

Article

« Pour une approche psychosomatique de la santé au travail »

Dominique Scarfone

Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 2, 1986, p. 175-187.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030357ar>

DOI: 10.7202/030357ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Pour une approche psychosomatique de la santé au travail.

*Dominique Scarfone**

Les réactions individuelles à des facteurs traumatiques pour le psychisme dans le milieu de travail ne se limitent pas à une symptomatologie mentale. Pour rendre compte de façon satisfaisante des questions de santé au travail en relation avec des facteurs d'ordre psychosocial, il convient donc de se référer à un cadre théorique qui dépasse la dichotomie psyché-soma. Dans ce but, l'auteur présente les grandes lignes de la théorie psychosomatique de P. Marty et de son école en les articulant à un modèle général de la pathogénie reliée au travail.

Le terme de psychosomatique prend des sens variés selon les auteurs et selon les époques. Pour les uns il signifie la recherche d'une causalité psychique aux troubles somatiques, pour d'autres, l'étude de quelques maladies précises, dites spécifiquement psychosomatiques. Nous adoptons quant à nous le point de vue de Pierre Marty et de l'école de psychosomatique de Paris, et nous tenterons dans cet article d'en exposer succinctement les idées maîtresses.

Le terme de psychosomatique peut par ailleurs avoir l'air bien étrange lorsqu'il est associé aux questions de santé au travail. Traditionnellement, en effet, la médecine du travail s'occupe de traiter et même de prévenir les maladies industrielles dont elle recherche les causes dans le milieu de travail, dans les conditions physiques, dans les substances chimiques, etc. Et c'est à la psychologie industrielle qu'il revient traditionnellement de se pencher sur les facteurs psychologiques de motivation au travail, sur les causes d'insatisfaction, d'absentéisme, de mauvaises relations de travail, etc.

Des études sérieuses ont cependant montré des corrélations significatives entre des problèmes de santé des travailleurs et des facteurs dits «psycho-

sociaux», c'est-à-dire des facteurs autres que les agents physiques ou chimiques bien connus de la médecine et de la toxicologie industrielle, des facteurs moins palpables donc mais pas moins influents. Une excellente revue de ce type d'étude nous est fournie par Cooper et Marshall (1976) sur les relations entre un certain nombre de ces facteurs psychosociaux et la maladie coronarienne ou des troubles psychiques. Le tableau 1 dresse la liste des facteurs incriminés dans l'étiologie de ces problèmes de santé.

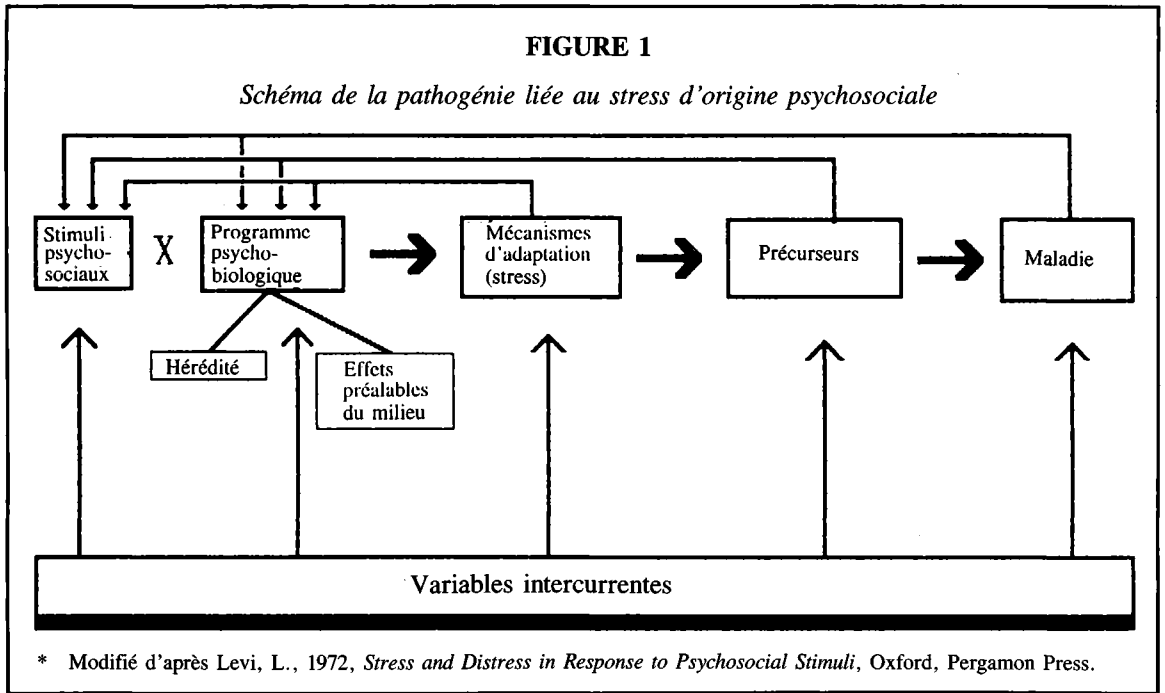
Toute une littérature spécialisée s'intéresse par ailleurs à ce fameux syndrome du «burnout» (Freudenberger, 1975; Bourgault et Meloche, 1981), dit aussi «épuisement professionnel», dont les manifestations cliniques relèveraient justement d'une conception psychosomatique de la maladie. Les professionnels atteints de «burnout» présenteraient en effet tout aussi bien des symptômes d'ordre psychique que des troubles somatiques fonctionnels et même lésionnels.

UN MODÈLE UNITAIRE

Lennart Levi (1972) a conçu un modèle unitaire pour intégrer les nombreux facteurs qui interviennent dans la production de la maladie à partir de ce qu'il appelle les «stimuli psychosociaux». Ce modèle, illustré à la Figure 1, présente des interactions entre plusieurs variables ainsi que des boucles de feed-back.

Les stimuli psychosociaux sont les équivalents des facteurs que nous avons listé dans le tableau 1. Ils interagissent avec le «programme psycho-biolo-

* L'auteur, psychiatre, est professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et responsable du programme de formation post-graduée au même département. Il est également membre du Département de psychiatrie de l'Hôpital St-Luc, Montréal. L'auteur tient à remercier les docteurs Louise Demers, Claude Fortier, Gilbert Fournier et Francine Lefebvre pour leurs commentaires et leurs suggestions.



gique» pour entraîner une réponse de la part de l'organisme sous la forme de divers mécanismes d'adaptation que l'on peut associer au Syndrome général d'adaptation (SGA) de Selye (1962). C'est ce qui correspond à l'appellation plus connue de *stress*. Ces mécanismes peuvent suffire ou non à protéger l'organisme en question, mais leur débordement peut conduire à des signes et symptômes annonciateurs d'une pathologie (Précurseurs) et, plus loin, à la pathologie elle-même (Maladie). Des «variables intercurrentes», représentées au bas du sché-

Être responsable de personnes humaines
Conflit quant aux limites de l'organisation

3- *Carrière*

Avancement prématuré
Stagnation (pas assez d'avancement)
Absence de sécurité d'emploi

4- *Relations de travail*

Mauvais rapports avec les supérieurs,
les collègues ou les subordonnés
Délégation insuffisante des responsabilités

5- *Structure et ambiance de l'organisation*

Peu ou pas de participation à la prise de décisions
Restriction des comportements
Bureaucratie
Manque de véritable consultation

TABEAU 1

*Sources de stress au travail**

1- *Sources intrinsèques à la tâche*

Mauvaises conditions physiques de travail
Surcharge quantitative et/ou qualitative
Pression en termes de temps
Danger physique
Stimulation excessive ou insuffisante
Rotation des quarts de travail («shifts»)

2- *Rôle dans l'organisation*

Ambiguïté des rôles
Conflit de rôles

* Modifié d'après Cooper, C.L. et Marshall, J., 1976, Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health, *Journal of Occupational Psychology*, 49, 12.

ma, viennent moduler la nature et l'intensité des autres facteurs tout au long de ce processus.

