

Un exemple clinique : histoire de M^{me} L.*

Louis LE GUILLANT

Résumé. *L'histoire de Mme L. fait date dans l'histoire de la psychopathologie du travail car c'est la première fois que l'évolution d'une pathologie somatique est discutée en rapport avec les conditions concrètes d'existence de la malade, et en particulier avec le caractère pathogène de son travail. Summary p. 185. Resumen p. 185.*

« On me demande de guérir des êtres humains. Mais les trois quarts du temps je reste inefficace. Il faudrait aussi guérir leur vie. »

Pierre Gascar, *L'asile*.

L'histoire de M^{me} L. est extraite d'un livre – d'un projet de livre – où je me propose de rassembler un certain nombre « d'histoires de malades ».

Elles visent à faire apparaître, tel que je le conçois, le rôle des conditions de vie dans la genèse – et la guérison – de certains troubles nerveux ou fonctionnels. Bien d'autres voies existent sans doute pour

* Cet article est republié avec l'aimable autorisation de Madame le Docteur Marie Le Guillant. Il a fait l'objet d'une première publication dans *La Raison*, n° 18, 1957. Il a été republié en 1985 dans *Quelle psychiatrie pour notre temps ? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*, aux éditions Érès. Cet ouvrage est un recueil de textes choisis dans lequel figurent, notamment, des articles qui sont des références classiques et désormais incontournables en psychopathologie du travail, tels qu' « Incidences psychopathologiques de la condition de "bonne à tout faire" » et différents textes consacrés à la névrose des téléphonistes.

Quelques exemplaires de *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* sont encore disponibles. On peut se les procurer à la librairie Le Point du jour, 58 rue Gay-Lussac, 75005 Paris.

une telle approche. Je suis très conscient des lacunes que comporte cette observation¹. Il ne m'échappe nullement que la démonstration des rapports entre les conditions de vie de M^{me} L. et le glaucome² dont elle est atteinte y demeure en quelque sorte grossière. Il aurait fallu de longs commentaires et au moins le rapprochement avec des faits analogues – rapprochement qui est précisément l'objet du travail beaucoup plus étendu auquel ce cas est emprunté – pour la rendre, sinon probante, du moins sensible et orienter l'esprit des lecteurs vers une pareille perspective. Je me rends parfaitement compte qu'un long effort de précision, d'approfondissement et peut-être d'expérimentation aurait été nécessaire pour faire apparaître quelques-uns des maillons qui unissent la maladie de M^{me} L. à son histoire.

Cette histoire elle-même semblera assez exceptionnelle aux uns et banale aux autres. Sans doute ont-ils raison, les uns et les autres. Mais je le demande, de quoi est faite la vie de nos malades – et la nôtre – si ce n'est de ces circonstances à la fois banales et particulières, qui décident pourtant de l'essentiel ?

Que sont d'ailleurs les quelques situations, semblables et certaines, auxquelles la psychanalyse croit pouvoir rapporter le retentissement des événements présents, en face de la diversité et de la complexité, de la richesse singulière du réel où s'est déroulée, par exemple, l'existence « ordinaire » et dramatique de M^{me} L. ?

J'ai utilisé, de propos délibéré, pour la décrire, dans toute la mesure du possible, les expressions mêmes de la malade, notées littéralement. Ce langage populaire, fruit d'une expérience individuelle et collective directe, irremplaçable, me paraît, plus qu'aucune description qu'on pourrait en faire « de l'extérieur », ou en termes plus « scientifiques » chargé du pouvoir d'évoquer la réalité, de rendre perceptibles les aspects sensibles de situations qui échappent toujours quelque peu à ceux qui ne les ont pas vécues. Il me paraît ainsi la forme la mieux adaptée à une étude objective des « conditions de vie » de nos malades.

M^{me} L. Marie, née à X. en 1893, est fille unique. Son père était ma-nœuvre ; il a travaillé surtout dans la menuiserie. Il est mort d'un cancer

1. Elle a été recueillie dans le service du Dr Nora à l'hôpital Rothschild, parmi les malades suivies par mon ami le Dr Sapir. C'est lui qui l'a traitée, « comprise » – et guérie. Si jamais la collaboration d'un interniste et d'un psychiatre a réalisé une médecine véritablement psychosomatique, c'est bien ici.

2. Affection oculaire caractérisée par l'augmentation lente ou rapide de la pression intra-oculaire et l'atrophie des membranes de l'œil.

du pylone en 1922. Il avait toujours été bien portant, mis à part deux graves accidents du travail : la première fois, il est tombé d'un échafaudage démuné de garde-fou, la seconde il a été pris sous des plaques de tôle déchargées par une grue. Il a eu les deux jambes brisées – dont une vraisemblablement avec fracture ouverte – et une contusion – ? – abdominale avec « éventration » ayant nécessité de nombreuses interventions. Il a obtenu une pension d'invalidité correspondant à un taux de 75 %. Il avait 50 ans. La malade a alors recueilli ses parents chez elle.

À noter que ceux-ci ont tenté sans succès de gérer un petit restaurant. Comme nous le verrons, ils ont dû, à ce moment, placer leur fille dans une institution religieuse pendant deux ans.

La mère nous est dépeinte comme « de nature nerveuse, bonne et dévouée. » Elle a été tuée lors d'un bombardement en 1943. C'est elle qui semble avoir été l'instigatrice et l'animatrice de la fondation du restaurant « monté comme ça, à partir d'une boutique vide, avec des avances des principaux fournisseurs ». « Elle était, nous dit M^{me} L., très intelligente pour une femme de la campagne, elle avait beaucoup d'ambition, elle faisait tout. » C'est une circonstance extérieure (incendie, puis abandon de la fonderie dont les ouvriers étaient leurs principaux clients) qui paraît seule avoir entraîné la ruine de leur commerce.

Les conditions de vie familiale, mis à part la pauvreté, l'échec de cette tentative de changement de condition sociale puis l'invalidité du père, semblent avoir été assez favorables. Les parents étaient tous deux sérieux et travailleurs ; ils s'entendaient bien et leur fille « les adorait ».

