

MÉDECINS DU TRAVAIL ET PSYCHOTHÉRAPEUTES FACE À LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Introduction à la table ronde « Médecins du travail et psychothérapeutes : quelles coopérations ? ». Troisième Colloque International de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1, 2, et 3 février 2001

L'importance qu'a pris, au cours des deux dernières décennies, la souffrance au travail bouscule les professionnels de santé. D'un côté, les médecins du travail sont peu au fait des approches cliniques de la subjectivité ; de l'autre, psychiatres et psychologues cliniciens ignorent les questions du travail. Assez naturellement, la coopération apparaît s'imposer. L'idée véhicule cependant une illusion. Elle laisse penser que la solution serait à rechercher du côté de l'addition des deux types de savoirs et des deux types d'approches. Au risque de la confusion. La coopération implique, au contraire, le respect des responsabilités de chacun. Elle implique aussi, dans chacune des deux positions, d'affronter les difficultés spécifiques que fait surgir la souffrance au travail.

J'insisterai surtout sur celles des médecins du travail. Ceux-ci sont évidemment aux premières loges et leur position est, au départ, difficile. Le cadre légal dans lequel ils exercent n'a pas été réellement conçu pour leur permettre de s'occuper de santé au travail au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Centrée sur l'aptitude, la médecine du travail s'exerce sous une pression constante qui vise à mouiller le médecin du travail dans la gestion des risques et dans la sélection-orientation de la main-d'œuvre.

Sur de telles bases, l'approche de la subjectivité au travail pose toujours le problème de la manipulation.

Face à ces impasses, la profession a effectué, au cours des deux dernières décennies, un travail considérable de clarification. Dans la pratique, de nombreux médecins ont recentré leurs activités autour des règles de base de la déontologie médicale. Il a été réaffirmé que cette pratique ne pouvait, en aucun cas, être subordonnée aux intérêts de l'entreprise.

Cette conquête n'est pourtant pas définitivement assurée. Les textes restent ambigus. Du côté patronal, la pression reste et restera très forte. La bataille pour l'indépendance et pour le respect de la déontologie n'est donc pas près de s'achever.

Or, paradoxalement, dans cette bataille, les praticiens extérieurs à la médecine du travail constituent un des maillons faibles. Sollicités par l'entreprise, un certain nombre de psychiatres et de psychologues développent, sans états d'âmes apparents, les investigations cliniques demandées par les directions. De la même façon, il est courant, dans le secteur public, de voir les praticiens extérieurs à l'entreprise commu-

niquer directement des données médicales à la hiérarchie. Il ne manque donc pas de médecins ou de psychologues volontaires pour contribuer aux fonctions managériales dont les médecins du travail ont, en général, réussi à se dégager.

L'indépendance vis-à-vis des pressions des directions est donc toujours à reconquérir, pour les médecins du travail comme pour les autres. Et la coopération ne peut se construire sans une clarification sur ce plan.

Mais les difficultés des médecins du travail ne se limitent pas à la défense du cadre.

L'irruption de la souffrance psychique donne une importance nouvelle à la dimension de psychothérapie élémentaire, potentiellement présente dans toute rencontre entre un patient et un médecin. L'activité du médecin du travail apparaît alors tendue entre deux pôles : celui, gratifiant, de l'écoute au cabinet médical et celui, périlleux, de la contribution publique au débat sur les conditions et l'organisation du travail. Une tendance au repli sur la relation au sein du cabinet se manifeste alors. Ici et là, des médecins du travail investissent les formations portant sur la relation. Certains se forment aux thérapies comportementales, à la sophrologie, aux techniques de gestion du stress.

Évidemment, les directions encouragent ce type d'évolution vers une clinique qui ne renvoie plus ses questions à l'organisation du travail. Sous des dehors gratifiants, cette position constitue une évolution indéfendable de la médecine du travail. Lorsque la prise en charge thérapeutique s'avère nécessaire, elle doit, dans tous les cas, être mise en œuvre, à l'extérieur de l'entreprise, dans un cadre clair, par un praticien spécialisé et sans liens avec la direction.

