

# LA CLINIQUE MÉDICALE AU CŒUR DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL<sup>(1)</sup>

Nous avons d'abord évoqué (trop) brièvement le compte rendu de Jocelyne Machefer, sur l'un des débats du congrès de décembre 2003, *Des règles pour dévoiler l'organisation du travail* : synthèse dynamique qui ouvre des champs de questionnement et pose l'énigme de ce qui différencie l'exercice des médecins du travail en service interentreprises et en service autonome, face à l'idéologie du management.

Comment garder regard critique et distance face aux managers travaillés par des idéologies défensives pernicieuses et combien il est difficile pour nous même de nous détacher de ces idéologies défensives. Pour y échapper, les témoignages ne nous permettent-ils pas de mettre en scène des conflits ?

Il a semblé à l'ensemble des participants que les textes de cette journée apportaient une contribution constructive à nos débats sur la clinique. Tout en exprimant un point de vue singulier mais qui pourrait concerner d'autres professionnels des métiers de la relation (éducation, soins, etc.), le texte d'Odile Riquet *La consultation de médecine du travail "le lieu et le temps de l'hésitation"*, s'adresse spécifiquement aux médecins du travail. Leur connaissance des questions collectives dans les entreprises est revue au travers du prisme de la consultation individuelle.

Ce texte ne se contente pas de décrire, il vise à montrer en quoi l'énonciation d'un diagnostic peut être enfermant et il ouvre à l'autonomie morale subjective en permettant l'énonciation pour l'action.

L'énonciation est précédée de l'indignation qui est subvertie, à la lumière des règles de métier, par la clinique transformée par l'éthique de témoignage. Cette expérience professionnelle s'effectue dans cette mutation, dans ce passage du « scientifique » à « l'humain », humanisme dans lequel s'enracine notre métier et savoir scientifique à partir duquel a été construite notre méthode clinique, basée sur la mise à l'écart de l'émotionnel, du subjectif en privilégiant la description à but diagnostique et thérapeutique. Notre pratique professionnelle nous a ramené au subjectif : distance et sang-froid sont des notions théoriques d'enseignement mais l'émotionnel fait partie de notre métier.

Les études épidémiologiques mettent en évidence les conséquences somatiques des contraintes au travail mais c'est dans

•••••

1- Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 20 avril 2004

l'entretien individuel que s'élaborent les clés de compréhension et les analyses de la nature sensible de ces phénomènes. Les ponts entre ces deux approches sont souvent difficiles, avec beaucoup d'incompréhension de part et d'autre.

Il serait intéressant de situer ces questions en termes anthropologiques et de faire référence à l'anthropologie politique et médicale (Didier Fassin) qui situe l'espace politique de la santé à partir de trois dimensions : l'incorporation de l'inégalité en particulier l'incorporation de la division sexuelle, le pouvoir de guérir et le gouvernement de la vie ou autrement dit la volonté d'être en bonne santé. Ce qui pose la question de la valeur du pouvoir de tout guérir dans la société.

La médecine du travail se situe à niveau qui n'est pas celui du soin. Elle pourrait permettre une délibération autour de l'apparition et de la disparition des symptômes, de l'incorporation de l'espoir dans l'amélioration de la santé. La survenue d'affections psychosomatiques (TMS en l'absence de gestes répétitifs, céphalées, coliques spasmodiques...) met en cause les valeurs et touche à l'intime de ces valeurs chez chaque personne. Quand on peut donner des perspectives, des petites lueurs d'espoir, faire des aménagements de poste même minimes, l'appréhension de la situation change, les symptômes peuvent disparaître, avec le retour de l'estime de soi. L'espoir est défensif. Quand il y a perte d'espoir, la santé s'altère (abandon, affaissement de l'envie de se battre), on peut craindre des tentatives de suicide.

Le désespoir étant à différencier de la perte d'espoir (état intermédiaire).