La malade a été à l'école jusqu'à 12 ans. Elle a obtenu facilement son certificat d'études primaires. Elle a fait ensuite – de propos délibéré – plusieurs apprentissages : mode, couture, commerce. Elle a choisi la couture.

Nous avons déjà signalé son placement pendant deux ans. Elle avait alors de 7 à 9 ans. Revenue près de ses parents, elle a fréquenté, comme demi-pensionnaire, une école religieuse – au couvent de Z. – de 9 à 12 ans. Elle était très bien adaptée à ce milieu et est demeurée profondément croyante, bien que peu pratiquante.

Elle s'est mariée à 19 ans. Pendant deux ans, elle est demeurée à son foyer, puis la guerre de 1914-1918 et la mobilisation de son mari l'ont amenée à entrer comme ouvrière dans une usine de guerre. Elle a continué à travailler en usine pendant douze ans, puis dans un grand magasin.

Elle a eu trois enfants : une fille née en 1913, une autre en 1915, un garçon en 1920.

Le mari, blessé superficiellement pendant la guerre de 1914-1918 mais bien portant, a été chauffeur puis surveillant dans une banque. Il a été à son tour tué en 1944 lors d'un bombardement.

On note peu d'antécédents pathologiques, familiaux ou personnels. Sa mère aurait présenté une certaine hypertension artérielle. M^{me} L. a eu, jusqu'à ces dernières années, une bonne santé. Elle aurait fait, en 1945-1946, une infection chronique des voies urinaires par colibacilles.

C'est pendant la dernière guerre que les conditions de vie qui paraissent à l'origine de l'affection, un glaucome et une hypertension artérielle pour laquelle elle a été adressée à l'hôpital Rothschild, se sont constituées.

On a déjà vu qu'elle avait recueilli sa mère chez elle. En 1942, sa fille aînée a manifesté les premiers signes d'une affection cardiaque – un rétrécissement mitral jusqu'alors bien compensé, d'après les indications que nous avons pu obtenir –, affection dont elle est morte en 1946, après de nombreuses poussées d'asystolie et une longue agonie.

Rappelons que la mère et le mari de la malade ont tous deux été tués par bombardement. Ils vivaient dans une localité proche de Paris qui a été à peu près entièrement détruite au cours des années 1943-1944. Le petit pavillon de parpaing construit par le père et le mari, peu à peu aménagé, a été sinistré puis pillé.

Je dois maintenant poursuivre l'exposé de l'histoire de la malade à travers ses propres déclarations. Les faits, les descriptions de certaines situations très concrètes s'y trouvent naturellement mêlés à des impressions plus subjectives – et à bien des préjugés. Comme on le verra, cependant, la tendance même de ces préjugés ne donne que plus de force à la peinture qu'elle nous fait de ses conditions de vie et de travail qu'elle est bien éloignée de vouloir noircir. Le ton de son récit, habituellement modéré et presque contenu, lui donne par moments un accent assez exceptionnellement sincère et dramatique qui fait bien apparaître la réalité vécue de certaines situations pathogènes.

Sa présentation fait de cette malade, dans certaines limites, un personnage assez particulier. En effet, l'attitude pleine de retenue, la mise soignée, le langage aisé, très légèrement recherché, les cheveux teints et le visage soigneusement fardé lui confèrent un type aussi « petit-bourgeois » que possible, avec peut-être une nuance d'affectation qui contraste vivement avec sa condition sociale. Elle demeure cependant simple et, non

seulement touchante, mais sympathique. Elle est d'intelligence vive, ouverte. Ses rapports avec moi et avec les différents membres de l'équipe médico-psychologique qui l'ont examinée ont été excellents. Elle n'est manifestement guère habituée à la sollicitude, se montre bien facilement confiante et même reconnaissante.

L'état pathologique pour lequel elle a été traitée est apparu en 1943 dans des conditions que nous étudierons plus loin. Il s'est manifesté par une « tache » dans le champ visuel de l'œil gauche. L'oculiste consulté aurait diagnostiqué une hémorragie rétinienne ; il n'aurait pris ni TARD³ ni TA⁴.

En 1951, elle aurait présenté une nouvelle hémorragie rétinienne, de l'œil droit cette fois, survenue brusquement en fin de journée en revenant du travail.

En 1953, apparaissent dans le champ visuel des « cercles colorés » centrés par la lumière, ceci généralement en fin de journée, lorsqu'elle était fatiguée et énervée. L'acuité visuelle était alors très abaissée, elle avait l'impression d'un « voile » devant les yeux. On notait en outre, un œdème malléolaire, des céphalées et un état d'esprit assez perturbé. Elle était épuisée, avait peur de devenir aveugle, pensait au suicide.

Elle est vue à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Rothschild fin mars 1953. On y porte le diagnostic de glaucome. On note qu'elle est très émotive et inquiète, qu'elle pleure facilement et dort insuffisamment, qu'elle est toujours épuisée.

Début 1954, la TA est de 200-110. La malade est vue peu de temps après par le Dr Sapir.

Voici comment elle décrit son existence depuis 1942, date à laquelle l'état cardiaque de sa fille est devenu inquiétant. Elle s'est alors heurtée aux difficultés de ravitaillement communes à tous les habitants de la banlieue parisienne, quelque peu aggravées du fait que scrupules et impécuniosité lui interdisaient à peu près le marché noir. « J'étais énervée, dit-elle, énervée, toujours énervée. Nous n'avions rien, nous n'avons jamais acheté au marché noir ; des carottes, toujours des carottes. » Elle devait aller chercher du bois mort. Un bûcheron étranger qui en faisait argent le passait à la chaîne aux acheteurs. « Nous y allions quand même en cachette ; ça me mettait dans un état d'énervement que vous ne pouvez imaginer. » Elle a

3. Tension artérielle rétinienne diastolique.

4. Tension artérielle.

présenté à ce moment des crises nocturnes d'angoisse très vives « avec des battements cardiaques, les mâchoires qui claquent ». « Je ne vivais plus, dit-elle, je vivais sur les nerfs. »

À noter qu'à cette époque la localité où elle résidait a été plus ou moins atteinte par une quinzaine de bombardements visant un objectif voisin. En 1944, son mari, ainsi que je l'ai dit, est tué lors du bombardement d'une gare ; leur maison est sinistrée et elle doit aller habiter une ville proche. Les réfugiés n'y sont pas très bien accueillis ; « on était gênant partout ».