Donnons un exemple hypothétique. Un milieu de travail rigide où il n'y a pas beaucoup de possibili-

tés de participation à la prise de décision (stimulus psychosocial) entraîne chez un employé intelligent et ambitieux ayant des antécédents familiaux d'alcoolisme (programme psycho-biologique) des attitudes de mépris et de perte d'intérêt pour son travail (mécanismes d'adaptation) qui à la longue minent complètement son moral et entraînent une surconsommation d'alcool occasionnelle (précurseur) le conduisant finalement à une consommation excessive habituelle et à des troubles hépatiques et coronariens graves (maladie). Le long de ce processus les choses ont pu être aggravées ou allégées selon que dans les variables intercurrentes on trouve un milieu capable de soutenir l'employé et de lui fournir des satisfactions substitutives, par exemple, ou qu'au contraire ses amis le blâment pour son incapacité à «percer», etc.

Une autre variable intercurrente sera la rencontre possible d'un clinicien perspicace qui sache entendre assez tôt la détresse de ce patient et lui apporter l'aide nécessaire avant que soient atteints les effets pathologiques francs (l'étape «maladie» dans la figure 1).

Mais parlons justement de ce clinicien. À partir de quoi va-t-il établir son plan d'intervention? Quels sont les facteurs qu'il jugera les plus importants dans l'étiologie? Quelles caractéristiques de la personnalité de son patient retiendront son attention? Que peut-il prédire? Que peut-il espérer contrer et par quels moyens?

DE LA RECHERCHE À LA CLINIQUE

La littérature en santé du travail donne bien entendu quelques pistes au clinicien en question. Plusieurs études ont par exemple porté sur les interactions entre certaines conditions de travail et le comportement de type A tel que décrit par Friedman et Rosenman (Friedman, 1979) et dont on trouvera les caractéristiques dans le tableau 2. Plus ré-

TABLEAU 2

*Caractéristiques de la personnalité de type A**

- 1- Désire depuis longtemps exceller dans un domaine particulier;
- 2- Insécurité profonde apaisée par une série ininterrompue de petites et grandes victoires sur des adversaires humains;

- 3- Méconnaissance de sa dépendance envers autrui;
- 4- Désire constamment régler les pensées, les sentiments, les désirs et les actions de ceux dont elle se sent responsable;
- 5- Tendance à recourir, là où c'est possible, à l'action au lieu de la pensée créatrice ou de la méditation introspective;
- 6- Désir insatiable d'accomplir de plus en plus de choses dans le plus petit laps de temps;
- 7- Détérioration des aspects de la personnalité non reliés à la compétition (par exemple goût pour les lettres, les arts, etc.);
- 8- Tendance à ressentir et à exprimer de l'agressivité lorsque tout n'est pas conforme à ses désirs;
- 9- Incapacité de s'intéresser à des valeurs ne relevant pas de ses préoccupations professionnelles;
- 10- Assuétude particulière pour des activités qui provoquent une excitation même si elle est de nature déplaisante.

* Modifié à partir de Friedman, M., 1979, Qualities of patient and therapist required for successful modification of coronary-prone (type A) behavior, *The Psychiatric Clinics of North America*, 2,2, 243-248.

cemment, on a combiné ce pattern de comportement avec la typologie dite de «contrôle interne ou externe» (Rotter, 1966; voir tableau 3) donnant ainsi naissance à une typologie plus complexe. Le type

TABLEAU 3

*Différence entre internalité et externalité**

Contrôle interne: l'individu considère généralement qu'il peut influencer lui-même sur ce qui lui arrive;
Contrôle externe: l'individu considère généralement que ce qui lui arrive dépend surtout de facteurs extérieurs, hors de son contrôle.

* Pour plus de détails, voir Rotter, J.B., 1966, Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80, n° 609.

A («hot») et le type B («cool») se combinent avec le contrôle interne («cat») et le contrôle externe («dog»), pour donner quatre types nouveaux, soit «hot cat» (A-interne), «hot dog» (A-externe), «cool cat» (B-interne) et «cool dog» (B-externe).

Arsenault et Dolan (1983 a,b) dans une importante étude, ont mis en relation ces quatre types de «personnalité» (que nous appellerions plutôt des patterns de comportement) et les conditions de travail dans un ensemble d'hôpitaux du Québec en tant que sources potentielles de stress et les conséquences de l'interaction entre ces deux ensembles de facteurs sur les individus au plan psychologique (dépression, anxiété, irritabilité, insatisfaction au travail, fatigue) et au plan somatique (symptômes somatiques divers) ainsi qu'à un plan qu'ils appellent psychosomatique mais qui signifie plus précisément la présence de symptômes mixtes.

Bien que leur étude n'ait pas une visée clinique immédiate, elle comporte, parmi les nombreuses voies qu'elle explore, la démonstration que tout le monde ne réagit pas de la même façon aux mêmes conditions de travail mais que l'on réagit suivant des voies qui sont influencées par les traits de personnalité que l'on a. Les «hot cats» (type A-interne) sont ainsi plus sensibles aux sources intrinsèques de stress (inhérentes à la tâche) et les perçoivent plus facilement que les «cool dogs» (type B-externe). Si l'on combine l'expression de symptômes somatiques et psychiques, les «hot dogs» sont les plus expressifs, les «cool cats» le sont le moins. «Cool dogs» et «hot cats» se partagent dans l'ordre les positions intermédiaires.

On voit déjà, en extrapolant à peine à partir des travaux de Arsenault et Dolan, comment une typologie simple de la personnalité peut servir à faire des prédictions cliniques quant au type de réaction que peut présenter un individu face au stress au travail. Il va de soi que cela peut aussi servir dans la prévention comme dans l'élaboration d'un plan d'intervention clinique. On ne proposera pas nécessairement les mêmes mesures de traitement pour un «hot dog» que pour un «cool dog» ou un «hot cat». On s'attendra aussi à ce que leur participation au plan de traitement ne soit pas la même: le «hot dog» pourrait s'avérer moins facile à associer au traitement qu'un «hot cat» qui, lui, voudrait probablement tout prendre en main lui-même.