La voie est donc étroite pour les médecins du travail amenés à défendre la position médicale sans se transformer en thérapeutes. Elle implique non pas de s'éloigner mais, au contraire, de venir au plus près des questions du travail. L'analyse menée en commun avec le salarié afin de comprendre les impasses vis-à-vis desquelles l'organisation laisse ce dernier désarmé, permet au médecin d'aider le salarié sans pour autant se transformer en psychothérapeute. Elle fournit aussi les matériaux élémentaires à partir desquels le médecin peut porter l'interrogation publique. C'est l'enjeu de la construction d'une clinique spécifique dans laquelle est engagée la médecine du travail.

J'ai beaucoup moins de légitimité à discuter les difficultés des psychothérapeutes. Permettez-moi cependant d'évoquer ce que je peux en percevoir. Les difficultés sont, là encore, pour une part, liées à la position. À la base, il y a l'importance centrale accordée à la demande. Dans la relation psychothérapeutique, il n'y a, en principe, d'approche de la souffrance qu'à partir de la demande. Le corollaire en est qu'en l'absence de demande, il n'y a pas de discours légitime sur la souffrance.

Le deuxième point tient à la situation d'extériorité. N'entrevoiant que de très loin les conditions objectives du travail, le praticien n'est pas en mesure de s'interroger sur la discordance entre des situations manifestement dangereuses physiquement et psychologiquement et l'absence de demandes ou de plaintes.

Enfin, ne rencontrant que des individus isolés, il n'a pas accès aux stratégies collectives de défense. Le fait que les décompensations soient interprétables en terme de rupture de ces stratégies lui est donc, en général, inaccessible.

En l'absence d'une perception de ces enjeux, le quotidien du travail ne présente pas, pour le psychiatre, de dimensions dramatiques. Tout est donc en place pour que la plainte soit interprétée comme témoignant d'un pur problème d'adaptation individuelle à une situation de travail considérée comme normale.

Le plus souvent, les psychothérapeutes ne vont mettre en cause le travail que lorsque se produisent des événements exceptionnels manifestement traumatisants du point de vue de l'observateur extérieur, des événements qui relèvent du médico-légal. À ce moment, psychiatres et psychologues se retrouvent sur un terrain familier, celui de la clinique du traumatisme telle qu'elle se développe aujourd'hui à propos du travail.

Le basculement, sur ce point, a été consécutif à la vague d'attentats qui a frappé la France il y a quelques années et à la mise en place de cellules d'assistance médico-psychologique aux victimes. À partir de là, la vogue de la victimologie a très rapidement gagné le monde du travail, véhiculant un modèle exclusivement centré sur la prise en charge des victimes et sans la moindre interrogation sur les problèmes d'organisation du travail à l'origine des phénomènes psychopathologiques.

Il est évidemment très important d'assurer la prise en charge des victimes de traumatismes ; il faut cependant signaler que, le plus souvent, les décompensations en lien avec le travail ne sont pas les conséquences de l'exercice d'une violence ouverte.

Mais en laissant de côté le travail, en ne posant pas, de ce côté, la question du sens et en renvoyant ainsi ce qui s'y passe du côté de l'insensé, le psychiatre construit-il pas lui-même, artificiellement, la conformité du problème avec le cadre du traumatisme psychique tel qu'il est défini par les différentes versions du DSM.

En posant ainsi le postulat qu'il n'y a pas à chercher du côté du travail, ne rend-il pas inaccessible à l'analyse une partie de la souffrance ?

Ne contribue-t-il pas ainsi à rendre difficile, pour le sujet, le travail d'élaboration et de construction du sens ?

Tout ceci converge vers une question : n'est-il pas possible de prendre en compte les enjeux subjectifs et sociaux du travail sans pour autant basculer du côté de l'adhésion à l'imaginaire dans lequel se débat le patient ?

Une réponse à ces questions ne permettrait-elle pas de clarifier les conditions de la coopération entre médecin du travail et psychothérapeute.

Philippe Davezies

L'Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. 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 la publication annuelle des Cahiers S.M.T.

Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 24 et 61