

Atteinte corporelle et/ou souffrance psychique ? Une étude clinique à partir du vécu des travailleurs souffrant des TMS

*Laerte Idal SZNELWAR
Morgana MASSETTI*

Résumé. *À partir d'une étude réalisée au Brésil, auprès de travailleurs du secteur bancaire atteints de LER/TMS, les auteurs décrivent la dimension subjective du tableau clinique et s'interrogent sur les similitudes et les différences avec « la névrose des téléphonistes » décrite par Jean Bégoïn et Louis Le Guillant, dans les années cinquante. Ils interrogent ensuite les rapports entre la répression de l'agir expressif et les entraves à la coopération dans le travail, d'une part, dans l'apparition de somatisations, d'autre part.*

L' informatisation des services, amorcée dans les années quatre-vingt, a particulièrement marqué le secteur bancaire et financier. Le secteur public n'est pas resté à l'écart de ce processus qui a touché la Poste et divers domaines de l'administration. Ces entreprises, au Brésil, ont subi de grandes transformations affectant le mode de production et la façon de travailler de nombreux salariés. Parallèlement, l'introduction de nouveaux produits et la nette amélioration des systèmes d'information ont élargi l'éventail des services offerts.

On pouvait s'attendre à ce que la réduction des contraintes améliorât les conditions de travail et que fussent reconnues les tâches intégrées par les employés pour assurer le service à la clientèle. Malheureusement, si l'informatisation a entraîné dans un premier temps une forte augmentation de l'offre d'emplois, grâce à la croissance du nombre des postes de travail (surtout sur le plan de la

saisie), elle a par la suite provoqué un long processus de réduction des effectifs, de « dégraissage » ou de « rationalisation » lors de l'essor de la dite « re-ingénierie ».

On pouvait également penser que le recours à des techniques plus avancées faciliterait le travail et le rendrait plus productif. Or, il n'existe aucun lien direct entre l'utilisation d'un système productif informatisé et l'obtention de réelles améliorations dans l'organisation du travail. C'est ce que confirment nos études, justifiant ainsi une posture critique et sceptique. On constate des difficultés plus grandes dans la réalisation du travail, une inadéquation des systèmes, comme des programmes de formation, avec comme corollaire un apprentissage difficile. Alors que les organisations auraient pu s'adapter aux nouvelles formes de production des services, ce sont les travailleurs qui doivent en supporter les contraintes – une nette augmentation des exigences de temps (cadences plus fortes, réductions des temps de pause et des micropauses) et, surtout, un accroissement sensible des possibilités de contrôle sur les salariés. En outre, le plan de production, conçu selon la logique des concepteurs et des gestionnaires des entreprises étudiées, rend la communication et la construction d'un savoir-faire commun superflues, voire indésirables, puisque toutes les informations nécessaires sont fournies via le logiciel, et, partant, réduit les échanges entre collègues. Non seulement les travailleurs ne sont pas pris en compte en tant que sujets, mais ils semblent être considérés comme une gêne pour le système de production.

Les paradoxes de ce processus de modernisation sont devenus manifestes lorsque est apparue une forte augmentation des maladies liées à ce type de travail. Les lésions par efforts répétitifs, les troubles ostéomusculaires, les troubles musculo-squelettiques, entre autres appellations, sont maintenant largement connus hors des cercles de spécialistes.

Car, et c'est bien là le paradoxe, des entreprises « propres » – où, contrairement au monde industriel, les agents nocifs ne sont ni visibles ni détectables par les méthodes les plus pointues de l'hygiène industrielle – se trouvent être à l'origine de la plus importante vague d'absentéisme, connue jusqu'à présent, pour raison de santé et d'incapacité au travail. Il ne s'agit plus de maladies professionnelles « classiques », mais bien de nouvelles formes de souffrance qui rendent inefficaces les réponses habituelles. Les gens deviennent malades, mais ne montrent aucun signe visible aux premiers stades de la maladie. Parfois, ils sont tout simplement incapables de travailler ou d'effectuer des gestes de la vie quotidienne,

comme se peigner, prendre un enfant dans les bras ou laver la vaisselle, sans pourtant pouvoir apporter la preuve médicale de l'existence de la « maladie ».

Ce problème de santé publique dure depuis plus de vingt ans déjà. Il se caractérise par le nombre de personnes atteintes, les résultats discutables des mesures ordinaires de prévention et le délai extrêmement court entre le début de la vie active et l'apparition de la souffrance. Réduire la souffrance à partir d'une transformation profonde du travail est un défi pour tous : travailleurs, État, entreprises, syndicats, chercheurs, professionnels de la santé, cadres et responsables de la production.

Premiers résultats, premiers constats

Nos études s'appuient sur les résultats d'enquêtes menées auprès de quatre groupes de travailleurs présentant des problèmes de santé relevant de la classification LER (Lésions par efforts répétitifs) et/ou DORT (Troubles ostéomusculaires liés au travail) au Brésil, TMS (Troubles musculo-squelettiques), en France. Tous travaillaient dans le domaine bancaire et financier.

Les tâches qui leur incombaient correspondaient au service à la clientèle : guichets de banque, traitement des appels téléphoniques relatifs à des opérations bancaires, demandes d'information, réclamations, entre autres. Tous utilisaient des systèmes informatisés et, à l'exception des guichetiers, leurs activités intégraient l'usage du téléphone.

Ces études ont été demandées par des entreprises qui, selon leur DRH, voulaient résoudre le problème posé par la dégradation rapide de la santé des employés. Les données fournies par les entreprises et les résultats préliminaires tirés d'analyses ergonomiques, qui furent réalisées parallèlement aux enquêtes, ont révélé un cadre épidémiologique alarmant :

- La majorité de la population étudiée, les deux tiers environ des effectifs, souffraient de symptômes divers dont la plupart concernaient le système musculo-squelettique (inconfort, malaise, lourdeur, douleurs, paresthésies – au niveau des mains, poignets, ceinture scapulaire, région lombaire, entre autres).
- On note une augmentation progressive des congés maladies et de l'absentéisme : 10 à 15 % des effectifs, dans certains cas, étaient en congé maladie pour cause de LER/TMS.

- D'autres problèmes de santé liés au travail ont également été constatés, par exemple des lésions au niveau des cordes vocales, des troubles de l'audition, des problèmes de vision et des signes évidents de souffrance psychique.

