

## ATELIER SOUFFRANCE PSYCHIQUE

# TEXTE INTRODUCTIF

### — ORGANISATION DU TRAVAIL, SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE —

**L**e libéralisme économique développe une organisation du travail qui repose sur la **mise en concurrence des salariés entre eux** et induit flexibilité et intensification du travail, variabilité extrême des tâches. Cette organisation détruit les collectifs formels et informels. Elle subordonne individuellement le salarié à l'employeur et le contraint à accepter des objectifs en réduisant les moyens pour les atteindre. Cette organisation du travail est destructrice pour la santé et **particulièrement agressive pour la sphère psychique**.

Si la clinique médicale peut rendre compte de cette lutte, lorsque ses effets répondent aux critères de la pathologie, elle est impuissante à décrire la **souffrance psychique « ordinaire »** infraclinique qui peut aussi se traduire par des comportements étranges extracliniques. Surtout elle ne peut mettre en évidence les liens entre la souffrance et l'organisation du travail devenue pathogène. Cela impose l'élaboration d'une approche clinique différente.

La clinique médicale classique considère, en effet, la normalité en opposition à la maladie. Elle ne l'aborde pas, en général, **du point de vue du sujet qui tente de maintenir son équilibre psychologique tel que conçu et construit par un ensemble de paramètres sociaux, culturels, politiques et psychologiques**.

Une frontière se crée alors entre la clinique, se référant à la maladie, généralisée aux populations, et une autre approche clinique, en référence à ce que le sujet considère comme normal. **La « normalité subjective » celle recherchée par le sujet : « sa » santé, n'est pas entièrement réductible à la « normalité objective », inverse d'un état pathologique, observée par le médecin : « la » santé.**

La nouvelle approche clinique peut mettre en évidence les atteintes à la santé en relation avec certaines organisations du travail car elle permet d'établir un lien entre diverses expressions du vécu au travail, articuler ce qui est collectif avec les histoires individuelles, permettre d'exprimer des hypothèses étiologiques.

Une référence théorique essentielle en est la **psychodynamique du travail** et la définition qu'elle donne de la normalité. La *normalité*, ensemble de paramètres sociaux, culturels, politiques et psychologiques constitue l'idéal vers lequel nous tendons tous. « *Nous nous battons tous pour accéder à cette normalité et lorsque nous l'avons pour la défendre (...)* **Est normal celui qui est capable de participer à la construction, à la stabilisation et à l'entretien des normes d'un milieu ou d'une communauté** ». C'est à partir de ce concept de *norme partagée* que nous tentons de décrire et de comprendre les conduites humaines.

La souffrance psychique générée parfois par la lutte pour conserver sa normalité est acutisée dans le milieu de travail actuel du fait de l'impossibilité de distinguer ce qui relève de la normalité dans ce cadre.

Cette approche clinique nouvelle repose sur une **démarche « compréhensive »** d'écoute individuelle et des interventions de **témoignage sur la souffrance psychique et ses rapports à l'organisation du travail**, se nourrissant de cette démarche et répondant à des caractéristiques précises.

Dans la **démarche compréhensive**, c'est l'émergence de l'autre comme sujet qui est attendue, espérée. Le médecin ouvre un espace de liberté à une expression imprévisible : celle du dialogue intérieur du salarié sur le conflit entre la place que lui laisse l'organisation du travail et ses propres valeurs. Il ne s'agit pas là, comme le propose la clinique psychiatrique, d'écouter une parole en attente d'interprétation. Ainsi le qualificatif *compréhensif* a-t-il deux significations : laisser la liberté au sujet de discerner, pour lui même, un sens à la situation de travail, lui en permettre le questionnement ; mais aussi permettre au médecin de mieux « *comprendre les dynamiques intersubjectives psychologiques et sociales dans lesquelles le sujet s'embourbe* ». Le médecin, parce qu'il peut rapprocher ce récit d'autres histoires individuelles participant à la même intrigue, entend alors autre chose qu'une chronique résignée. La démarche compréhensive ne vise jamais à se substituer au sujet et s'en tient à l'accompagner, à l'assis-

ter ou à l'aider. « *L'aider à quoi ? À penser, à analyser, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre des décisions* ».