La clinique, cependant, nous montre une variété beaucoup plus grande d'individus, avec des structures de personnalité qu'il est possible de nuancer infiniment plus que ne le permettent des typologies comme celles ci-dessus. À chercher des correspondances automatiques on se heurte constamment aux

«exceptions qui confirment la règle». En jouant à peine sur les mots, on pourrait dire qu'en situation clinique, face à des individus, l'exception est de règle, dans le sens où pas un patient n'est identique à un autre. Au-delà des corrélations statistiquement significatives, la tâche du clinicien est de faire une appréciation la plus fine possible du cas particulier. Cela ne veut pas dire que l'on refuse de recourir à une nosographie, à une classification, bien au contraire. Il faut cependant prendre le soin de préciser le statut particulier de *l'économie psychosomatique d'un individu donné à un moment particulier de son existence*.

L'ÉCONOMIE PSYCHOSOMATIQUE

Lorsqu'il s'agit d'apprécier le statut psychosomatique, global, de l'individu, on ne peut s'empêcher de poser la question classique du rapport psychosoma. Comme nous le disions dans l'introduction, les points de vue là-dessus divergent et il faut, pour y mettre une relative clarté, accepter de partir d'un de ces points de vue, d'un principe, en choisissant bien entendu celui qui satisfait le mieux aux exigences d'une pensée scientifique.

Le point de vue évolutionniste, central lorsqu'il s'agit de traiter de tout ce qui est vivant, est celui qu'adopte Pierre Marty (1976, 1980) pour aborder la psychosomatique. Ce point de vue est en continuité avec une conception psychanalytique du psychisme humain, tout en y adjoignant de façon plus explicite des références à l'hérédité, à la constitution, à la hiérarchisation entre divers systèmes de niveau évolutif différent. Comme le rappelle Rosine Debray (1983), Marty «va insister sur l'organisation et la hiérarchisation progressives des fonctions qui se mettent en place au cours du développement de l'individu humain» (p. 18). À partir d'une «mosaïque première», il y aura un développement suivant des «chaînes évolutives» dont l'une, idéalement, sera centrale par rapport aux autres et constituera l'axe prédominant du développement. Cet axe devrait dans le meilleur des cas culminer avec le développement d'un appareil psychique bien organisé en termes de première et de deuxième topique telles que décrites par Freud.

L'appareil psychique est donc clairement situé en tant que «pointe évolutive», comme l'acquisition la plus récente de cette évolution individuelle. Suivant

le point de vue évolutionniste, et la clinique nous permet d'observer cela dans les faits, ce sera donc l'appareil psychique qui sera le premier palier de résistance à un traumatisme potentiellement désorganisateur. C'est aussi cette structure la plus évoluée qui se désorganisera la première le cas échéant. L'issue dépendra de la solidité des points de fixation-régression qui auront déterminé la configuration particulière de tel ou tel individu au cours de son développement. De solides points de fixation aux stades psychosexuels les plus tardifs (à partir du deuxième sous-stade anal) constitueront autant de remparts contre une désorganisation qui autrement conduirait dans un sens contre-évolutif vers les systèmes hiérarchiquement inférieurs, et donc vers une désorganisation somatique¹. Par désorganisation somatique nous entendons ici une atteinte des systèmes physiologiques et des organes (maladies inflammatoires, troubles digestifs ou cardio-vasculaires, etc.) et non les phénomènes de conversion, ceux-ci entrant, malgré leur référence au corps, dans une problématique essentiellement psychique.

La configuration psychique, bien qu'elle ne constitue pas la seule chaîne évolutive présente chez un individu donné, contribue donc éminemment au destin particulier de chacun face à un traumatisme. Cette notion de traumatisme est d'ailleurs elle aussi à considérer dans une acception rigoureusement psychanalytique. Un événement, même s'il a l'air grave, n'est pas traumatique en soi et des événements en apparence anodins peuvent l'être. Est traumatique ce qui prend valeur de traumatisme interne, c'est-à-dire ce qui laisse le Moi en proie à une somme d'excitations qu'il ne peut maîtriser, les défenses étant débordées.

Tous les individus ne résistent donc pas de la même manière ou avec la même intensité aux traumatismes. De plus, pour un même individu, la résistance variera aussi selon les étapes de son évolution ou les différents moments de sa vie.

Il faut souligner qu'on ne trouve pas dans cette théorie de notion de psychogénèse des troubles somatiques. Pour Marty, psyché et soma sont dans un continuum organisé et hiérarchisé au cours de l'évolution individuelle. Ce n'est pas la désorganisation psychique qui cause la désorganisation somatique. La désorganisation de l'appareil psychique est plutôt le premier effet du traumatisme sur

la structure d'ensemble de l'individu. Si, au lieu de se désorganiser, c'est-à-dire de devenir pratiquement inopérant, l'appareil psychique oppose de solides points de fixation-régression au mouvement contre-évolutif, il y aura alors production de symptômes psychiques (névrotiques ou psychotiques), ce qui ne doit pas être confondu avec la désorganisation de l'appareil psychique, puisque ces symptômes témoignent, au contraire, d'une activité défensive intense².

Qu'est-ce alors qu'une désorganisation de l'appareil mental? Il faut entendre par là la mise en échec de certains des constituants de cet appareil lorsqu'on le considère suivant les deux topiques freudiennes. Au plan de la première topique ce sera par exemple un arrêt de la «circulation» entre inconscient et préconscient, une sorte de mise hors circuit du préconscient, ce qui signifie également une coupure entre représentation de mots (préconscient) et représentation de choses (inconscient), et donc un appauvrissement de la pensée symbolique, de la vie fantasmatique et onirique. On aura reconnu ici certains des traits de la *pensée opératoire*³. (Marty et M'Uzan, 1963).

UNE NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE

Si toutes les structures psychiques ne se désorganisent pas aussi facilement suite à un traumatisme, n'y a-t-il pas lieu alors d'établir une classification, une nosographie psychosomatique, qui rende compte de cette différence? Marty propose de considérer, en plus des psychoses et de ce qu'il appelle les *névroses mentales*, à symptomatologie essentiellement psychique, deux autres groupes, soit les *névroses de caractère* et les *névroses de comportement*.

Les *névroses mentales* correspondent aux névroses classiques et témoignent de l'existence de solides points de fixation-régression le long de la ligne évolutive mentale. Ces fixations seront autant de paliers où s'arrêtera le mouvement qui suit un traumatisme. On assistera alors généralement à une régression vers un de ces paliers, mais non à une désorganisation de l'appareil psychique.

Les *névroses de comportement*, quant à elles, sont carrément situées au pôle de l'agir et de la somatisation. L'élaboration psychique est ici dans sa forme la plus élémentaire.

