



---

## « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : une approche sociohistorique

*"Bad tiredness" and self-control : a socio-historical approach*

*« Fatiga mala » y autocontrol : un enfoque social e histórico*

**Marc Loriol**

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3704>

DOI : 10.4000/pistes.3704

ISSN : 1481-9384

### Éditeur

Les Amis de PISTES

### Référence électronique

Marc Loriol, « « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : une approche sociohistorique », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 4-1 | 2002, mis en ligne le 01 mai 2002, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3704> ; DOI : 10.4000/pistes.3704

---

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : une approche sociohistorique

*"Bad tiredness" and self-control : a socio-historical approach*

*« Fatiga mala » y autocontrol : un enfoque social e histórico*

Marc Lorient

---

Dans un ouvrage récent consacré au stress au travail, le psychiatre Patrick Légeron écrivait : « Nous sommes génétiquement programmés pour cette réponse primaire, à l'origine extrêmement utile à la survie de notre espèce : pendant les premiers temps de l'humanité, lorsque les principaux stressseurs étaient des prédateurs, des adversaires ou des catastrophes naturelles, il était vital pour l'individu d'être capable de combattre violemment ou de fuir rapidement. Tout ce qui favorisait l'action musculaire ou la vigilance était donc un atout considérable. Et la réponse de stress y pourvoyait largement. Aujourd'hui, pour l'être humain au travail, cette réaction biologique spontanée s'avère souvent inutile : être coincé dans un embouteillage alors qu'on a un rendez-vous urgent ou être critiqué au cours d'une réunion de travail par son patron, voilà des situations qui ne peuvent être résolues ni par une action de combat, ni par une action de fuite. » (Légeron, 2001)

- 1 Nous serions donc de plus en plus souvent obligés d'inhiber nos réactions dans un effort à la longue épuisant et producteur d'une « mauvaise fatigue » qui ne serait pas liée à la dépense physique engagée.

- 2 Cette notion a été l'occasion de promouvoir tout un discours prescriptif et commercial autour de la nécessité, dans le monde du travail contemporain, de développer une « intelligence émotionnelle », un « contrôle de soi ». Renouvelant la théorie évolutionniste, ces auteurs attribuent deux grandes fonctions aux émotions humaines : l'adaptation à son environnement et la communication avec autrui. D'une part, les émotions agissent comme des guides qui peuvent nous aider à prendre les bonnes décisions en fonction du contexte et de l'expérience accumulée, et d'autre part, elles permettent aux personnes en interaction de sentir l'effet produit sur l'autre et facilitent l'adaptation mutuelle. Les personnes qui, pour des raisons physiopathologiques, seraient incapables de ressentir leurs émotions et celles des autres seraient ainsi gravement handicapées socialement. Toutefois, pour ces auteurs, les grandes émotions humaines seraient le produit d'un processus multimillénaire de sélection et d'adaptation, bien plus lent finalement que les transformations des exigences du travail durant ces derniers siècles. D'où un risque de désalignement entre des émotions basées sur l'adaptation à un univers dangereux et incertain (le *flight or fight* du chasseur-cueilleur) et les besoins coopératifs et relationnels de l'économie fondée de plus en plus sur le tertiaire. La « solution », que certains cabinets spécialisés essaient alors de vendre aux entreprises, serait d'aider chacun à gérer et à maîtriser ses émotions afin d'en faire un atout et non un obstacle.
- 3 L'objectif de cet article est de montrer que ces représentations d'une « mauvaise fatigue », qui serait propre à notre monde contemporain, ne sont en fait pas totalement originales et que, à d'autres époques, certains discours ont cherché à s'emparer de sensations similaires en réponse à des angoisses et à des difficultés spécifiques à tel ou tel milieu social. Certaines constantes peuvent être relevées : ces discours comportent une dimension prescriptive et normalisatrice forte sur l'activité, ils participent au contrôle social du groupe sur lui-même et font du discours médical et naturalisant un vecteur de l'intériorisation de la maîtrise de soi. Mais les catégories évoquées sont aussi pour une grande part dépendantes du contexte dans lesquelles elles sont apparues et se sont développées, ce qui en montre les dimensions socialement construites.
- 4 La « mauvaise fatigue », dans les représentations sociales, est perçue comme durable - les médecins disent chronique. Elle n'est pas éliminée par le sommeil et il arrive même qu'elle soit ressentie dès le matin. Son origine est plutôt « nerveuse » ou psychologique que physique ou musculaire. Elle est souvent ressentie comme le résultat d'une agression sociale empêchant un mode de vie qui serait conforme à la « nature humaine » ; par exemple, le travailleur obligé de rester immobile et très concentré durant plusieurs heures. La notion de stress occupe une grande place dans l'étiologie de la « mauvaise fatigue ». Le stress lié aux multiples pressions et contraintes de la vie professionnelle serait ainsi une cause typique et exemplaire de « mauvaise fatigue ». L'agression sociale est en effet vécue comme difficilement évitable et l'individu se sent obligé de « prendre sur lui ». C'est le cas, pour prendre un autre exemple, de l'infirmière qui se retient de répondre à un malade incivil et éprouve de ce fait un conflit interne. La mauvaise fatigue peut être supprimée, après un certain temps, par un retour à un mode de vie « plus sain » ou par l'appel à un professionnel (médecin, psychologue, etc.), qui apparaît alors comme une solution de rechange si des changements dans l'environnement social ne sont pas envisagés. Mais la « mauvaise fatigue » perçue n'est pas seulement un effet de conditions de vie ou de travail contraires à la nature humaine ; elle constitue également une

construction sociale qui prend des formes spécifiques selon les périodes historiques et les milieux sociaux concernés (Loriol, 2000).<sup>1</sup>

- 5 Si la fatigue physiologique ou musculaire constitue probablement une réalité commune à tous les êtres humains, la façon dont elle est perçue et décrite dépend largement de mises en formes collectives propres aux différentes périodes historiques. Cela est d'autant plus vrai que le sentiment de fatigue se déconnecte de l'effort physique, « s'autonomise » en quelque sorte, comme cela est le cas pour l'impression de mauvaise fatigue. La sensation d'épuisement, le manque de volonté à agir, les différents symptômes de mal-être physique résultent alors de la perception subjective et ne sont plus seulement les conséquences d'une dépense physique objective. L'histoire des discours sur la fatigue permet de distinguer quelques grandes formes dont la diffusion dans les différentes sociétés peut être comprise dans le contexte de l'évolution des structures sociales. Il est donc possible de tenter une sociologie historique des discours sur la fatigue.

## 1. La mauvaise fatigue dans le processus de civilisation

- 6 Peut-on retracer l'histoire d'un état psychique tel que la « mauvaise fatigue » ? Passer par les discours, les mots utilisés pour mettre en forme et donner un sens aux sensations, permet de comprendre les cadres que chaque époque a tenté d'imposer aux manifestations mentales. S'il n'est pas possible d'inférer automatiquement des écrits médicaux le vécu des individus, les textes nous informent tout de même sur les préoccupations de tel ou tel groupe social à un moment donné de l'histoire. Comme le rappelle l'historien Théodore Zeldin (1979) :

« L'histoire de la maladie mentale peut fournir des clés sur la façon dont les difficultés de la vie étaient, ou n'étaient pas supportées. Les maladies dont les individus s'imaginent atteints offrent une introduction utile, car elles révèlent les fantasmes et les attitudes à l'œuvre, aussi bien que les réactions à la douleur. L'hypocondrie a l'avantage de faire venir à la surface, sous des formes exacerbées, le genre d'inquiétudes qui tourmentaient les gens. »

- 7 À ce niveau, la distinction entre écrits professionnels (scientifiques ou vulgarisés) et profanes (de malades, d'associations, de proches) devient moins importante. Il s'agit en effet de retrouver les représentations sociales à l'œuvre dans la mise en forme et le succès de telle ou telle catégorie, en fonction des enjeux et des exigences particulières de maîtrise de soi rencontrées par un groupe social précis à un moment donné. Il ne s'agit donc pas de faire une histoire de la pensée médicale, mais plutôt de tenter une analyse sociologique de l'usage fait des catégories médicales à différents moments historiques.
- 8 Partant des cadres théoriques élaborés dans les travaux de Norbert Elias et de Michel Foucault, cet article cherche donc à rendre compte de l'émergence dans l'histoire de différentes entités pathologiques censées décrire des formes spécifiques de fatigue morale propres à des groupes sociaux particuliers.
- 9 L'idée centrale d'Elias est que le processus de civilisation qui s'observe dans les sociétés de cour (seigneuriales puis royales) est une conséquence de l'organisation de la société en État et de la monopolisation de la violence qui accompagne ce mouvement. Au XI<sup>e</sup> siècle, le royaume de France est composé de multiples seigneuries qui entretiennent entre elles des rapports de concurrence guerrière. Chaque chevalier est en relation avec des inférieurs, ses serfs, et d'autres chevaliers avec qui il est potentiellement en guerre. Ce

type particulier d'interdépendance détermine une économie psychique spécifique. Celui dont la vie peut à tout moment être menacée par les initiatives guerrières de son voisin doit pouvoir conserver intactes les capacités de réaction dont dépend sa survie. Un refoulement trop important des pulsions, de l'agressivité, ne serait pas adapté à ce mode de vie guerrier. Mais la concurrence entre seigneurs produit à terme un triple résultat. Tout d'abord, des parties de plus en plus larges du territoire se trouvent pacifiées, rendant de plus en plus inutile la conservation des instincts guerriers, d'autant que le monopole de la violence légitime est progressivement réalisé par la puissance royale. Ensuite, la pacification de la concurrence explique une division croissante des fonctions sociales. Les comportements d'un nombre accru de personnes doivent se coordonner de façon de plus en plus rigoureuse et précise dans des réseaux d'interdépendances d'une complexité croissante. La maîtrise accrue que les individus exercent sur leurs propres actes devient alors nécessaire. Enfin, les guerriers qui ont perdu leur indépendance se retrouvent progressivement soumis à des seigneurs plus puissants, dont ils constituent la cour, puis au roi lui-même, quand la cour royale impose son monopole. Dans la vie de cour, le danger ne vient plus d'abord d'autrui mais de soi-même. Le moindre faux pas peut disqualifier son auteur et ternir définitivement sa cote. Le calcul psychologique, la maîtrise des pulsions, des passions et des désirs deviennent indispensables à la survie sociale (et donc économique) du courtisan. C'est toute une nouvelle économie psychique qui se met peu à peu en place du fait de ce triple mouvement.