Cette situation menacée et dépendante n'a pas accablé cependant M^{me} L. « J'ai, dit-elle, remonté le courant avec un grand courage, par amour-propre, pour rester au niveau... » Ces expressions, qui peuvent paraître entachées de quelque vanité, ne le sont pas vraiment ; elle traduisent, avec une force particulière il est vrai, une conception du monde qui s'exprimera à bien d'autres reprises, conception, et même, si l'on veut, idéal de vie, qui a tant contribué, on le verra, à aggraver la situation, déjà singulièrement pénible objectivement, dans laquelle s'est trouvée et placée la malade.

« J'ai pris, dit-elle, un travail fou » – dans une fabrique de pièces détachées pour appareils de télévision. « Il faut que je suive une petite chaîne » formée de trois tourniquets comportant chacun trois ouvrières. Elle « coupait les pattes » des pièces. « Il faut que ce soit terminé pour les mettre aux étuves que toutes les pièces aient les pattes coupées. Au fur et à mesure que l'heure avance je suis dans un état épouvantable. Je n'aurais pas l'angoisse de la fin de la journée, mes yeux ne se voileraient pas. »

Il semble, bien que je n'aie pu vérifier sur place cette hypothèse, qu'elle ait été affectée à cette tâche, manifestement plus dure que celle de ses compagnes, comme à un poste de confiance, qu'il était bien naturel d'attribuer à une travailleuse aussi zélée. Il semble aussi que tout le travail de trois tourniquets passant entre ses mains, elle se soit sentie responsable de la finition des pièces pour l'envoi à l'étuve en fin de journée.

Quoi qu'il en soit, elle se disait dans cesse : « Pourvu que j'y arrive, que j'arrive à tout faire ; la tâche ordinaire, j'y arrive grandement, j'ai une bonne cadence, mais là, ça dépasse... si j'avais un tourniquet de moins, si mes yeux n'étaient pas voilés à la fin de la journée... C'est surhumain... dans mes pouces. Je ne pouvais plus m'en servir. J'avais les nerfs arrachés à force de couper les pattes... »

La cadence à laquelle elle était soumise dans son travail n'a pas toujours été aussi rapide. « Les ouvrières, dit-elle, tiennent des carnets, j'en ai

retrouvé ; j'ai vu des ouvrières qui rendaient 180, 200, 250 à l'heure. Je suis montée jusqu'à 700. C'est un taux qui n'a jamais été atteint, mes camarades me disent que j'ai tort de me donner tant de mal, de tant m'en faire... Il faudrait que le chef se rende compte que c'est trop pour une, que ça dépasse la tâche normale... Autrefois, on était commandées par des femmes, aujourd'hui par un jeune homme, il ne se rend pas compte. »

Je lui ai demandé pourquoi elle ne protestait pas, pourquoi elle ne demandait pas au moins un changement d'affectation. Elle m'a répondu : « Quand on travaille comme ça, il faut faire attention, si je disais quelque chose, mon chef m'en voudrait, la vie ne serait plus tenable, je devrais m'en aller. J'ai vu ça tant de fois, il vaut mieux ne rien dire. » Cette crainte, sans doute fondée, est en tout cas certaine, et M^{me} L. a bien insisté pour que ses doléances ne soient pas transmises par le service social à son employeur ; mais il semble aussi qu'elle ait éprouvé quelque fierté de ce poste de responsabilité. En tout cas, c'est une situation contre laquelle on ne peut rien : « Dans notre atelier, il manque du personnel, il manque une ouvrière. Je n'ai pas eu de chance d'avoir ce travail-là. On a supprimé du personnel, il faut faire le travail du personnel qu'on a supprimé. »

Elle a d'ailleurs des sentiments très nuancés vis-à-vis de ses chefs. « Les patrons, ce sont des jeunes gens, ils ne voient que le rendement ; celles qui ne font pas le rendement, balancez-les. » Elles ne les connaît d'ailleurs pratiquement pas. Elle craint, comme nous venons de le voir, les « petits chefs » – contremaîtresses. Parlant de son « petit chef » immédiat, elle dit : « Il ne comprend pas, il savait très bien que mes yeux se voilaient ; je l'ai dit à son amie – une ouvrière –, j'ai demandé qu'on embauche, on n'a pas voulu me donner plus de personnel. J'aurais dû bien travailler, faire ma tâche normalement et laisser le reste, je n'ai pas osé, je me défends mal. »

Par contre, elle n'a pas à se plaindre de ses « grands chefs » – chefs d'atelier. « Au contraire, ils sont très gentils, je suis estimée d'eux, c'est une chose qui m'a bien remontée de sentir l'estime, ajoute-t-elle. Ma chef va venir me voir dimanche. » Elle aussi « les estime bien, mais ils ne savent pas ce qui se passe. Si on se plaint aux grands chefs, ils attrapent les petits chefs et la vie devient impossible. » « Il faudrait, dit-elle aussi, qu'il y ait un contrôle pour les tâches, on est là pour travailler, on vous paie, mais il faudrait limiter les tâches, il faudrait que le travail soit raisonnablement partagé. »

Elle a exprimé à maintes reprises, d'une façon tout à fait spontanée et parfois sous une forme saisissante, la conviction que ses troubles oculaires sont liés à son état nerveux et celui-ci à ses conditions de travail :

« Pour moi, docteur, c'est ça la cause ; ce n'est pas seulement ça, mais c'est ça l'essentiel, parce que le soir j'ai les yeux complètement voilés au point qu'une fois j'ai manqué mon train, je ne voyais pas, les lumières des autos étaient entourées d'un cercle vert et rouge... Mon état nerveux, ce n'est pas de moi, c'est de mon travail, si je travaille sans angoisse, ça va. » « Un jour, j'ai travaillé aveugle, je ne pouvais pas finir ma tâche, je suis tombée en sanglots. » Elle exprime bien également une impression subjective souvent ressentie par les femmes travaillant à des cadences très rapides : « L'expression que je trouve, c'est : il faut être sous pression, il faut que je sois énervée pour arriver à faire la tâche. C'est cet énervement qui me fait gonfler les yeux. Quand je suis calme, ces symptômes n'apparaissent pas. » Elle prenait du café pour atteindre le rythme exigé, « sans cela, dit-elle, je n'aurais jamais pu. C'est ça qui m'a sauvée, en gardant ma dignité, en écartant l'alcool et le tabac, pour ne pas tomber dans la déchéance. »

On a déjà bien vu apparaître l'attitude de M^{me} L. à l'égard de son travail. Il n'est qu'un aspect de cette attitude plus générale devant la vie que je dois maintenant décrire.

