

# L'INAPTITUDE THÉRAPEUTIQUE

**L**e Groupe d'Accompagnement des Pratiques d'Orléans n'est constitué que de médecins du travail, acteurs de terrain. C'est pourquoi, nous sommes tout orientés vers l'action et cela depuis le début : passage à l'action faisant suite à nos discussions ou à nos interrogations ou passage à l'action-expérimentation qui se réalise dans le décours de la situation. Et nous avons pour règle de toujours tenir la santé et le travail, en tant qu'ils ont partie liée, comme fil conducteur de nos pratiques.

En médecine du travail, l'inaptitude est, somme toute, un acte banal. Sa fonction est de soustraire un individu à une nuisance délétère en général visible. Nous avons élargi la question de l'inaptitude banale à l'affirmation de sa valeur thérapeutique dans le cas de l'intimidation au travail ; l'inaptitude relevant alors d'une nuisance quasi-invisible.

Ce que je voudrais démontrer, c'est jusqu'où nous avons pu aller et où nous en sommes actuellement.

Tout a commencé, donc, par la prise de connaissance de la question de la souffrance au travail, objet fort délicat pour nous, au début. Était-ce même de la médecine du travail, comme je l'entends encore, si souvent dire. Puis l'appel au médecin du travail est survenu, aussi bien de la part des thérapeutes qui prenaient en charge des décompensations ayant le travail comme origine, que de salariés qui, seuls, ne pouvaient résister et se sentaient dériver. Ce sont alors dévoilés des processus de *mobbing*, une hostilité organisée pour pousser à la démission, des procédés de gestion de la main d'œuvre par intimidation, etc. Il ne s'agissait jamais d'actes pervers. La question du travail était toujours centrale.

Nous avons considéré qu'il s'agissait bien d'un problème de santé au travail. Et de la clinique de la compassion qui maintient parfois dans l'aliénation et qui, parfois aussi, la renforce en la rendant plus visible et plus sensible, nous sommes passés à la clinique de l'intervention en co-activité avec le salarié.

Alors, nous avons pris le temps d'alimenter le dossier médical, par le recueil du récit des événements par le sujet, par le recueil des certificats médicaux d'alerte du ou des thérapeutes et par le recueil de la description clinique détaillée de la symptomatologie des « exposés » ; symptômes se caractérisant par des états anxio-dépressifs, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, des manifestations somatiques diverses telles que : douleurs abdominales, nausées, perte d'appé-

tit, amaigrissement, etc. Nous avons aussi pris la précaution d'agir dans un cadre juridique rigoureux : situation de visite de reprise, procédure des quinze jours, mais le plus souvent, procédure d'urgence toujours annoncée. En effet, à un moment donné, la situation devient une urgence, le salarié se sentant incapable de retourner dans l'entreprise.

Le retrait immédiat par inaptitude au travail se présentait alors comme la seule issue et le seul aboutissement restaurant la santé et la dignité et préservant l'image de soi du salarié. Cette inaptitude a toujours été émise avec l'accord de ce dernier.

Mais de plus, afin que la sortie de l'entreprise ne se fasse pas dans la discrétion, ni dans l'impression donnée d'une « faiblesse de la personnalité » du travailleur, ni dans la neutralité d'une décision médicale extérieure à la scène du travail, nous avons assorti ce retrait d'une démonstration écrite du processus de décision adressée à l'employeur. Nous pensons que cette démonstration est indispensable. Indispensable car, dans tous ces cas, que nous avons, en quelque sorte, modélisés, nous avons affaire à des entreprises de moins d'une dizaine de salariés – le plus souvent, deux ou trois, voire un seul salarié. L'absence de toute instance sociale représentative des salariés ne pouvait rendre visible, ni porter à la moindre critique ces maltraitements au travail. Indispensable aussi, car nous avons souhaité atteindre le sens moral de ces dirigeants immergés dans une logique de domination, logique troublant voire gommant tout rapport civique aux salariés contractuellement subordonnés. Indispensable enfin, car mettre en écriture les conduites agressives et parfois violentes dirigées contre un individu en état de soumission, c'est matérialiser ce qui est toujours dénié après la sortie de l'état de conflit et c'est protéger le futur prospecteur d'emploi de jugements péjoratifs ou malveillants transmis à un éventuel futur employeur.

Ce document, difficile à écrire, est lu et relu à différents confrères afin d'éviter dans son contenu et dans sa forme, tout dérapage, toute agressivité et tout parti pris.

Il est toujours validé par le salarié qui réajuste le déroulement des événements et qui, parfois, le paraphe. À cette occasion, le sujet se réapproprie son histoire et récupère sa capacité critique et à agir.

Il est ensuite intégré au dossier médical et envoyé au médecin inspecteur du travail. Jusqu'à ce jour, la perte de l'emploi n'a jamais été un drame, au contraire, nous assistons à un grand

soulagement car justice est rendue presque publiquement. Dans tous les cas, si le licenciement n'est pas prononcé, le salarié, mais bien plus souvent, la salariée, fait preuve d'une défensivité active surprenante et n'hésite pas à affronter l'entreprise par la voie prud'homale pour faire valoir ses derniers droits.

