

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET PRATIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Mettre l'organisation du travail en visibilité sociale

Le suicide est l'issue la plus dramatique des conséquences délétères impensées de l'organisation du travail. La dépression réactionnelle professionnelle qui le précède, particulièrement répandue, n'a elle aussi aucune visibilité sociale. Par contre une abondante littérature épidémiologique soutient la part explicative de l'organisation du travail pour les dépressions professionnelles.

La Dépression réactionnelle professionnelle recouvre les formes cliniques dépressives qui cristallisent la réaction du sujet aux contraintes organisationnelles et sociales du travail. Elle est déclenchée par des événements impensés du travailler, mis à l'écart de la délibération. Elle isole et paralyse le rapport du sujet à l'agir sur le travail. L'élucidation par le sujet de la cause professionnelle ne se substitue pas forcément aux soins si la décompensation est importante, mais elle est un passage toujours obligé pour réouvrir à l'action du sujet.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Par delà les structures et histoires singulières des sujets, on peut cliniquement interroger aujourd'hui l'organisation du travail, avec la grille de lecture offerte par la psychodynamique du travail développée par les travaux de Christophe Dejourn pour tenter de comprendre et rendre visible les psychopathologies du travail. Selon cette approche, le travail est central dans la construction de l'identité. Il permet de la construire dans les rapports avec autrui par la médiation du « faire ». Ce soubassement de la construction identitaire s'intrique à l'économie psychoaffective du désir. Parler, délibérer, rendre compte, c'est se construire, c'est la clé pour l'action du sujet. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors des entretiens cliniques réguliers est un processus préalable et nécessaire à son action en prévention primaire pour la collectivité de travail.

L'objectif de la socialisation des effets du travail sur la santé mentale n'est pas d'en discuter concrètement l'importance, encore moins de rechercher les responsabilités individuelles de tel ou tel membre de l'encadrement. C'est plus de faire percevoir de nouveaux enjeux, des éléments de rationalité déniés mais essentiels. C'est ce changement de représentation qui est du côté de l'action, ouvrant la compréhension des affaires du monde de l'entreprise à la rationalité pathique et

sociale, à côté de la rationalité économique. Ce travail de veille et de témoignage des répercussions des effets délétères du travail sur la santé mentale et physique ne peut être pris en compte que par des professionnels qui inscrivent exclusivement leur intervention du côté de la santé et qui bénéficient d'un statut leur permettant de tenir cette posture face au projet des entreprises de les intégrer à la gestion sanitaire des ressources humaines ou au *coaching* managérial.

Cette nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé antérieurement euphémisées, peut contribuer à la transformation de l'organisation du travail. Le moteur de l'action de transformation en est alors la dynamique de compréhension partagée des difficultés du « travailler » élaborée lors des processus de délibération collective dans les multiples espaces publics de discussion des entreprises. Ainsi peuvent prendre sens les trajectoires professionnelles de chacun au sens des dynamiques de la reconnaissance ou non de la contribution singulière dans le travail, les atteintes à l'estime de soi qui font obstacle à la construction identitaire, les dynamiques de construction ou de fragilisation des collectifs de travail, la perméabilité ou la situation bloquée des espaces de discussion pour délibérer sur les difficultés du « travailler » permettant ou non de consolider les règles de métier et les savoir-faire de prudence. En fin de compte, l'approche par la psychodynamique de la reconnaissance des contributions dans le travail donne sens à l'aliénation sociale au travail qui se développe aujourd'hui.

Ainsi les médecins du travail relèvent aujourd'hui de plus en plus, tantôt des souffrances que l'on pourrait qualifier de « discrètes » témoin de la fragilisation de la possibilité de construire sa santé dans son travail, voire des épisodes dépressifs réactionnels professionnels légers n'entraînant pas de prise en charge thérapeutique ; tantôt des « dépressions réactionnelles professionnelles » qui nécessitent des soins souvent accompagnés d'un arrêt de travail. La pratique de la clinique médicale du travail permet au médecin du travail de caractériser la part prépondérante de l'activité professionnelle dans la compréhension de ces phénomènes psychopathologiques professionnels. La possibilité pour les médecins du travail de pouvoir repérer le rôle possible de l'organisation du travail s'appuie sur les connaissances antérieurement construites au long des consultations adossées à la clinique médicale du travail, et sur des pratiques de prévention collective compréhensive. La décompensation dépressive peut être telle que l'en-

tendement du sujet peut en être sidéré, et il faut alors passer la main pour une pratique de soins. La séparation formelle pour les pratiques en médecine du travail entre l'économie du travailler et l'économie du désir est évidemment artificielle et ces processus sont bien évidemment intriqués. Mais cette séparation des plans répond à un cadre de construction de règles professionnelles pour la clinique médicale du travail « en milieu de travail », hors pratique de soins. Au décours du processus de compréhension que permet la clinique médicale du travail, c'est bien ce qui fera sens pour le sujet qui sera déterminant dans l'accompagnement médical ultérieur.