Le **témoignage**, limité dans un premier temps à l'entreprise, a pour finalité **d'influer sur les paramètres pathogènes de l'organisation de travail** mais aussi constitue une validation et un soutien de la démarche individuelle. Car le médecin ne peut avoir accès à la parole des salariés que si il a pris position publiquement. **La confiance des salariés est liée à la mise en visibilité du travail du médecin et à sa capacité à témoigner**, aussi bien pendant les consultations que sur les lieux de travail ou lors des débats, de ce qui, dans l'homme, ne peut être plié à la raison économique. C'est au médecin de tenir la parole au plus près du travail, de donner corps aux mots pour que les salariés puissent reprendre le discours sur soi. Ce témoignage permet d'accompagner les sujets et de les aider en créant les conditions de la compréhension et du vivre ensemble. Témoigner dans ce cadre ce n'est toutefois pas parler à la place des salariés et s'y substituer. C'est pourquoi, ce témoignage répond à des règles : « *garder le seul point de vue de la santé au travail, ne jamais oublier au nom de quoi on parle (...), Reconsidérer tout conflit de personne ou de*

*groupe de personnes sous l'angle de l'organisation du travail, souligner l'importance des espaces de discussions sur le métier, sur le travail quotidien ordinaire, sur les difficultés ou les astuces pour y faire face, interpréter les mécanismes défensifs mais les respecter en l'absence d'autre solution* ».

Ce témoignage a aussi pour objet de « *reformuler les discours du management sur la motivation ou la démotivation (...) Remettre l'homme au centre, l'homme comme fin et non comme moyen, en cela il se différencie de la communication d'entreprise.* »

Les médecins du travail de l'association santé et médecine du travail (SMT) travaillent collectivement à l'exploration de cette nouvelle approche clinique, complémentaire pour leur exercice, de la clinique médicale classique, qui conserve par ailleurs tout son intérêt.

Considérant que cette approche clinique n'est pas exclusive de leur spécialité, ils ont pour projet de travailler à sa construction avec leurs confrères d'autres spécialités, médecins psychiatres et médecins généralistes.

## RENCONTRE ASS. SMT / SMG

**N**ous partons d'un constat d'impuissance face à la souffrance exprimée dans les cabinets des médecins généralistes, avec la question concernant la part qui revient à la situation de travail, notamment aux risques de l'organisation du travail et quelles conceptualisations faire de cela.

Il est important de différencier souffrance psychique et état psychosomatique. Le médecin du travail insiste sur les effets du management qui entraîne un système de concurrence entre les l'entreprises donc précarisation, sous-traitance et densification du travail.

La conséquence en étant l'autonomie contrôlée, c'est-à-dire l'isolement des salariés, « responsabilité propre » des salariés mais avec un contrôle (et impasse des moyens).

Donc les marges de liberté, les marges de manœuvre sont en chute libre et retentissent sur la liberté psychique, entraînant un vécu d'isolement et de culpabilité .

Au niveau de l'encadrement « tout est permis » pour le bien de l'entreprise, c'est la prégnance de l'idéologie de virilité, de la fin, c'est-à-dire le bien de l'entreprise justifie les moyens, la pression sur les salariés d'où des risques de harcèlement, de dénigrement voire de terreur sur les salariés qui sont en exécution. Cela entraîne un isolement, un silence des salariés qui ne vont pas bouger, d'où l'intérêt de définir une clinique de la santé au travail, c'est-à-dire un espace de liberté donné au salarié pour comprendre et permettre de comprendre le contexte dynamique et social de ce qui se passe, c'est l'écoute compréhensive, il s'agit de comprendre en respec-

tant les positions défensives, il s'agit d'une dialectique entre le singulier et l'individuel et le collectif afin que les médecins du travail interviennent dans les espaces publics de l'entreprise avec l'idée de reprendre collectivement les changements au travail et, pour travailler, pour aboutir à cela reste la confiance à établir. Pour les salariés, le fait de parler et de donner sens dans l'espace du cabinet peut déclencher une parole plus facile.

Interviennent également aussi les modes d'organisation du travail avec des changements techniques, de nouvelles technologies. Très souvent, il ne s'agit pas de changements liés aux technologies elles-mêmes, mais au fait que ces technologies soient en service de but politique (ex : RATP, Air France) et aux services de logiques économiques, c'est-à-dire la rentabilité à court terme. Le but est uniquement financier.