« La cuirasse des autocontraintes, les masques que tous les membres des élites de cour développent dans une plus forte mesure que naguère pour en faire un élément de leur moi, de leur propre personne, agrandissent aussi les distances d'une personne à l'autre. Les courtisans - et non seulement eux - imposent (si l'on compare leur attitude à celle des périodes précédentes) dans leurs relations réciproques plus de retenue à leurs impulsions spontanées [...]. Selon leur situation, ils émettent un jugement favorable ou défavorable sur cette cuirasse en la qualifiant, selon le cas, « d'intelligence » de « raison » ou - sous le mode romantique - « d'entrave affective », de « trouble », de déformation de la nature humaine. [...] Loin de prendre leurs autocontraintes, leurs cuirasses, leurs masques, leurs manières personnelles de se distancer, pour les symptômes d'un certain niveau de l'évolution sociale, ils les considèrent comme des caractéristiques immuables de la nature humaine. » (Elias, 1985, p. 275)

- 10 Les progrès de la civilisation et les interdépendances croissantes entre les hommes provoquent la nostalgie d'un passé idéalisé qui est une sorte de réaction à des contraintes perçues avec un certain fatalisme. Une véritable « rébellion » (Merton, 1965) est jugée impossible et la « mauvaise fatigue » - la mélancolie - est un succédané de réaction. Par ailleurs, les valeurs morales que véhiculent les discours sur la fatigue constituent à la fois une forme de distinction (revendication d'une plus grande sensibilité) pour les milieux sociaux engagés dans le processus d'automatisme et un moyen de renforcer, par l'intériorisation, l'impératif de cette maîtrise de soi. Ensuite, la civilisation des mœurs s'accompagne d'une plus grande attention à soi :

« La vie de cour ouvre un espace pour l'expression d'une sensibilité nouvelle aux manifestations morbides du corps, qui se traduit par une demande faite à la médecine et que les médecins sont souvent, d'ailleurs, en peine de pouvoir satisfaire. Indice parlant de cette demande, l'engouement des gens de cour et de la bourgeoisie urbaine pour une littérature médicale « profane » vulgarisant un savoir pratique sur la pharmacopée. » (Pinell, 1998, p. 39)

- 11 L'individu civilisé objective de plus en plus ses réactions corporelles et ses états d'âme dans un mouvement de distanciation de ses impulsions directes et de dépendance accrue

à l'égard des discours scientifiques sur son corps et son esprit. Enfin, le processus de civilisation peut expliquer une certaine apathie, un « manque de tonus », pour reprendre les termes d'Elias, du fait d'une maîtrise de plus en plus permanente des impulsions personnelles. Cependant, les sensations recherchées ne sont pas n'importe quelles sensations de tension, mais seulement celles qui sont perçues comme agréables, c'est-à-dire librement consenties. La distinction entre des activités vécues comme librement choisies, principalement classées sous la rubrique « loisirs », et des activités perçues comme des contraintes, notamment dans le travail, est également une conséquence du processus de civilisation (Elias, 1986). Le découpage du temps en moments spécialisés et bien délimités n'apparaît qu'avec un certain degré d'interdépendances entre les hommes (Elias, 1997). Ce fractionnement de la vie sociale en périodes de temps distinctes découpe les activités de l'individu en moments différents et séparés (temps de travail, temps familial, temps de repos, de distraction, etc.) dans lesquels il occupe successivement des rôles différents. Il peut ainsi se concevoir comme distinct des rôles qu'il joue et de la société qui les lui impose. Cette opposition entre le moi interne et la société extérieure qu'effectue l'homme civilisé est la condition de la perception d'une « mauvaise fatigue ».

- 12 À la suite des travaux de Michel Foucault (1961 et 1976), il est possible d'analyser le savoir médical comme un vecteur du pouvoir et des disciplines, un moyen de plier les corps et les esprits aux besoins des différentes institutions (État, capitalisme industriel, famille, école, prison, etc.). Ainsi, le discours hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle se coule-t-il dans la morale bourgeoise de l'époque dans la mesure où il en renforce les normes, notamment celles qui sont liées aux impératifs de reproduction de ce groupe : la masturbation est condamnée comme forme de gaspillage et devient la cause de nombreuses maladies ; de même, la théorie de l'hystérie féminine contribue à la normalisation de la sexualité de la femme (Foucault, 1976). La théorie médicale des vapeurs, de la femme « nerveuse », vise la femme oisive des classes bourgeoise dont on craint la sexualité et la fragilité qui pourraient l'éloigner de ses obligations de mère et d'épouse. Postuler le caractère intrinsèquement hystérique du corps de la femme légitime la mise en place, dans le discours médical, d'un contrôle accru de sa sexualité et de sa santé.

« Quant à l'adolescent gaspillant dans des plaisirs secrets sa future substance, l'enfant onaniste qui a tant préoccupé et les éducateurs depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ce n'était pas l'enfant du peuple, le futur ouvrier auquel il aurait fallu enseigner les disciplines du corps ; c'était le collégien, l'enfant entouré de domestiques, de précepteurs et de gouvernantes, et qui risquait de compromettre moins une force physique que des capacités intellectuelles, un devoir moral et l'obligation de conserver à sa classe et à sa famille une descendance saine. » (Foucault, 1976, p. 160)

- 13 La « mauvaise fatigue », dans les discours sur la mélancolie, les nerfs, les vapeurs et la neurasthénie, est une représentation qui se développe d'abord dans les milieux sociaux les plus favorisés (aristocratie, grande bourgeoisie, etc.), tandis que les discours sur la fatigue ouvrière en restent plutôt à la dégénérescence, à l'usure et au surmenage. Les vapeurs au XVIII<sup>e</sup> siècle, comme la neurasthénie au XIX<sup>e</sup> siècle, s'intègrent dans des stratégies de préservation des positions sociales supérieures. C'est pourquoi, pour Foucault comme pour Elias, c'est d'abord sur leurs propres membres que les milieux sociaux les plus favorisés ont exercé l'auto-maîtrise.

## 2. Les moines, la discipline et l'acédie

- 14 La société monastique a été parmi les premières en Occident à imposer de façon aussi stricte et précise un cadre temporel rigoureux à l'organisation des différentes activités quotidiennes. Les moines doivent travailler. Leur temps est rigoureusement délimité. Le travail manuel est imposé, notamment par la règle de saint Benoît (rédigée entre 537 et 547), pour mater le corps et reposer l'esprit. Ce peut être le travail des champs, ou le recopiage de manuscrits dans les *scriptoria*, les ateliers d'écriture. La vie du moine est bien sûr également scandée par sept offices, un exercice de nuit (matines, vers minuit), et six de jour : prime, tierce, sexte, none, vêpres, complies (prime, tierce et none constituent les petites heures). Les offices sont consacrés à la récitation des psaumes, qui doivent être connus par cœur ; l'apprentissage dure un à deux ans environ.
- 15 Les problèmes de discipline que suscite le respect de cette organisation stricte sont traités, dans les écrits de saint Benoît, sur un registre médical :
- « Un frère reçoit souvent des reproches pour une faute. Il a même été mis à l'écart de la communauté. S'il ne change pas, on le punira plus durement, c'est-à-dire on le frappera. Malgré cela, il ne se corrige pas. De plus, emporté par l'orgueil - espérons que non ! -, il veut prouver que sa conduite est juste. Dans ce cas, l'abbé agira comme un sage médecin. Il appliquera d'abord un médicament doux, c'est-à-dire des conseils qui calment la douleur et qui encouragent. »
- 16 En effet, l'engagement monastique repose en principe sur une vocation personnelle, un acte volontaire. Le moine doit donc accepter, au nom de la foi, les contraintes qui lui sont imposées par son mode de vie et par l'organisation de son travail. Or, cela n'a rien d'évident ! Surtout quand on se trouve isolé au milieu d'un désert ou au sommet d'une montagne. Evagre le Pontique (345-399), qui a connu cette expérience anachorétique, a décrit, sous le nom d'acédie,<sup>2</sup> cette difficulté à se motiver pour respecter cet engagement. Il définit l'acédie comme
- « un relâchement de l'âme qui n'est pas conforme à la nature et ne résiste pas vaillamment aux tentations ».<sup>3</sup>
- 17 Le manque de volonté peut ainsi être assimilé à une maladie :
- « Le moine en proie à l'acédie est nonchalant dans la prière et parfois il ne dira même pas du tout les mots de la prière. Car, comme le malade ne se charge pas de fardeaux pesants, ainsi, l'acédiaque ne fait pas avec application l'œuvre de Dieu. L'un, en effet, est privé de la force du corps, et l'autre a les ressorts de l'âme détendus. [...] Lorsque l'esprit d'acédie fond sur toi, il persuade l'âme que la psalmodie est pesante, et il lance la paresse comme un défi au zèle. »
- 18 Le sentiment de faiblesse, de fatigue, du moine en proie à l'acédie vient du fait qu'il réfléchit sur ses actes et son mode de vie et que le doute s'installe quant à leur intérêt :
- « L'acédie nous détourne de la lecture et de l'étude des paroles spirituelles en disant : Eh bien, tel vieillard saint ne connaissait que douze psaumes, et pourtant il était agréable à Dieu » (cité dans Bunge, 1990).
- 19 À la limite, Evagre pourrait être présenté comme le précurseur des théories cognitivo-comportementales qui fleurissent aujourd'hui dans le monde du travail. Voici en effet comment il propose de lutter contre le mal :
- « La constance guérit de l'acédie comme aussi tout faire avec le plus grand soin et avec crainte de Dieu. Fixe-toi une mesure pour tout travail et ne la quitte pas que tu ne l'aies d'abord achevée. Prie avec intelligence et vigueur et l'esprit d'acédie s'enfuira de toi. »

20 Dans les premiers écrits, l'acédie ne concerne que l'anachorète<sup>4</sup> et non le cénobite, et est présentée comme une maladie. Ce n'est plus le cas dans les écrits de Jean Cassien (365-435), qui font clairement de l'acédie un péché dont peuvent également se rendre coupables les moines vivant en communauté.

« Parmi les péchés que peut commettre le religieux, l'un des plus graves est celui d'*acedia*, ce que nous appelons aujourd'hui le cafard, la dépression, le coup de pompe. De l'*acedia* dérivent, en effet, bien des vices : l'oisiveté, l'inquiétude, l'anxiété, l'incapacité de faire quelque chose, la désespérance [...], elle apparaît comme un manque de ferveur religieuse et d'énergie personnelle. » (Moulin, 1978)

21 L'acédie comme maladie et l'acédie comme péché renvoient en fait à deux modes de contrôle social distincts : le mot péché vient du latin *peccatum*, qui signifie « faute », « crime », il implique une offense à Dieu et aux règles religieuses. En termes durkheimiens, le péché relève donc plutôt de l'action répressive liée à son caractère de « crime » qui heurte la conscience collective. Le terme de « malade », quant à lui, vient de l'expression *male habitus*, « qui se trouve en mauvais état » ; la notion de faute n'est donc plus aussi présente et le traitement serait plus proche de l'esprit du « droit restitutif », c'est-à-dire remettre les choses en l'état. Alors que le péché est la transgression d'une règle morale qui entraîne une répression de la part de la collectivité offensée,<sup>5</sup> la maladie est la transgression d'une norme naturelle qui ne demande qu'une remise en état.<sup>6</sup> Le contrôle social direct est moins important, car la contrainte est encore plus intériorisée que dans le cas du crime, où la peine est toujours nécessaire pour que soit renforcée la norme intériorisée. Pour la maladie, le simple fait de définir l'état comme mauvais ou indésirable est suffisant pour l'intériorisation de la norme. Il n'y a pas à punir les malades d'être mal portants. L'anachorète qui vit seul dans sa cellule, en ermite au milieu du désert ou encore, au sommet d'une montagne n'a que l'autocontrainte intériorisée pour s'astreindre aux activités matérielles et spirituelles, tandis que le cénobite bénéficie, si l'on peut dire, du contrôle social et de son renforcement permanent apporté par la communauté monastique. Peut-être doit-on trouver là l'explication du lien entre le développement des communautés monastiques (et le recul relatif de l'érémisme) et la définition de l'acédie comme péché plutôt que comme maladie.

22 L'étiquette d'acédie représente, comme le note l'historien de la médecine Stanley Jackson (1981, p. 185), à la fois une stratégie individuelle pour faire face à un état dépressif et une stratégie collective pour gérer certains comportements individuels qui remettent en cause les objectifs et les valeurs du groupe. La fonction sociale de l'acédie pour les moines du Moyen Âge préfigure celle de la mélancolie des aristocrates à partir du XVI<sup>e</sup> siècle.

