

L'INCORPORATION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

En travailler le sens(1)

QUELQUES RÉCITS DE PRATIQUES DE MÉDECINS DU TRAVAIL

Quelqu'un propose dans sa pratique une analyse des sentiments du salarié. Problèmes de sommeil, problèmes alimentaires, précisions sur la fatigue. Elle donne l'exemple d'une analyse de ce type dans une société de confection où un licenciement de 150 personnes sur 300 est envisagé. Une salariée avoue son désenchantement à l'occasion d'un changement de poste qui n'a pas de sens pour elle compte tenu de ses compétences et son savoir-faire acquis.

Dans une autre entreprise, on décrit un mal-être vraiment important à aller travailler pour le médecin du travail, une sensation de mort et de vide intérieur des salariés. Les salariés n'ont pas encore somatisé. Ils craignent pour l'avenir. Paradoxalement, la suppression d'un rendement élevé à la production s'accompagne d'une plus grande fréquence des TMS. On s'étonne de la survenue de 3 morts sur 150 salariés dans l'année. C'est un taux très élevé.

Un collègue expose un cas concernant des TMS dans son service autonome d'entreprise. L'employeur est devenu réticent pour changer les cadences de travail. Il doit mettre plus souvent qu'autrefois des salariés inaptes temporaires pour leur permettre de récupérer de la fatigue accumulée. Le médecin n'a plus la même activité qu'autrefois dans cette entreprise. Les études de postes deviennent plus rares car les aménagements de poste sont généralement refusés.

Il constate une augmentation de la fréquence des déclarations de syndrome du canal carpien : 8 cas par an sur 120 personnes effectuant de la frappe sur un clavier. Il s'agit le plus souvent de femmes aux environs de la quarantaine et d'allure gracile. Quels sens donner à cela ? Il remarque en outre une facilité plus grande qu'autrefois pour convaincre les victimes de faire ces déclarations. Peut-être est-ce pour eux la seule manière de donner de la visibilité à leur problème grâce au côté objectif de l'atteinte somatique. Reconnue en plus en maladie professionnelle, la demande d'aménagement de poste sera mieux reçue par l'employeur et le salarié le sait.



1- Compte rendu des échanges du Congrès de l'Association SMT, 6 et 7 décembre 2003

Le débat se situe entre :

- le psychosomaticien qui intervient hors champ du travail ;
- la psychodynamique du travail.

La question est : « Est-ce que nous, médecins du travail, nous avons quelque chose à dire sur le travail ? », « Est-ce que toute somatisation est définitivement liée à la question du travail, ou du sens du travail ? »

INTÉRÊT DES BIOGRAPHIES INDIVIDUELLES

Il est ensuite question de biographies individuelles, de l'alternance entre dépression réactionnelle et somatisation chez un même salarié. Cela ne surviendrait pas par hasard. Dans ces biographies, il y a des moments individuels et des moments collectifs.

L'approche biographique permet la mise en évidence du lien santé-travail. Un fait actuel voit son sens éclairé par un fait ancien similaire en le resituant par rapport au travail.

LA VARIABILITÉ DES SYMPTÔMES D'UNE ANNÉE À L'AUTRE

Une autre collègue médecin du travail intervient. Elle rapporte une situation de découverte de lésions ostéo-tendineuses et articulaires avancées dans toute une communauté de salariés qui ne se plaignaient jamais de douleur avant que l'une d'entre elle ne décompense sur le mode douloureux.

Pourquoi les salariés n'avaient-ils pas mal avec ces lésions si prononcées ? En fait, peut-être avaient-ils mal mais taisaient leur souffrance. Dans cette entreprise les conditions de travail étaient très mauvaises. Dès qu'une personne s'est plainte, d'autres se sont plaints. Les images radiologiques étaient très destructives.

Certains collègues soulignent qu'il n'y a pas nécessairement de concordance entre des anomalies anatomiques et la perception d'une douleur. Cela pose la question du rôle du médecin du travail dans le déclenchement des phénomènes.

On a déjà observé des lésions articulaires importantes chez

des danseurs de l'Opéra de Paris en activité qui ne ressentait pas de douleurs. Par contre des douleurs articulaires survenaient dès l'arrêt de la danse.

On rappelle le cas fréquent d'absence de douleurs concomitante de lésions radiologiquement visibles concernant le rachis lombaire.

BALANCEMENT ENTRE INCORPORATION ET SOMATISATION

On revient au sujet précédemment discuté de l'incorporation de la souffrance. Lorsqu'un salarié souffrant de lombalgies me dit « *J'en ai plein le dos* », y a-t-il un lien avec la démotivation ?

Le médecin du travail est en première ligne. On se demande comment interpréter les maladies ou les symptômes réversibles. On propose que cela résulte d'un conflit pour un salarié entre des règles d'existence qu'il s'est forgées et sa situation de travail. Que cette incompatibilité touche à la consigne ou à la question du genre.