«À l'opposé des névroses mentales, les *névroses de comportement*, issues de fixations peu solides, consacrent en particulier la faillite de l'organisation génétique anale et renvoient à des systèmes archaïques où l'on rencontre justement peu d'organisations mentales, même à peine élaborées. Le fonctionnement de la première topique est inconsistant. Le Surmoi oedipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites, difficilement aménageables, semblent presque directement issus des instincts par les intermédiaires sensorio-moteurs, sans représentations accessibles à la conscience. Ces comportements et ces conduites diffèrent ainsi radicalement des *acting-out* émergeant du refoulé (et soutendus par des fantasmes éventuellement accessibles), que l'on considère dans les autres variétés de névroses. (...) Les névrosés de comportement expriment leur pathologie dans leurs conduites, relationnelles ou non. (...) Leur tonus instinctuel vital est maintenu grâce à la relation avec des objets extérieurs susceptibles de jouer, avec plus ou moins de bonheur, le rôle que la mère avait également joué avec plus ou moins de bonheur.» (Marty, 1976, 106-107).

Quelques lignes plus loin, Marty souligne un point extrêmement important pour ce qui est de la vulnérabilité aux traumatismes de ces névrosés de comportement: «L'inaptitude à maintenir une relation avec des objets intérieurs, l'incapacité même d'intériorisations objectales, et la nécessité de recourir à des objets extérieurs (dont l'existence, la qualité et la proximité sont naturellement aléatoires), rendent les névrosés de comportement particulièrement ouverts aux traumatismes et particulièrement fragiles dans les désorganisations post-traumatiques». (Marty, 1976, 107).

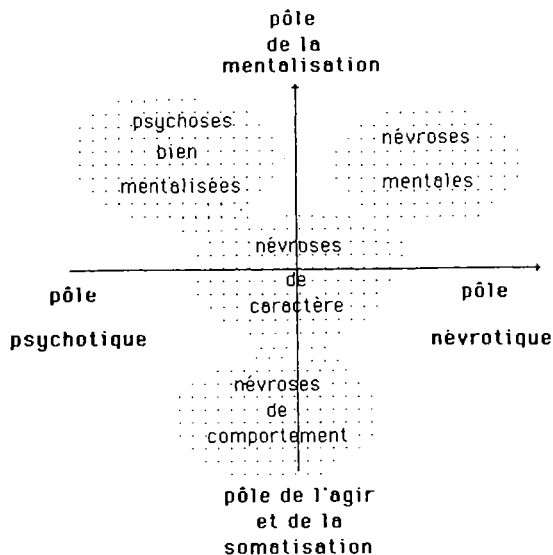
Les *névroses de caractère* sont le lot, selon Marty, d'une majorité d'individus, du moins dans les sociétés occidentales. Ces structures se distinguent par des points de fixation-régression beaucoup moins solides que dans les névroses mentales et par une irrégularité du fonctionnement de l'appareil psychique. Plus précisément, il s'agit d'une fluctuation dans le temps, au cours même d'une seule journée, de ce fonctionnement; fluctuation, par exemple, des rapports entre les composantes de la première topique.

Les névroses de caractère présentent une «frange névrotique» plus ou moins grande selon les in-

dividus. Les traits de caractère sont cependant les symptômes mentaux les plus évidents. Un noyau psychotique peut même se manifester chez certains représentants de cette catégorie. Il s'agit donc d'un groupe hétérogène occupant une zone intermédiaire entre les névroses mentales et les névroses de comportement. Un traumatisme (au sens indiqué plus haut) peut venir enrayer le dispositif psychique, donnant lieu à des états précurseurs de désorganisation plus avancée: ces états sont la *dépression essentielle* (Marty, 1968, 1980) et la *pensée opératoire* (Marty et de M'Uzan, 1963). Ce sont là des états qui doivent alerter le clinicien lorsqu'ils persistent dans le temps, au-delà de ce que pourrait expliquer l'irrégularité habituelle du fonctionnement mental dont nous parlions plus haut. Au cours de ces épisodes, le sujet peut ne présenter lui-même aucune plainte, continuer à vaquer à ses occupations habituelles. «Cependant, nous dit Marty, l'élaboration mentale qui existait antérieurement (...) s'est évanouie.» (1980, 62). Il y a disparition des représentations. L'activité de liaison et de défense du Moi est mal assurée. Les condensations et les déplacements, la communication via des métaphores, l'expression de fantasmes sont remarquablement absents lorsque l'on prend la peine de les rechercher. «C'est ainsi au niveau du préconscient, dans l'effacement, dans l'évanouissement de fonctions habituellement

FIGURE 2

Répartition dans «l'espace psychique» des entités nosographiques en psychosomatique



actives, que se constatent surtout les dommages» (p. 65). «La sexualité, au sens le plus large, se trouve (...) exclue du verbe (...) Pas de métaphores, rien qui dans l'esprit pense les mots hors de leur sens commun, rien qui connote tacitement, égare et prête à confusion: un taureau est un bovidé mâle, une souris un rongeur» (p. 67).

La figure 2 est une tentative de notre part de situer graphiquement cette «nosographie psychosomatique» telle que proposée par Marty par rapport aux points de repère qui délimitent l'espace psychique. Un axe vertical ordonne une progression à partir des voies de décharge motrices (agir) et somatiques jusqu'à l'élaboration psychique (mentalisation). Le pôle de l'agir est donc tout aussi bien le pôle de la somatisation. L'axe horizontal, quant à lui, indique le registre dans lequel fonctionne l'appareil psychique, reflétant, si l'on veut, une progression dans les stades libidinaux, des plus précoces (pôle psychotique) aux plus tardifs (pôle névrotique). À mi-chemin le long de cet axe on pourrait situer le deuxième sous-stade anal comme marquant une transition importante par la constitu-

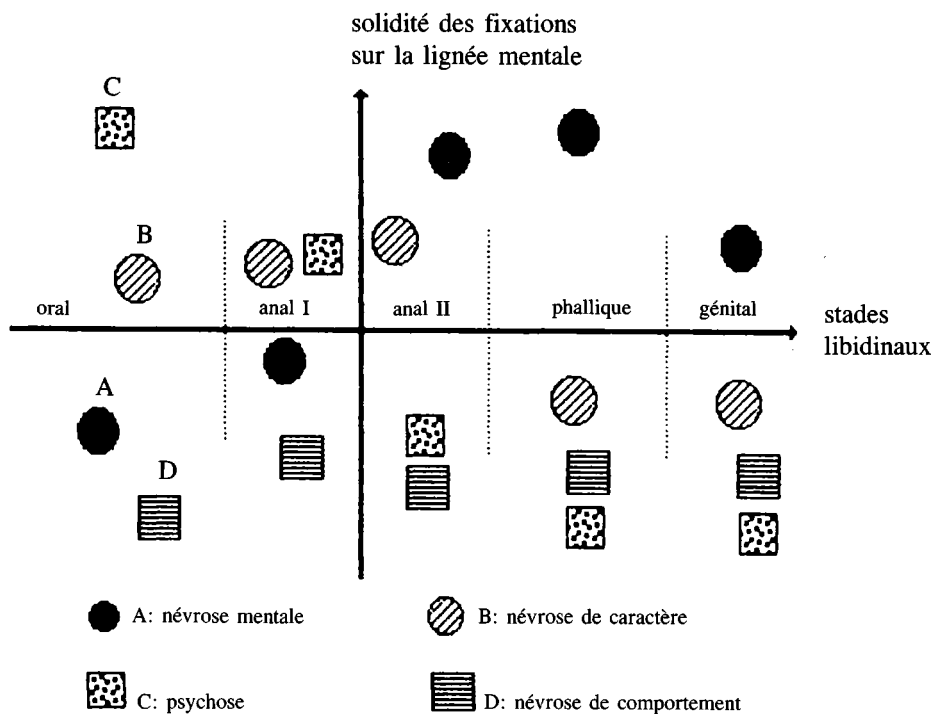
tion d'un intérieur (et d'un extérieur) et donc de la possibilité d'intérioriser les objets. C'est à cet endroit que l'axe vertical est rencontré. Une plus grande solidité de la fixation au deuxième sous-stade anal situera un individu donné à un point plus élevé sur l'axe vertical, plus près donc du pôle de la mentalisation. Une fixation peu solide le situera au contraire plus près du pôle de l'agir.