### 3. La mélancolie aristocratique au XVII<sup>e</sup> siècle

23 Être courtisan, comme l'a si bien illustré le film de Patrice Leconte (*Ridicule*, 1996) n'est pas une activité de tout repos : l'esprit doit être dans un état d'alerte permanent afin de parfaitement maîtriser l'image que l'on donne de soi, de prévoir les actions et les réactions des autres, de calculer les conséquences probables de nos paroles ou de nos actes, etc. Le moindre faux pas peut en effet vous disqualifier de façon durable. C'est peut-être ce qui explique le succès de substances nouvelles comme le café ou le tabac.

« Dissipateur de fatigue, le café serait aussi dissipateur de « nuages », d'obscurités quasi mentales. Ce qu'exprime jusqu'au ridicule la jeune vaporeuse d'une pièce de Dufresny, à la fin du XVII<sup>e</sup>, proposant d'attendre la digestion du café avant

d'aborder toute rencontre. D'où la nécessité de faire patienter régulièrement ses interlocuteurs : « *Il faut bien une heure pour digérer un café* ». D'où encore pour elle la difficulté d'avoir toute vie sociale. Dufresny choisit la caricature, mais il souligne au passage la référence nouvelle : le projet d'accroître une mobilisation physique et intellectuelle, le recours aux drogues d'éveil. » (Vigarello, 1993, p. 129)

- 24 Cette exigence accrue, cette sensibilité exacerbée, l'importance des travaux de l'esprit sont propices aux discours sur un nouveau type de malaise : les vapeurs et la mélancolie. Dans son ouvrage fondateur (*Traité de la mélancolie*, 1586), le théologien et médecin Timothy Bright adapte au goût du jour la vieille catégorie hippocratique de mélancolie :

« Pour le cerveau et le cœur mélancoliques, le retour à un meilleur état de la pensée et du moral commence par la suppression des causes ayant perturbé le jugement et la sensibilité ou y inclinant, grâce à l'introduction de causes d'opération contraire. [...] Parmi les travaux de l'esprit, les études sont déterminantes pour provoquer la mélancolie si elles sont passionnées et portent sur des matières difficiles ou hautement mystérieuses. Par conséquent, il faut avant tout s'en abstenir. Il faut libérer l'entendement de tout labeur de cette sorte, afin que ceux des esprits qui se trouvent consumés se régénèrent, et que l'autre partie, occupée à des raisonnements ardues, soit libérée, pour le plus grand bien du cœur et de la clarification du sang. En outre, comme ces activités touchent ou constituent l'élément inorganique de l'âme, elles amènent l'esprit à négliger le corps : c'est ainsi qu'il devient par la suite inapte à l'action [...]. Dans l'étude, j'inclus, bien qu'elles soient différentes, toutes les activités des sens internes qui contribuent et servent à la réflexion, qu'il s'agisse de savoir, de méditation ou d'invention : et cette dernière fatigant beaucoup plus le corps que les deux autres, doit en conséquence être davantage écartée. Parmi les sens internes, je considère que l'imagination est celui qui consume la plus grande quantité de ces esprits, et le plus susceptible d'épaissir le sang, s'il fonctionne avec excès. L'imagination en effet imite l'activité inventive de l'esprit et, à un moindre degré (si elle est débridée et continue), fait grande consommation de ces deux instruments, l'esprit vital et la chaleur, dans un corps mélancolique. » (Bright, 1996, p. 240-242)

- 25 L'explication de Bright permet de donner un sens aux difficultés et à la souffrance de certains courtisans qui ne parviennent pas bien à jouer leur rôle, à accepter les nouvelles règles. C'est peut-être ce qui en explique le succès.

« À la fin XVI<sup>e</sup> et au début du XVII<sup>e</sup>, l'Europe se passionne pour la mélancolie. [...] L'élite sociale oisive s'y complaît, d'autant plus que la mode en vient d'Italie, référence absolue de l'honnête homme de la Renaissance. Ainsi s'explique la popularité des écrits traitant des symptômes, tant physiologiques que mentaux de la maladie : ils alimentent les croyances, justifient les attitudes, et inspirent peintres, poètes et dramaturges. » (Cuvelier, 1996, p. 7-8)

- 26 William Shakespeare s'est ainsi inspiré du *Traité de la mélancolie* de Bright pour son personnage d'Hamlet.
- 27 En France, l'image du mélancolique de cour peut être illustrée par le cas du duc de La Rochefoucauld (1613-1680), mélancolique célèbre de l'histoire française. Après avoir un temps participé à la Fronde et cherché à se révolter contre le déclin du pouvoir de l'aristocratie, il est gravement blessé en 1652 et se soumet finalement au roi. Le réseau d'interdépendances qui permet le maintien du pouvoir royal est fondé sur l'opposition entre la noblesse d'épée et la noblesse de robe, elle-même menacée par l'extension de la bourgeoisie dont elle est issue. Les frondeurs, pour limiter le pouvoir royal, auraient dû s'allier à la noblesse de robe, mais ils auraient alors perdu ce qui faisait leur distinction. Coincé dans une configuration qui le dépasse largement, La Rochefoucauld<sup>7</sup> se trouve contraint d'accepter le jeu de la cour et se réfugie dans la mélancolie. Ce qu'il désigne

dans ses *Mémoires* comme une maladie qui l'accable, c'est aussi le réseau de contraintes qui pèse sur lui et contre lequel il ne peut rien du fait de la configuration d'interdépendance liant l'aristocratie aux autres groupes sociaux. Cette élite ne pourrait en effet se libérer des contraintes du pouvoir royal qu'en renonçant aux privilèges qui la séparent de la bourgeoisie (Elias, 1975 et 1985).

- 28 Dans ses *Mémoires*, La Rochefoucault fait de son mal la cause de mauvaise adaptation à la vie de cour :

« Premièrement, pour parler de mon humeur, je suis mélancolique, et je le suis à un point que depuis trois ou quatre ans à peine m'a-t-on vu rire trois ou quatre fois. J'aurais pourtant, ce me semble, une mélancolie assez supportable et assez douce, si je n'en avais point d'autre que celle qui me vient de mon tempérament ; mais il m'en vient tant d'ailleurs, et ce qui m'en vient me remplit de telle sorte l'imagination, et m'occupe si fort l'esprit, que la plupart du temps, ou je rêve sans dire mot ou je n'ai presque point d'attache à ce que je dis. [...] J'ai de l'esprit, encore une fois, mais un esprit que la mélancolie gêne ; car, encore que je possède assez bien ma langue, que j'aie la mémoire heureuse, et que je ne pense pas les choses fort confusément, j'ai pourtant une si forte application à mon chagrin que souvent j'exprime assez mal ce que je veux dire. « Ce diagnostic est confirmé par le cardinal de Retz (1613-1679) dans ses propres *Mémoires* » Il n'a jamais été capable d'aucune affaire, et je ne sais pourquoi, car il avait des qualités qui eussent suppléé en tout autre celles qu'il n'avait pas. Sa vue n'était pas assez étendue, et il ne voyait pas même tout ensemble ce qui était à sa portée. Il a toujours eu une irrésolution habituelle, mais je ne sais même à quoi attribuer cette irrésolution ; elle n'a pu venir en lui de la fécondité de son imagination, qui n'est rien moins que vive ; je ne la puis donner à la stérilité de son jugement, car quoiqu'il ne l'ait point exquis dans l'action, il a un bon fonds de raison. Nous voyons les effets de cette irrésolution quoique nous n'en connaissions point la cause. Il n'a jamais été guerrier quoiqu'il fût très soldat ; il n'a jamais été par lui-même bon courtisan quoiqu'il ait eu toujours bonne intention de l'être ; il n'a jamais été bon homme de parti quoique toute sa vie il y ait été engagé. Cet air de honte et de timidité que vous lui voyez dans la vie civile s'était tournée dans les affaires en air d'apologie. »

- 29 La mélancolie, comme les vapeurs pour les femmes, devient un sujet et même une maladie à la mode, distinguant ceux qui en sont porteurs. Ainsi, la maladie, sous le terme de vapeurs, représente donc à la fois une mise en accusation d'un mode de vie qui serait « contre nature », mais aussi une forme ostentatoire de préciosité et de sensibilité, un modèle culturellement valorisé pour exprimer ses petites et grandes souffrances. La mélancolie permet une déviance acceptable et maîtrisée.

## 4. Nervosité et modernité à l'époque de la neurasthénie

- 30 Le terme de neurasthénie est proposé pour la première fois en 1869 par le médecin new-yorkais George Beard, auteur en 1880 de l'ouvrage fondateur sur le sujet : *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion*. Elle désigne « tous les types d'épuisement nerveux ayant pour centre le cerveau ou la moelle épinière » (cité dans Rabinbach, p. 153). Beard décrit cette affection avec une soixantaine de symptômes et en fait une maladie de civilisation, plus précisément du mode de vie américain, à l'origine de sollicitations excessives du système nerveux. Dans *American Nervousness* (1881), il remarque que « la civilisation moderne diffère de l'ancienne principalement du fait des cinq éléments suivants : l'énergie de la vapeur, la presse périodique, le télégraphe, les sciences et l'activité

intellectuelle des femmes ». L'accélération des modes de communication, des découvertes scientifiques et l'exactitude dans la mesure du temps obligent ainsi les hommes d'affaires à être de plus en plus réactifs et attentifs. La nécessité d'entretenir des rapports sociaux ou mondains de plus en plus soutenus explique que les émotions naturelles doivent être réprimées au prix d'efforts importants. Enfin, les progrès de la civilisation et de la prospérité économique ne sont possibles que grâce à une épuisante prise en compte des conséquences futures de nos choix.

- 31 Ces multiples occasions nouvelles de sollicitation de la force nerveuse dépasseraient, pour Beard, les capacités naturelles des hommes et surtout des femmes, et expliqueraient l'épuisement. Ce risque ne concernerait toutefois pas
- « la grande majorité des Américains qui sont des travailleurs physiques plutôt qu'intellectuels, n'ont qu'un faible niveau d'éducation et n'ont pas l'ambition de devenir célèbres ou riches » (Beard, 1881).
- 32 La neurasthénie, pour le médecin américain, est donc une maladie supérieure qui touche des êtres supérieurs, contrairement à l'hystérie ou à l'ivrognerie qui sont les maladies des Noirs, des pauvres, des peuples primitifs ou même des vieux pays européens. La faiblesse nerveuse, de plus,
- « oblige à la prudence, rend impératif d'éviter toute habitude mauvaise et nous alerte en cas de danger » (Beard, 1880).
- 33 C'est pourquoi l'Amérique compte plus d'individus industriels, soucieux de liberté - les esclaves ne dépensent pas beaucoup d'énergie nerveuse, selon Beard - mais disciplinés, en bref, plus d'hommes civilisés. Enfin, la neurasthénie est en quelque sorte son propre remède. Elle s'explique par le développement d'une classe qui n'a plus besoin du travail physique pour vivre - alors que celui-ci constituait la base de la morale puritaine des pionniers -, mais dans le même temps, elle permet aux membres de cette classe d'atténuer leurs souffrances. Avec la neurasthénie, la détresse peut devenir source de plaisir, grâce à une sensibilité nerveuse exacerbée. Elle permet également d'oublier les malheurs du temps, grâce à l'affaiblissement de la mémoire lié à la maladie, et donc de passer plus simplement et avec moins de souffrances aux nouvelles valeurs économiques et sociales. Sous la plume de Beard, la neurasthénie est donc clairement un formidable instrument de régulation sociale qui permet de mieux adapter les individus au passage de la civilisation agraire à la civilisation industrielle.
- 34 Le succès de la notion de neurasthénie à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle traduit, pour une part, l'angoisse des contemporains face aux transformations sociales et techniques de même qu'au déclin de l'emprise de la religion.
- « Ces formules suggèrent un besoin très spécifique des sociétés contemporaines : la mise en scène alarmée du déclin pour mieux le conjurer. Une façon d'esquiver l'impossible tout en le côtoyant. Démarche caractéristique de communautés devenues plus techniques, plus démocratiques surtout et a-religieuses, celles qui doivent plus que d'autres fabriquer leur sens et entretenir leur cohésion. Le scénario apocalyptique accélère programmes et défis. L'horreur de la dégénérescence renforçait, au XIX<sup>e</sup> siècle, les ambitions du temps : la mise en scène du progrès, les ambitions nationales. » (Vigarello, 1993)
- 35 D'autant plus que la définition d'une déviance (par exemple, le découragement et l'abattement du neurasthénique) comme maladie constitue un puissant moyen d'en limiter la portée et la menace sous-jacente pour l'ordre social qu'elle impliquait. Prendre en charge un malade est plus simple que de transformer la société ou de remettre en cause le progrès, dont profitent principalement les couches sociales réputées souffrir de

la maladie. Cette peur est aussi liée à une certaine ambiguïté dans la perception du progrès et de la modernité. C'est le mode de vie moderne américain, c'est-à-dire de la plus moderne des nations, qui le premier donne naissance à la neurasthénie.