Les trajectoires subjectives de l'histoire professionnelle sont des éléments essentiels à prendre en compte. Sur des périodes de quelques années, il semble que les trajectoires individuelles ou la souffrance au travail est prépondérante, et les trajectoires où prédominent plutôt les décompensations somatiques, articulaires ou digestives principalement, sont balisées par des événements repérables de l'organisation du travail qui font potentiellement sens pour le sujet. Penser les difficultés des situations de travail fragilise les capacités de mobilisation du sujet dans le travail s'il n'y trouve pas d'issue, alors que « l'incorporation de la souffrance » à travers la somatisation dispense et « l'empêche » d'en penser l'origine. Cette incorporation impensée de la souffrance permet de tenir temporairement sans être fragilisé psychiquement par une situation sans espoir de transformation. Les trajectoires singulières du sujet sont ici déterminantes. Les marges de manœuvre ouvertes ou non au sujet, son appartenance ou non à un collectif, le moment précis des modifications de l'organisation du travail par rapport à son histoire et par rapport à la dynamique collective dans l'entreprise, en sont des clés compréhensives.

La clinique médicale du travail du sens de la somatisation réactionnelle au travail pour le sujet est une clinique à construire. L'expérience qui s'accumule progressivement pour les troubles musculo-squelettiques, pour les lombalgies hyperalgiques, pour les rachialgies de surcharge, pour les gastralgies diverses ou les colites réactionnelles, en ouvre la voie. Ici la compréhension du sens du travail pour l'événement délétère qui ouvrirait à l'espoir et à l'action ne naît généralement pas directement de l'intercompréhension des événements actuels de l'organisation du travail. Il se construit plutôt au décours ou à l'occasion d'un nouvel événement somatiquement douloureux, en ré-explorant, du côté de l'organisation du travail d'alors, l'épisode douloureux antérieur. C'est l'expérience de l'histoire des somatisations qui est mise en travail et qui peut faire sens au regard de l'histoire de la dynamique subjective de mobilisation au travail. L'atteinte de la fonction corporelle signe une souffrance indicible et l'empêchement du travailler. Il faut permettre au sujet de prendre acte de cet écartèlement qui le préserve tout en « l'empêchant ». L'accompagnement clinique peut l'aider à repérer, de façon compréhensive pour lui, les fluctuations de la somatisation selon le génie propre du processus de somatisation et selon sa propre dynamique de mobilisation ou de protection défensive par rapport au travail. Cette compréhension des résistances du corps à la maltraitance professionnelle est sus-

ceptible de permettre au sujet de ne pas se laisser déborder par le processus de somatisation qui se retournerait alors contre le « travailler ».

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES POUR LES INTERVENTIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'émergence des questions de santé au travail déstabilise l'ordre social des entreprises. En fonction du seul point de vue économique qui les préoccupe, celles-ci établissent une stratégie de « gestion des ressources humaines ». En première intention, les entreprises ne vont pas intégrer les éléments de compréhension issus des rationalités pathiques et sociales. La posture des sujets est alors dissoute dans celle de l'intérêt de l'entreprise. Dans ce cadre, les interventions de consultants intervenant pour l'intérêt de l'entreprise sont suffisamment ambiguës pour laisser croire aux sujets qu'ils interviennent exclusivement du point de vue exclusif de la préservation de leur santé.

Les politiques managériales en matière de santé mentale au travail sont souvent structurées par deux hypothèses qui nous paraissent erronées.

Il est ainsi postulé qu'une prise en charge thérapeutique précoce de la souffrance mentale au travail éviterait une partie des suicides professionnels ou des décompensations psychopathologiques majeures. Cette hypothèse semble discutable en ce sens que ce sont les sujets les plus isolés et qui ne donnent rien à voir de leur souffrance qui sont les plus fragiles. La veille médicale de la souffrance psychique professionnelle et des dépressions réactionnelles est l'occasion avec le travail clinique qu'il permet au sujet, de penser les difficultés du travail. Mais elle permet la prévention compréhensive, et ouvre le débat sur ce qui fait collectivement difficulté dans les situations de travail bénéficiant en retour aux autres agents. La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des agents privés de pouvoir comprendre ce qui leur arrive. Ce contexte explique peut-être certains enchaînements délétères. Ce n'est donc pas la contention imposée de la souffrance comme celle d'une hémorragie qui est urgente, mais la mise en délibération collective de ce qui en est la source pour prévenir les difficultés des situations de travail.