Nous avons distribué sur ce plan cartésien ainsi constitué les entités nosographiques telles que décrites plus haut. On remarquera que les pointillés indiquent la grande variabilité des individus à l'intérieur d'une même catégorie diagnostique. Les névroses de caractère sont situées au centre, présentant des «franges» de tous les côtés. Ceci reflète la grande diversité au sein de cette entité, pouvant tout aussi bien inclure des individus assez solidement fixés du côté du pôle de la mentalisation que des individus plus près du pôle de l'agir et de la somatisation.

Pour plus de clarté, la figure 3 illustre l'organisation libidinale de quatre sujets hypothétiques, appartenant chacun à une catégorie diagnostique dis-

FIGURE 3

Exemples d'organisation libidinale de quatre cas fictifs



tincte. On retrouve les deux mêmes axes que dans la figure 2 mais les appellations nouvelles révèlent l'équivalence, sur l'axe vertical, de «mentalisation» avec «solidité des fixations sur la ligne évolutive mentale». Sur l'axe horizontal, la progression du pôle psychotique vers le pôle névrotique est explicitée en termes de stades libidinaux.

Les névrosés mentaux (A) auront leur point de fixation-régression le plus solide (c'est-à-dire le plus haut suivant l'axe vertical) dans le quadrant supérieur droit. Cela reflète une solide fixation à des stades plus tardifs du développement libidinal. Les névrosés du caractère (B) ont des points de fixation moins solides (moins élevés sur l'axe vertical) et des fixations d'égale importance peuvent se retrouver dans plus d'un quadrant, ce qui correspond à la plus grande variabilité des présentations cliniques dans ces cas. Les psychotiques (C) présentent de solides fixations aux stades les plus précoces qui constituent pour eux des paliers de régression face aux traumatismes et les protègent contre des désorganisations plus graves (voir plus haut la distinction entre régression et désorganisation). Les névrosés de comportement (D) ne présentent pour leur part aucun point solide de fixation-régression. Tous leurs points se situent donc dans les quadrants inférieurs à tous les stades libidinaux, indiquant une très faible capacité de résistance aux traumatismes et une facilité de désorganisation atteignant rapidement la sphère somatique.

Les quatre cas fictifs illustrés sur ce diagramme présentent, comme on peut le voir, plus d'un point de fixation-régression. La distribution de l'énergie libidinale ainsi représentée indique qu'il n'y a pas deux cas identiques même s'ils appartiennent au même groupe nosologique. Rien n'empêche, par exemple, un névrosé du caractère (B) de présenter un assez solide point de fixation au stade oral précoce et d'offrir une solide barrière à la désorganisation là où un autre névrosé du caractère, manquant de ce point de fixation, se désorganisera beaucoup plus gravement du point de vue du pronostic vital.

QUATRE SYSTÈMES ÉCONOMIQUES FONDAMENTAUX

Si les catégories diagnostiques présentées plus haut permettent de rendre compte de la réaction particulière d'un sujet donné à un traumatisme et

même, jusqu'à un certain point, de la prédire en termes de probabilité, elles ne sauraient toutefois à elles seules rendre compte de chaque cas particulier dans son évolution clinique.

Quatre systèmes économiques fondamentaux, décrits par Marty, viennent compléter la nosographie. Ces quatre «régimes» ne coïncident pas exactement avec cette nosographie.

Il y a d'abord les *apparentes inorganisations* qui correspondent grosso modo aux névroses de comportement. Rosine Debray (1983) en rappelle la précarité des aménagements mentaux et la dépendance envers des objets externes. «L'apparition d'une symptomatologie somatique prend chez eux une allure grave, commandant la mise en oeuvre de mesures thérapeutiques qui comportent, en plus des traitements médicaux classiques, des modifications de l'environnement susceptibles de pallier la disparition de l'objet réel indispensable au fonctionnement...» (p. 26). On trouvera chez Marty (1976, p. 189 à 238) l'illustration clinique détaillée d'un cas ayant présenté une décompensation somatique fulminante suite à une perte de l'objet externe, réel. Comme par hasard, des considérations à propos du rôle du travail dans l'économie psychosomatique de ce cas sont particulièrement soulignées dans le texte de Marty.

Les *désorganisations progressives* surviennent fréquemment chez les névrosés de comportement mais peuvent aussi intéresser les névrosés de caractère. Si la symptomatologie n'est pas aussi grave d'emblée, il y a néanmoins une détérioration d'allure rapide ou lente à laquelle aucun palier solide de régression ne fait véritablement obstacle. En l'absence de mesures thérapeutiques adéquates cette désorganisation pourra être fatale. Ce sont par exemple les cas où l'atteinte d'un système est à peine traitée, qu'un autre système s'effondre.

Les *régressions globales* concernent des structures solides (névrotiques, psychotiques, névroses de caractère assez bien mentalisées). La structure tiendra bon et l'on trouvera une symptomatologie mentale et/ou somatique «n'engageant pas le pronostic vital» (Debray, 1983, 27).

Les *régressions partielles* peuvent concerner n'importe quelle structure. Avec une symptomatologie mentale ou somatique, transitoire ou durable, elles n'entravent pas le mouvement évolutif général qui est sous la dominance des instincts de vie.

(La grippe attrapée au moment opportun serait un exemple de régression partielle transitoire à symptomatologie surtout somatique).

ET LE TRAVAIL LÀ-DEDANS?