- 36 Si la neurasthénie est perçue comme une maladie de la modernité, elle est associée, au moins dans un premier temps, aux catégories sociales supérieures. Pour Beard, elle est une maladie propre aux hommes d'affaires américains. Pour Edward Shorter (1992), la tendance à réserver le diagnostic de neurasthénie à des catégories précises traduit chez certains neurologues la volonté d'attirer dans leurs cabinets la lucrative clientèle des hommes d'affaires. Pour convaincre ce type de patient de l'intérêt de se faire soigner, le docteur Charles Hugues écrit, dans un article de 1906 :

« Les hommes d'affaires énergiques connaissent bien la signification d'un déficit sur leur compte en banque et ne le traitent pas aussi à la légère qu'ils ne le font pour un déficit de leur système nerveux. » (cité dans Shorter, 1992).

- 37 La montée en puissance du diagnostic de neurasthénie à la fin du XIX<sup>e</sup> et sa quasi-disparition dans les années 1930 peuvent s'expliquer par la signification sociale associée à ce trouble. Tout d'abord, cette maladie permet aux catégories sociales qui occupent à l'époque une place centrale dans le processus de civilisation (les hommes d'affaires, les artistes, les intellectuels et, plus généralement, la bourgeoisie) d'exprimer des sentiments ambivalents face à la modernité et de revendiquer une plus grande attention pour la souffrance morale. Mais la définition en tant que maladie organique, donc indépendante de la volonté du sujet, permet de dégager le neurasthénique de tout jugement moral. Par ailleurs, la théorie médicale de la neurasthénie renforce l'idée selon laquelle le travail intellectuel serait plus fatigant que le travail physique. Ainsi, il serait justifié de mieux rémunérer les fonctions intellectuelles, comme celle de chef d'entreprise, que les fonctions manuelles exercées par la classe ouvrière. L'économiste André Liesse (*Le travail*, 1899), en réaction à la théorie marxiste de l'exploitation, développe ainsi explicitement ce type d'argumentation. L'abandon, notamment à la suite des travaux de Sigmund Freud sur la neurasthénie, de la vision physiopathologique de la maladie va conduire - comme sa « diffusion » dans les classes pauvres (Wessely, 1990) - à son déclin. C'est donc bien parce que la neurasthénie était présentée comme une maladie organique ne touchant que les catégories les plus aisées qu'elle avait connu un tel succès.

## 5. Deux entités contemporaines de mauvaise fatigue : le syndrome de fatigue chronique (SFC) et la fibromyalgie

- 38 Depuis les années 1980, la fatigue semble, si l'on en croit le nombre de publications, être redevenue un sujet légitime de recherche médicale (Cathébras, 1991). Deux entités ont joué un rôle important dans cette évolution : le SFC et la fibromyalgie. Leur prétention à être de « véritables maladies », avec pour certains auteurs un fondement organique, n'est sans doute pas étrangère à l'intérêt qu'elles suscitent.
- 39 Le SFC (appelé ironiquement par certains « syndrome des *yuppies* », pour *Young Urban People*, ou l'équivalent approximatif de l'expression « jeune cadre dynamique ») est celui qui a donné lieu au plus grand nombre de recherches. Cette entité pathologique fait d'ailleurs l'objet d'une controverse scientifique qui n'est toujours pas close aujourd'hui. Pour la majorité des médecins anglo-saxons, il s'agit d'un trouble cognitivo-

comportemental invalidant, mais sans base organique. Toutefois, pour les associations de malades et certains spécialistes, le SFC aurait, au contraire, une étiologie physiologique. L'explication « post virale » est la plus souvent avancée. Elle trouve son origine aux États-Unis en 1982, avec les travaux réalisés par les docteurs Tobi, Ravid et Feldman-Weiss sur le virus d'Epstein-Bar, rendu responsable d'états de fatigue inexplicables. En 1984, le docteur Paul Cheney revient sur ces travaux et propose le terme de SFC, qu'il présente comme une « post-infection » au virus d'Epstein-Barr dont auraient été porteurs les « malades ». Mais il a été montré par la suite que la plupart des gens sont porteurs des anticorps de ce virus et ont donc été en contact avec lui à un moment ou à un autre. La post-infection au virus d'Epstein-Bar ne pouvait pas être désignée comme responsable de ce trouble. Bien que les chercheurs ne se soient jamais accordés sur la nature de l'agent infectieux, le mécanisme supposé demeure : un agent infectieux (un virus introuvable) pénètre ou est activé dans l'organisme qui, pour certaines raisons, n'arrive pas à le contrôler, le système immunitaire étant débordé ; cela provoque une production excessive d'interleukines, des messagers chargés d'activer les lymphocytes qui doivent « tuer » les agents infectieux. Or, les interleukines, en trop forte quantité, seraient responsables de troubles organiques à l'origine du SFC, ces désordres étant autoentretenus du fait de la réactivation du système immunitaire qu'ils entraînent (donc à nouveau la production d'interleukines). Depuis 1997, certains chercheurs ont proposé une nouvelle hypothèse pour la maladie, fondée sur l'observation de légères anomalies dans la physiologie musculaire, mais là encore, la profession reste divisée : pour les adversaires du SFC, ces troubles seraient trop faibles pour être la cause de la fatigue et pourraient être simplement la conséquence de l'extrême inactivité des malades.

40 Formellement, le diagnostic du SFC

« nécessite l'existence d'une fatigue chronique persistante ou récidivante, évoluant depuis au moins six mois, dont le début est bien individualisable, avec un effet thérapeutique très incomplet du repos<sup>8</sup> et avec la nécessité de réduire nettement le niveau de l'ensemble des activités. À côté de la fatigue, il faut la présence de quatre ou plus des huit symptômes suivants : troubles de la mémorisation ou de la concentration intellectuelle, pharyngite, adénopathies non indurées cervicales ou axillaires, myalgies, polyarthralgies sans gonflement ni raideur, céphalées inhabituelles, sommeil non réparateur, apparition d'un malaise durant plus de 24 heures après le moindre effort physique ; ces symptômes doivent bien entendu persister ou récidiver durant six mois ou plus et ne doivent pas avoir précédé la fatigue. » (Imber, 1998, p. 133).

41 Après la « découverte » du SFC, un grand nombre de médecins, et surtout de malades, vont s'en emparer ; les premiers pour y trouver une étiquette commode et exempte de toute stigmatisation de maladie mentale - mal acceptée par les patients américains -, les seconds y trouvant un moyen acceptable - dans des milieux sociaux où l'effort personnel est fortement valorisé - d'exprimer un mal-être sous-jacent. La comparaison avec l'histoire de la neurasthénie révèle un certain nombre de similitudes. Dans les deux cas, la maladie est d'abord attribuée à une cause organique : à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ce sont les nerfs qui sont à la mode, alors que dans les années 1980, l'actualité est braquée sur les virus. Ensuite, ces troubles sont réservés aux membres des classes supérieures qui y cherchent une étiquette non stigmatisante pour rendre compte de leur mal-être. Enfin, les deux phénomènes apparaissent pendant des périodes clés en matière de transformations économiques et sociales, et principalement aux États Unis<sup>9</sup> : déclin rapide de certaines activités et forte croissance d'autres, possibilités nouvelles d'enrichissement individuel important, concurrence exacerbée, etc. Pour certaines

fractions de la société, des transformations importantes du mode de vie vont de pair avec un sentiment d'individualisation accru : l'échec ou la réussite personnels semblent devoir plus à la responsabilité et au travail individuel. Mais ce sont au contraire de nouvelles interdépendances qui pèsent sur les destins particuliers. Le *golden boy* et surtout la femme active<sup>10</sup> des années 1980 se perçoivent comme seul maître de leur destin, alors que celui-ci est largement imbriqué dans un ensemble de structurations économiques, sociales ou matrimoniales qui les dépassent. Cette contradiction entre la valorisation de l'individualisme et de la réussite personnelle et l'insertion dans des configurations d'interdépendance de plus en plus larges et de plus en plus complexes est particulièrement caractéristique d'une phase avancée du processus de civilisation. Elle peut entraîner une certaine angoisse chez ceux qui sont ainsi conduits à endosser ces nouvelles règles du jeu. Le SFC jouerait alors la même fonction sociale pour le *yuppie* ou la femme active des années 1980 que la mélancolie pour le courtisan du XVI<sup>e</sup> siècle ou que la neurasthénie pour le bourgeois de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle.

- 42 L'exigence sociale d'autonomie personnelle, l'existence d'un nombre croissant d'individus isolés (célibataires ou divorcés), la course à la réussite matérielle et sociale expliqueraient pourquoi tant d'Américains appartenant aux classes moyennes et supérieures se sont emparés de ce diagnostic. La vigueur, qui peut sembler parfois excessive à l'observateur extérieur, avec laquelle les associations de malades américaines et britanniques défendent la thèse de l'affection organique montre combien est profonde leur conviction et combien est grande l'injustice qu'ils ressentent à voir « leur » maladie mise en cause par certains médecins. Ces malades ne ressentent absolument pas leurs problèmes comme ayant une origine psychosomatique liée à une contrainte sociale. Une explication possible de cet état de choses serait à chercher dans une situation de double contrainte dont les protagonistes n'ont pas conscience : la contradiction entre une exigence d'autonomie personnelle, de réussite individuelle, et un ensemble de plus en plus serré d'interdépendances ; cette contradiction portée par le processus de civilisation est encore aggravée par la crise économique qui fragilise l'insertion professionnelle et menace d'exclusion de nombreuses personnes. Mais les contraintes qui pèsent sur ces personnes sont soit inconscientes, comme les désirs insatisfaits de réussite professionnelle, familiale ou autre, soit impersonnelles, telles que la crainte du chômage, le stress de la vie urbaine, etc. Se sentant agressées par des facteurs dont l'origine et la nature sont difficiles à déterminer avec précision, les personnes souffrant de SFC seraient prêtes à adhérer à une explication de leurs problèmes fondée sur un mécanisme physiologique, notamment une agression extérieure comme celle d'un virus.

« La bonne volonté absolue dans la recherche de la guérison vaut caution d'authenticité pour la pathologie, et ainsi, les malades entraînent les chercheurs dans une surenchère mutuellement frustrante, en exigeant, comme prix de leur confiance et de l'argent des subventions obtenu par un militantisme sans faille, une vérité objective adéquate à la leur (qui est subjective). Au médecin de trouver « ce que j'ai » ; autrement dit, d'expliquer ce que je ressens, mais *comme je le ressens* » (Castel, 2000).