J'ai dit que, lorsque sa maison a été sinistrée, en 1944, elle a dû se réfugier dans une ville voisine. Le décès de sa fille en 1946 a été pour elle une épreuve morale et matérielle terrible. Elle appréhendait cette mort, non seulement en soi, mais dans son optique particulière. Elle se disait : « Comment vais-je payer pour les obsèques de cette enfant ? Il faut qu'elle soit comme tout le monde. » Effectivement, elle a dû emprunter sur sa maison et rembourser peu à peu.

Cependant, elle n'a pas été écrasée et a même trouvé dans le sentiment, si vif chez elle, de certaines valeurs sociales, des forces pour surmonter l'adversité : « C'est l'amour-propre qui m'a fait prendre le dessus, j'ai lutté pour redevenir une femme normale, sans vice ; je craignais la déchéance, que l'alcool me donne beaucoup de forces et que je ne puisse plus m'en passer... J'avais toujours l'espoir d'arriver à un niveau qui me plaît. »

Sa vie est organisée de la façon suivante : elle prend un train à 6 heures qui la conduit directement en une demi-heure à son travail. Mais elle se lève à 4 heures, 4 heures et demie. « Je tiens en effet, dit-elle, à faire ma toilette, je trouve que ça m'est nécessaire de déjeuner tranquillement, de ne pas prendre encore sur mes nerfs à ce moment-là... Il y en a qui viennent ayant à peine fait leur toilette. Je me suis levée toute ma vie à 4 heures. Étant enfant, quand je voyais mon père partir à 4 heures, je pleurais souvent, je me disais : c'est un vrai métier de bagnard. Le travail était plus dur pour le corps mais moins dur pour les nerfs. »

Le soir, elle doit « compter deux heures » pour rentrer. Elle tient en effet à aller chercher son train à Paris. C'est qu'il n'y a pas de train direct à cette heure-là ; elle devrait changer plusieurs fois, descendre d'un wagon bien chauffé et attendre sur le quai. Or, elle est très sensible au froid, très « frileuse ».

Mais c'est aussi parce qu'elle se trouverait avec « la sortie de l'usine Renault, ce que j'appelle la pègre. Je ne devrais pas dire ça, ajoute-t-elle aussitôt. Tandis qu'à X. (une gare de Paris) je suis avec des gens comme moi, bien tenus et vraiment polis. Eux-mêmes (les ouvriers et ouvrières de Renault) ils ne supportent pas une ouvrière avec un chapeau. Moi, ça me repose d'être avec des gens gentils et bien élevés, ayant du savoir-faire ».

Elle revient souvent, sans gêne manifeste et même avec une certaine détermination sur ce thème : « Si on voyage avec un chapeau... si vous saviez les mauvaises manières qu'ils ont, c'est à se demander où ils ont été élevés. Ce n'est pas du mépris, je comprends qu'un ouvrier a du mal, mais c'est en dehors de moi. J'ai une crainte malade de gêner qui que ce soit. Je prends de grands soins de propreté, j'ai peur d'incommoder. » C'est ainsi que le dimanche elle met son manteau à l'air « parce qu'il conserve l'odeur de l'atelier », qu'elle ne mange pas d'ail le midi en pensant à ses compagnons de voyage du soir.

« Dans les ateliers, dit-elle encore, c'est vraiment du détraquage. Qui n'a pas été en atelier ne peut pas s'imaginer la vie de ces femmes qui boivent, qui fument et qui, au point de vue moral, se conduisent d'une façon déréglée. »

Cette conception des choses ne va pas sans lui occasionner un surcroît de fatigue considérable. Le midi, elle déjeune sur place, à sa table de travail. Il n'y a pas de cantine, mais les ouvrières disposent de quoi faire réchauffer leur nourriture. Elles ont une heure et demie de pause si la journée de travail est de huit heures ; une heure si elle est de dix heures, assez rarement heureusement, car « ça alors, dit-elle, c'est une tuerie ».

Le soir, elle rentre chez elle, épuisée, vers 20 heures « bien sonnées » – le travail se termine à 18 heures. « J'ai dû bien souvent quitter mon manteau, m'abattre sur mon lit, harassée, à bout de fatigue, m'endormir tout habillée jusqu'à minuit. » Elle se lève alors, prend une simple tasse de lait, se déshabille et se couche. De toute façon, « le soir, je n'ai pas le courage de faire de cuisine, je fais un laitage, un vermicelle au lait ». Elle mélange dans un grand bol des yaourts avec du germe de blé, de la levure de bière, du sucre roux et du lait en poudre. Auparavant, elle se fait une tasse

de café « pour avoir le courage de me préparer à manger et de finir ma soirée ». Elle n'est en effet jamais couchée avant 22 heures. « Le temps de faire sa toilette, de se détendre un peu. »

Elle n'a guère de repos. « Le samedi parfois, on travaille jusqu'à midi, j'ai des courses à faire, le dimanche il faut faire du lavage, du repassage, de la couture. On salit dans la semaine et je suis trop fatiguée pour faire quelque chose en rentrant. Je fais tout moi-même : la peinture, le ressemelage... C'est vite passé, mon Dieu ! »

Elle gagne environ 5 000 F par semaine mais elle a – par semaine – 600 F de voyage. Elle a « de gros frais » à réparer et remeubler sa petite maison. Celle-ci a été édifiée par son père et son mari. « À chaque paye, nous achetions comme nous pouvions, un peu de parpaings, un peu de chaux, une porte, une fenêtre. On a mis vingt-cinq ans. »