Après cette incursion, malgré tout schématique, dans la théorie psychosomatique, il faut se demander en quoi elle contribue à un approfondissement de la réflexion sur la santé au travail. Pour ce faire, retournons au schéma de Levi (figure 1), mais en le modifiant à partir de ce qui vient d'être exposé (figure 4). Il est remarquable comment les idées de Marty et de son école s'articulent bien à ce schéma. Cependant, il ne s'agit pas d'une simple superposition, ni d'une redite. Le modèle pathogénétique de Levi se trouve ici nuancé et beaucoup plus près de ce qui est vécu par un sujet pris individuellement, dans son originalité. Ainsi, au lieu d'une classe générale de «stimuli psychosociaux» ayant une valeur potentiellement pathogène, nous avons la notion de traumatisme qui, prise au sens psychanalytique, est extrêmement personnelle, variable d'un individu à l'autre. Il s'agit de ce qui est traumatisant pour un sujet en particulier à un moment

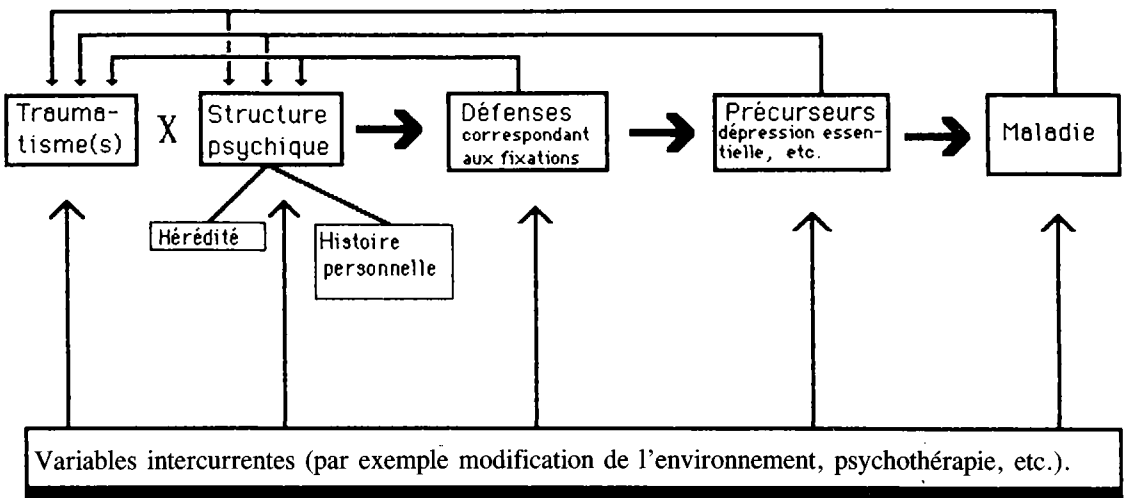
particulier. Il va de soi que n'importe lequel des «stimuli psychosociaux» consignés au Tableau 1 peut constituer un traumatisme, mais ce qui en décide, ce sera la «structure psychique», qui remplace ici la notion de «programme psycho-biologique» afin de bien insister sur la nature de «pointe évolutive» de l'appareil psychique par rapport aux autres systèmes⁴.

Nous avons remplacé aussi les «mécanismes d'adaptation» par les défenses mises à contribution par le sujet. Ces défenses dépendent de l'organisation libidinale, de la dynamique individuelle. Le terme de défenses insiste lui aussi sur l'aspect psychodynamique en tant que première ligne de combat. Les autres mécanismes, plus près du biologique, ne deviennent prédominants qu'en cas de débordement de cette première ligne défensive.

Le terme «précurseurs» est resté inchangé mais il implique encore une fois une plus grande sensibilité clinique. Là où, dans le cadre conceptuel du «stress» il s'agit de manifestations comportementales ou somatiques déjà très avancées (par exemple l'usage de drogues ou d'alcool, comme dans notre exemple du début), il s'agit de trouver, à l'aide de notions telles que dépression essentielle ou pensée

FIGURE 4

Modification du modèle de Levi par application des concepts de Marty*



* Modifié d'après Levi, L., 1972, *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*, Oxford, Pergamon Press.

opératoire, des signes et symptômes plus subtils et plus précoces et par rapport à une éventuelle désorganisation.

On voit donc comment l'approche clinique des questions de santé globale se trouve affinée, dépassant les dichotomies psyché-soma, prenant le sujet humain dans son ensemble, comme un continuum, organisé et hiérarchisé, comportant des points de fixation-régression comme autant de «marqueurs» qui dessinent une structure toujours originale pour un individu particulier.

Dans le monde du travail, notamment, se trouve aussi dépassée la question de savoir si des conditions données sont nuisibles pour la santé mentale plutôt que pour la santé physique des travailleurs. On pourrait dire en fait que c'est une mauvaise question, l'important étant de savoir quelles conditions sont le lot de quel individu doté de quelle structure. De façon plus générale, d'ailleurs, il faut se demander: quelle sera la conséquence clinique d'une atteinte à la «santé mentale» (ou mieux, à l'équilibre psychique) des gens? La réponse n'est pas toujours, tant s'en faut, la «maladie mentale», celle-ci n'étant qu'une des issues possibles au mouvement de désorganisation qui s'amorce après un traumatisme.

PSYCHOSOMATIQUE ET ORGANISATION DU TRAVAIL

Pour Christophe Dejourns (1980) les névroses de travail et les psychoses de travail n'existent tout simplement pas. Les décompensations psychotiques et névrotiques sont avant tout déterminées par la structure psychique de l'individu, seul le moment d'une telle décompensation pouvant faire entrer en ligne de compte des facteurs reliés au travail.

Si l'on considère par ailleurs, comme le fait Marty (1976), que les névroses de caractère sont les structures les plus fréquemment rencontrées dans le monde occidental, on ne s'étonnera pas de voir que la présentation clinique des dérèglements dans les situations de travail stressantes est le plus souvent mixte et somatique.

L'organisation du travail fait toutefois sa part dans la détermination de la symptomatologie. Dejourns (1980) identifie trois ordres de facteurs qui interviennent dans le déclenchement d'une décompensation. Ces facteurs sont selon lui «la fatigue qui

fait perdre à l'appareil mental la souplesse de ses rouages; le système frustration-agressivité réactionnelle qui laisse sans issue une part importante de l'énergie pulsionnelle; l'organisation du travail en tant que courroie de transmission d'une volonté étrangère qui s'oppose aux investissements pulsionnels et aux sublimations» (p. 128). Nous retrouvons regroupées dans ces trois grandes catégories les sources les plus connues de stress au travail que nous avons présentées au Tableau 1. Les sources intrinsèques de stress correspondent ainsi à l'élément fatigue dans le texte de Dejourns alors que les autres sources se rangent soit dans le «système frustration-agressivité réactionnelle» soit dans les problèmes reliés à l'organisation du travail en tant que s'opposant aux investissements pulsionnels et aux sublimations, soit dans les deux.