On retombe dans la notion de perversité, de guerre économique, « un mal pour un bien » ; des exemples sont donnés : France Télécom avec la notion de « double injonction », « d'injonction paradoxale » dans cette entreprise. La confiance nécessaire pour travailler se gagne sur des ressorts éthiques, c'est-à-dire sur la capacité de voir cette souffrance et d'en faire une clinique de la santé, une clinique de la résistance au travail.

Pour les généralistes que faire de ce qui est dit par le médecin du travail ?

Nous savons qu'il existe des pressions sur les médecins du travail pour les transformer en médecins d'entreprise, c'est-

à-dire ne pas veiller à la santé des salariés mais « à la santé » de l'entreprise, c'est-à-dire à ses profits.

Il faut évaluer ce que fait le médecin du travail de la part du médecin traitant, parfois le médecin du travail est ressenti comme un cadre comme un autre d'autant plus que l'entreprise est importante, d'autant plus qu'il s'agit d'un service autonome.

Nous constatons tous une intériorisation de la honte, quand on a un travail « *on ne doit pas se plaindre* ». Les généralistes sont aussi interpellés par ce qui motive la demande des arrêts de travail et en tous les cas voient le travail à travers la résistance au travail, c'est-à-dire l'arrêt de travail lui-même.

Il y a une nouvelle culture, celle du respect des défenses par rapport à la souffrance au travail et consolider la confiance ; les médecins généralistes ont à interpeller les médecins du travail pour qu'ensuite, ensemble, ils puissent en référer, en témoigner à l'espace publique, la réflexion doit se faire ensemble.

Un témoignage est donné dans le sud de la France concernant la violence en entreprise et tous les problèmes de secrets qui entourent cette souffrance et la honte qui en découle. Exemple : une personne atteinte de sclérose en plaques qui ne veut pas parler des violences qu'elle subit y compris au médecin du travail.

Les relations médecin du travail et médecin généraliste : il est dit que les arrêts de travail ne sont pas demandés — bien au contraire — par les personnes. il y a un travail à faire là-dessus sur les arrêts de travail, leur signification par rapport à une non-demande des gens ce qui entraîne une externalisation des coûts de la part de l'entreprise vers la collectivité. On sait qu'il existe aussi une sous-déclaration de pathologie au travail, piste donc de travail entre médecin du travail et méde-

cins généralistes à ce niveau là, avec cette notion qu'il y a à faire au niveau des maladies professionnelles non déclarées, des accidents du travail non déclarés, des arrêts de travail non faits, etc., avec les dérives possibles. Exemple de la RATP, où une étude psychosociologique a été récupérée dans le domaine de la « psychologie », d'où l'intérêt pour les médecins traitants de savoir s'il existe un collectif de médecins du travail auquel ils doivent s'adresser. Le retour peut se faire au niveau de l'entreprise par le médecin généraliste qui peut jouer sur l'image que peut renvoyer cette entreprise en dénonçant les méthodes utilisées dans cette entreprise.

Est également évoqué pêle-mêle, les conséquences de la démarche qualité sur la productivité, le contrôle vis-à-vis des salariés et des sous-traitants avec le passage sous les fourches caudines de la relation client-fournisseur.

Les points de relais dans l'entreprise sont les syndicats et les CHSCT. Sont évoqués aussi les risques d'épuisement des cadres, champions du « refoulement » les certificats des médecins traitants qui peuvent avoir des conséquences catastrophiques pour les salariés par les contre-indications portées sur ces certificats (qui n'ont pas de valeur sur le plan juridique), le retentissement sur les enfants avec le décalage par rapport à la souffrance psychique (il n'y a pas de cloison entre la santé mentale dans l'entreprise et le retentissement dans l'espace privé), le suivi des intérimaires, la souffrance liée à la précarisation. Peut-être serait-il intéressant d'envisager également une intervention auprès des « caisses » pour exprimer la nécessité thérapeutique « des arrêts de travail » ?

L'axe de travail doit se faire sur le métier lui-même et à la demande du salarié.

*Patrick Bouet, Odile Riquet*

**L'Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du travail.**

**Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du travail.**

**Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.**

**Elle assure une publication annuelle des Cahiers du SMT.**

*Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 12 et 71*