Elle a entrepris de reconstituer son mobilier, mais « sur une petite paye ce n'est pas facile, en travaillant je suis arrivée à me constituer un petit ménage gentil, avec du bois blanc que je peins façon chêne ou noyer... un intérieur sans valeur, mais enfin, propre. Je voudrais que dans mon ménage ce soit comme sur moi, bien arrangé, bien propre. »

Ces citations littérales des déclarations de M^{me} L. apportent, me semble-t-il, de précieuses indications sur sa mentalité. Mais celle-ci ne peut être vraiment comprise qu'en fonction de son histoire familiale et de l'éducation qu'elle a reçue. Elle est, on l'a vu, fille d'humbles travailleurs, mais de travailleurs animés par une profonde ambition sociale. Le père, fils de métayers de la Vendée, était venu à sa majorité chercher du travail à Paris. La mère tenait son ménage, faisait un peu de couture à domicile. Avant son mariage, elle avait été femme de chambre dans de grandes familles bourgeoises. Après l'échec de leur tentative malheureuse d'accession à une autre condition sociale, ils ont vraisemblablement reporté sur cette enfant unique la totalité de leurs sentiments et de leurs espoirs et lui ont assuré, conjointement avec les religieuses près desquelles M^{me} L. a vécu pendant de longues années, cette « bonne éducation » à laquelle elle attache comme eux tant de prix. Elle les dépeint comme « honnêtes et bons », très unis, mais aussi constituant un monde clos, ayant de ce fait même profondément déterminé son système de valeurs.

Un exemple montrera comment a pu se constituer chez elle cette exigence morale rigoureuse, intimement confondue avec les aspects formels d'un certain ordre familial ou social des choses, qui est une caractéristique dominante de sa personnalité. Ce n'est pas à partir de conflits

inconscients, au sens où l'entend la psychanalyse, mais d'attitudes éducatives très concrètes, longtemps répétées, renforcées de sanctions – ne fussent-elles que celles de la tendresse –, réalisant un véritable conditionnement moral. « Quand ma mère, me dit-elle, voulait me faire avouer quelque chose, elle me disait : “Viens jurer devant le Jésus...” Je croyais qu'on mourait en cas de mensonge. »

Le métier de son mari l'a en outre introduite dans un milieu et un monde d'illusions dans lesquels tout la disposait à trouver des modèles. Il était en effet « chauffeur de grande remise chez des gens très, très bien ». « Il m'y amenait lorsque nous étions jeunes mariés. Il m'a présentée à la baronne de ... Je suis allée passer mes vacances au château de ... »

Il n'est pas question, est-il besoin de le dire, de contester en bloc la représentation du monde et le système de valeurs ainsi élaborés tout au long de sa vie décevante par notre malade. Les vertus de M^{me} L. sont bien réelles et même exceptionnelles. Par moments, elle tend vers une sorte de sainteté petite-bourgeoise. Elle dit par exemple à propos de ses enfants à qui elle ne veut « rien devoir » : « Je veux garder la gloire de mon courage et de mon énergie. » Mais du fait des circonstances malheureuses qu'elle a vécues, les formes *extérieures* de cet idéal de vie lui sont devenues à la fois plus chères, plus indispensables – et plus inaccessibles. Dans une certaine mesure, elle a perdu le contact avec la réalité sociale qui est la sienne, la recherche de ces apparences excessivement valorisées lui a posé les problèmes quasi insurmontables que nous avons vus.

En même temps, elle s'est profondément aliénée du milieu où elle doit vivre. Elle n'est pas en mauvais termes avec ses camarades de travail, mais elle ne les fréquente pas et les fuit aussitôt la journée finie. Elle voit bien et même comprend leur condition et leurs difficultés de travailleuses exploitées. « Les soudeuses, dit-elle, font bien des crises de nerfs aussi, les pauvres femmes. Souvent je me suis dit : je serais curieuse de savoir ce que font les femmes au bain. » Mais elle les rejette de son univers, ridicule et dramatique, où les « bonnes manières » sont l'exigence fondamentale. Elle ignore tout simplement la solidarité, l'entraide et, bien entendu, les luttes ouvrières.

Ces contradictions et quelques autres ne semblent pas d'ailleurs créer chez elle un « conflit » au sens habituel de cette expression. Sa conception du monde en effet n'est pas sérieusement mise en doute. Son expérience vécue, d'un tragique si éloquent cependant, parle un langage qu'elle n'entend pas. Seulement, elle contribue singulièrement à aggraver la situation concrète dans laquelle elle est plongée. Un des aspects les plus sensibles en

est la solitude : « Pour tout vous dire, m'a-t-elle déclaré, c'est la première fois (dans le service) que j'ai rencontré de l'intérêt, de la bonté ; jusqu'alors, j'étais seule, toujours seule. » On verra plus loin les perspectives psychothérapeutiques ouvertes par ces rapports médecin-malade.

Ses convictions religieuses, toujours profondes, ne semblent plus lui être d'un grand secours. Cependant, dit-elle, « je parle au bon Dieu comme je vous parle, je ne suis pas bigote, je lui demande du secours, de ne pas m'abandonner... je ne peux même plus faire ma prière, tellement je suis fatiguée. »

Ses rapports avec ses enfants sont profondément altérés. Je ne peux m'étendre longuement sur cet aspect latéral de l'histoire et de la personnalité de M^{me} L., encore qu'il soit bien significatif. Il semble que ses enfants ne lui soient guère venus en aide dans ses difficultés. Ceux-ci, sa fille surtout, seraient, dans les questions d'argent, d'une âpreté extraordinaire. Elle a les mêmes perspectives d'ascension sociale que sa mère et paraît d'ailleurs en voie d'y accéder, mais sur un plan surtout matériel. Quoiqu'il en soit, l'extraordinaire quant-à-soi de la malade ne lui a permis et ne lui permet encore de rien demander, ni même accepter.

