

L'ACTE MÉDICAL DANS LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Toujours pour essayer de mettre des mots sur cette œuvre invisible dans le travail qui consiste à désamorcer la violence et à amorcer l'intersubjectivité, en prenant appui sur notre expérience qui est celle d'une émotion subjective en action, dans un débat de genres né de l'intuition d'une possible émancipation des salariés dans le travail de la rencontre, dans une controverse sur le métier qui nous oppose à l'idée d'une prescription médicale dans la consultation de médecine du travail, parce qu'il ne s'agit pas seulement de rendre compte des atteintes à la santé, des inégalités sociales, mais bien de permettre aux salariés de s'approprier cet « espace politique de la santé » à partir de leur histoire singulière et de retrouver leur pouvoir d'agir sur les contraintes organisationnelles, avec maintenant l'idée qui nous vient d'Yves CLOT que cette stratégie de subversion de la souffrance est peut-être, pour nous médecins du travail, une « riposte » efficace, « une protection active » mais aussi une compétence professionnelle, nous avons choisi de vous raconter la consultation de Monsieur C.

Voici ce que je sais de Monsieur C. quand il arrive au cabinet médical dans le cadre d'une visite annuelle : Monsieur C. a 51 ans, il est marié, il a deux enfants — un fils de 23 ans et une fille de 22 ans. Il a commencé à travailler à 14 ans, il a été coupeur dans une entreprise de confection pendant vingt deux ans, il a été licencié en 1985. Il a travaillé ensuite de 1985 à 1992 dans une fabrique de machines-outils où il était rectifieur. Nouveau licenciement économique en 1992. Depuis cette date, il travaille comme agent local dans un office d'HLM, c'est-à-dire qu'il assure le suivi administratif et l'entretien de cinq résidences situées sur cinq communes différentes, réparties le long de la vallée sur une vingtaine de kilomètres.

Il a toujours été très content de ce reclassement professionnel. Il évoque néanmoins en 1997 un épisode de surcharge quand il a assuré, en plus de son poste, le remplacement de sa collègue en arrêt maladie pendant deux mois. Il se plaint également d'être dérangé à son domicile par les locataires, sur sa ligne privée, quand il est en dehors de ses heures de travail et qu'il a branché le répondeur sur la ligne professionnelle.

De son métier, il parle volontiers. Les déplacements qu'il effectue tous les jours entre les différentes résidences par des routes parfois difficiles ne le perturbent pas, la question de la neige et du déneigement est un plus pénible. Il n'a pas de problèmes particuliers dans les travaux d'entretien, ni dans les relations avec les locataires. Il a de bonnes relations avec

sa hiérarchie, en particulier son supérieur direct qui répond tout à fait à ses attentes et qui est attentif aux problèmes qu'il rencontre.

Pour mon secteur, je ne vois que deux agents locaux de cet office d'HLM, mais l'ensemble des salariés qui exercent dans les banlieues présente des atteintes à la santé et une enquête ergonomique a été demandée par le CHSCT. Un travail dans lequel se sont engagés plusieurs médecins du travail qui se réunissent régulièrement et qui ont témoigné des atteintes à la santé dans l'espace public de l'entreprise.

Monsieur C. a connaissance des difficultés rencontrées par ses collègues sur les banlieues, mais lui-même a une perception très agréable de son travail. Il aime beaucoup le contact avec les personnes âgées, il bavarde volontiers avec les uns et les autres, il rend service, change les bouteilles de gaz par exemple, il aime se rendre disponible, il aime le travail bien fait, il est exigeant sur la propreté. Il ne cache pas le plaisir que ce travail lui procure.

En 1999, il est muté dans l'agence la plus proche, pour le remplacement d'un agent technique pour une durée de un an. Il a accepté ce poste, qui consiste à régler tous les problèmes techniques rencontrés par les locataires et signalés par les agents locaux. Quand je l'avais revu en mars 2000, il avait retrouvé son poste d'agent local avec beaucoup de plaisir mais il était déstabilisé, il venait de perdre sa mère et sa belle-mère; il était très inquiet pour sa fille qui faisait une dépression réactionnelle à des problèmes sentimentaux. Depuis le décès de sa mère, il prenait pour la première fois de sa vie un traitement antidépresseur : Deroxat[®] 1 cp /jour.