L'âge des personnes atteintes – entre vingt et trente ans – et le nombre réduit d'années de travail constituent des facteurs aggravants. Parfois, lors d'un premier emploi, six mois suffisent pour que la pathologie se manifeste, certaines personnes se retrouvant en invalidité alors qu'elles ont à peine vingt-cinq ans.

Ce type de travail est pris à titre provisoire par des jeunes qui, pour la plupart, ont terminé leurs études secondaires. Nombreux sont à l'université ou engagés dans un cycle de perfectionnement. Les entreprises, comme les employés eux-mêmes, supposaient que cette période de travail équivaldrait au temps nécessaire à l'aboutissement de leurs études et à l'obtention d'un autre emploi dans la profession de leur choix. Malheureusement, la réalité du marché du travail est tout autre dès lors qu'il n'offre pas de possibilité d'emploi dans la filière choisie. Par ailleurs, beaucoup tombent malades très rapidement.

Ainsi, un travail considéré comme temporaire laisse des traces indélébiles sur la vie de jeunes hommes et femmes qui représentent pour la société un potentiel productif important. Ce problème social est d'autant plus réel que la majorité des nouveaux emplois proposés au Brésil, dans les grandes villes surtout, relèvent de cette branche professionnelle. Dans la région métropolitaine de São Paulo, près de la moitié de la population active appartient au secteur tertiaire.

Méthodologie de l'étude

Les enquêtes menées auprès de groupes de travailleurs sur des questions concernant leur santé s'appuient sur la méthodologie de la psychodynamique du travail (Dejours, 2000). Elles viennent en complément d'analyses ergonomiques menées dans ce même cadre. Les participants ont été retenus en fonction des critères suivants :

- Souffrir ou avoir souffert de LER/TMS diagnostiqués et suivis médicalement ; avoir été en arrêt maladie pour une longue période ; avoir subi des examens réalisés par des experts de la Sécurité sociale (INSS) ; enfin, avoir repris le travail dans l'entreprise.
- Être volontaire pour participer.

Les personnes répondant au premier critère ont été conviées à une réunion de présentation de l'étude, ses objectifs et sa méthodologie. Au cours de cette première réunion d'information, les chercheurs ont précisé qu'il s'agissait pour le moment de constituer des groupes de parole avec ceux qui accepteraient de participer aux enquêtes, puis, avec leur autorisation, d'en faire connaître les résultats. Résultats qui pourraient aussi servir à promouvoir un processus de changement. Néanmoins, il devait être clair pour tous que les directions des entreprises ne s'étaient ni engagées à utiliser les résultats de l'étude ni à suivre les recommandations que pourraient formuler d'autres membres de l'équipe, à partir des analyses ergonomiques.

Parmi les personnes contactées, 30 à 40 % acceptèrent de participer à l'enquête. Une ou deux séances hebdomadaires furent organisées, et ce, pendant six à huit semaines, soit dix-huit à vingt-quatre heures de travail. Les groupes comptaient de quatre à dix participants.

Nous avons proposé la création d'un « espace public » (Dejours, 2000) pour que les participants puissent parler de la façon dont ils ont vécu le cycle « souffrance – diagnostic médical, arrêt maladie, rétablissement et reprise du travail avec une autre fonction ». Il s'agissait de créer un « lieu » où il était possible, à partir du « dit » des participants, de reconstruire la signification de l'histoire de chacun, et de favoriser la formulation et l'échange des expériences. Il s'agissait donc de produire une situation où les participants rencontreraient des interlocuteurs disposés à écouter ce que personne autrement n'aurait désiré entendre.

Les séances ont été conduites de façon à permettre des échanges entre les participants. Les chercheurs – un médecin ergonomiste et une psychologue – intervenaient peu.

Outre le travail d'écoute, les chercheurs devaient :

- noter et systématiser le contenu des discours ;
- rédiger un document de travail sur la base des séances antérieures, à partir du discours des participants et de leurs propres interprétations ;
- restituer à chaque groupe, à chaque séance, le contenu de ce document écrit ;
- valider ce document qui, après des lectures communes et des discussions, intégrerait les modifications suggérées par le groupe ;
- rédiger un document final à remettre à tous les participants ;
- utiliser les données et les documents, après accord des participants, pour qu'ils soient discutés et diffusés auprès des entreprises et du milieu scientifique.

Le travail réel et ses contradictions

Avant de présenter les résultats des groupes de parole et de les discuter, il convient d'exposer les caractéristiques du type de travail étudié, mises en évidence par l'analyse ergonomique :

- une forte contrainte de temps, définie par des stratégies de gestion imposant une réduction du temps à accorder à chaque client ;
- une pression constante exercée par les files d'attente, un des principaux objectifs de l'entreprise étant de réduire le temps d'attente ;
- une demande de production très variable selon l'heure de la journée, le moment de la semaine, les périodes de fête, l'époque de lancement de nouveaux produits, en fonction aussi des problèmes affectant le processus de production ou la situation économique générale ;
- comme conséquence de cette variabilité, une augmentation des cadences ;
- un écart significatif entre, d'une part, la croissance de la demande, d'autre part, l'adéquation de la capacité productive grâce à de nouvelles embauches et à des améliorations dans les procédures ; le décalage entre les deux pouvant s'étaler sur plusieurs mois et provoquer des périodes, parfois longues, de saturation du système de production ;
- des politiques de « rationalisation », autrement dit, de réduction d'effectifs, accompagnées de mesures visant à l'intensification du travail ;
- la réalisation fréquente d'heures supplémentaires, allongeant de deux à trois heures la journée du travail (selon la législation : six heures par jour) ;
- des pauses raccourcies à quinze et trente minutes par jour, alors que la législation brésilienne prévoit des pauses fréquentes pour l'exécution de travaux répétitifs, comme la saisie et le traitement informatique de données ;
- un grand effort cognitif, car la tâche exige tout à la fois de mémoriser l'information, de soutenir l'attention, d'utiliser la mémoire immédiate et lointaine, de comprendre la demande du client, de résoudre les problèmes dus à la conception et à la réalisation des programmes ;
- des « Scripts » destinés à la communication et composés de phrases prédéfinies, avec indication de la tonalité vocale requise, et de formules d'accueil ; ces scripts sont conçus par le bureau des méthodes des entreprises afin de garantir la qualité du service. Mais, souvent, ils empêchent la construction d'un véritable dialogue avec les clients ;
- un contrôle excessif des travailleurs par la mise en place de programmes spécifiques (contrôle du temps, de la disponibilité, de la quantité de

