaires pour cerner les difficultés rencontrées et attester de l'oppression subie et parfois consentie. Il y a cependant lieu de se demander ce qu'elles permettent et ce qu'elles empêchent dans le mouvement de la pensée et dans l'élaboration de « répliques » individuelles et collectives à un moment critique toujours ambivalent.

De plus, les techniques de management actuelles ont tendance à faire de la « crise » un état récurrent, selon le principe dit du « changement permanent ». Quand l'exception devient la règle, la crise s'établit comme institution, avec l'objectif d'affirmer « la rupture pour la rupture ». La crise perd son caractère accidentel, elle cesse « d'être le symptôme d'un défaut d'équilibre ; elle est elle-même (...) le déséquilibre institué support de la condition humaine » (Barkat, Hamraoui, 2007, p.19, 21).

Ce faisant, le management dévitalise les moments réellement critiques, il les nie ou minore leur importance. Au moment où il fait de la crise un régime habituel de travail, il tend à négliger les difficultés réelles du travail, même lorsqu'il prétend les évaluer « objectivement ». Cette tendance va de pair avec la promotion d'une fiction du sujet de la performance comme image de la toute-puissance – un sujet qui a « perdu la notion de son ancrage dans le corps » et le courage d'écouter patiemment « l'intimité des choses et des êtres » (Hamraoui, 2007 : 3-4).

Dans ce contexte, la crise a peu de chances d'advenir comme une occasion de transformation et le désir d'une vie autre peut être réprimé avec la plus grande violence, dans l'entreprise et par le sujet lui-même.

Un premier enjeu du travail clinique consiste donc à prendre acte d'une mise en crise – personnelle, professionnelle, institutionnelle. C'est un moment *risqué*, qui active la division intérieure et le conflit social. Or ce que qu'on peut souvent constater, avec les personnes qui consultent en clinique du travail, c'est la difficulté qu'elles ont eue durant leur parcours professionnel à élaborer les conflits qui les divisaient.

Où est le conflit, sur quoi va-t-il porter ? Je proposerais deux réponses.

Il s'agit d'abord d'un conflit de valeurs. La crise fait ré-émerger les valeurs qui devraient orienter l'action. Etre empêché de faire un travail de qualité, ne plus voir la portée ni le sens de ce qu'on fait, devoir fonctionner mécaniquement, devenir une « *marionnette* » : ce sont des impasses souvent exprimées en clinique du travail. Ouvrir la crise et tenter de la dénouer, c'est activer des controverses quant aux valeurs poursuivies dans l'exécution du travail. Ces valeurs sont toujours plurielles et souvent contradictoires. Une part de notre travail clinique consiste à accompagner le sujet de telle sorte qu'il puisse se situer au travail en activant de telles controverses.

De nouveaux scénarios de vie peuvent être ouverts : un départ de l'entreprise, un changement de place professionnelle, une mobilisation de ressources collectives (syndicales ou juridiques, par exemple)... Ce qui importe, c'est la possibilité pour le sujet de s'inscrire *autrement* dans de tels scénarios, « faire autrement » pour reprendre une expression issue de la consultation.

Mais le conflit est aussi de l'ordre de la division subjective. Le sujet humain est pluriel, on pourrait dire qu'il est déjà un collectif où règne la division. Le conflit de valeurs pose alors le problème de ce que j'appellerais une « consistance subjective » dans une certaine fidélité à des engagements⁸ (Périlleux, 2010).

Cette fidélité n'est pas à comprendre dans les termes moraux d'une « fidélité à soi », qui laisserait entendre qu'un sujet préexiste à un acte qui l'engage. Il s'agit plutôt de la fidélité à une énonciation, à une décision qui supporte une vérité subjective. Elle peut d'ailleurs passer par une infidélité (voire une « hérésie », au sens où l'hérétique est celui qui choisit) par rapport à un dogme apparemment incontestable. Notre engagement clinique consiste à cheminer vers ce point critique de la décision subjective.