Le médecin du travail devrait tenter de désingulariser la situation du salarié (prise de conscience que la situation est vécue collectivement et que la souffrance est probablement collective ?). Il faut ramener dans la discussion avec le salarié des éléments de justice. On ne travaille pas selon elle, dans une analyse de choses secrètes.

Le fait de se dévoiler certaines choses sans gratter (dans l'intimité du salarié ?), cela permet au salarié de se retrouver dans la notion de justice. Cela crée une certaine profondeur, un autre point de vue. C'est passer d'un régime de compassion à un régime de justice où les objets prennent un sens.

On se pose la question de pourquoi les gens somatisent ou non. Pourquoi leur état s'aggrave. Il se demande quelles relations existent entre les différentes pathologies observées sur le lieu de travail.

Un médecin inspecteur du travail, rapporte les cas de salariés venant en entretien dans un état de sidération. Ceux-là portaient justement auparavant les valeurs de l'entreprise. Elles ne peuvent plus les porter, d'où leur bouleversement. Il convient alors de comprendre quel est le conflit et ce qui s'est joué pour eux.

RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ D'APPARTENANCE

On amène la question de la communauté d'appartenance. On constate que les gens ne vont pas généralement vers les syndicats. Les militants autrefois étaient portés par une idéologie soutenue par la classe ouvrière. Ce n'est plus le cas.

Au cours de la consultation de médecine du travail, il se passe quelque chose qui réintroduit du lien (entre les salariés ?). « Ils ne sont plus seuls. »

Un autre collègue rapporte, toujours au sujet des conséquences de la culture d'entreprise, une histoire de harcèlement concernant un directeur qui consulte un médecin du travail « spécialiste ». Le patient décompense encore plus.

Un collègue parle de son entreprise où il exerce en service

autonome depuis 28 ans. Il constate que depuis quelques temps, le management est dévoyé. On peut observer des comportements pervers ou résultant de stratégies défensives chez le personnel d'encadrement. Autrefois il y avait une appartenance de classe qui n'existe plus. Quelque chose lie désormais les salariés : la communauté du malheur inéluctable. Tout le monde se retrouve dans le même sac.

En prime, on exerce une répression sur les salariés qui viennent en visite spontanée à la médecine du travail.

D'AUTRES EXEMPLES D'ACCOMPAGNEMENT DE L'INCORPORATION PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

On rapporte le cas d'une salariée victime de maltraitance managériale sur le mode pervers par son supérieur hiérarchique dans un cabinet de comptabilité de 15 salariés où elle est assistante. La souffrance psychique est dans un premier temps exprimée auprès du médecin du travail qui propose son intervention auprès du directeur pour faire cesser cette situation. Refus de la salariée craintive. Abstention du médecin du travail. Trois ans s'écoulent. En 2002, la salariée consulte en visite de reprise après arrêt maladie prolongée. Il s'agit d'une sclérose en plaques, mais pour elle le diagnostic est une névrite optique rétro bulbaire sans cause connue.

Le médecin du travail, dans son for intérieur, fait l'hypothèse d'une somatisation réactionnelle à cette situation de harcèlement. La somatisation est grave. De plus l'employeur se montre insultant et humiliant avec la salariée à sa reprise et ne respecte pas l'aménagement de poste demandée par le médecin du travail. Cela pourrait mener à une accélération de la décompensation. La salariée présente des maux de tête importants dès qu'elle travaille sur écran ce qui gêne énormément son travail. Intrication probable entre la conséquence fonctionnelle de la désadaptation visuelle et une manifestation symbolique et masquée de refus de ses mauvaises conditions de travail. Le médecin du travail n'exprimera pas ses hypothèses et ses interprétations à la salariée mais s'attachera à lui faire prendre conscience de la situation d'injustice qu'elle a subi. Il faut mettre en route une réaction positive de sa part. Inverser la tendance à la résignation. Le médecin du travail s'indigne et met en mots tout ce dont la salariée a été victime. La salariée va accompagner ce mouvement en cherchant activement un autre travail. La salariée a été mise inapte à tous postes de l'entreprise à sa demande, l'employeur étant mis au courant de sa responsabilité première. Elle travaille actuellement dans une autre société dirigée par un ami de son mari. Elle a trouvé le courage d'écrire une lettre de mise au point à son employeur en accompagnement de son avis d'inaptitude. On souligne l'importance de la reconnaissance par le médecin du travail des situations injustes vécues par les salariés et le caractère bénéfique de l'indignation partagée.

Une collègue a effectué une étude sur la souffrance dans le milieu de la grande distribution en utilisant le questionnaire GHQ. Ultérieurement ont été repris les dossiers des salariés présentant un score GHQ 20. Un an s'était écoulé et des éléments biographiques ont été analysés pour chaque cas, ce qui a permis de donner beaucoup plus de sens à cette étude uniquement quantitative et descriptive au départ. Il est apparu alors que la survenue des décompensations psychiques et psy-

chosomatiques chez ces sujets était temporellement corrélée avec des évènements significatifs dans l'entreprise.

On souligne qu'il y a un travail dans la consultation de médecine du travail qui permet à la personne de construire des solutions, par subversion des effets de l'incorporation.