- 43 La médiatisation importante du SFC et l'activisme des groupes de malades ont renforcé la conviction de ces derniers. Ce mouvement est favorisé par le recul de l'autorité médicale et par l'individualisation de la société. Les malades et leurs associations, en effet, tiennent de plus en plus tête aux médecins, les plus nombreux, qui restent sceptiques quant à l'organicité de la maladie, même si ceux d'entre eux qui y sont favorables jouent un très grand rôle dans la diffusion et la légitimation de l'hypothèse physiologique.

44 Les sites Internet de défense des malades du SFC contiennent un très grand nombre d'histoires de vie de patients. Leur lecture est instructive sur la façon dont les malades perçoivent leur maladie. En synthétisant et en caricaturant ces témoignages, on peut reconstruire une sorte d'idéal type à peine exagéré, tant certaines caractéristiques reviennent souvent.<sup>11</sup> Il s'agirait d'une femme dans la quarantaine, mariée, avec des enfants, qui, avant son SFC, travaillait dans un établissement d'enseignement supérieur. Son témoignage serait le suivant :

« Avant d'être malade, j'avais une vie professionnelle et personnelle heureuse. J'avais de très bons rapports avec mes étudiants, mon travail me plaisait et j'étais très engagée dans la vie de mon département. À la maison, tout allait bien, je m'occupais de mes trois enfants, j'aimais bien recevoir mes collègues ou ceux de mon mari, m'occuper de mon intérieur. Par ailleurs, trois fois par semaine, j'allais m'occuper de ma belle-mère qui est très malade. Mes journées bien remplies me plaisaient, car j'ai toujours été une femme très active et je ne supportais pas de ne rien faire. Tout cela, c'était avant que la maladie ne me tombe dessus. Quand ça m'est arrivé, j'ai d'abord essayé de lutter, mais je me suis vite rendu compte que je ne pouvais plus assumer à cause de la fatigue et des douleurs que me provoquait chaque effort. Corriger une copie ou suivre une réunion me laissait complètement épuisée. C'est mon mari qui m'a conseillé d'aller voir le médecin. Au début, ça a été terrible ! Il croyait que je faisais une dépression et me demandait de réfléchir à ce qui ne marchait pas dans mon couple ou mon travail. Mais je n'avais aucun problème avant ma maladie ! Heureusement, j'ai trouvé l'adresse du docteur Untel sur le site d'une association de malades. Il a été formidable. Il m'a tout de suite dit que ma maladie n'était pas dans ma tête ; que ce serait long, mais qu'il allait tout faire pour en trouver la cause et me prescrire les traitements les plus récents. Aujourd'hui, je ne travaille plus. J'ai eu du mal, mais ma compagnie d'assurances a fini par reconnaître mon SFC. Mon mari et mes enfants également ont compris que ce n'était pas une question de mauvaise volonté, mais que c'était bien la maladie qui m'empêchait de faire tout ce que je faisais avant. Maintenant, j'aide les membres de cette association pour leur site Internet, je me documente sur ma maladie et j'écris des poèmes. »

45 Dans cette histoire reconstruite au moyen de divers témoignages réels, plusieurs éléments sont à signaler : cumul d'un travail et d'une activité familiale prenants ; éthique du travail (volonté d'être une bonne professionnelle, mais aussi une bonne maîtresse de maison) ; maladie présentée comme totalement étrangère, extérieure à la personnalité concernée ; rôle de malade endossé comme une identité substitutive, renégociation des obligations professionnelles et familiales. Face à une forte exigence envers soi-même, au refus d'envisager des faiblesses personnelles ou de remettre en cause les demandes professionnelles et familiales, le SFC apparaît comme un refuge, un moyen de ne pas remettre en cause l'idéal de maîtrise de soi fortement intériorisé. La « fatigue d'être soi », selon l'expression d'Ehrenberg (1991), de s'assumer en tant qu'individu autonome, actif et responsable est ressentie, mais rejetée sur le corps, les muscles, les virus, dans un au-delà de la volonté.

46 Si le SFC touche majoritairement des femmes, cette caractéristique est encore plus nette pour une entité très proche, la fibromyalgie. L'histoire de la fibromyalgie semble se confondre pendant un certain temps avec celle de l'encéphalomyélite myalgique (ME), cousin britannique du SFC.<sup>12</sup> De même, des chercheurs comme Komarov ou Goldenberg ont étudié les deux maladies et leur lien possible avec le virus d'Epstein-Barr. Mais les deux histoires se déroulent dans des sous-ensembles professionnels différents : les spécialistes du SFC sont plutôt tournés vers l'étude des maladies infectieuses, tandis que la fibromyalgie est surtout étudiée par des rhumatologues. Par ailleurs, les groupes de

malades du SFC et de la fibromyalgie collaborent largement et partagent un certain nombre d'infrastructures communes. Certains médecins travaillant pour ces groupes rapprochent également les deux maladies, comme Byron Hyde qui écrit, en 1989, dans le journal d'une association de malades du SFC (*CFIDS Chronicle*),

« dans beaucoup de cas, la fibromyalgie s'avère être le ME ».

- 47 Il est donc possible de penser que fibromyalgie et SFC constituent les deux faces d'une même entité, tantôt regardée plutôt sous l'angle de la douleur, tantôt sous l'angle de la fatigue (Shorter, 1992). Le psychiatre Simon Wessely, spécialiste de l'histoire de ces catégories, écrit ainsi

« la distinction entre fibromyalgie et SFC est largement arbitraire, tous deux se confondant largement dans un même trouble affectif » (Wessely, 1990, p. 86., trad. M. Lorient).

- 48 Les malades présentant le tableau clinique typique de la fibromyalgie seraient connus depuis longtemps par la médecine. Ainsi un médecin franco-autrichien, en 1838, dans ses *Observations de médecine pratique faites aux bains d'Aix en Savoie*, décrit huit cas de femmes présentant un certain nombre de points douloureux, qu'il qualifie d'hystériques, et des douleurs musculaires au moindre effort (Shorter, 1992). C'est le neurologue anglais William Gower qui propose le premier, en 1904, dans un article sur le lumbago du *British Medical Journal*, d'utiliser le terme de fibrosite (*fibrositis*). « L'irritation nerveuse » est désignée comme la principale cause de cette maladie, qui semble donc très proche de la neurasthénie. Cette étiquette connaît un certain succès jusqu'aux années 1920. À la suite de recherches de plus en plus précises en rhumatologie, il devient clair qu'une cause organique ne peut pas être mise en évidence et de nombreux articles remettent en question cette entité (Shorter, 1992). Pourtant, dès les années 1970, le diagnostic de fibrosite fait un retour en force dans la médecine anglo-saxonne à la suite d'un article d'un interniste de Chicago, Eugene Traut (1968). En 1976, deux médecins canadiens, Smythe et Moldowski, proposent le terme de fibromyalgie. Cette maladie serait caractérisée par des douleurs diffuses associées à un état asthénique musculaire. Elle devient rapidement une entité nosologique assez largement utilisée par les rhumatologues anglo-saxons.

- 49 Le professeur Kahn, président de l'Association française de rhumatologie, fait connaître cette entité en France dès 1981. Il la rebaptise par la suite Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus (SPID) et insiste sur la fatigabilité musculaire qui entraîne les douleurs.

« Cette fatigabilité peut être authentifiée par des tests divers, tels que le port d'une charge légère bras tendus. » (Kahn, 1995, p. 9)

- 50 Elle s'accompagne de troubles du sommeil :

« Une sensation de sommeil non réparateur laissant au réveil matinal une sensation de fatigue et de non-récupération » (Kahn, 1995, p. 9).

- 51 Comme dans le cas du SFC, l'hypothèse centrale est celle d'une origine organique de la maladie, même si celle-ci n'a pas encore pu être démontrée. La particularité de ce syndrome serait de toucher principalement les femmes. De plus,

« les troubles ont tendance à s'améliorer dans la période postménopausique, et il est rare de voir subsister cette pathologie dans le troisième âge » (Kahn, 1988, p. 112).

52 Ce sont donc essentiellement des femmes en âge d'être à la fois actives et mères de famille qui sont concernées. Le premier « traitement » que propose le professeur Kahn (1995) est d'ailleurs un

« aménagement de la vie familiale et professionnelle » (Kahn, 1995, p. 12).

53 Mais ce changement de statut est légitimé au nom de troubles physiologiques indépendants de la volonté, même inconsciente, de la patiente. C'est d'ailleurs ce que recherche celle-ci dans le diagnostic de SPID : ne pas être traitée comme une malade « psy ». À propos du traitement, Kahn précise ainsi :

« La seule thérapeutique dont les études contrôlées ont montré l'efficacité utilise les tricycliques antidépresseurs [...]. Parfois on peut se tourner vers les tricycliques majeurs (Anafranil, Tofranil), en faisant comprendre à la patiente que l'on recherche l'effet antalgique de ces produits et non l'effet antidépresseur. Faute de quoi elle ressent un tel traitement comme la preuve que ses symptômes sont psychiatriques, psychosomatiques, voire imaginaires. » (Kahn, 1995, p. 12)

54 Ce que semble rechercher la patiente, c'est donc d'abord l'affirmation du caractère organique et physiologique de ses troubles.

« Le traitement passe d'abord par la reconnaissance et l'identification de cet état (pour la malade, son entourage, son médecin traitant et les organismes sociaux), l'aménagement des activités physiques, ménagères et professionnelles, et la relaxation » (Kahn, 1988, p. 114)

55 Selon le professeur Kahn, 2 % à 4 % des Françaises seraient « touchées » par cette « maladie ».

56 Quelles « fonctions » remplit une telle étiquette. Pour les malades et les médecins qui participent à la recherche sur le SPID, celui-ci se distingue du SFC par deux aspects : il ne touche que les femmes et se caractérise par une fatigabilité musculaire à l'effort. Des entretiens menés avec des femmes participant à la création d'associations de malades ainsi que la lecture de lettres adressées à l'une d'elles (suivant la parution d'un article dans un journal féminin), montrent l'importance du travail ménager (passer l'aspirateur, faire les courses, recevoir des amis ou de la famille, etc.) dans le déclenchement des douleurs. La catégorie de personnes concernée par cette maladie, les femmes d'âge moyen, appartenant plutôt aux classes moyennes, peut suggérer l'existence d'un conflit de rôle sous-jacent entre un rôle féminin traditionnel et l'image d'une femme moderne gagnant son autonomie grâce à sa carrière et parvenant à mener de front une vie familiale et une vie professionnelle, toutes deux épanouissantes. Pour des femmes des classes moyennes qui vivent la contradiction entre l'idéal proposé par les médias de masse et une réalité plus terre à terre, le travail domestique cristalliserait et concrétiserait l'ambiguïté de la position sociale.

« Les femmes sont aujourd'hui placées dans une hésitation chronique. Deux rôles assez inconciliables s'offrent à elles : la réalisation de soi indépendante, à l'image des trajectoires masculines, qui présuppose un investissement fort dans le domaine professionnel ; ou l'immersion dans l'univers familial et résidentiel, l'irrépressible envie de devenir la fée de ce petit territoire. » (Kaufmann, 1997, p. 154)

57 Plus le doute sur la façon de concilier ces deux rôles est fort, plus la pénibilité du travail domestique se fait sentir. La « femme moderne », idéalisée par les magazines féminins ou la télévision, est celle qui partage avec son compagnon ce type de tâche ou mieux, la délègue à une femme de ménage, à l'instar des femmes des classes supérieures. Dans une des lettres de malades consultées, la signataire explique son désir d'adhérer à une association par la menace pesant sur l'aide ménagère qui lui avait été accordée : les six

heures par semaine qui avaient été prises en charge par la Sécurité sociale au titre de sa maladie étaient maintenant remises en cause par un nouveau médecin-conseil qui avait demandé, au grand scandale de la malade, une expertise psychiatrique complémentaire.