Nous n'avons pas pour objectif de rendre les personnes plus performantes ni mieux adaptées aux sollicitations de l'entreprise. La clinique du travail veut être autre chose qu'une opération

⁸ Le terme de « fidélité » prend place dans une constellation sémantique avec ceux de foi, confiance, engagement. Un des sens du terme de « foi », c'est la « fidélité à un engagement » (Lalande, 1968, p.347). L'engagement attesté devant un Tiers assure une certaine consistance de la personne.

d'adaptation aux exigences du système productif, elle veut au contraire *ouvrir des crises, mettre en crise* ce qui était tenu pour « normal » lorsque la normalité est synonyme de violence et d'oppression. Se taire est parfois synonyme de complicité à une sourde violence. Une prise de position est parfois requise de notre part pour faire face à la brutalité et à la folie du monde du travail.

Conclusions

Je voudrais terminer par quelques remarques sur le rapport entre les consultations individuelles et une action collective sur l'organisation du travail.

Nos consultations sont individuelles. Cependant, selon nous, un symptôme n'est jamais strictement « individuel ». C'est aussi une adresse à d'autres. C'est aussi une forme de lien social, au sens où un malaise somatique, par exemple, peut constituer une alternative ou un écho à la malveillance qui prend forme dans l'entourage du sujet (Zenoni, 2004). En quoi pouvons-nous alors faire retour sur les questions collectives d'organisation du travail ?

Notons d'abord que les lieux d'écoute et d'intervention sont différents. Notre option consiste à soutenir une « clinique critique », mais la relation entre la clinique et la critique n'est pas directe. Il y a des écarts à maintenir (Périlleux, 2009, 2013). Dans certains cas, une prise de position de notre part peut empêcher la poursuite d'un travail d'élaboration psychique : quand la critique alimente un ressassement de la plainte ou quand elle renvoie les sujets à l'impuissance plutôt qu'au désir de lutter (Renault, 2008). La politisation de la souffrance ne va donc pas de soi et elle n'est pas toujours souhaitable, ou pas de n'importe quelle façon (Périlleux & Cultiaux, 2009).

De plus, l'apparition de symptômes apparemment liés à la situation professionnelle est toujours singulière. Chacun compose différemment avec sa situation de travail, en fonction de son histoire et de sa position existentielle. Il n'y a pas de causalité directe entre la nature des épreuves traversées et leur inscription biographique ; les « seuils de tolérance » aux épreuves varient pour chacun et les conflits du travail sont dramatisés à chaque fois de manière singulière dans le cours d'une vie. Comme on l'a soutenu tout au long de cette contribution, il faut se garder de liens de détermination trop directs et unidimensionnels.

Cependant, une transformation du rapport subjectif qu'un patient entretient avec son travail peut susciter une déstabilisation du système de production tel qu'il fonctionnait dans sa « normalité ». Lorsque le sujet modifie sa position existentielle dans le travail, son retour dans l'entreprise ne reste pas sans effets. De plus, par la parole singulière des patients, nous avons accès à des réalités organisationnelles qui ne nous seraient pas accessibles autrement.

Mais il est vrai que les possibilités d'intervention directe dans l'organisation du travail demeurent limitées. C'est le plus souvent par d'autres voies (formation, consultance, intervention psychosociale) que les cliniciens peuvent peser sur la ligne hiérarchique et contribuer à modifier l'organisation de la production.

Comment se saisir de la crise pour en faire une occasion d'ouvrir des controverses sur les valeurs du travail ? Peut-on prendre soin du singulier sans sacrifier la critique générale de l'oppression ? Comment maintenir une « place vide » dans l'écoute clinique sans céder sur des positions éthiques indispensables pour mettre en cause l'inhumanité du monde du travail ?

La tâche qui est devant nous serait d'abord de transformer la crise pour qu'elle soit l'occasion d'ouvrir des controverses sur les valeurs du travail. Il s'agit de restaurer la voix de sujets critiques : là où la voix est brisée, doit advenir la possibilité d'une parole où la personne se surprend dans ce qui fait pour elle sa vérité. Peut ensuite être interrogé ce qui permet de faire place à la cause singulière de chacun dans une cause commune avec d'autres.

Je terminerai avec une évocation poétique. Il me semble qu'on pourrait dire du symptôme et de sa prise en charge en clinique du travail, ce que Salah Stétié dit de la « constellation poétique ». Il se présente comme

« non pas vraiment un inconnaisable, ni même un inconnu définitif, mais, dans le soudain éclair de sa prise en charge, une totalité opaque à vocation probable de transparence ... et c'est, entre lampe et nuit, l'éblouissement par cela qui maigrement éclaire ou par ce qui, faisant ténèbres, semble espérer de sa nuit même un impétueux dégagement solaire et l'exigence d'un déchiffrement. »

Références bibliographiques

Balestrière L. (2006). « Symptôme ou malaise informe ? », *Cahiers de psychologie clinique*, 2006/1, n°26, pp. 13-27.