En janvier 2001, quand je le revois en visite annuelle, j'évoque d'abord avec lui le futur chantier de retrait d'amiante qui doit avoir lieu dans les semaines à venir sur une de ses résidences. Mais je comprends rapidement au ton de sa voix, à son visage qu'il ne va pas bien. Il est toujours agent local, mais sa collègue a démissionné à son retour de congé maternité. L'office d'HLM n'a pas trouvé de remplaçant et a donc décidé de confier les tâches d'entretien à une société de nettoyage, Monsieur C. a pris en charge l'ensemble des problèmes administratifs sur un total de sept résidences. Il est surmené. Il présente depuis avril 2000 des douleurs de l'épaule droite, mais il n'a consulté qu'en fin d'année, il vient de passer des radios et une IRM qui sont strictement normales. Son médecin a fait le diagnostic d'une tendinite. Spontanément Monsieur C. évoque la nouvelle technique de lavage à plat

préconisé par l'office depuis cette année. « *C'est plus technique comme méthode, plus intéressant mais c'est un mouvement particulier, c'est peut-être ce nouveau geste qui a entraîné ma tendinite.* »

Mais rapidement il m'explique que le problème ce n'est pas le travail. Est-ce que c'est sa fille qui ne va pas bien ? Non, c'est depuis la mort de sa mère, le deuil qu'il n'arrive pas à faire. Il a été obligé d'augmenter le traitement antidépresseur, il est sous Deroxat°, Nordaz° et Avlocardyl° pour ses migraines. Il est extrêmement culpabilisé, car l'an dernier il a pris des vacances d'hiver, et pour pouvoir partir, il a décidé avec ses frères et sœurs, et en accord avec le médecin traitant, d'hospitaliser sa mère à l'hôpital local pendant le temps de ses congés. Pendant cette hospitalisation la vieille dame a fait un accident vasculaire cérébral et elle est décédée quinze jours plus tard. Avec beaucoup d'émotion il évoque ce sentiment de culpabilité qui a complètement envahi sa vie, il se sent coupable, responsable de la mort de sa mère. Ses yeux s'embuent, son visage est transformé par ses mots. Cette émotion a besoin de l'autre pour advenir, j'accuse réception de cette transformation du corps par la parole, le silence de mon regard permet la poursuite de ce que Monsieur C. n'a jamais pu dire, le soutien du regard permet de résister à l'envahissement par les larmes, mais laisse parler le corps.

Laisser parler le corps, reconnaître dans le face-à-face les effets de sa propre parole sur l'autre et sur soi, c'est pour le salarié le début de l'action, la mise en mouvement des masses musculaires, l'éveil de la chair dans le corps, le contraire de l'inertie. Accuser réception de cette émotion, adopter un régime d'action qui permette au salarié d'exprimer ce qui le motive ou ce qui le discipline dans son travail, un sentiment de culpabilité, de honte, une règle intériorisée, un conflit de règles relatif à l'engagement dans le travail, c'est un acte médical.

Ce passage dans le régime d'agapè où l'on ne questionne pas puisqu'on croit tout, ne peut être que transitoire. Le passage à un autre régime d'action met un terme au silence de l'écoute et rouvre l'accès au dialogue et à l'argumentation.

Est-ce que Monsieur C. en a parlé avec ses frères et sœurs ? Dans un monde de justesse, est-ce qu'il n'est pas normal qu'un fils prenne une semaine de vacances avec sa famille ? Quel rôle a joué le travail dans l'apparition de cette angoisse ? Est-ce que le travail permet de penser à autre chose ? Qu'est-ce qui dans le travail interdit ce travail de deuil ? Monsieur C. évoque une des résidences où vivait sa mère et où il lui est très difficile de continuer travailler sans une forte émotion.

Monsieur C. ne sort plus de chez lui en dehors du travail, il ne voit plus d'amis. Il n'a jamais pu parler de cette angoisse à sa femme, à ses frères et sœurs, à ses collègues de travail. Il dort très mal. À ma question : « *Est-ce que vous pourriez mourir d'une telle situation ?* », il répond oui, il a pensé à se suicider. Je prends acte de la gravité de la situation tout en le soutenant du regard. À ma question « *Comment ?* », il dit qu'il a pensé se pendre.

Apporter une assistance non substitutive à la pensée, c'est reprendre le questionnement, étudier ensemble d'autres issues possibles.

Son médecin lui a proposé un arrêt de travail qu'il a refusé : « *À la maison - dit-il - ce serait encore pire* ». À ma question : « *Est-ce que vous avez le droit de vous arrêter de travailler ?* » Monsieur C. répond : « *Non, je me sens coupable, je n'ai pas le droit de m'arrêter. Qu'est-ce que les gens vont dire ? Je ne veux pas être comme ceux qui s'arrêtent tout le temps* ».