C'est pourquoi, nous trouvons que le mot thérapeutique est totalement juste. D'autant plus que la guérison en est très souvent l'issue.

Quant au médecin du travail, s'il est convaincu d'avoir accompli un acte professionnel, c'est à un coût exorbitant.

En effet, il est toujours exposé au risque de voir contester, par l'employeur, sa décision d'inaptitude. Dans ce cas, l'affaire est renvoyée à l'inspecteur du travail qui sollicite l'avis « expert » du médecin inspecteur du travail. Ce dernier se doit, en principe, de ne juger que sur la forme et non sur le fond.

Il n'empêche, l'incertitude de la décision est toujours source d'anxiété dans la mesure où elle nous confronte au doute quant à notre capacité et à notre valeur professionnelle.

Et nous sommes plongés dans l'appréhension de nous voir dénié ce que nous considérons comme l'action centrale qui définit la caractéristique unique de notre métier de médecin du travail.

Il nous arrive même, parfois, et cela d'un strict point de vue médico-légal, d'être obligés d'en passer par une consultation de pathologie professionnelle afin de faire confirmer par un psychiatre, un événement de santé qui ne relève pas de la pathologie mentale mais qui relève de la pathologie professionnelle, qui est justement notre spécialité.

Quelques commentaires critiques peuvent être apportés à ces actions :

1°- De tels faits rapportés à un employeur ne posent-ils un problème d'écart au Code de Déontologie, en particulier dans le cadre de l'article 4 qui énonce que :

— « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris.* » —

Nous pensons que la perturbation de la sphère psychique et mentale liée à des agressions d'origine professionnelle a le même statut que des pathologies reliées à des expositions chimiques ou physiques. Il n'y a donc pas lieu de ne pas en révéler la pathogénie, du moment qu'on ne révèle rien de ce que la situation de travail met en résonance du côté de la sphère privée.

2°- Retracer une partie de l'histoire professionnelle d'un salarié emprisonne ce dernier dans un cadre événementiel forcément incomplet puisque le médecin n'accède jamais à la connaissance de tous les fils conducteurs déterminant le sens et l'articulation des faits. Une histoire figée et partielle pourrait entraver la capacité de réappropriation par l'intéressé d'un morceau de vie en quelque sorte tronqué. Il devient alors captif d'une histoire bornée, la sienne, ce qui peut lui retirer une certaine possibilité de maîtrise et d'action.

3°- Faire acter la prise de connaissance du contenu de la trace adressée à l'employeur par le salarié expose au risque d'instrumentaliser ce dernier et de le montrer passif face à son histoire.

4° Trop de détails apportés à l'employeur ressemble, en perception première, à une tentative de justification d'une décision, même si notre démarche s'en veut très éloignée. Ensuite, tous ces détails si minutieusement collectés et décrits, mais approchant de si près le salarié, peuvent nous renvoyer un effet d'individualisation d'une situation qui n'est à relier qu'au contexte du travail et non à un individu.

Peut-être serait-il plus explicatif et plus révélateur de globaliser dans une synthèse distanciée l'affirmation des relations entre les processus de maltraitance installés au travail et l'apparition des pathologies ; le médecin adoptant alors simplement une posture relevant du pur savoir médical : présentation des facteurs de risques dans l'entreprise, constat clinique et action thérapeutique.

Le récit premier pourrait n'être destiné qu'au seul salarié qui en userait selon les modalités qu'il jugerait les plus appropriées.

5°- Approcher d'aussi près, dans son contenu et dans sa temporalité, la conduite d'une personne telle qu'un dirigeant ayant d'immenses pouvoirs de décision renvoie à cette dernière une image tellement péjorative et surprenante d'elle-même qu'elle l'insupporte. Étant soumise professionnellement à des pressions diverses, elle sort brutalement de sa « réalité » habituelle et est très décontenancée par la dépersonnalisation de l'affaire qui ne met en lumière que la question du travail. Elle se retourne alors très souvent, vers le système juridique par la contestation de l'inaptitude. Le médecin se trouve alors en position de vulnérabilité professionnelle. Est-il justifié de s'exposer à de tels risques ?

6°- Contradictoirement à tous ces arguments, ne pas brosser un descriptif détaillé pourrait apparaître comme un soutien au processus de sortie forcée du salarié au prétexte que le médecin lui-même en atteste de la nécessité ; peu importe, dans cette occurrence, que cette nécessité soit médicale, seule la sortie est alors perçue. L'injustice et l'atteinte au sens moral sont alors déniés et le salarié n'y retrouve aucune estime de soi ni aucun retournement de valeur.

7°- Malgré tout, les traces sont une nécessité cruciale ; traces individuelles médicalisées dans le dossier médical, mais aussi traces comme « aide à penser » destinées au responsable de l'établissement voire au collectif de travail dans les grosses entreprises par le rapport annuel ou la fiche d'entreprise par exemple.

Les expériences différemment répétées vont sans doute nous permettre de trancher entre ces diverses oscillations. C'est ainsi que se réajustent les règles de métier.

*Fabienne Bardot*