J'ai vu longuement cette fille. Ses déclarations ont confirmé le portrait psychologique qui s'était dégagé de mes observations. « Ma mère, dit-elle, a un savoir-vivre qui est poussé à un degré de sauvagerie. Elle a un parti pris de ne déranger personne ; c'est un genre de délicatesse poussée à l'extrême. » Les rapports de la malade et de ses enfants sont rares et peu chaleureux. « Il n'y a pas de heurts, disent-ils, on ne peut pas dire qu'il y a désaccord, mais il n'y a pas d'élan, on n'est pas assez ouvert de part et d'autre. »

Tel est le contexte dans lequel une situation de travail précise et pénible, mais « banale », a pris un caractère pathogène.

M^{me} L. a été hospitalisée à Rothschild à peu près deux mois – jusqu'à la fin mai 1954. Il ne semble pas utile de reproduire ici en détail les examens et les traitements pratiqués. Au total elle a subi une cure de sommeil, peu profonde mais prolongée, avec de faibles doses d'hypnotiques. Sa TA a baissé dès sa mise au lit et a peu varié par la suite. Par contre, son fond d'œil a été nettoyé et surtout son glaucome a subi une régression considérable malgré la suppression de la pilocarpine.

Comme toujours, les petites péripéties de la cure : la durée du sommeil, les variations – subjectives et objectives – des troubles fonctionnels, etc., ont bien fait apparaître le retentissement des circonstances et des

préoccupations auxquelles la malade est sensibilisée. C'est ainsi qu'au vingt-neuvième jour de la cure elle reçoit la visite de son fils qui l'émeut beaucoup. Elle ressent en effet profondément l'absence de contact entre elle et ses enfants. Le lendemain, en outre, elle apprend par une assistante sociale de l'usine qu'une collecte a été organisée pour elle à l'entreprise, ce qui l'humilie terriblement. Pour la première fois depuis son entrée les signes fonctionnels du glaucome réapparaissent et nécessitent l'emploi du collyre à la pilocarpine.

En juillet son moral est bon. Elle ne travaille pas et n'y pense guère. « Je n'ai pas repris mon travail, dit-elle, c'est ce qui m'a fait beaucoup de bien. Si j'avais dû retourner dans cet enfer, je n'aurais pas guéri. Si j'avais été obligée d'y retourner, je ne sais pas ce que j'aurais fait. » La TARD est à 45/45, la tension oculaire à 22/28 avec des doses minimales de pilocarpine.

En novembre, elle allait bien, mais depuis vingt jours a essayé de « tricoter pour les autres ». « Lorsque je tricote, dit-elle, je vais de plus en plus vite comme à l'atelier. Je ne sais pas travailler autrement, j'ai beau me raisonner, j'ai tellement été habituée à aller vite, à accélérer la cadence, à me dire : "Il faut aller vite, va plus vite." J'ai beau me répéter maintenant : "Il faut aller doucement, te détendre..." Pensez, j'ai été sept ans là-dedans. » Les cercles lumineux réapparaissent alors, ainsi que l'insomnie. La TARD est à 65/65.

Début janvier 1955, les cercles lumineux ont persisté. La malade a été obligée d'abandonner le tricot. Elle n'ose pas travailler au-dehors « à cause des contrôles ». Un discret œdème interpapillomaculaire réapparaît. La TA est de 155-90, la TARD de 60/60, mais la tension oculaire atteint à nouveau 42/42.

Le 19 février, la malade nous confie que ses causes majeures d'énervement sont ses préoccupations pour l'avenir. « Il faudrait que cette assurance sociale je sache comment ça va tourner... Cette longue maladie, ça aura une fin. C'est une fois que je me suis mis dans l'idée que je ne retournerai pas à l'atelier que j'ai été beaucoup plus calme... Il faudrait que je trouve un petit travail qui me convienne. » Ce n'est que lorsqu'elle pense à ces problèmes que les cercles réapparaissent. Elle se sent heureuse chez elle, malgré son impécuniosité. « Ça me semble si bon de m'occuper chez moi », dit-elle.

Ces conditions de sécurité et d'occupations ont été à peu près réalisées. Le fond d'œil s'est à nouveau nettoyé, la tension oculaire a baissé – 28/30. Depuis cette époque je l'ai perdue de vue, mais elle a été suivie par M. Sapir. La situation est demeurée satisfaisante.

On est frappé dans cette observation par l'étroit parallélisme des symptômes – assez banals – avec les événements vécus et les sentiments éprouvés. Examinons de plus près ce parallélisme, notamment pendant la période où j'ai suivi M^{me} L.

Il est indiscutable que la tension oculaire a baissé au cours du séjour à l'hôpital. Les troubles fonctionnels ont disparu malgré la suppression de la pilocarpine. Ils sont revenus après une émotion, malgré la poursuite inchangée du repos et des calmants, pour disparaître après une « psychothérapie » très simple. Par la suite, la tension oculaire a continué à varier en fonction des circonstances. Elle s'est élevée notamment après la reprise du tricot dont l'exécution rappelait les cadences de l'usine, elle s'est abaissée après sa cessation et la prolongation de la « longue maladie » qui éloignait la crainte du retour à l'atelier.

La tension artérielle s'est abaissée légèrement dès la mise au repos et n'a que peu varié par la suite. L'administration de calmants, le régime déchloruré, les événements ne l'ont guère modifiée.

La TARD, au contraire, a diminué dès la mise au repos et l'application du traitement. Elle est restée extrêmement stable pendant tout le séjour à l'hôpital. Elle est remontée légèrement peu après.

Le fond d'œil s'est amélioré notablement pendant la cure. Une courte rechute est survenue au moment de la reprise du tricot, entraînant le retour involontaire des efforts d'attention et de rapidité de son travail antérieur. Tout a rétrocedé après l'arrêt de cette activité et avec la perspective assurée d'un long repos. Comme il fallait s'y attendre, le mieux a porté sur l'élément exsudatif. Par contre, l'aspect artériel est demeuré inchangé, puisqu'il existait au départ des signes nets de sclérose des petits vaisseaux rétiens.

Que peut-on déduire de l'histoire de M^{me} L. en ce qui concerne les mécanismes psycho-physiopathologiques ?