L'émotion surgie de l'énoncé de cette règle, qui vient en écho à celle manifestée à l'évocation des conditions dans laquelle la mère est décédée et qui est relative à l'engagement dans le travail nous conduit à un interrogatif éthique. Il faut accompagner le salarié dans les différentes voies possibles, construire avec lui l'argumentation qui pourrait permettre de sortir de ce conflit de règles. Est-ce le conflit de règles sur l'engagement dans le travail qui a conduit Monsieur C. à culpabiliser pour le décès de sa mère ou est-ce le décès de la mère qui a déstabilisé Monsieur C. ? Beaucoup de questions restent à poser, en particulier sur le rapport au collectif mais dans le cadre d'une visite annuelle, le temps est limité.

Dans cette situation, je propose à Monsieur C. de considérer la tendinite comme un symptôme d'alerte qui nous éclaire sur l'origine de son épuisement et sur sa difficulté actuelle à réagir aux événements de sa vie et de son travail. Après délibération, nous nous mettons d'accord sur : Monsieur C. est apte à son poste d'agent local, mais la tendinite est un signe d'appel qui impose du repos et une prise en charge thérapeutique, il ira voir — sans obligation de ma part, sans inaptitude temporaire, mais à son initiative — son médecin traitant demain matin samedi, pour prendre un arrêt pour maladie professionnelle. Je ne lui fais pas de lettre, c'est lui qui expliquera à son médecin traitant.

Je lui adresserai un certificat de Maladie Professionnelle tableau n°57, en vue d'une déclaration qu'il effectuera. La reconnaissance de la pathologie professionnelle l'autorisant là, par rapport au collectif et à l'employeur, à prendre un arrêt maladie.

Je lui propose de le revoir dans deux mois, il est d'accord. Mais il me tiendra informé de l'évolution. Deux jours plus tard, la fille de Monsieur C. passe au cabinet médical pour remettre une photocopie de l'arrêt maladie de la part de son père.

Je le revois trois semaines plus tard en visite de reprise du travail. Il a repris son travail depuis trois jours. Il va mieux, n'a plus d'idées suicidaires, il a organisé une réunion de famille avec ses frères et sœurs. Il a pu parler avec eux de sa culpabilité par rapport au décès de sa mère. Cette discussion avec ses frères et sa sœur l'a complètement déculpabilisé.

Il a été très touché par les nombreux coups de téléphone des locataires qui ont pris de ses nouvelles. Son épaule est toujours sensible. Il a eu quinze séances de kinésithérapie. Mais il a été « obligé » de reprendre. Pendant son arrêt c'est une société de nettoyage qui a effectué les travaux d'entretien et c'est son supérieur hiérarchique qui est venu assurer le suivi des locataires. « *Pour le nettoyage, j'ai été obligé de tout reprendre, le travail n'était pas fait correctement* », dit-il. Il a eu une discussion avec son responsable hiérarchique sur la

question de l'organisation du travail, sur la charge de travail. Du fait de la difficulté à recruter du personnel, le profil du poste de Monsieur C. devrait changer : il n'effectuera plus du tout de travaux d'entretien, il aura en charge le suivi des locataires sur l'ensemble des résidences et l'entretien sera sous-traité à une entreprise extérieure pour tout le secteur.

Nouveau questionnement sur le travail. Monsieur C. travaille jusqu'à 50 heures par semaine. Est-ce que cet engagement dans le travail a une répercussion sur sa santé ? Monsieur C dit : « *Mon problème, c'est mon organisation. Je suis obligé de répondre au locataire tout de suite, immédiatement. Je sais bien que je pourrai attendre, regrouper les appels, éviter des déplacements.* »

L'énoncé de la règle, le projet de modification du poste amène un certain nombre de questionnements. Qu'est-ce que cette modification de l'organisation va entraîner dans la relation avec les locataires, qui est vécue très positivement par Monsieur C. ? Comment Monsieur C. va-t-il réagir si l'entretien n'est fait correctement ? D'autres questions restent à débattre avec Monsieur C. sur la question du collectif, sur l'évolution de son poste de travail, sur l'évolution des règles de métier. Il est d'accord pour que nous abordions de nouveau ces questions dans deux mois.