C'est encore Dejourns qui fait remarquer que la souffrance mentale n'a pas droit de cité sur les lieux de travail de sorte que même un cas de «syndrome subjectif post-traumatique» lié à un événement traumatique observable sur les lieux de travail, présentera surtout une symptomatologie somatique. Ceci est corroboré par deux auteurs américains, Schottenfeld et Cullen (1985), qui décrivent un «occupation-induced posttraumatic stress disorder» se présentant comme un trouble «somatoforme», c'est-à-dire, avec des plaintes somatiques sans base organique. À la différence des cas typiques, il n'y a pas ici le retour intrusif des souvenirs du traumatisme dans les paroles, les pensées ou les rêves des patients. Ces auteurs décrivent donc un tableau en concordance avec le point de vue de Dejourns: la composante proprement mentale du syndrome est bel et bien mise de côté.

En quoi l'organisation du travail contribue-t-elle à la détermination du profil clinique des décompensations? Pour une discussion vraiment satisfaisante de ce point, il faudrait tout d'abord faire les distinctions nécessaires entre travail manuel non spécialisé, travail manuel spécialisé, métier, profession, etc., ce qui dépasserait le cadre de cet article. Mais si l'on ne retient qu'une distinction grossière entre travail et profession, par exemple, on verra déjà une démarcation possible compte tenu de ce que nous apprend la théorie psychosomatique et ce que nous apprennent les recherches sur les sources de stress intrinsèques et extrinsèques au travail.

Ainsi, l'organisation du travail manuel dans les

usines comporte encore trop souvent une fragmentation des tâches, une simplification et une organisation en chaîne de montage, ce qui signifie pour les travailleurs une tâche monotone, répétitive, qui, selon Levi (1981), fatigue sélectivement certains ensembles limités du système nerveux central et en laisse d'autres inutilisés. Du point de vue de l'appareil mental, Dejourns souligne qu'il s'agit en fait d'une mise hors circuit de la vie mentale pendant le travail. «De ce fait, écrit-il, le travailleur est en quelque sorte dépossédé de ses potentialités névrotiques et mis dans l'obligation de fonctionner comme une structure caractérielle [peu mentalisée, ajouterions-nous] ou comportementale. *Ainsi se trouve artificiellement réalisé par le choc avec l'organisation du travail le premier pas d'une désorganisation psychosomatique expérimentale.* (p. 135). (Les italiques sont de l'auteur, le texte entre crochets est de nous). À l'appui de cette thèse de Dejourns, citons les conclusions d'une importante étude de French et Caplan (1973) démontrant les effets, positifs à tout point de vue, de la participation des employés à la prise de décisions, ce qui va à contre-courant du fonctionnement opératoire propre au travail aliénant.

Dans le milieu professionnel, le problème se pose autrement. Ici il ne s'agit pas de la neutralisation de l'appareil mental par les exigences de la tâche. C'est plutôt l'engagement du narcissisme des professionnels dans leur travail qui les expose à des situations équivalentes de ce que Paul Lefebvre appelle «impasse narcissique» (1980, 1984). Le travail investi narcissiquement, comme Christopher Lasch (1979) nous assure que c'est le cas dans la société nord-américaine, est alors au service d'un idéal exigeant. Les difficultés professionnelles, le défaut de gratifications narcissiques tant espérées, le conflit entre l'idéal personnel d'une part et la réalité de la tâche et la structure de l'organisation de travail d'autre part, peuvent amener à cette impasse si fragilisante. C'est d'ailleurs ainsi qu'il nous est permis d'inclure dans notre approche le fameux syndrome de «burnout». Celui-ci, d'un statut nosologique incertain (Scarfone, 1985), a été décrit essentiellement dans les milieux professionnels, notamment dans les professions «d'aide» (santé, services sociaux, enseignement). La vaste gamme de symptômes dont on lui attribue la paternité ne s'explique pour nous pas autrement que par la variabilité des réponses

à un traumatisme selon les structures psychiques. Loin de constituer une nouvelle entité clinique, il représente en fait une sorte d'assemblage conjoncturel de divers tableaux cliniques chez une catégorie plus ou moins homogène de professionnels, oeuvrant en particulier dans les services publics.

CONCLUSION

Nous sommes donc partis d'un modèle général de la pathogénie (figure 1) pour ensuite constater, avec les travaux d'Arsenault et Dolan, qu'il y a des données assez probantes appuyant la notion de réaction spécifique au stress selon le type de personnalité. Nous nous sommes ensuite attardés à l'étude d'une théorie psychosomatique qui vient développer de manière plus approfondie l'étude des structures de la personnalité en rapport avec la maladie physique et mentale et ce sur la base de la psychanalyse. Finalement nous avons abordé la question de l'organisation du travail vue sous l'angle de la théorie psychosomatique. L'essentiel dans cet article a donc été de proposer une approche théorique et clinique qui tienne compte de façon plus précise des particularités individuelles et qui prenne en considération la complexité du fonctionnement de l'appareil psychique ainsi que de ses dérèglements.

Au terme de cette entreprise, il nous faut souligner ce que cela implique pour le clinicien qui dans sa pratique quotidienne rencontre inévitablement des patients vivant des difficultés potentiellement reliées au travail.

Première conclusion: les cliniciens dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale auraient avantage à s'interroger tout particulièrement sur les conditions objectives et subjectives que connaissent leurs patients au travail. Force est de constater que cette dimension est souvent passée sous silence dans l'investigation clinique, les praticiens étant plus naturellement portés vers les sphères affectives concernant la vie relationnelle au sein de la famille, des amis ou des proches. Il est important de se rappeler que la majorité de la population passe la moitié de sa vie éveillée au travail... Il faut d'ailleurs considérer le fait que ce ne sont pas nécessairement les patients qui vont attirer l'attention du clinicien sur cette dimension. En tout cas pas ceux qui dans leur milieu de travail ont développé ce que Dejourns appelle une «idéologie défensive» servant à masquer

les difficultés éprouvées au travail pour éviter une exclusion du groupe d'appartenance. C'est le cas, par exemple, dans les emplois les plus rudes.

Deuxième conclusion: l'envers de la santé mentale n'est pas exclusivement la maladie mentale. Tout au contraire, il est plus probable que lors d'une mise en échec de l'appareil mental les signes avant-coureurs d'une désorganisation seront peu criards en tant que symptômes psychiques, comme nous l'avons vu à propos de la pensée opératoire et de la dépression essentielle, et qu'ils conduiront vers une désorganisation somatique qui variera selon le «système économique» de l'individu (apparente inorganisation, désorganisation progressive, régression globale ou régression partielle). Les cliniciens qui s'intéressent avant tout aux aspects psychologiques du fonctionnement humain doivent être particulièrement sensibilisés aux signes et symptômes négatifs, c'est-à-dire aux troubles du fonctionnement mental qui peuvent facilement passer inaperçus. En effet, l'intervention psychothérapique spécialisée peut souvent faire la différence, jusque dans la réponse aux traitements médicaux spécifiques, dans l'évolution de ces cas que l'on aurait tendance à ne pas considérer comme relevant de ce type d'approche.