L'hypertension de la malade évolue depuis plus de dix ans. Elle semble être apparue à l'occasion d'un ensemble de difficultés matérielles et psychologiques graves dont certaines sont multipliées par l'attitude morale de M^{me} L. Cette hypertension est peu élevée. Il existe une hypertension maternelle, probablement bénigne. Malgré son taux modéré, l'hypertension de la malade a abouti à une sclérose des petites artères de la rétine. Enfin, depuis qu'elle est suivie, les événements et les drogues ne l'ont influencée que légèrement. Il faut bien convenir, face à ces petites hypertensions avec note héréditaire, que nous ignorons encore beaucoup de choses.

Par contre, les poussées exsudatives au niveau de la rétine, les modifications de la TARD paraissent bien en rapport avec les événements vécus par la malade.

Reste le glaucome. La tension oculaire, les signes fonctionnels semblent nettement influencés par les circonstances. Malheureusement, lors de la première hémorragie rétinienne en 1943, aucune indication n'est fournie par le tonus oculaire. Le glaucome existait-il, latent, avant les événements traumatisants ? N'est-il qu'à la suite de ceux-ci et surtout à la suite des cadences excessives du travail à l'atelier ?

M^{me} L. est bien affirmative sur ce point. C'est, dit-elle, « cet énervement (dans son travail) qui me fait gonfler les yeux, qui me donne du glaucome. » Le réveil de cet énervement – et des manifestations cliniques – observé durant la période consécutive à sa cure, en réponse aux activités et aux préoccupations rappelant ce travail, semble confirmer cette interprétation, par la malade elle-même, du mécanisme de ses troubles. Ce mécanisme pourrait sans doute être vérifié objectivement, notamment par certaines épreuves pléthysmographiques – réactions vaso-motrices en rapport avec des excitants appartenant à la situation pathogène.

Toutefois, je me défends d'aller plus loin pour le moment sur ce terrain. Ce travail a seulement pour but de poser un certain nombre d'interrogations, d'ouvrir un certain nombre de perspectives. Les données aujourd'hui existantes sont en effet aussi incertaines que nombreuses. Un matériel énorme, clinique et expérimental, montre soit l'apparition d'un trouble grave mais transitoire, soit l'accentuation d'une maladie somatique existante à la suite d'événements traumatisants. Il est beaucoup moins prouvé qu'une entité morbide durable puisse se constituer de cette sorte. Il est vrai que le rôle des situations pathogènes prolongées, qui, dans l'observation de M^{me} L. et d'une manière générale me paraissent les plus importantes, n'a fait l'objet que de peu d'études. Des expériences soviétiques et américaines, malheureusement récentes et ne permettant pas un recul suffisant, ont toutefois permis de reproduire différents troubles fonctionnels durables chez l'animal, avec modifications organiques, par les différentes méthodes aboutissant à la création de « névroses expérimentales ».

De ces faits précis devraient être rapprochées des données d'un caractère plus général telles celles concernant l'accroissement considérable des troubles fonctionnels dans certaines populations, certains groupes humains, sous l'influence de certaines situations et de certaines conditions de travail. Je dois malheureusement me borner sur ce point à un bref rappel, nécessaire pour situer cette observation et son commentaire.

Dans une perspective inverse – je veux dire sur le plan thérapeutique –, les recherches expérimentales et cliniques de ces dernières années prouvent également la possibilité de parvenir à la guérison ou à l'amélioration de maladies somatiques par des actions chirurgicales ou médicamenteuses sur le système nerveux. Elles ont mis ainsi fortement en relief le rôle de ce système nerveux. De même, l'influence des pratiques psychothérapeutiques – les plus diverses – sur de multiples troubles fonctionnels organiques est une réalité hors de contestation. Elles constituent un aspect essentiel de la cure de sommeil et de bien d'autres traitements de ces troubles. Toutefois, ici aussi, les travaux demeurent trop récents et parcellaires. Bien rarement sans doute une psychothérapie a pu définitivement guérir une affection somatique caractérisée, notamment un ulcère, un asthme, une hypertension.

Je n'aborde pas ici, de propos délibéré, les problèmes soulevés par la psychosomatique qui m'entraîneraient à un long et vain débat. La psychosomatique, malgré quelques conciliations apparentes et quelques concessions pratiques – assez contestables, me semble-t-il, dans sa propre perspective – demeure intimement inspirée par la psychanalyse et même confondue avec elle. Il n'est, pour s'en convaincre, que de se référer aux exposés la concernant contenus dans *La psychanalyse d'aujourd'hui*, analysés dans cette revue. Leur évident esprit de conciliation n'en fait que mieux apparaître combien le système de références, la conception des mécanismes étiologiques et thérapeutiques, le mode de pensée même des psychosomaticiens demeurent séparés de ceux des non-psychanalystes. Je ne crois pas, si regrettable que soit un divorce aussi profond et aussi persistant dans un domaine de la science, qu'il existe actuellement de véritable confrontation – au niveau des faits, des malades – entre la psychosomatique et la clinique traditionnelle.

Une des conséquences de ce divorce est l'abandon par le praticien de l'étude – personnelle – des problèmes psychologiques et sociaux. Conscient de l'existence de « facteurs affectifs » qui affleurent sans cesse chez ses hypertendus, ses ulcéreux, etc., séduit, sinon par ses interprétations, du moins par les promesses de compréhension que lui offre la psychanalyse, mais incapable de pénétrer dans son univers fermé, son expérience incommunicable, il s'en remet à une sorte de magicien, le psychiatre-psychanalyste et lui confie entièrement ce domaine de l'investigation et de l'action. J'ai déjà attiré l'attention⁵ sur les conséquences de cet état de choses. Il conduit à une division de la pratique médicale. Le somaticien voit son rôle limité aux

5. *Colloque sur la cure de sommeil*, Paris, Masson, 1954.

interventions organiques, le psychanalyste seul connaît et modifie l'enchaînement des circonstances, agit sur les causes premières. L'approfondissement que paraît proposer la psychosomatique réalise en fait un nouveau dualisme, une plus profonde division de l'être malade.