- 58 Le « succès » de cette maladie pourrait, si l'on suit cette hypothèse, être expliqué par les contradictions nées d'une diffusion inégale du processus de civilisation : alors que l'image de la femme moderne autonome et épanouie est diffusée auprès d'un public large, elle correspond surtout au mode de vie et aux conditions sociales des femmes des classes supérieures. Pour celles qui sont coincées entre les modèles traditionnel et moderne du rôle féminin, la maladie permettrait un certain jeu avec la norme : le travail domestique fait toujours partie des attributs du rôle féminin traditionnel et n'est pas condamné directement, mais une impossibilité physique, indépendante de la volonté individuelle, est constatée et légitimée par la médecine, ce qui permet de négocier un « réaménagement » au sein du couple (prise en charge par le conjoint) ou au sein de la société (arrêt de travail prolongé, prise en charge par la collectivité d'une aide-ménagère, etc.). Il est alors possible de ne pas respecter la norme pour soi sans la remettre en cause pour autant. Ce que permet le rôle de malade, c'est une déviance tolérée et contenue.

## 6. La psychologisation de la fatigue et de la maîtrise de soi : l'exemple du *burn out*

- 59 Au contraire des malades du SFC ou de la fibromyalgie, les personnes qui se disent victimes du *burn out* ou du syndrome d'épuisement professionnel<sup>13</sup> désignent plus nettement la « cause » sociale de leur souffrance. Pour les travailleurs sociaux, la notion de double contrainte est même parfois explicitement mise de l'avant : sommés de réussir leur mission et désirant réellement le faire, ils dénoncent le manque de moyens pour y parvenir, voire parfois le manque de volonté politique de véritablement « changer les choses ». Les infirmières, lorsqu'il est question d'épuisement ou de stress professionnel, insistent spontanément sur le manque de considération de la part des médecins, les effectifs insuffisants, les contraintes administratives et parfois, les rapports difficiles avec les malades. Une ou plusieurs contraintes sont bien désignées explicitement. Malades du SFC et malades du *burn out* seraient pris tous les deux dans une configuration d'interdépendances de plus en plus complexe, mais alors que ces interdépendances resteraient largement inconscientes chez les premiers, les seconds en objectivent une partie. L'attribution d'une origine psychosociale à leurs troubles est donc acceptable, car elle correspond à ce qui est ressenti.
- 60 Le terme *burn out syndrome* est popularisé par le psychologue Herbert Freudenberger (dans un article de 1974), qui l'utilise pour caractériser les problèmes de jeunes volontaires travaillant à la prise en charge médicosociale de toxicomanes dans une *free clinic*. Cette notion est issue de l'aérospatiale, où elle exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant, retombe au sol. Elle a d'abord été utilisée par ceux qui en souffraient (notamment les urgentistes de la ville de San Francisco), avant d'être formalisée par les psychologues. Il s'agit donc de l'objectivation d'une sensation profane exprimée sous une forme métaphorique. Les tests de mesure du *burn out* ont joué un rôle central dans ce travail de réification.
- 61 Pour Christina Maslach (1978), le *burn out* est

« un état émotionnel dans lequel le travailleur perd ses sentiments de positivité (optimisme), sa sympathie et son respect envers la clientèle. Cet épuisement moral s'accompagne souvent d'un épuisement physique, de maladies et de troubles évoluant sur un mode psychosomatique. »

- 62 Les principaux signes diagnostics, d'après Gilles Bibeau et son équipe (1988), seraient : une fatigue générale grave, avec une perte de confiance en soi et une aversion pour son travail ; des troubles somatiques tels que l'insomnie, des difficultés de concentration ; des indicateurs objectifs tels qu'une baisse des performances au travail, observée aussi bien par l'employeur que par la clientèle ou les collègues. L'origine des troubles est clairement liée au travail. La monotonie ou le surmenage ne suffisent pas en eux-mêmes pour expliquer le syndrome et c'est bien la relation d'aide et les rapports avec la clientèle à qui s'adressent les services qui est centrale. Le surinvestissement dans la relation avec l'autre et l'idéalisation du travail sont alors les principaux facteurs de risque psychopathologique. C'est pourquoi le *burn out* ne concerne, d'après ses promoteurs, qu'un nombre limité de catégories professionnelles, au premier rang desquelles les soignants, les travailleurs sociaux, les instituteurs et les avocats.
- 63 Le travail sur l'humain, notamment lorsqu'il s'agit de prêter secours à celui qui est fragilisé par la maladie ou la pauvreté, est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle. L'idéologie professionnelle des travailleurs de ces secteurs ne peut que valoriser l'importance de la mission et de l'engagement personnel de celui qui s'y consacre. Il ne serait donc pas surprenant que l'idéalisation du métier soit plus fréquente dans ce type d'activité que dans d'autres. Mais dans le même temps, le travail relationnel est porteur d'incertitudes ; il n'est pas possible de prévoir comment l'autre va se comporter, recevoir le service, s'il va exprimer ou non de la reconnaissance, de la gratitude. La réalité peut donc facilement différer de la situation idéalisée par l'idéologie professionnelle. Le *burn out* risque d'apparaître alors que la vocation est déçue (Scarfone, 1985). Mais le *burn out* n'est pas seulement une décompensation face à des attentes déçues, il est aussi un discours sur la bonne relation avec le « client ». Il s'inscrit dans le processus de rationalisation du travail relationnel : l'engagement personnel incontrôlé doit laisser la place à une distanciation toute professionnelle.
- 64 Plusieurs techniques sont censées permettre cette relation contrôlée et professionnelle (Loriol, 2000). La protocolisation, tout d'abord : ce terme, issu du langage médical, renvoie à l'élaboration codifiée et standardisée des conduites à tenir dans telle ou telle situation. À l'origine, l'objectif était de contrôler, dans un souci d'objectivité, de comparabilité, les conditions de l'expérimentation d'un nouveau traitement. Puis, le terme a servi à qualifier toutes les séquences de travail prédéfinies, décomposées en gestes techniques simples. Cela permet au soignant de se concentrer sur la part technique de son activité et ainsi de donner moins de prise à ses émotions, de ne pas se sentir pris au dépourvu et de dépersonnaliser la relation. Par exemple, la toilette peut être divisée, dans les manuels, en une trentaine d'étapes. Autre exemple : dans un service de réanimation pédiatrique, la conduite à tenir avec la famille en cas de décès d'un enfant a été définie avec une grande précision par l'équipe, avec l'aide des psychologues du service. Censés être pensés rationnellement (prise en compte des savoirs scientifiques et de l'expérience collective), ces protocoles ont pour ambition de rendre la relation plus efficace pour les patients et moins traumatisante pour les soignants.
- 65 La relaxation, ensuite : si les émotions ne sont pas directement maîtrisables (on ne décide pas d'être en colère ou joyeux), certaines de leurs manifestations corporelles sont peut-

être plus accessibles à notre volonté. Quand on est en colère, le rythme cardiaque s'accélère, les muscles se contractent, la respiration devient plus rapide et saccadée. Chercher à se détendre musculairement et à contrôler sa respiration (respiration ralentie, profonde et abdominale) peut alors aider à sortir plus vite de sa colère. Les techniques de relaxation sont assez souvent enseignées dans les stages de gestion du stress ou des conflits proposés aux soignants.

- 66 La dépersonnalisation de la relation ou, comme le disent les psychologues, repris par certains cadres, peut aussi être prônée : « séparer son moi personnel de son moi professionnel ». Il s'agit de ne pas se sentir personnellement engagé dans la relation : ce n'est pas à moi que ce malade adresse des reproches, mais au représentant de l'institution hospitalière dont j'endosse la blouse, quelques heures dans ma journée. Il s'agit en fait d'un cas particulier d'une catégorie plus large : le travail sur les représentations. Mais l'objectif serait aussi de ne pas chercher à régler, par le choix du métier d'infirmière ou l'engagement dans une association, des problèmes psychologiques personnels. Le travail sur les représentations est lié à l'idée selon laquelle l'émotion dépend de la façon dont le soignant perçoit la situation. Si un patient vous met en colère, c'est que vous jugez son comportement moralement répréhensible, illégitime. Si l'on pense au contraire que le comportement en question n'est que la manifestation « normale » et incontrôlable de sa maladie, la charge émotive s'en trouve automatiquement réduite. De même, la mort ne doit pas être considérée comme un échec qui mettrait le soignant en faute, mais comme un élément « normal » de la vie et du travail à l'hôpital. La trop forte identification avec le malade, encore, est déconseillée, car elle conduit à endosser, d'une façon qui devient vite insupportable, les souffrances de l'autre. Ce travail sur les représentations est souvent mené dans le contexte de groupes de parole mis en place dans certains services considérés comme difficiles.
- 67 En outre, les théories sur le *burn out* dessinent en creux le portrait de la professionnelle idéale qui parviendrait à faire preuve d'une certaine neutralité affective, à l'image du médecin, tout en gardant un engagement et une présence plus importante que celle du médecin, aux côtés du malade. Elles peuvent donc servir, pour l'encadrement et les directions hospitalières, de base servant à favoriser de façon volontariste le travail sur les représentations au moyen, par exemple, de formations sur la gestion du stress et l'épuisement professionnel, d'un soutien psychologique dans les services ou de la diffusion des théories psychologiques de l'épuisement dans les écoles d'infirmières ou dans les publications internes. Une telle gestion officielle de la question reçoit en fait l'assentiment de la plupart des acteurs en cause (Loriol, 2000).
- 68 Au premier chef, les psychologues, qui se sont investis dans l'étude de ce phénomène. Pour cette profession jeune et en forte croissance numérique, la question des débouchés professionnels est absolument vitale. La fatigue et le stress des soignants sont alors des occasions nouvelles pour faire valoir leurs compétences. Ensuite, les cadres infirmiers trouvent dans l'approche psychologique de l'épuisement professionnel un moyen de faire progresser leurs objectifs de professionnalisation de l'activité infirmière : la relation soignant-soigné ne doit plus être fondée sur des bases empiriques et intuitives, mais doit au contraire relever d'une véritable science infirmière empruntant son armature théorique à la psychologie et aux sciences sociales. Ces préoccupations rejoignent celles de l'administration, soucieuse de rationaliser et de formaliser les compétences infirmières afin de promouvoir une approche gestionnaire de la main-d'œuvre. Les infirmières, quant à elles, font une lecture un peu différente de cet intérêt de l'institution

qui représente d'abord pour elles un signe de reconnaissance : évoquer officiellement l'existence de l'épuisement professionnel reviendrait à reconnaître leur métier comme en étant un où l'on donne beaucoup de soi et dont les membres font preuve d'un engagement personnel plus important que dans d'autres activités. Au cours des entretiens, la plupart des infirmières rencontrées ont exprimé leur satisfaction de voir leurs problèmes de stress et de fatigue pris en compte et donc, reconnus. De même, l'intérêt et la sollicitude qu'un psychologue peut leur porter, dans certains services, sont vécus positivement.