On revient sur le terme d'incorporation, choisi pour qualifier ce que le salarié fait de sa souffrance et du lien avec la somatisation. Le collègue estime qu'on n'a pas avancé sur la pratique.

Une collègue médecin raconte une histoire heureuse. Il s'agit d'évènements concernant un poste de mécanicien dans le BTP. Il n'y a pas de respect du temps de travail réglementaire et le temps de trajet est important (?). Il s'agit d'un travail aux intempéries. Le salarié présente des problèmes de dos. Les conditions de travail sont insupportables. Il consulte successivement un médecin traitant, un kinésithérapeute, un avocat, un psychologue et enfin son médecin du travail. Il était soutenu par ses collègues. Il a été convoqué au siège de sa société à Paris et a dû payer le trajet en train à ses frais ?

Lorsqu'il y a démotivation, on ne sait pas ce qui se joue. Ni le salarié, ni le médecin du travail.

Cas évoqué d'un ouvrier dans une scierie présentant une épitrochléite. Est-ce que les enjeux vitaux sont connus du salarié ? « *Je ne dis pas que vous ne pouvez plus travailler.* » Je ne prends pas une décision sans l'avoir construite avec le salarié. On a l'impression qu'il fait du bien au salarié lorsqu'il renvoie à ce dernier ce qu'il comprend de sa situation. L'important c'est de dire. Au salarié ensuite de reprendre le discours.

Il constate dans un autre groupe de salariés une augmentation des arrêts pour maladie. À l'examen des causes on ne dégage pas une pathologie commune. Les motifs d'arrêt sont variés.

Un autre collègue relève également une variabilité de la symptomatologie d'une année à l'autre et cela concerne généralement des salariés qui n'ont pas d'interlocuteurs dans l'entreprise.

On pose la question : Est-ce qu'on peut articuler les théories de la somatisation et la question de l'incorporation ? Un autre débat concerne la prise de position :

- Sur le travail : quand j'y suis invité seulement.
- Sur la santé : je dis la santé.
- J'ouvre ou je me permets d'ouvrir des perspectives.

Un psychologue du travail pose la question : Est-ce que c'est l'emploi ou est-ce que c'est le travail ?

Un médecin du travail parle des accords de branche en grande distribution, de la souffrance au travail dont il est question dans une charte d'entreprise.

CLINIQUE DU TRAVAIL ET INCORPORATION

On dit qu'un travail est fait dans la consultation. Un autre collègue ajoute qu'il est important d'aider les personnes à construire des solutions. On insiste sur la nécessité d'être prudent dans l'intervention du médecin du travail. Il ne s'agit pas de faire décompenser le salarié par l'analyse de sa situation, de le mettre devant une réalité qu'il ne peut supporter.

On revient sur l'histoire de l'entreprise suivie où les salariés lui donnaient une impression de mort intérieure et où il y avait eu un suicide. Le suicide dans l'entreprise avait délié les langues.

« SIDÉRATION ET MORT INTÉRIEURE »

Revenant sur l'entreprise de fabrication de chaussures transformée en négoce, elle se demande pourquoi les femmes commencent à parler. Un suicide a eu lieu dans l'entreprise. Sur fond de lutte inter-syndicale, la photo du suicidé est affichée en poster dans l'entreprise. Une salariée a été mutée d'un atelier à l'autre sans explication. La souffrance vient de l'ambiguïté du sens de la mutation : sanction ou parce que l'on a besoin d'elle ?

L'action du médecin du travail a été de favoriser la réflexion sur l'organisation du travail et de permettre aux salarié(e)s de réapprendre à penser leur situation de travail. On évoque à ce sujet le problème de la victimisation et d'une mort dont on a tout fait pour vider le sens. D'autres personnes remarquent que l'absence de conflits dans l'entreprise correspond à l'absence d'interlocuteurs pour les salariés.

Un collègue poursuit sa pensée au sujet de la démotivation. Cela ne gêne pas le manager car il ne croit pas à l'engagement dans le travail. Pour la combattre il a recours à l'évaluation individuelle et à la rémunération au mérite.

Puis il revient sur la position du médecin du travail devant une dépression ou une somatisation chez le salarié :

- intervention *rogerienne*(1) ?
- discours sur la compréhension ?

Quels en sont les risques ?

On évoque une étude sur l'activité des médecins du travail dans un service interentreprises, confrontés à des cas de harcèlement moral au travail. Dans les questionnaires remplis par des médecins du travail volontaires, les questions concernant les actions menées par les médecins du travail n'ont pas été souvent renseignées. Au niveau de la coordination médicale du service, la discussion sur la responsabilité de l'organisation du travail dans la genèse des cas de harcèlement a été éludée.

Isabelle LAGNY, Denis TEYSSEYRE
rapporteurs



1- Carl ROGERS (psychologue américain 1902-1987), fondateur de l'approche dite centrée sur la personne, représentant d'une *psychologie humaniste*, « troisième force » de la psychothérapie, aux côtés de la psychanalyse et de la thérapie comportementale