C'est un des objets de ce travail que de tenter de faire apparaître sur le plan de la connaissance pratique de l'homme, de l'histoire des malades et de leurs conditions concrètes d'existence, des possibilités de compréhension et d'intervention dépassant la simple affirmation – souvent si sommaire et insatisfaisante – de « causes sociales » ou psychologiques aux manifestations de la pathologie fonctionnelle.

Ceci mérite qu'on s'y attarde un instant. Si l'on s'interroge en effet sur les raisons qui font qu'un sujet donné – lui et non tous ceux apparemment placés dans des conditions semblables – se montre moins résistant, présente une affection qui n'atteint pas les autres, la réponse ne peut-elle être recherchée dans son histoire personnelle ? D'excellents esprits médicaux se montrent cependant assez rebelles à ce genre d'explications. Les situations et événements invoqués leur paraissent non seulement dépourvus du pouvoir d'agir, au moins profondément et durablement, sur l'organisme mais, plus encore peut-être, incapables, par leur banalité même, de rendre compte du fait singulier qu'est la maladie.

Mais à y bien réfléchir, dans quel domaine cette « banalité » tant invoquée est-elle plus sensible ? Naturellement, la nourriture, le vêtement, le repos, l'hygiène générale, etc., ne sont pas les mêmes pour tous ; ils diffèrent sensiblement, par exemple, selon les classes sociales. Qui le constaterait ? De même, les affections et traumatismes organiques accidentels ne frappent pas d'une façon semblable tous les hommes. Mais, d'une manière générale, est-ce là ce qui les différencie le plus ? Est-ce dans ce domaine que les variations individuelles sont les plus amples ? N'est-ce pas autant, sinon davantage, dans ce qui les caractérise en tant qu'êtres humains : leurs idées, leurs sentiments, leurs conduites, l'histoire particulière qui est la leur ?

La prise en considération d'une telle perspective n'implique aucune mystification des causes réelles, des causes sociales notamment de la maladie. Dans la mesure où ses conditions de vie peuvent être incriminées, ce sont des circonstances et des situations bien concrètes, ses malheurs puis l'intensité de son travail, sa fatigue, sa solitude et sa demi-misère qui ont joué un rôle dans l'apparition des troubles présentés par M^{me} L. Les premiers « traitements » qu'il convient de lui appliquer sont le repos, des ressources et une sécurité suffisante.

Cependant, ces conditions de vie, quel que soit l'aspect sous lequel on les considère, s'intègrent dans un contexte psychologique qui leur confère une acuité particulière et en définitive leur caractère pathogène. Ce contexte psychologique lui-même n'a rien de mythique. Il est le reflet dans l'esprit de la malade des conditions sociales et éducatives, économiques et idéologiques, à la fois bien réelles et particulières qu'elle a vécues de son enfance à ce jour. Non telle ou telle condition, plus ou moins arbitrairement valorisée, mais leur succession et leur totalité.

« L'énervement » auquel M^{me} L. attribue, à raison me semble-t-il, un rôle essentiel dans l'apparition de ses troubles, bien que fonction avant tout de la cadence de son travail, prend une valeur particulière dans l'angoisse qui l'étreint à l'idée de ne pas effectuer sa tâche, angoisse que n'éprouvent pas autant d'autres travailleuses ; sa fatigue elle-même est accrue par l'organisation irrationnelle de sa vie, le long voyage de retour avec les « cols blancs », le travail supplémentaire pour avoir un intérieur, une mise « bourgeois ». Cette mentalité de M^{me} L. elle-même représente moins la manifestation de quelque tendance profonde qu'un type psychologique ou plus exactement un type social, particulièrement accusé il est vrai, mais bien connu, dont on a vu clairement, me semble-t-il, comment il s'est constitué. Type dont il faudrait être bien ignorant des rapports humains dans notre société pour méconnaître l'existence et la force, sans doute déclinante, mais encore capable de dominer une vie tout entière. En ce sens, la maladie de M^{me} L. apparaît dans une certaine mesure comme l'expression particulière des contradictions plus générales et des difficultés d'adaptation à un moment donné d'une catégorie sociale dont les problèmes nous sont à tous familiers et compréhensibles.

Ainsi, on ne peut pleinement saisir – mais alors, me semble-t-il, on le saisit bien – le caractère pathogène de son travail que par rapport à toute l'histoire de la malade, par rapport aux façons de juger et de se conduire, à la représentation du monde forgées par cette histoire.

Encore une fois, je ne veux pas réduire la maladie de M^{me} L. à ces mécanismes psychologiques et sociaux. Mais ce que nous avons vu, ou entrevu, de ces derniers nous apporte, me semble-t-il, par rapport à une clinique traditionnelle ou mystifiée, des possibilités accrues de compréhension et d'action. C'est en effet seulement à partir de leur connaissance que nous avons pu, sinon satisfaire entièrement, du moins définir les exigences d'un plein traitement de cette malade et notamment celles d'une psychothérapie un peu plus adaptée. Celle-ci n'a rien d'ésotérique et tout praticien doté d'un peu d'expérience et de sensibilité aurait pu la mettre en œuvre.

Dans le cas particulier elle était faite du respect d'une certaine forme de rapports humains auxquels M^{me} L. est attachée, de sollicitude et de l'organisation de sa vie en fonction de ses besoins, de ses préoccupations – et un peu aussi de ses préjugés : le repos, la sécurité de la « longue maladie », la recherche d'une certaine activité dans un milieu conforme à sa représentation, dérisoire mais impérieuse, d'un certain « bien » social.

Il me semble que dans cette perspective, la pathogénie et le traitement d'une telle affection se trouvent enrichis, notre rôle élargi et assuré, plus proche d'une médecine véritablement humaine.

Louis Le Guillant

1900-1968

*Médecin chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Cofondateur de La Raison en 1951*

Summary. *Mrs.'s L. history is important to the psychopathology of work as it is the first time when the evolution of a somatic pathology is associated to the concrete living conditions of the patient and especially to the pathogenic aspect of her work.*

Resumen. *La historia clínica de la señora L. marca un hito en la historia de la psicopatología del trabajo: por primera vez la evolución de una patología es discutida en relación con las condiciones concretas de existencia de la enferma y, en particular, con el carácter patógeno de su trabajo.*