## 7. Conclusion

- 69 Qu'il s'agisse de l'acédie des moines, de la mélancolie aristocratique ou de la neurasthénie, l'idée d'un manque de force, d'une fatigue sans lien avec le travail physique, se développe chaque fois dans le contexte d'un processus de rationalisation et de contrainte. L'individu doit se plier à de nouvelles règles et accepter de nouvelles interdépendances : l'enfermement monastique, la curialisation, le capitalisme individualiste. L'exemple extrême est celui de l'anachorète qui doit mener une vie contemplative, mais non oisive. C'est pour lui qu'est inventée la notion d'acédie dès le IV<sup>e</sup> siècle. Seule la pression sociale intériorisée peut le contraindre à s'astreindre quotidiennement au travail manuel et intellectuel, à une époque où l'autocontrainte est faible et où la pression sociale directe par le groupe d'appartenance reste très forte. Le trouble, qui s'exprime dans l'idée de fatigue « contre nature », est à la fois une réaction individuelle, que l'on pourrait qualifier de psychosomatique, face à des conditions perçues comme « aliénantes » et une mise hors norme, par le système social, d'individus rendus inadaptés par le changement des règles du jeu (par exemple, le courtisan qui se suicide, ou retourne sur ses terres, pour ne pas avoir pu intérioriser les règles subtiles de la société de cour). La nécessité croissante d'une autocontrainte de l'individu et une nouvelle perception sociale du temps constituent deux facettes importantes du processus qui peuvent favoriser le développement de discours sur la fatigue.
- 70 La vie monastique, la société de cour ou le capitalisme exigent de l'individu la soumission à des règles et à des contraintes qui ne peuvent être ignorées sous peine de sanctions de diverses natures. Le savoir sur le corps et sur la maladie est un bon moyen pour que l'individu s'impose lui-même ces contraintes. Si les premiers capitalistes protestants, décrits par Max Weber, travaillaient pour se persuader de leur prédestination, le bourgeois du XIX<sup>e</sup> siècle travaille, entre autres raisons, pour le salut de son esprit et pour sa santé mentale. Le contrôle social par la maladie est d'autant plus efficace qu'il est intériorisé. Celui qui se sent apathique et fatigué parce qu'il a paresse toute la journée se sentira plus coupable que celui à qui un reproche ou un sermon extérieur sont administrés.
- 71 Mais cette condamnation et ce contrôle social, les moines, l'aristocratie, la bourgeoisie, le jeune cadre dynamique ou l'infirmière l'exercent d'abord, voire essentiellement, sur leurs propres membres. L'objectif est donc plus de normaliser que d'exclure. Le moine acédiaque, au moins pour Evagre le Pontique, la femme vaporeuse du XVII<sup>e</sup> siècle, l'oisif du XIX<sup>e</sup> sont condamnés, mais intégrés et acceptés dans leur communauté tant qu'ils n'en menacent pas la survie. Ils en constituent des personnages pittoresques mais ne sont pas rejetés et peuvent même bénéficier d'un certain prestige. Leur vie n'est pas un exemple à suivre, mais eux-mêmes sont jugés plus victimes que coupables. Ils sont pris dans un

mouvement de civilisation à la fois stigmatisé et perçu comme inéluctable. La position des élites vis-à-vis de ce phénomène est ambiguë. À la fois conscientes et fières d'en être les représentantes, elles en sentent également les premières les contraintes nées des nouvelles interdépendances. Ainsi, le noble de cour se sent comme le représentant le plus distingué de « l'homme civilisé », mais il subit également la nécessité de devoir à chaque instant maîtriser ses pulsions, et ressent la perte de son pouvoir et de son autonomie. Se révolter ouvertement contre ces contraintes serait, pour lui, se faire exclure de la cour et s'exclure lui-même de ce mode de vie civilisé auquel il accorde tant de valeur et qui le distingue des roturiers. Celui qui se sent trop « perdant » dans ce processus peut se réfugier dans cette déviance acceptée que représente la maladie. Le discours sur la maladie, le savoir médical, la distinction progressive entre une bonne et une mauvaise fatigue deviennent des moyens de gérer, à la fois collectivement et individuellement, certaines contradictions du processus de civilisation, de contrôler et d'intégrer les éventuels perdants, tout comme les adeptes trop zélés.<sup>14</sup> Le discours sur la mauvaise fatigue est un discours sur le juste milieu : si le courtisan méprise celui qui ne se plie pas aux bonnes manières, le précieux, qui y attache trop d'importance, risque non seulement d'être ridicule, mais également trop sensible, c'est-à-dire fragile des nerfs. De même, l'infirmière qui ne saurait pas gérer ses émotions et ses rapports avec le malade en trouvant la bonne distance serait à la fois une mauvaise professionnelle et prendrait le risque de détériorer sa santé mentale.

- 72 Le thème de la maîtrise de soi, de la distanciation, dans le rapport à l'autre occupe une place croissante dans les réflexions sur le travail aujourd'hui. La montée en puissance de la relation de service, de l'activité relationnelle ainsi que les discours sur la nécessaire prise en compte du client ou de l'utilisateur renforcent cette orientation. Les exemples historiques qui viennent d'être rapidement présentés montrent toutefois qu'il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau, même si les enjeux qui le sous-tendent varient d'un contexte à l'autre. La médicalisation ou la psychologisation des difficultés d'adaptation à de nouvelles exigences quant au « savoir-être » en constitue le dénominateur commun : normalisation et pathologisation n'étant finalement que les deux faces d'un même mécanisme de régulation sociale.
- 73 Définir une maladie, comme l'a montré Freidson (1984), revient d'une certaine façon à distinguer le bien du mal, ce qui est pathologique de ce qui n'est pas. La pathologisation définit donc, en creux, une forme de normalisation. Nommer une souffrance, la diagnostiquer, c'est lui donner un sens, élaborer un mythe (Pollock, 1988) qui permet à la fois de la rendre compréhensible et gérable. Dans cette construction d'une réalité particulière, la catégorisation d'un problème comme maladie a souvent, mais pas forcément, pour effet de mettre l'accent sur sa dimension individuelle. Pour les sociologues critiques de la médecine, la médicalisation des problèmes de santé au travail revient à faire porter sur la victime de mauvaises conditions de travail une part de la responsabilité des malheurs qui lui arrivent (*blaming the victim*) et à masquer les effets négatifs globaux du mode de production et de l'organisation. Plusieurs stratégies de ce type peuvent être distinguées : ne voir dans la maladie qu'un trouble organique ou psychique individuel ; faire du problème la conséquence d'une négligence ou de l'incompétence du salarié qui n'aurait pas, par exemple, respecté les consignes ; qualifier l'individu de simulateur en catégorisant son trouble sous l'entité « sinistrose », ou encore expliquer ses problèmes au travail par l'existence d'un traumatisme psychique antérieur. Les programmes de gestion du stress participent de ce type d'analyses (Williams, 1992 ;

Newton et coll., 1995): alors que les agents stressés trouvent leur origine dans l'organisation du travail, les techniques de gestion du stress focalisent sur la façon dont l'individu parvient ou non à faire face (le *coping* des psychologues). Le bon professionnel est alors celui qui sait s'adapter à toutes les situations, et n'est jamais débordé ou stressé par la relation. La formation individuelle à la gestion des émotions, des conflits ou de la communication devient la réponse principale à tous les problèmes.

- 74 Cette médicalisation ou psychologisation des problèmes professionnels et la faible traduction de ceux-ci en termes de conditions de travail sont facilitées par un mouvement plus large d'individualisation des rapports sociaux et de développement d'une morale de l'épanouissement personnel (Rieff, 1963). Le rôle social croissant joué par la psychologie serait ainsi un symptôme d'évolutions plus larges : montée de l'individualisme et du narcissisme, replis sur la vie privée, nécessité sociale d'une maîtrise de soi croissante (Elias, 1993), etc. Face à ces évolutions, le savoir et les techniques psychologiques deviennent une aide et un soutien pour les individus (Giddens, 1991), une grille de lecture permettant de rendre plus acceptables certaines situations pénibles, tandis que les nouvelles psychothérapies visent de plus en plus un rôle d'adaptation individuelle (Otero, 2000). La reconnaissance officielle, par des organismes publics, de certaines formes de fatigue ou de stress du travail ne serait pas que le résultat de la contestation de leurs conditions de travail par les salariés concernés, mais serait aussi révélatrice d'une recherche de zones de convergence d'intérêt entre salariés et employeurs autour des objectifs de modernisation et de professionnalisation de certains emplois publics (infirmières, conducteurs de bus, guichetiers, etc.). L'objectif est notamment de promouvoir une rationalisation du travail relationnel : fixation de procédures, d'objectifs, de protocoles (fondés sur un savoir scientifique, notamment psychologique) visant tout à la fois à protéger les salariés du stress et de la fatigue et à offrir un meilleur service au public.
- 75 La « protocolisation » est une démarche de plus en plus fréquente au Québec pour les métiers relationnels. L'infirmière, le travailleur social, le policier et bien d'autres sont invités, dans les situations difficiles, à suivre des plans d'action précis, prédéfinis collégialement, souvent avec l'aide d'un expert psychologue ou psychiatre. De cette façon, les agents ne devraient plus se sentir démunis face aux situations difficiles et devraient disposer de techniques efficaces pour maîtriser leurs propres émotions et celles de l'utilisateur. En France, ces travaux nord-américains ont surtout inspiré des expériences dans le secteur de la santé et laissent les observateurs sceptiques. Trop utilisés comme de simples techniques, ces protocoles peuvent en effet paraître impersonnels et froids. Tant qu'ils n'auront pas été validés par l'expérience et le débat collectif, qu'ils n'auront pas été intériorisés et naturalisés par les agents, ils risquent donc de renforcer les difficultés liées à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Beard, G. (1880). *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*, New York, William Wood.
- Beard, G. (1881). *American Nervousness. Its Causes and Consequences*. New York, William Wood.
- Bibeau, G. et coll. (1988). *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burn out*. Montréal, CSM/GIRAME.
- Bright, T. (1996). *Traité de la mélancolie*. Grenoble, Éditions Jérôme Millon, coll. Mémoires du corps (1586).
- Bunge, G. (1990). *Akèdia. La doctrine spirituelle d'Evagre le Pontique sur l'acédie, Spiritualité orientale*. Abbaye de Bellefontaine, 52.
- Catel, P.H. (2000). Des maladies introuvables aux Etats-Unis : 'hystérie collective' ou pathologie de masse de l'imaginaire individualiste ? *Le débat*, 108.
- Cathebras, P. (1991). Du 'burn out' au 'syndrome des yuppies' : deux avatars modernes de la fatigue. *Sciences Sociales et Santé*, 9, 3, 65-94.
- Cuvelier, E. (1996). *Présentation du Traité de la mélancolie de Timothy Bright*. Grenoble, Éditions Jérôme Millon, coll. Mémoires du corps.
- Dodier, N. (1984). La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers. *Sciences Sociales et Santé*, 3, 2, 5-39.
- Dumont, L. (1983). *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris, Le Seuil, 279 p.
- Durkheim (1986). *De la division du travail social*. Paris, PUF, coll. Quadrige, 416 p.
- Durkheim (1991). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, Le Livre de poche.
- Élias, N. (1973). *La civilisation des mœurs*. Presses Pocket, 1973 (1939), 342 p.
- Élias, N. (1975). *La dynamique de l'Occident*. Presses Pocket, (1939), 320 p.
- Élias, N. (1985). *La société de cour*. Paris. Flammarion, (1934), 331 p.
- Élias, N. (1997). *Du temps*. Paris, Fayard, (1984).
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris, Odile Jacob, 318 p.
- Forthomme, B. (2000). *De l'acédie monastique à l'anxio-dépression. Histoire philosophique de la transformation d'un vice en pathologie*. Paris, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond, 630 p.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Plon.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn Out. *Journal of Social Issue*, 30, 1, 159-165.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, California, Stanford University.