Il est aussi postulé que ce sont les événements visiblement traumatisants psychiquement sur les lieux de travail qui devraient mobiliser les énergies thérapeutiques pour éviter de graves décompensations. Et c'est la gestion du moment douloureux pour en faire son deuil qui est privilégié plutôt que la construction du sens des événements du côté de l'organisation du travail. Cela est tout aussi discutable. Les violences sur les lieux de travail, les différents types d'agressions ne sont pas des risques supérieurs à ce qui n'a pas visibilité sociale comme le déficit de la reconnaissance de la contribution, l'éclatement des collectifs de travail, le vécu d'arrêt du monde à partir d'un vécu d'injustice indicible, le sentiment d'extrême solitude face à un amoncellement de difficultés qui n'offre plus prise.

Une politique sanitaire dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés me semble devoir privilégier la mise en visibilité de ce qui fait difficulté dans les situations de travail, une pratique médicale qui puisse permettre de « penser » la question de l'organisation du travail sans intrusion dans l'économie psychoaffective des sujets, qui puisse permettre une réelle prise en compte des alertes psychosociales de toutes sortes, favoriser une juste réparation médico-légale des préjudices en terme de santé mentale tournée plus vers la reconnaissance en accident du travail des événements traumatisants initiaux ou en maladie professionnelle des dépressions professionnelles réactionnelles, sans enfermer dans un statut de victime, enfin favoriser les enquêtes de CHSCT et toutes les opportunités pour délibérer de façon compréhensive les difficultés du « travailler ».

Pour ce faire, au-delà des cadres réglementaires à développer, les professionnels de santé, les représentants du personnel et l'ensemble des acteurs amenés à intervenir vont devoir élaborer des règles professionnelles pour éviter que les événements d'agir générés par la rationalité pathique « empêchent » l'action dans la cité.

LE PROCESSUS AGGRAVANT DE LA MONDIALISATION

La subordination à l'économie intrique identification des risques professionnels qui relève de la santé publique, et gestion patronale des risques. Le débat sur la « marchandisation » de la santé ne peut se limiter au champ du système de soins et à celui de l'organisation de la protection sociale. Il doit aussi embrasser celui de l'« invisibilisation » des risques professionnels, des profondes inégalités sociales de santé générées, et l'ensemble des politiques déployées pour rejeter les conséquences de ces risques sur l'organisation d'un système de soins.

Les conséquences d'un abord morcelé des risques professionnels au niveau de la gestion de leurs effets sont d'enclaver le débat dans la prévention tertiaire voire secondaire, et ainsi de masquer les enjeux de la prévention primaire c'est-à-dire l'organisation du travail très concrètement mondialisée et les rapports sociaux d'oppositions catégorielles qui en découlent. La prévention des risques professionnels ne peut être subordonnée aux intérêts économiques. Ce n'est pas un objet de négociation sociale, de grain à moudre, mais est au contraire au fondement de l'organisation de la société, car elle pose la question de la centralité du travail. Si les enjeux de ce qui se joue au travail sont politiquement abandonnés à la gestion de ses conséquences et à l'organisation de la société du temps libre, ce sont alors les fondements mêmes du lien social et des rapports sociaux qui ne peuvent plus être débattus avec leurs déterminants.

À l'évidence, la mondialisation libérale accroît les inégalités sociales de santé. Elle oppose trop souvent les travailleurs des entreprises aux riverains et habitants des régions alentours. Les travailleurs sont souvent écartelés entre la sauvegarde de leur emploi et les risques auxquels pourtant ils sont les premiers exposés. Mais ils les euphémisent de façon in-

consciente pour « pouvoir tenir », ce qui souvent gêne leur remise en cause. Les riverains ont trop souvent tendance à en rendre responsables les travailleurs des entreprises, et intègrent trop peu la question de l'organisation du travail et des rapports sociaux qui permettent une telle dégradation. La peur ainsi générée permet un déploiement de réglementations qui ignorent le travail réel des hommes et privilégient les « traces » du travail à la prise en compte de ses conditions de réalisation. Ainsi la sous-traitance en cascade et l'intérim se développent de même que les appels d'offre au « moins disant » sans clauses de prise en compte des risques professionnels. Sur ce fond de déréglementation du droit du travail remplacé par le droit économique, se déploient les normes économiques patronales type ISO qui aggravent les conditions organisationnelles de travail et forment un nouvel écran à la compréhension des mécanismes à l'œuvre.