- connexions nécessaires, entre autres), l'écoute aléatoire par les contremaîtres (contrôle « de l'acte de parole », c'est-à-dire des conversations des agents) et parfois même par l'enregistrement des échanges avec les clients. Ces systèmes permettent de suivre les gestes et les échanges verbaux des employés en « temps réel » ;
- une restriction de la liberté de mouvement, chacun devant rester « scotché » à son poste de travail ; dans certains cas, il n'est pas autorisé de travailler debout ;
 - une forte compétition entre collègues, aiguisée par des grilles de primes, présentées comme « des campagnes de motivation », et établies proportionnellement à la vitesse d'exécution des tâches et de la qualité du travail mesurée par le respect des prescriptions et l'absence d'erreurs ;
 - des conflits constants avec la hiérarchie, provoqués en partie par les contremaîtres qui imposent une cadence accélérée et le respect des procédures. Or, ces derniers, en contradiction avec leur fonction de contrôle, doivent aider ceux qui sont au service de la clientèle, lorsque se présentent des difficultés de fonctionnement, et doivent faciliter l'exécution des tâches. Cette contradiction est formulée explicitement et de manière récurrente dans les discours des participants.

Cette logique de production se fonde sur des paradigmes d'inspiration taylorienne qui conduisent à concevoir des tâches simplifiées, standardisées et fragmentées. Malgré les similitudes avec le modèle de l'organisation scientifique du travail, les différences sont néanmoins notables à cause de l'absence de systèmes de production basés sur des « unités de temps standardisés ». Les travailleurs subissent pourtant une situation encore plus contraignante, car les temps de gestion de la demande sont calculés sur des moyennes qui servent de paramètres à la gestion et au contrôle de la performance individuelle. Dans chaque cas étudié, il s'agissait de réduire toujours plus les temps de gestion de la demande, et de produire une compression croissante des temps.

L'étude de la réalité du travail a mis au jour l'inadéquation fréquente des modèles tayloriens. La standardisation excessive des procédures ne convient pas au caractère imprévisible et différencié des demandes des clients, où la variabilité est de règle. Si les produits relèvent d'un certain modèle standard, la manière de gérer une demande, le comportement des clients et leur niveau de compréhension des services offerts ne peuvent être standardisés. Les informations disponibles dans l'entreprise sur les produits proposés à la clientèle ne sont pas homogènes ni accessibles à tout instant.

Les employés sont pris entre des logiques différentes, celle de la rentabilité d'un côté et celle de la qualité du service offert de l'autre. Le concept même de qualité peut changer en fonction de la hiérarchie, du client et des employés.

Nous sommes face à un nouveau paradoxe. L'activité des travailleurs s'inscrit dans le registre de la parole – écouter et parler – et ils sont responsables vis-à-vis du client et de l'entreprise de l'exactitude des informations, de la justesse des actions et des décisions prises. La crédibilité de l'entreprise en dépend. Or, le contenu des tâches et l'organisation du travail procèdent de schémas très contraignants qui, en fait, ne permettent pas la bonne exécution du service, si bien que les travailleurs sont mis sous pression à la fois par les clients et la hiérarchie.

Les résultats des groupes de parole : un vécu corporel et psychique compromis

L'espace de discussion, proposé par la méthodologie utilisée dans ces enquêtes, peut être considéré comme un « espace public » (Arendt, 1958, 1981), où il s'agit de se découvrir, se reconnaître dans la souffrance de l'autre, où peut se construire un collectif basé sur l'expérience vécue et exprimée par chacun, expérience qui reflète aussi bien le travail que la souffrance.

La question de ses propres « limites » aux exigences croissantes (vécues comme « sans limites ») de la production est revenue régulièrement dans les discussions. Elle est au centre des débats et sert de grille de lecture aux chercheurs. Face à une organisation du travail toujours plus difficile, où les heures supplémentaires sont fréquentes, le rythme de travail de plus en plus intense, la capacité d'action sous contrainte, on aboutit souvent à la détérioration de la relation avec la clientèle, la perte des occasions propices à l'offre de nouveaux produits, l'empêchement de nouvelles formes de prestation de service. La « limite » serait-elle alors la maladie ?

Les groupes ont permis d'identifier un processus cyclique identique pour tous :

- les espoirs des débuts, et une perspective de vie consacrée au travail,
- l'apparition des premiers signes de la souffrance,
- le mal-être, la recherche d'un diagnostic,
- le diagnostic, la maladie, l'éloignement du travail,
- la reprise, ou la non-reprise, la sensation de la différence.

Ces étapes recouvrent une trajectoire non linéaire, vécue de façon fort diverse, que d'une manière ou d'une autre tous ont connue. La temporalité rapide en est un aspect notable. En effet, il faut peu de temps pour parcourir le cycle complet, qui part de l'embauche et finit à la maladie, la déficience physique, et dans certains cas, l'incapacité au travail pour cause d'« invalidité ». Alors que, généralement, les maladies professionnelles ou liées au travail, à l'exception des accidents et des graves intoxications, avec leurs séquelles, apparaissent à moyen et long terme. Cette nouvelle articulation entre travail et santé émerge pour la première fois dans l'Histoire, semble-t-il.

Voici reconstitués les éléments d'une trajectoire qualifiée de typique par les participants.

Au départ, les « limites » n'existent pas, et les espoirs liés à un nouveau travail, le premier, souvent, sont nombreux. Les agents ressentent alors une grande capacité d'écoute vis-à-vis des clients et le désir de résoudre les problèmes qui leur sont soumis. Il leur arrive même de participer, avec enthousiasme, à des activités qui ne sont pas directement liées à leurs tâches, comme l'élaboration de campagnes de productivité dites « campagnes de motivation ». Ils ont envie d'être bien classés dans ces sortes de compétitions, voulant, avec l'ingénuité des néophytes, être parmi les « meilleurs ».

Puis commencent à apparaître de légères douleurs, une sensation de lourdeur dans les bras. Rien de grave, ces douleurs font partie du jeu, tout comme la contrainte de la hiérarchie, la pression exercée par les clients et leurs problèmes. Mais, lorsque l'organisation impose de travailler le samedi ou le dimanche, le week-end ou le jour de repos ne permet pas de récupérer. La douleur, l'anxiété, la déception, la non-résolution des conflits de travail, sont vécues comme passagères, et sur un plan individuel. La souffrance est ignorée, cachée, réprimée.