Troisième conclusion: les présentations différentes selon la structure individuelle sont aussi modulées par l'organisation du milieu de travail. Certaines conditions de travail (répétitif, à la pièce, etc.) peuvent constituer une «vie opératoire» expérimentale, alors que d'autres (professions d'aide) engagent plus particulièrement l'idéal du Moi et peuvent amener à des pertes narcissiques importantes. Lorsque le professionnel en question n'est pas en mesure de «dramatiser» cette perte sur le mode névrotique, c'est alors l'impasse narcissique, terrain propice à une désorganisation (Lefebvre, 1984). C'est dans ce cadre théorique qu'il est possible de situer ce que l'on classe sous l'appellation discutable de «burnout».

Quatrième conclusion: cette approche psychosomatique, basée sur une conception psychanalytique de l'appareil psychique et de son fonctionnement s'articule aisément à un modèle général de la pathogénie, comme nous l'illustre la figure 4, et permet de situer parmi les «variables intercurrentes» des prescriptions thérapeutiques variées. Autrement dit, une compréhension psychanalytique de ce qui

se passe pour un sujet en rapport avec son travail ne signifie pas qu'on doive étendre tout le monde sur le divan. Les considérations sur les différentes structures mentales autorise au contraire l'élaboration d'un plan de traitement spécifique. Ce plan de traitement spécifique peut inclure une aide psychothérapique sans exclure les mesures administratives (par exemples mise au repos, modification de la tâche, etc.) et les traitements médicaux nécessaires.

Il serait par ailleurs intéressant d'étudier les différents milieux de travail à la lumière de la théorie psychosomatique et de voir en quoi, par exemple, une organisation de travail donnée interfère avec le fonctionnement adéquat d'un appareil psychique organisé sous tel ou tel mode. Il y aurait alors lieu de mettre cela en corrélation avec l'incidence de troubles somatiques ou psychiques dans ce milieu. C'est toutefois une perspective de recherche que nous ne saurions développer dans le cadre de cet article. Ne s'agit-il pas, d'ailleurs, d'appliquer ici même une mesure préventive simple bien connue en santé au travail: éviter la surcharge?

NOTES

1. Ce court exposé d'une partie de la théorie de Marty ne rend évidemment pas justice à l'ensemble de sa pensée, beaucoup plus complexe et nuancée. Nous ne saurions dans le présent article prétendre exposer de façon satisfaisante l'ensemble de cette théorie et nous invitons donc les lecteurs à consulter eux-mêmes les textes originaux. On trouvera également dans le livre de Rosine Debray cité en référence un bon résumé des idées de Pierre Marty.
2. Il y a lieu de souligner cette différence entre désorganisation de l'appareil psychique et symptomatologie névrotique ou psychotique. On pourrait en effet confondre, puisque nous parlons souvent, dans la clinique quotidienne, de «désorganisations» au sens de productions mentales incohérentes ou de comportements erratiques tels qu'on les rencontre dans les psychoses. Si de tels symptômes apparaissent «désorganisés» par rapport à l'ordre du Moi dans sa partie consciente, la psychanalyse nous apprend à en déceler un autre ordre, une autre logique. La présentation typique, parfois même stéréotypée, des délires et des hallucinations dans les psychoses évoque d'ailleurs l'existence de cette «organisation» qui est préservée et active, quoique latente. Les désorganisations dont parle Marty concernent le fonctionnement de la psyché elle-même, c'est-à-dire les rapports perturbés entre ses divers lieux (inconscient, préconscient, conscient) ou instances (Ça, Moi, Surmoi).
3. Notion à laquelle plusieurs résument, à tort, la contribution de Marty et de ses collègues à la théorie psychosomatique.
4. Ce qui ne veut pas dire que la notion de «programme psychobiologique» soit inopportune par rapport à la théorie psychosomatique. Ainsi Marty souligne-t-il l'importance de la constitution, voire de l'hérédité, ainsi que de fixations sur les chaî-

nes évolutives «parallèles» ou «latérales», fixations pouvant avoir lieu même à l'étape intra-utérine. Pour des raisons d'espace nous n'avons pas développé ces aspects de la pensée de Marty.

RÉFÉRENCES

- ARSENAULT, A., DOLAN, S., 1983a, *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*, Rapport de recherche, Montréal, I.R.S.S.T.
- ARSENAULT, A., DOLAN, S., 1983b, The role of personality, occupation and organization in understanding the relationship between job stress, performance and absenteeism, *Journal of Occupational Psychology*, 56, 227-240.
- BOURGAULT, D., MELOCHE, M., 1981, Le Burnout ou mourir d'épuisement comme un caméléon sur une jupe écosaise, *Intervention*, 61, 58-67.
- COOPER, C.L., MARSHALL, J., 1976, Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health, *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.
- DEBRAY, R., 1983, *L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques*, Paris, Dunod.
- DEJOURS, C., 1980, *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Le Centurion.
- DOLAN, S., ARSENAULT, A., 1980, *Stress, santé et rendement au travail*, Montréal, École de relations industrielles, Monographie numéro 5.
- FRENCH, J.R.P., CAPLAN, R.D., 1973, Organizational stress and individual strain in MARROW, A.J., ed. *The Failure of Success*, New York, AMACOM.
- FREUDENBERGER, H., 1975, Staff burnout syndrome in alternative institutions, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 1, 73-82.
- FRIEDMAN, M., 1979, Qualities of patient and therapist required for successful modification of coronary prone (type A) behavior, *The Psychiatric Clinics of North America*, 2, 2, 243-248.
- LASCH, C., 1979, *The Culture of Narcissism*, New York, W.W. Norton and Co.
- LEFEBVRE, P., 1980, The Narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 5, 5-11.
- LEFEBVRE, P., 1984, La psyché de la somatose en quête de névrose, le sentier obstrué, *Revue française de psychanalyse*, XLVIII, 5, 1173-1182.
- LEVI, L., 1972, *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*, Oxford, Pergamon Press.
- LEVI, L., 1981, *Preventing Work Stress*, Reading (Mass.), Addison-Wesley.
- MARTY, P., 1968, La dépression essentielle, *Revue française de psychanalyse*, XXXVIII, 3, 595-598.
- MARTY, P., 1976, *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.
- MARTY, P., 1980, *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
- MARTY, P., de M'UZAN, M., 1963, La pensée opératoire, *Revue française de psychanalyse*, XXVII, 345-356.
- ROTTER, J.B., 1966, Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80, No. 609.
- SCARFONE, D., 1985, Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu?, *Annales médico-psychologiques*, 143, 8, 754-761.
- SELYE, H., 1962, *Le stress de la vie*, Paris, Gallimard.
- SCHOTTENFELD, R.S., CULLEN, M.R., 1985, Occupation-induced posttraumatic stress disorders, *American Journal of Psychiatry*, 142, 198-202.

SUMMARY

The individual reactions to traumatic factors affecting the psychological welfare in the field of work are not limited to a mental symptomatology. To account satisfactorily for matters of health at work in relation to psycho-social factors one needs to refer to a theoretical frame which goes beyond the psychosoma dichotomy. To do so, the author introduces the main ideas of P. Marty's psychosomatic theory relating them to a general model of work related pathogenesis.