D'autres questions se posent au médecin du travail qu'il ne pourra débattre que dans un collectif de médecins. Le travail de coupeur a pratiquement disparu aujourd'hui, remplacé « par une coupe informatisée au laser ». Mon expérience m'a montré ces dernières années l'apparition de nombreuses pathologies gravissimes chez des anciens coupeurs ou coupeuses : décès à 50 ans suite à une poussée d'hypertension artérielle maligne, décompensation psychique avec invalidité, mort par suicide suite à une histoire sentimentale, décès par cancer dans un contexte d'éthylisme majeur et de névrose d'angoisse, cancer du sein. Est-ce que la nécessité dans le travail de trancher en permanence, de ne jamais avoir de doute, ni d'hésitation sur le geste juste modifie le fonctionnement psychique, altère la capacité de délibération ? Quelles répercussions ces ruptures dans la vie professionnelle, ce passage des métiers de production à des métiers du soin, de la propreté ou de l'accompagnement, ont-ils sur la construction de l'identité sexuelle ?

En conclusion, cette histoire illustre notre expérience quotidienne de « face-à-face », d'inattendu, dans cette situation d'écoute que nous voudrions capable de faire émerger de la parole : parole propre à redonner à chacun du « pouvoir d'agir » en prenant appui sur ce qu'il exprime de sa singularité.

Au cours de nos entretiens, introduits par la question du travail, porte d'entrée légitime s'il en est, nous sommes confrontés à ce que Philippe CORCUFF appelle « la dynamique d'ajustement des personnes entre elles et avec des choses ». Tout au long de nos consultations nous changeons de registre « dans une succession de séquences d'actions » (cf. *Justification, stratégie et compassion, apport de la sociologie des régimes d'action* de Philippe CORCUFF).

Cela nous renvoie au déroulement de ces consultations au cours desquelles nous percevons ces changements de comportement « dans l'usage différent qui est fait des mouvements du corps et des mots ».

Ce basculement d'un régime à l'autre passe par l'émotion qui nous informe de l'existence d'un conflit : « C'est bien le caractère corporel de l'émotion » nous dit Luc BOLTANSKI « qui fait d'elle, le support de la rémanence. Chose du corps soustraite à la délibération et à la volonté, elle peut conserver la mémoire d'un état qui n'est plus celui où s'installe la personne et qui la submerge ou la prend malgré elle ».

Quand nous cherchons à comprendre l'activité et le rapport que chacun noue avec elle, il se peut que le dialogue, aussi argumenté et instructif qu'il soit, n'offre pas de prise, comme si nous restions à la surface de ce qui fait énigme dans l'articulation de la souffrance au travail, jusqu'à ce que, au détour d'une phrase ou d'un mot, l'évocation d'une expérience enfouie puisse resurgir, ouvrant de nouvelles clés à la compréhension et par là de nouvelles perspectives d'action pour le sujet et nous même (nous reviennent ces histoires de résistance à l'action qui s'enracinent dans des expériences singulières au travail, parfois depuis longtemps recouvertes (« l'émotion, c'est l'évocation immobile de ce qui n'est pas là » dit Paul RICOEUR).

Mais cet état a ses limites, il ne peut être que transitoire, et le retour à la délibération permet au sujet de retrouver sa place. Après « le silence du regard », il nous faut nous garder, dans un désir compulsif d'agir et de prescrire, de réduire au silence celui qui doit rester acteur.

Pouvoir proposer des issues possibles sans barrer celles qui pourraient être élaborées par le sujet dans un cheminement de la pensée qui va se poursuivre sans nous.

Savoir aussi accompagner la mobilisation devenue trop difficile quand la liberté de parole et le pouvoir d'agir ont été provisoirement ou trop longtemps entravés.

Accepter que, dans cette consultation de médecine du travail, l'acte médical n'agisse sur le réel, amenant un changement si infime soit-il, que si la relation intersubjective entre le médecin et le salarié construit un nouveau point de vue sur le travail et que si elle permet de faire émerger, à travers l'émotion, quelque chose de l'énigme nouée pour chacun de nous, entre l'engagement subjectif dans le travail et le monde social.

Odile Riquet, Denise Renou-Parent

● ● ● ● ● ● ● ●

BIBLIOGRAPHIE

BOLTANSKI Luc, 1990, *L'amour et la justice comme compétences*, Paris, Éd. Métailié

CORCUFF Philippe, 1998, *Justification, stratégie et compassion – Apport de la sociologie des régimes d'action*, dans Bulletin d'information scientifique IRMC N° 51