Pourtant, la souffrance persiste et les douleurs deviennent chroniques, comme une compagnie de tous les instants. L'efficacité dans le travail n'est plus la même et les travailleurs se sentent poussés à bout, nerveux, incapables de participer comme auparavant à la vie de l'entreprise ou de s'investir au-dehors, dans les études, la famille et la vie sociale.

Qu'est-ce qui m'arrive ? Qu'est-ce que c'est cette histoire ? Et si c'était une maladie ? Qui a la réponse ? Les autres et eux/elles-mêmes voient dans la souffrance une affaire individuelle. Un refus de travailler aussi. *Qu'est-ce qui se passe ? Où trouver de l'aide ?*

Solliciter les contremaîtres de l'entreprise n'est pas simple. Les salariés ont besoin d'être aidés, de faire attention à eux-mêmes, mais ils savent aussi que la question de la santé et de la maladie ne fait pas partie de l'univers de la production. Il faut accepter le niveau de productivité exigé. De plus, comment mettre en cause le système productif ? Tous sont jeunes et, s'ils n'arrivent plus à produire selon la norme et ressentent des douleurs, ils ne savent pas bien les mettre en mots ni en donner les causes.

La prise de contact avec les services de santé de l'entreprise amplifie encore cette contradiction. En principe, les professionnels de la santé sont là pour écouter et pour trouver des solutions de guérison. Or, l'on sait que, dans ce cas précis, tout repose sur ce que peut dire la personne qui souffre, puisque la maladie n'offre quasiment pas de « signes objectifs », du moins dans ses débuts.

Les premiers arrêts maladie améliorent l'état du travailleur, mais durent peu, tandis que la situation de travail reste inchangée. On ne peut pas dire que, du moins sur le court terme, la guérison est complète. Pour certains, le fait de quitter et de reprendre le travail devient une « habitude », ou plutôt un cercle vicieux.

Subrepticement, le vécu du travail se modifie : le regard des autres n'est plus le même, les collègues et les contremaîtres prennent des distances. Les salariés malades, eux-mêmes, se sentent différents, ne partagent plus la même logique, les mêmes valeurs. Les comportements de collègues qui, auparavant, leur paraissaient bizarres et critiquables (parce que ces collègues refusaient le rythme de production, se plaignaient de douleurs, s'absentaient puis revenaient travailler avec des bracelets de soutien aux poignets) ne leur semblent plus incompréhensibles. Ils commencent à comprendre qu'il ne s'agissait pas de paresseux, qu'ils ont « peut-être beaucoup de choses en commun » avec eux.

Pour la première fois, ils saisissent la nécessité d'une prise en charge par la Sécurité sociale, de « passer à la caisse », comme on dit dans le langage courant. L'affaire est devenue complexe, et le doute sur la possibilité de guérison s'est insinué en eux. Peu à peu, ils se rapprochent d'une autre logique, celle de la Sécurité sociale, qui exige un diagnostic précis. Parfois, ils doivent se soumettre, pour confirmer le diagnostic, à des examens intrusifs et peu adaptés aux stades évolutifs des cas cliniques concernés (l'électroneuromiographie par exemple). Les examens les plus élaborés peuvent donner des résultats peu concluants et, pourtant,

la douleur, la diminution des forces, la paresthésie existent bien. Pour obtenir un congé de longue maladie ou renouveler celui qui se termine, il faut donc suivre un vrai parcours du combattant.

Les relations établies entre les équipes médicales (qui ont une convention avec les entreprises) et celles de la Sécurité sociale sont confuses et sont une source supplémentaire de souffrance. Toute personne présentant des LER/TMS peut être suspectée de vouloir soutirer des avantages, au détriment de l'entreprise et de la Sécurité sociale, comme la garantie de l'emploi par exemple.

Ces employés, eux, espèrent encore guérir ; ils se soignent, prennent soin d'eux-mêmes, se mettent à l'écoute de leur corps, ce qu'ils n'auraient jamais imaginé antérieurement.

Malgré cela, leur vie connaît de nouvelles limitations, les forces de leurs membres supérieurs diminuent. Nombre de gestes quotidiens deviennent impossibles, ce qui rend plus difficiles les rapports familiaux, en particulier parce qu'ils n'arrivent plus à accomplir certaines choses, « ils deviennent et se sentent inutiles ». Leur corps, qui naguère « fonctionnait » presque en silence, maintenant se manifeste, et ne leur laisse « oublier » aucune de ses parties atteintes qui ne sont que picotements, fourmillements, lourdeurs.

Dès lors ils ou elles savent qu'ils sont limités, que ce qu'ils ressentent est une maladie, une maladie qui a un nom, qu'elle ne vient pas forcément d'une faiblesse individuelle, personnelle ; qu'il s'agit, en fait, d'un problème collectif. Mais des questions restent sans réponse : pourquoi n'y a-t-il pas davantage de personnes à être affectées ? pourquoi eux ?

N'arborant pas des signes visibles, reconnus socialement comme signes de « maladie », c'est-à-dire nodules, sécrétions, lésions visibles..., ils en arrivent à se demander jusqu'à quel point ils sont vraiment malades. Même « malades », certains d'entre eux ont le désir de profiter de la vie, d'aller au cinéma, à la plage, de sortir, enfin, de vivre tout simplement. Un désir de vivre qui engendre une forte culpabilité dès que s'imposent clairement les représentations sociales dominantes : les malades doivent se reposer, ne pas sortir ou se divertir, encore moins s'ils reçoivent des indemnités de la Sécurité sociale... Tout cela renforce leur envie de reprendre le travail le plus rapidement possible, de se sentir utiles à nouveau, de faire preuve de la même productivité que les autres, comme avant.

Lors de la première reprise du travail, après un congé maladie plus ou moins long, les travailleurs sont bien accueillis par leurs collègues, sont

heureux de les revoir, de les intégrer à nouveau dans le système. Pourtant, rien n'est comme avant, eux-mêmes ne veulent plus courir de risques, ils produisent moins et ne participent plus aux campagnes de productivité. La hiérarchie n'accepte ces travailleurs « limités » uniquement parce qu'elle y est obligée. Ils représentent une source de problèmes, car ils peuvent compromettre la réalisation des objectifs de productivité fixés pour le groupe, objectifs qui ne peuvent être renégociés avec l'entreprise. Il faut donc pallier le déficit, comme, d'ailleurs, lorsqu'ils étaient absents de l'entreprise. En outre, après leur prise en charge par la Sécurité sociale, leurs prescriptions médicales recommandent de faire des pauses et d'éviter les tâches répétitives. La loi les protège, et eux seuls, car elle interdit tout licenciement, consécutif à un arrêt maladie, pendant une période d'un an.