APPUYER LES REVENDICATIONS DES VICTIMES, DONNER SENS À LA SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE

La prévention des maladies du travail doit prendre en compte les leçons de la crise sociale de l'amiante. Les projets patronaux sont de n'indemniser aux victimes leurs préjudices professionnels qu'à la hauteur du « risque collectif attribuable ». Ceci ouvre le champ à de nouvelles manipulations dont seraient exclue la réalité des inégalités sociales de santé au travail et la juste compensation de la pénibilité et des souffrances passées. C'est à une indemnisation intégrale des préjudices subis pour les accidents de travail et l'ensemble des maladies dues au travail, au-delà des seules maladies professionnelles aujourd'hui reconnues, qu'aspirent nombre de victimes. C'est évidemment un devoir de justice. Mais c'est aussi un gage de possible amélioration des conditions de travail en donnant visibilité aux effets des risques professionnels dont le coût est aujourd'hui transféré au régime de l'assurance maladie et ainsi invisible.

Dans ce contexte, la campagne actuelle menée contre l'augmentation des arrêts maladies des travailleurs de plus de 50 ans est un véritable scandale et se fortifie de l'absence de débat sur l'exclusion du travail par la santé. Dans de très nombreuses activités de service, de production taylorisée, d'activités à fortes contraintes horaires ou de rythme, il est impossible généralement de terminer une carrière professionnelle. Ces salariés sont aujourd'hui exclus ou par le licenciement ou par la maladie qui généralement s'inscrit dans un contexte de délabrement de la santé physique ou mentale. Une part non négligeable des *mises en invalidité* du régime général des Sécurité sociale s'inscrit dans ce contexte. Le débat actuel sur la prise en compte de la pénibilité au travail par rapport à la nécessité de préserver un âge précoce pour ouvrir les droits à la retraite s'inscrit dans ce contexte. En Europe, la France est le pays qui représente les plus fortes inégalités sociales de santé dont une partie des déterminants professionnels sont aujourd'hui bien argumentée.

Dans cette perspective il serait très important que le prochain forum social européen intègre la question des conditions de

travail. Ne pas le faire signifierait que les déterminants mêmes de la santé malmenés par la mondialisation n'auraient pas visibilité, que le débat serait réduit à la gestion des conséquences de la mondialisation !

DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION

- Interdire la sous-traitance de capacité ou en cascade et l'intérim pour ne pas subordonner le droit du travail au droit économique.
- Édicter des réglementations en milieu de travail opposables aux employeurs, dans le champ des environnements du travail ou de l'organisation du travail.
- Développer un système de santé au travail en santé publique en séparant les fonctions de veille et d'alerte, d'un système de « gestion » par les employeurs des risques professionnels des risques qu'ils génèrent.
- Ouvrir l'ensemble des droits de représentation du personnel, ou d'existence d'organisme s'occupant de conditions de travail comme les CHSCT, à tous les salariés dépendants d'un même donneur d'ordre, ou travaillant sur un même site industriel.

- Renforcer les contre-pouvoirs citoyens dans et hors de l'entreprise face aux décisions « malmenant » potentiellement la santé ou l'environnement.
- Interdire la discrimination médicalisée au travail par la prise en compte de « sur-risques individuels » génétiques, comportementaux ou sociaux.
- Offrir un statut d'indépendance professionnelle à l'ensemble des intervenants exclusifs en santé au travail en les intégrant au « système de santé ».
- Hors urgences immédiates, interdire la pratique de soins, dont les soins psychologiques, sous dépendance ou injonction de l'employeur pour ne pas renforcer l'aliénation sociale.
- Prôner la « réparation intégrale » des accidents du travail et des maladies professionnelles, développer le système des maladies professionnelles en y incluant les psychopathologies et tous les cancers professionnels, refuser la réparation sociale individuelle des risques subis selon leur fraction de risque « supposée » collectivement attribuable.

Dominique Huez

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.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente : Josiane CREMON

Vice-président(e)s : Alain CARRE - Dominique HUEZ - Jocelyne MACHEFER - Denise RENOU-PARENT - Nicolas SANDRET

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Membres : Pierre ABECASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Annie DEVEAUX, Jean-Marie EBER, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Marie PASCUAL, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Denis TEYSSEYRE