Barkat S.M., Hamraoui E. (2007). « De la crise comme exception à la crise-institution », in F. Hubault (ed.), *La situation de crise dans l'intervention*, Toulouse, Octarès: pp. 13-23.

Dejours C. (1993). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail* (nouvelle édition revue et augmentée), Paris, Bayard.

Dejours C. (2009). *Travail vivant. 1. Sexualité et travail. 2. Travail et émancipation*, Paris, Payot.

Demoulin C. (2008). « Bonheur et symptôme. Pour une politique de l'inconscient en santé mentale », *L'en-je lacanien*, 2008/2, n°11, pp. 159-172.

de Neuter P. (2001). « Le symptôme sexuel et ses multiples causalités », *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/1, n°16, pp. 143-157.

de Saint-Just J.L. (2013). « Du pas pareil au pas le même, une difficulté clinique », in J.P. Lebrun (dir.), *Désir et responsabilité de l'analyste face à la clinique actuelle*, Toulouse, Erès, pp. 75-94.

Ferreras I. (2007). *Critique politique du travail. Travailler à l'heure de la société des services*, Paris, Presses de Sciences Po.

Freud S., Breuer J. (1975). *Etudes sur l'hystérie* [1895], Paris, PUF.

Freud S. (1971). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.

Freud S. (1984). « Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses » [1905-06], *Résultats, idées, problèmes*, Tome I, PUF.

Freud S. (2009). *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Freud S. (2001). *Introduction à la psychanalyse* [1916-17], Paris, Payot & Rivages.

Guattari F., Rolnik S. (2007). *Micropolitiques*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Haber S. (dir.) (2010). *Des pathologies sociales aux pathologies mentales*, Paris, Presses universitaires de Franche-Comté.

Honneth A. (2007). *La société du mépris*, Paris, La Découverte.

Hubault F. (2007). *La situation de crise dans l'intervention*, Toulouse, Octarès.

Lacan J. (1966). *Ecrits*, Paris, Seuil.

- Lalande A. (1968). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF.
- Lhuilier D. (2009). « Clinique et politique », in T. Périlleux, J. Cultiaux (eds.), *Destins politiques des souffrances sociales*, Toulouse, Erès.
- Nasio J.D. (1992). *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*, Paris, Rivages.
- Périlleux T. (2009). “Clínica do trabalho e crítica social”, in A. Mendes, A. Crespo Merlo, C. Faria Morrone, E. Peres Facas (eds.), *Psicodinâmica e Clínica do Trabalho. Temas, Interfaces e Casos brasileiros*, Brasília: pp. 127-146.
- Périlleux T. (2010). « Affairement et consistance existentielle. Les visées d’une clinique du travail », in Y. Clot, D. Lhuilier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Erès : pp. 51-63.
- Périlleux T. (2013). “O trabalho e os destinos políticos do sofrimento”, in A. R. Crespo Merlo, A. M. Mendes, R. Dutra de Moraes, *Trabalho, Sofrimento, Subjetividade*, Curitiba, Jurua Ed.
- Périlleux T., Cultiaux J. (2009). *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Erès.
- Renault E. (2008). *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte.
- Rosa H. (2012). *Aliénation et accélération*, Paris, La Découverte.
- Sauvagnargues A. (2009). « Les symptômes sont comme des oiseaux qui cognent du bec contre la fenêtre », *Chimères. Revue des schizoanalyses*, n°72, pp. 99-113.
- Stryckman N. (2001). « Symptômes, maladie et santé mentale », *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/2 n° 17 : pp. 19-30.
- Vandecasteele I., Lefebvre A. (2006). « De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d’exclusion sociale », *Cahiers de psychologie clinique*, 2006/1, n°26 : pp. 137-162.
- Vasse D. (2001). *La vie et les vivants. Conversation avec Françoise Muckensturm*, Paris, Seuil.
- Vasse D. (dir.) (2006). *Né de l’homme et de la femme, l’enfant. Chronique d’une structure Dolto*, Paris, Seuil.
- Zenoni A. (2009). *L’autre pratique clinique : psychanalyse et institution thérapeutique*, Toulouse, Erès.