Néanmoins, même s'ils ne sont pas guéris, certains font tout pour paraître valides aux yeux des autres travailleurs et à ceux de l'entreprise. D'autres ont, une fois de plus, ressenti des douleurs plus fortes. La sensation de vide, vécue lorsqu'ils étaient en dehors de l'entreprise, revient plus vive. Ils n'appartiennent plus au groupe, c'est une évidence, un fait.

Certains parviennent à être mutés, et sont affectés à d'autres postes de travail pour exécuter des tâches non répétitives. L'analyse de la situation de ces entreprises montre que ce type de tâche est de plus en plus rare. De tels postes sont moins qualifiés, moins reconnus et constituent, selon l'expression de certains, un « dépôt » pour malades. Pourtant, certains retrouvent leur goût du travail et, même, obtiennent un poste dans un autre secteur de l'entreprise, ce qui aurait été impossible avant la maladie.

Lorsqu'ils se sentent protégés par la loi, qu'ils peuvent faire valoir leurs droits en justice, alors ils sont en mesure de dire non aux exigences de l'entreprise. C'est un sentiment nouveau. Quelle situation paradoxale que celle qui permet « l'obtention de la citoyenneté grâce à la maladie » ! Par leurs problèmes de santé, ces travailleurs acquièrent une position différenciée en devenant des sujets dans l'entreprise, en y conquérant un droit à l'existence. Mais ce sentiment ne demeure pas et, pour la grande majorité d'entre eux, ils se sentent « marqués » pour toujours. Incapables de se projeter dans le futur, ils craignent d'être licenciés à la première occasion, et beaucoup perdent l'espoir que les études menées leur ouvrent une nouvelle profession.

Les TMS/LER dominent le tableau clinique, mais ne sont pas les seuls problèmes de santé/expressions de souffrance. Les manifestations croissantes d'impatience et d'irritation, y compris dans la sphère privée, en font partie. Imposer à ses proches un fonctionnement conforme à celui qu'exige

l'organisation du travail dans l'entreprise est un comportement relativement fréquent. Cette sorte d'« imprégnation psychique » conduit, par exemple, à répondre au téléphone, chez soi, selon les procédés définis par l'entreprise. L'usage constant et exécré d'un pseudonyme sur les lieux de travail les contraint à réfléchir avant de décliner leur véritable nom, lorsqu'ils répondent au téléphone à leur domicile. Une des participantes au groupe, pour signaler son arrêt de bus, a interpellé le conducteur en disant « allô chauffeur ». Ces expressions de souffrance sont très gênantes, en particulier pour ce qui concerne les troubles de la concentration, les difficultés de lecture ou de compréhension lors de spectacles. Ainsi, pour l'un d'entre eux, aller au cinéma n'est pas simple, puisque son amie doit lui expliquer le sens des scènes. Il n'en comprend pas la signification alors qu'il est capable de décrire en détail ce qui se passe à l'écran. Il n'avait jamais présenté ce genre de troubles avant de prendre ce travail de service à la clientèle.

Lien entre l'expression somatique et la reconnaissance sociale

Sur la base des présupposés de la recherche en psychodynamique du travail, les travailleurs atteints de LER/TMS ont construit une parole collective, issue de leurs expériences individuelles. Première prise de parole qui soit en dehors des circuits habituels – service de santé, département des ressources humaines de l'entreprise, famille –, ce qui permet une redéfinition et une réappropriation de son sens. Dès lors la question de la souffrance cesse d'être liée à des problèmes personnels pour se montrer le fruit d'un mode de travail, le résultat d'un vécu sous contrainte permanente, sans investissement personnel possible.

La hiérarchie de l'entreprise a son point de vue : ce type de travail est simple, adapté à des jeunes se proposant de rester peu de temps dans ce genre d'activité. C'est donc un travail provisoire. Malheureusement, moins de temps a suffi pour qu'une partie significative de cette population soit tombée malade et soit définitivement marquée par la souffrance. Cette volonté de simplification résulte d'une conception réductrice de ce qu'est le travail. Si on la regarde sous l'angle d'une certaine rationalisation de la production, issue des paradigmes de simplification des tâches, la tâche prescrite ne correspond pas à la réalité, ce qui explique les nombreuses contraintes imposées aux travailleurs. *Il s'agit, en fait, d'un travail complexe, géré comme s'il était simple.*

Il existe une similitude entre les symptômes exprimés par les participants de nos groupes et ceux décrits par Begoin et Le Guillant, dans les années 1950 (Le Guillant, 1984), à partir des études menées auprès des téléphonistes, en France. Begoin et Le Guillant ont rassemblé, sous les termes de « syndrome subjectif commun » lié à la fatigue nerveuse, des troubles de l'humeur et de la cognition, des formes d'imprégnation psychique par le travail, des perturbations dans la vie familiale, et un rétrécissement de la vie sociale.

En dépit des ressemblances significatives entre les résultats de ces auteurs et les nôtres, des différences importantes subsistent et mériteraient une discussion plus approfondie. Bien qu'il s'agisse aussi d'une situation de contrainte physique, liée à l'immobilité requise et à la répétition des gestes, les auteurs qui l'ont étudiée n'évoquent pas de symptômes proches des LER/TMS. Nous ne disposons pas d'explications permettant d'aboutir à des conclusions sur ce point, néanmoins nous pouvons formuler certaines questions :

- Jusqu'à quel point l'existence d'une souffrance est-elle définie par sa reconnaissance sociale ? Rappelons que les troubles musculo-squelettiques étaient, il y a quelques décennies, imputés au vieillissement. C'est seulement lorsque des populations jeunes ont présenté ces symptômes que l'on a commencé à admettre que le travail en était essentiellement la cause. Depuis que cette forme de souffrance a été reconnue dans l'espace public, elle a cessé d'être un fait individuel, privé. La façon dont elle apparaît met en évidence le rôle et l'importance du contexte.