- Imber, M. (1998). Actualités sur le SFC. *Semaine des hôpitaux*, 74, 5-6, 133-135.
- Jackson, S.W. (1985). Acedia the Sin and its Relationship to Sorrow and Melancholia. In A. Kleinman et B. Good (Eds.), *Culture and Depression*. Berkeley : University of California Press, p. 43-62.
- Kahn, M.F. (1988). Le Syndrome polyalgique idiopathique diffus. *Le Concours Médical*, 110, 1119-1122.
- Kahn, M.F. (1995). Fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus. *La Gazette Médicale*, 102, 8-12.
- Kaufmann, J.C. (1997). *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*. Paris, Nathan, coll. Essais et Recherches.
- Bigot, F., Lafont, B. (1985). Psychologie de l'épuisement professionnel. *Anales médico-psychologiques*, 143, 769-775.
- Legeron, P. (2001). *Le Stress au travail*. Paris, Odile Jacob.
- Lepenies, W. (1992). *Melancholy and Society*. Cambridge, Harvard University Press, (1969), 253 p.
- Lorial, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris, Anthropos, coll. Sociologiques, 390 p.
- Maslach, C. (1978). The Client Role in Staff Burn out. *Journal of Social Issues*, 34, 11-24.
- Merton, R. (1965). *Éléments de théorie et de méthode sociologiques*. Paris, Plon, coll. Recherches en sciences humaines, (première éd. 1949), 514 p.
- Newton, T., Handy, J., Fineman, S. (1995). *Managing Stress : Emotion and Power at Work*. London, Sage Publications.
- Otero, M. (2000). Les stratégies d'intervention psychothérapeutiques et psychosociales au Québec. *Sociologie et Sociétés*, 32, 1.
- Pinel, D. (1985). La folie des vapeurs. Dans Les maladies ont une histoire (sous la dir. de Le Goff J. et Sournia J.C.), Paris, L'histoire/Seuil, p. 62-65.
- Pinell, P. (1998). Médicalisation et procès de civilisation. Dans Aiach P. et Delanoë D. (Sous la direction de), *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, p. 35-51.
- Pollock, K. (1988). On the Nature of Social Stress : Production of a Modern Mythology. *Social Science and Medicine*, 26, 3, 381-392.
- Rabinbach, A. (1990). *The Human Motor : Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*. New York, Basic Books, 402 p.
- Rauch, A. (1995). *Histoire de la santé*. Paris, PUF, coll. Que sais-je, 126 p.
- Reiner, J. (1984). *Melancholie und Acedia. Beitrag zu Anthropologie un Ethik bonnavanturas*. Berlin, F. Schoningh, 1323 p.
- Rieff, P. (1966). *The triumph of the Therapeutic*. London, Chatto and Windus.
- Scarfone, D. (1985). Le syndrome d'épuisement professionnel (burn out) : y aurait-il de la fumée sans feu ? *Anales médico-psychologiques*, 143, 754-761.
- Selye, H. (1975). *Le Stress de la vie : le problème de l'adaptation*. Paris, Gallimard, coll. Essais, (1956), 425 p.

Shorter, E. (1992). *From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York, The Free Press, 419 p.

Traut, E. (1968). Fibrositis. *Journal of the American Geriatric Society*, 16, 531-538.

Turner, B. (1994). *Medical Power and Social Knowledge*. Sage, Londres, 273 p.

Vigarrello, G. (1993). *Le Sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le moyen-âge*. Paris, Le Seuil, coll. L'univers historique, 403 p.

Wessely, S. (1990). Old Wine in New Bottles : Neurasthenia and « M.E. ». *Psychological Medicine*, 20, 35-53.

Williams, C. (1992). *Beyond Industrial Sociology. The Work of Men and Women*. Sidney, Allen and Unwin, 286 p.

Zeldin, T. (1979). *Histoire des passions françaises : anxiété et hypocrisie*. Tome V, Paris, Éditions Encre.

## NOTES

1. Toutes les étiquettes ou théories visant à rendre compte de mises en forme particulières d'une fatigue « pathologique » au travail ne seront pas présentées ici. Tout d'abord faute de place, mais surtout parce que seules celles qui sont clairement détachées des notions de surmenage ou d'usure physique sont pertinentes à l'objet de cet article. Ainsi, les notions de charge mentale, de fatigue nerveuse liées aux contraintes de temps, la névrose des téléphonistes, les syndromes d'effort ou le Karoschi japonais, par exemple, mêlent de façon complexe des éléments organiques moins controversés dans la profession médicale et des caractéristiques proches de ce que j'appelle ici, avec le sens commun, la « mauvaise fatigue ». Les introduire risquerait donc d'embrouiller la discussion. Pour une présentation de ces notions, le lecteur peut se rapporter à mon livre (Loriol).

2. L'acédie serait une sorte de fort découragement, un sentiment de perte de sens lié aux activités religieuses et à la foi, responsable d'un sentiment de fatigue et de tristesse durable. L'usage de ce terme a pratiquement disparu depuis le XVI<sup>e</sup> siècle.

3. Toutes les citations d'Evagre, issues de textes différents, sont tirées de Bunge (1990). Le fait que le moine Gabriel Bunge, qui a sélectionné les extraits et traduit certains d'entre eux, défende la thèse contemporaine que les écrits d'Evagre sur l'acédie constituent la première description de notre mélancolie ou dépression actuelle, perçue comme une question à la fois médicale et spirituelle, peut introduire un certain biais dans l'analyse. Il est effectivement très difficile de comparer le sens que prennent ces écrits aujourd'hui avec le développement des connaissances sur la maladie mentale, et le sens qu'ils pouvaient avoir pour un homme du IV<sup>e</sup> siècle. La vision qu'en donne Bunge est nécessairement orientée par le XX<sup>e</sup> siècle, d'autant plus qu'il prétend faire une œuvre de théologien plus que d'historien.

4. L'anachorète est un moine ermite vivant dans la solitude, par opposition au cénobite qui vit en collectivité, le plus souvent en monastère.

5. Il faut rappeler que pour Durkheim (1912), le sentiment du « sacré » n'est que la transfiguration du sentiment de supériorité de la société sur l'individu, de la force de la collectivité.

6. Pour Durkheim (1893), les sociétés à fort sentiment communautaire (solidarité mécanique) sont plutôt caractérisées par un droit répressif (punir celui qui enfreint une norme), tandis que les sociétés plus individualistes connaissent plutôt un droit coopératif (remettre les choses en état). Le moine anachorète pourrait alors être considéré comme appartenant à une société, en un sens, très individualiste.

7. Wolf Lepenies (1992) rappelle les humiliations que doit subir l'ancien grand guerrier qui demande sans succès le droit pour sa femme « malade » (de mélancolie) d'obtenir un tabouret afin qu'elle puisse s'asseoir en présence de la reine, alors que la grande majorité des courtisans étaient tenus de rester debout. De façon prémonitoire, la maladie devient alors un moyen pathétique de revendiquer une certaine reconnaissance, une réparation pour une situation vécue comme injuste, un peu d'autonomie face aux contraintes.

8. En ce sens, le SFC entre bien dans notre catégorie de « mauvaise fatigue ».

9. En termes durkheimiens, il s'agit de périodes anomiques.

10. D'après les spécialistes du SFC, entre les deux tiers et les trois quarts des malades seraient des femmes.

11. La rédaction d'un « témoignage fictif » peut surprendre dans un article scientifique. Elle correspond à la fois à la volonté de s'inspirer de la méthode des idéaux type de Max Weber, mais aussi au souci de ne pas blesser ou froisser un ou une malade réel(le) dont je respecte tout à fait la souffrance.

12. Il s'agit en fait d'histoires reconstruites après coup par les spécialistes respectifs des deux entités pathologiques, chacun revendiquant les mêmes origines.

13. Le fait de parler de syndrome montre que les défenseurs de cette catégorie se situent dans une autre dimension que celle de la recherche d'une nouvelle maladie, univoque et monocausale.

14. En ce qui concerne les malades du SFC ou de la fibromyalgie, il serait possible de faire des hypothèses semblables quant aux fonctions que pourraient jouer ces entités nosologiques : dans des sociétés qui valorisent le travail, l'autonomie personnelle, l'accomplissement de rôles multiples et parfois contradictoires, ces étiquettes permettraient de « garder la face » à ceux qui seraient invalidés par des exigences sociales trop fortes. Toutefois, s'agissant de maladies pour lesquels la controverse est toujours actuelle et qui sont responsables de souffrances réelles (que leurs causes soient organiques ou psychologiques), il est éthiquement et scientifiquement plus délicat de proposer une interprétation allant à l'encontre du sens que les malades donnent eux-mêmes à leurs problèmes.

---

## RÉSUMÉS

Longtemps, la fatigue au travail a été associée à l'usure du corps qui, inexorablement, conduisait à la perte des forces et à la mort. Toutefois, très tôt dans l'histoire humaine, certaines catégories de personnes ont eu à faire des activités qui, sans nécessiter de fortes dépenses physiques, supposaient un engagement et un contrôle de soi sans précédents. C'est dans ce contexte que sont apparues de nouvelles catégories pathologiques - de l'acédie des moines à l'actuel syndrome de fatigue chronique - permettant de donner un sens socialement reconnu à la nouvelle forme de fatigue que ressentaient ceux qui avaient des difficultés à se plier à ces exigences, tout en véhiculant des discours souvent normalisateurs. Si ces différentes entités nosologiques partagent un certain nombre de points communs (tentative pour mettre en forme une fatigue pathologique, absence de base organique démontrée, complicité avec les normes sociales dominantes chez les malades, etc.), leur nature était également très dépendante du contexte dans lequel elles se sont développées, ce qui autorise une approche de construction sociale.

Tiredness at work has long been associated with wear and tear on the body, leading to loss of strength and death. However, very early in human history, some individuals were confronted

with activities that, although not requiring significant physical effort, nevertheless implied unprecedented commitment and control. New pathological categories emerged, ranging from acedia to chronic fatigue syndrome, to give a socially recognized meaning to this new form of fatigue experienced by individuals who found it difficult to adapt to the new requirements, and often to convey a sense of normality. These different nosologic entities share some similarities (attempt to organize pathological tiredness, lack of a recognized physiological basement, proximity to the dominant social norms among patients, etc.), but they are also embedded in a social context, which allows for a social constructionist approach.

Desde mucho tiempo, se ha asociado el cansancio en el trabajo a la decadencia del cuerpo, que llevaba a la pérdida de las fuerzas y a la muerte. Sin embargo, muy temprano en la historia humana, ciertas categorías de personas tuvieron actividades que hacer y sin necesitar gastos físicos fuertes, suponían un compromiso y un autocontrol sin precedentes. En este contexto fue cuando aparecieron nuevas categorías patológicas – desde la acedia de los monjes hasta el síndrome actual de fatiga crónica- que permitieron dar un sentido reconocido socialmente a la nueva forma de cansancio que experimentaban los que tenían dificultades para someterse a exigencias, mientras que a menudo transmitían discursos normalizadores. Si estas diferentes entidades nosológicas comparten ciertos puntos en común (esfuerzo para darle forma a un cansancio patológico, ausencia de base orgánica demostrada, complicidad con las normas sociales dominantes con los enfermos, etc.), su carácter también era muy dependiente del contexto en el que se desarrollaron, lo que autoriza un enfoque de construcción social.

## INDEX

**Mots-clés** : construction sociale de la maladie, fatigue, stress, épuisement professionnel, processus de civilisation

**Palabras claves** : construcción social de la enfermedad, fatiga, burnout, proceso de civilización

**Keywords** : social construction of illness, fatigue, stress, burnout, process of civilization

## AUTEUR

**MARC LORIOL**

Laboratoire Georges Friedmann, CNRS - Paris I, Paris, France, marc.loriol2@libertysurf.fr