- Une souffrance peut être reliée au travail si le système médical et la Sécurité sociale constatent, explicitement, que cette souffrance est une maladie et qu'il existe une relation de cause à effet entre le travail exercé et la lésion produite. Les LER/TMS sont reconnus comme étant des maladies professionnelles. La reconnaissance officielle de chaque cas est un processus difficile mais possible. Cependant, le diagnostic médical ne porte que sur une partie des cas, les autres étant considérés comme des manifestations passagères, rarement diagnostiquées, faute de soutien, comme maladie et, *a fortiori*, comme maladie professionnelle ou liée au travail. La souffrance n'est exprimée que dans sa partie visible, celle qui a reçu l'aval de la société, ne fournissant pas la mesure épidémiologique du problème.

- Dans la mesure où les LER/TMS sont reconnus socialement, on peut se demander si les patients ne pourraient pas orienter l'expression de leurs symptômes de sorte qu'ils soient reconnus par leurs interlocuteurs ? La

société n'offre pas le même espace de reconnaissance à toutes les pathologies. Historiquement, les expressions de souffrance psychique ont eu une connotation péjorative et n'ont pas été définies comme « maladies professionnelles » ou liées au travail, alors qu'une douleur articulaire ou une lésion objective peuvent être certifiées de légitime. La possible reconnaissance sociale ne vient-elle pas influencer la forme même de la symptomatologie² ?

- Une fois réunies les conditions sociales favorables à la reconnaissance et à la légitimation de la souffrance, les portes ne pourraient-elles alors s'ouvrir à des questions jusqu'alors invisibles ? Sur ce point, les syndicats, le pouvoir public, les services de santé et la Sécurité sociale jouent un rôle de premier plan. L'existence de troubles musculo-squelettiques, liés au travail, ne relève pas seulement de tâches typiques de la fin du xx^e siècle, comme la saisie informatique. Ils furent décrits par Ramazzini, (1992) au xvii^e siècle, comme étant la « maladie des scribes ». Pourtant, ils n'ont pas été reconnus par le système médical ou de prévoyance sociale. Il a fallu, pour ce faire, l'apparition de mouvements sociaux, où les syndicats des travailleurs ont tenu un grand rôle. La société élabore ses critères pour accepter, ou refuser, l'existence d'un lien avec le travail. *Une souffrance ne pourrait-elle disparaître de l'espace public, faute de reconnaissance officielle ? Comment s'exprimerait alors cette souffrance ? Peut-on en conclure que, si une souffrance n'est plus socialement reconnue comme maladie liée au travail, d'autres formes pourraient apparaître dans l'espace public, tel un syndrome de fatigue chronique ou encore des troubles d'ordre psychique de type « harcèlement », ou autres ?*

- Bien que nous ne disposons pas d'une clinique qui la justifie, nous posons la question suivante : *L'expression du « souffrir », influencée d'une certaine manière par les possibilités d'interlocution, serait-elle un processus relativement informe qui prendrait forme à partir des relations existant dans une société donnée ?* La reconnaissance d'une souffrance comme maladie liée au travail ne serait-elle pas un vecteur de choix, rendant possible une forme d'expression du « pathos » du travail ?

- La question de la reconnaissance sociale passe aussi par le rôle éventuel d'autres acteurs, celui des professionnels de la santé par exemple. Bien qu'ils n'aient pas été à la base de la constitution des groupes, au cours des séances de travail, leur rôle, l'ambiguïté et la grande variabilité de leur

1. La question du harcèlement moral est, de ce point de vue, une nouveauté, et l'on peut dire qu'il commence à y avoir des signaux de reconnaissance sociale des formes de souffrance engendrées par le travail.

positionnement, face aux problèmes portés par les membres des groupes, furent des sujets de débat. La pratique d'un professionnel de la santé dépend de sa capacité d'écouter et d'examiner le problème d'un autre. Or il n'est pas souvent en condition de le faire. Son travail s'inscrit aussi dans un univers de contradictions, façonné par ses relations avec l'entreprise qui l'emploie, avec les équipes médicales qui ont une approche clinique des cas, avec la Sécurité sociale, les syndicats, les conseils d'éthique professionnelle et, surtout, avec les travailleurs qui cherchent de l'aide. Une telle situation dépasse ses limites. Le médecin peut prescrire une ordonnance, envoyer le patient consulter des spécialistes, proposer un arrêt de travail de courte durée. Rapidement, il se rend compte que les soins proposés, les traitements prescrits, n'ont pas une grande efficacité et, surtout, relevant de la médecine du travail, il ne possède pas le pouvoir de changer les conditions de travail dans l'entreprise. Ce qui complique encore la situation est que les LER/TMS ne sont pas toujours accompagnés de signes objectifs. Et c'est un réel problème, car l'obtention de certains avantages auprès de la Sécurité sociale, comme un congé maladie plus long, dépend de la possibilité d'« objectivation » de la maladie. Or, surtout à ses débuts, la maladie ne manifeste que sa dimension « subjective ». La parole, seule, peut traduire les douleurs, les peurs, l'anxiété face à une faiblesse personnelle, au futur et à l'inefficacité des traitements proposés. D'une certaine façon, les médecins qui travaillent dans l'entreprise se trouvent aussi dans une situation de contraintes, produite par une série de contradictions. En premier lieu, ils doivent objectiver ce qui est subjectif, attitude qui s'accompagne d'une grande insécurité. En second lieu, ils sont conscients que le travail est une source de souffrance et de maladie, mais ils ne peuvent pas, ou peu, en modifier les conditions.

Des corps sous contraintes

L'importation des paradigmes du taylorisme et ceux du fordisme dans le secteur des services, au nom de la rationalisation de la production, s'avère être une grande erreur. La prestation de services suppose une relation entre sujets, or, c'est précisément la dépersonnalisation du travail qui produit la maladie. Des jeunes travailleurs marqués, après une courte période de travail, par les signes indélébiles d'une souffrance liée au travail, relèveraient-ils d'une situation encore inhabituelle, non démontrée dans le cas de l'industrie ? Dans l'industrie de manufacture, en dépit de tous les problèmes créés par les idées tayloriennes et de leur inadéquation avec l'« humain », le système a intégré un espace où sont reconnues la fatigue et sa récupération. Dans la définition des unités standard de temps, on se souciait, même si

l'efficacité peut en être contestée, d'éviter une « dégradation » excessive des travailleurs. Dans nos études de cas, la recherche frénétique de la productivité, la lutte constante contre les « temps morts » conduisent à une compression progressive des temps, si bien que le service de la clientèle, réalisé en des temps toujours plus courts, ne fait pas place à ce type de rationalisation qui suppose un équilibre entre effort et récupération.

Nos études de cas permettent aussi d'aborder certains points, liés aux caractéristiques du travail. Inspirés du taylorisme, ils auraient un poids spécifique dans la genèse de la souffrance. Ainsi, la question de la contrainte est fondamentale. Les discussions dans les groupes et les résultats des analyses ergonomiques révèlent l'importance des limites imposées à l'agir. L'activité, la prise d'initiatives, sont entravées par la façon dont est organisé le travail. Outre les limitations de l'« agir », cet univers fait obstacle au « mouvement » et à l'« être » du sujet. Ne serait-ce pas là, en dernière instance, l'origine fondamentale des LER/TMS ? Une personne ainsi entravée doit faire peu, se mouvoir peu et même éviter d'être soi. Affirmation qui peut paraître paradoxale, puisque ce type de travail exige un rythme rapide, une grande attention, une activation importante de la mémoire, une forte immobilité posturale. Ce qui veut dire aussi qu'il sollicite très peu les traits et les fonctions spécifiques de l'être humain.

Outre les LER/TMS, cet univers de travail présente d'autres formes d'atteinte à la santé, comme les nodules sur les cordes vocales, l'aphonie, les troubles de la vision (larmoiement, accommodation difficile, conjonctivites) qui pourraient être imputés à l'« effort » dépensé dans le travail, à l'« usage » du potentiel physique du corps. Cet usage est limité, empêché, car le recours intense à certaines fonctions entraîne l'inhibition d'autres. Nous avons vu que les travailleurs se plaignent aussi d'éprouver des difficultés à comprendre ce qu'ils lisent ou ce qu'ils voient au cinéma. On peut se demander si ces difficultés ne pourraient pas résulter de défenses similaires à celles des ouvriers taylorisés, pour supporter une activité « répétitive et sous cadences », à savoir : l'autoaccélération du rythme pour suspendre la pensée, pour réduire la durée du cycle, et pour fonctionner sur un mode « quasi » automatique, robotisé, pour « anesthésier » enfin la conscience. L'activité de pensée se trouve alors dans une situation de pauvreté (Dejours, 2000b) : faiblesse des représentations mentales, atténuation des réactions émotionnelles et affectives, appauvrissement de l'activité fantasmatique, « pensée opératoire », et par conséquent fragilisation du corps.

Les contraintes qui s'exercent à travers la surcharge des stimulations, l'imposition d'une position fixe, l'entrave aux besoins physiologiques, sont

des violences sur le corps et, comme le dit Dejours (1999), une cause de déstructuration de la subjectivité des travailleurs. Obliger le sujet à « lutter contre des besoins impérieux serait une atteinte à l'humanité même du sujet ». Le recours à différentes formes de persuasion crée les conditions d'une véritable domination symbolique : l'activité est soumise à divers contrôles, les évaluations sont constantes et les menaces de licenciement ne sont pas exclues.

Un tel système de domination conduirait même à une expropriation de la volonté elle-même – « un empêchement d'être ». Ainsi en arriverait-on à une situation où le désir lui-même se trouve compromis, où seraient agressés non seulement la pensée, mais aussi le fondement même de l'affectivité, des sentiments et des émotions. Cette répression de la pensée et de l'affectivité pourrait créer les conditions des lésions corporelles (Dejours, 2001).

Dans cette perspective, l'épidémie de troubles musculo-squelettiques serait liée à des faits concrets, comme les obstacles au libre fonctionnement du corps, si nous pensons plutôt en termes physiologiques – comme, par exemple, le fait de rester longtemps « scotché » à son poste de travail gêne la circulation veineuse –, mais, aussi, et peut-être surtout, à un impact au niveau symbolique, puisque ce type de contrainte joue dans la répression de l'agir expressif. L'impossibilité de bouger, de s'exprimer ou d'agir librement, peut atteindre l'être même, le sujet, et la douleur, localisée dans les articulations, serait alors l'expression incarnée de ce type de violence.

L'agir expressif, c'est la façon dont le corps se mobilise au service de la signification, au service de l'acte de signifier à autrui ce que vit le « je » (Dejours 2001). Il mobilise le corps tout entier et sollicite les fonctions physiologiques, au profit de la mise en scène du sens.

« L'agir expressif récapitule en une motion unique l'énoncé et sa dramaturgie [...] Se soustraire à l'exigence dramaturgique et livrer un discours monocorde, plat, inexpressif, risque de nuire tant à sa compréhension par autrui qu'à sa puissance illocutoire. » (P. 38.)

Ce concept peut-il avoir valeur explicative de ce qui se passe dans les situations étudiées ? La souffrance exprimée à travers les LER/TMS ne serait-elle pas, en dernière analyse, le résultat d'un blocage de l'« agir expressif » imposé par les modalités de définition des tâches ? N'y aurait-il pas là création de conditions favorables à l'apparition de ce type de

décompensation somatique dirigée électivement sur la fonction proscrite de l'agir expressif ? Dans nos études de cas, le mouvement, la fonction de la motricité, seraient en quelque sorte entravés ou proscrits.

L'aliénation réalisée dans ces cas serait tournée contre la construction d'un agir expressif, contre la construction du sens, contre le sujet lui-même, fragilisant ainsi le corps. Dans la mesure où ces personnes doivent rester sensées, et que l'organisation du travail n'offre pas d'espace où traiter les « agressions » dont celles-ci sont victimes, l'agir expressif de la colère, en tant qu'une des fonctions dialogiques nécessaires à la préservation de l'identité et de la santé mentale (Dejours, 2001), serait-il aussi proscrit ?

Une autre question mériterait une discussion plus longue. Elle porte sur la reconnaissance du travail. Nos études de cas ne nous ont pas laissé d'espace pour saisir le travail comme étant quelque chose de tangible, et qui s'inscrirait dans le registre du plaisir et non dans celui de la souffrance. Dans les cas que nous avons examinés, les organisations laissent peu d'espace au développement de relations intersubjectives constructives dans la mesure où tout le temps passé dans l'entreprise, en dehors des quelques pauses, est consacré à servir le client ou à l'attendre, chacun étant « rivé » à son équipement de travail. Les espaces pour l'échange d'informations sont limités, clandestins même. Une conversation avec un collègue est un problème, et est assimilé à une transgression des normes ou un détournement de son temps de travail. L'échange autorisé n'est possible qu'avec le supérieur hiérarchique, le contremaître, ce qui renforce le caractère individualisant de ce type d'organisation du travail, et rend difficile la création d'un collectif. Ainsi, si la contrainte entraîne des souffrances individuelles, elle empêche aussi la création d'un collectif de travail.

Entraver la création d'un collectif de travail a aussi un impact sur l'élaboration d'une véritable profession de service à la clientèle. D'un côté, on recherche des gens qui ont des niveaux élevés d'éducation formelle, qui savent utiliser des systèmes informatisés très complexes, répondre aux besoins des clients, leur proposer de nouveaux produits et, de l'autre, malgré sa complexité, le travail est traité de manière simplifiée et les travailleurs sont classifiés dans la grille de l'entreprise comme étant de simples auxiliaires. Les responsables de projets de production et les administrateurs que nous avons interviewés n'attribuent pas à ces emplois la qualification d'« analystes ». Pour eux, « ce sont des auxiliaires, des opérateurs d'un système déjà tout pensé et fait pour répondre à des besoins ». En fait, nous sommes dans une nouvelle impasse. Étant donné les besoins

réels, il s'agirait plutôt d'un travail de professionnel requérant une formation et une reconnaissance correspondantes. Le fait de ne pas le reconnaître bloque la création de règles de métier, l'échange de connaissances, et la consolidation de bases techniques et scientifiques nécessaires au développement d'une véritable profession, ce qui réduit l'espace autorisant la création d'un genre professionnel et des styles personnels au sens de Clot (1999).

Il n'existe aucune donnée scientifique justifiant le mode de production de services tel qu'il est appliqué dans les entreprises que nous avons étudiées. On ne peut comparer un système qui produit des objets, comme celui de l'industrie, et les problèmes auxquels s'affrontent les ouvriers, avec un système fondé sur le relationnel comme le secteur des services. La transformation du relationnel, avec sa complexité, en une relation objective, serait une forme de violence visant à soumettre la variabilité humaine à des normes, dont les résultats tangibles seraient des corps sous contrainte, marqués par les LER/TMS.

Pour réduire les contradictions rencontrées, il faudrait mettre en place, dans ce secteur, de nouveaux projets de production et d'organisation du travail qui ne soient pas basés sur des paradigmes simplificateurs. Comme le dit Zarifian (2000), il s'agirait de créer des conditions pour que la production de services facilite et suscite la mobilisation de tout un ensemble de compétences, assistées, appuyées par des outils technologiques. Dans ce cas, le client serait aussi considéré comme une ressource et non comme un problème, un obstacle, ce qu'il finit par paraître.

La similitude entre les problèmes évalués dans cette étude et les résultats auxquels arrivent Begoin et Le Guillant, dans les années 1950, amènent à nous interroger sur certains aspects fondamentaux de ce type de travail et sur l'acceptation sociale de certains emplois. Ces cohortes de personnes qui souffrent, de malades, d'handicapés, d'« inaptes » au travail, et même à la vie sociale et familiale, seraient-elles le prix à payer pour la production de richesses ? Ainsi, le travail serait réduit au *labor* dans le sens proposé par Arendt (1981).

Le défi est lancé : proposer dans l'espace public un débat approfondi sur les modèles de production en considérant que les personnes qui travaillent sont des sujets et non un appendice des machines ou du système informatique. Avec un tel débat, la recherche de nouvelles formes de travail serait alors bien amorcée.

Laerte Idal SZNELWAR
Morgana MASSETTI

Bibliographie

- ANTUNES LIMA F. P., 1997, A organização da produção e a produção de LER in Antunes Lima M. E. ; Garcia de Araújo J. N. et Antunes Lima F. P., *LER – Dimensões ergonômicas e psicossiais*, pp. 237-263, Belo Horizonte, Health.
- ARENDT H., 1981, *A condição humana (tradução de The human condition – 1958)*, São Paulo, EDUSP.
- CLOT Y., 1999, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- DAVEZIES P., 1999, « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, 3 : pp. 87-114.
- DEJOURS C., 1999, « Violence ou domination », *Travailler*, 3 : pp. 11-30.
- DEJOURS C., 2000, *Travail usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Centurion.
- DEJOURS C., 2000b, Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER) : abordagem através da psicodinâmica do trabalho, in Sznclwar L. I. et Zidam L. N. (org.), *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*, São Paulo, Plêiade, pp. 37-44.
- DEJOURS C., 2001, *Le corps, d'abord – Corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot.
- DWYER T., 2000, LER no setor de serviços – sucessor de doenças de trabalho industrial, precursor de doenças de uma sociedade informacional : uma perspectiva da sociologia-política, in Sznclwar L. I. et Zidam L. N. (org.), *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*, São Paulo, Plêiade, pp. 37-44.
- LE GUILLANT L., 1984, *Quelle psychiatrie pour notre temps ?*, Toulouse, Eres.
- MOLINIER P., 2000, « Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes », *Travailler*, 3 : pp. 73-86
- MOLINIER P., 2000, « Travail et compassion dans le monde hospitalier », in Relation de service : regards croisés, *Cahiers du genre*, n° 28, pp. 49-70, Paris, L'Harmattan.
- RAMAZZINI B., 1992, *As doenças dos trabalhadores*, São Paulo, Fundacentro.
- ZARIFIAN P., 2000, « Valeur de service et compétence », in Relation de service : regards croisés, *Cahiers du genre*, n° 28, pp. 71-96, Paris, L'Harmattan.

Summary. From a study performed in Brazil with workers from the banking sector suffering from LER/TMS, the authors describe the subjective dimension of the medical record and inquire about the similarities and differences between the former and the « operator's neurosis » described by Jean Bégoïn and Louis Le Guillant during the fifties. The authors subsequently question the relations between the repression of expressive acting and the barriers to cooperation at the workplace, on one hand, and the appearance of somatizations, on the other one.

Resumen. *Un estudio realizado en el Brasil con los trabajadores del sector bancario que padecen de LER/TMS (trastorno músculo – esquelético), los autores describen la dimensión subjetiva del cuadro clínico y se interrogan acerca de las similitudes y las diferencias con la « neurosis de los telefonistas », descrita por Jean Bégoin y Louis Le Guillant durante los años cincuenta. A continuación los autores examinan, de una parte, las relaciones entre la represión del actuar expresivo y las trabas a la cooperación en el trabajo y, de otra, la aparición de somatizaciones.*

Mots-clés : *Troubles musculo-squelettiques, psychodynamique du travail, secteur bancaire*

Keywords : *Labour psychodynamics, bank*

Palabras-clave : *Trastornos músculo-esquelético, sicodinámica del trabajo, sector bancario*