L'amélioration de la santé passe par la capacité à incarner en soi quelque chose de possible, à incorporer de l'espoir, ce qui équivaut à la restauration de marges de manœuvre internes. Les marges de manœuvre sont perçues de l'intérieur, il ne s'agit pas d'un regard externe sur l'existence de marges de manœuvre. Une petite variation en terme d'organisation du travail peut faire bouger les choses (en matière de TMS par exemple). Par contre, on est parfois frappé par l'apparition de pathologies « lourdes » survenant après le règlement des conflits (ex : après être sorti d'une situation de harcèlement), la blessure laisse des cicatrices et il est nécessaire de « travailler » ces questions, de s'interroger sur le prix du renoncement, sur la « toxicité du stress » (par quelles médiations chimiques, sur quels désordres immunitaires ?), sur le passif de l'impensé, l'incorporation de la douleur, dans l'immédiateté de l'évène-

ment. Comment co-construire, co-élaborer dans l'intercompréhension de l'événement pris dans la durée avec quelqu'un qui ne demande rien et qui est dans un processus défensif. Il paraît plus facile d'instruire ces questions à posteriori, avec du recul, quand il y a eu un « blanc », qu'on peut revisiter un passif et travailler sur une histoire passée.

Certains s'interrogent sur une conception de la psychopathologie qui ne ferait référence qu'à « l'Homme Bon », « Homme » qui ne pourrait se construire que du côté d'un positivisme psychique. Ceux là pensent la psychodynamique ne prendrait pas en compte la pulsion de mort. La résonance symbolique ne serait pensée que du côté d'une dynamique positiviste de la construction identitaire.

La pratique de la médecine du travail peut s'en tenir à la « surface des choses » : dans l'échange avec le salarié, l'émotion perçue est ramenée du côté du travail. Travailler dans cet axe permet parfois de mettre en visibilité des conflits de règle non verbalisés, d'éclairer sur la construction du sens du métier. Il ne s'agit pas d'essayer de comprendre à tout prix ce qui se passe, d'apporter une explication. Il s'agit plus de partager avec le salarié une présence commune, le partage passe par le langage et les éléments de compréhension peuvent être réutilisés par le salarié lui-même dans un autre espace (l'espace public en particulier).

Le texte vise à réintroduire ce caractère émotionnel dans notre pratique. Il participe à un travail collectif destiné à faire voir les choses autrement, à construire une vision cohérente à partir de consultations individuelles et, après une rationalisation de cette méthode, à faire part de cette réflexion dans l'espace public. L'intelligence du travail est en avance sur le savoir. Ce qui peut faire avancer les choses, c'est le partage entre collègues de ce que chacun fait. C'est le point de vue singulier de chacun qui peut faire avancer la réflexion collective. L'énonciation des référentiels théoriques est complé-

taire du partage de l'expérience concrète lorsqu'on permet aux collègues de voir et de comprendre « comment on se débrouille ».

Une des méthodes que l'on peut utiliser est basée sur l'analyse des ruptures biographiques : les ruptures antérieures permettent de revisiter les difficultés antérieures et de faire des ponts avec les ruptures actuelles.

Dans le cas des demandes pressantes des salariés, quand on est interpellé de manière angoissée par quelqu'un qui veut une réponse immédiate, il est important de prendre le temps de l'hésitation, de la délibération, de prendre en compte que la réponse peut être plus mortifère que l'absence de réponse, de saisir où se situe l'urgence. Faut-il s'autoriser à aborder la sphère intime, le soutien familial, l'existence de ressources et surtout le « diagnostic du désespoir », on peut facilement se tromper sur la grille de lecture du travail. Les problèmes psychopathologiques actuels sont si lourds qu'ils en arrivent à instrumentaliser la sphère du travail : une demande sociale forte en matière de santé mentale, traitée sur le thème de l'urgence (suicides, harcèlement) est très dangereuse pour le médecin du travail et risque d'aboutir à une instrumentalisation de ce dernier et à une impossibilité de penser. Il faut comprendre ce qui fait violence dans l'urgence, et du côté du travail ce qui est vraiment urgent est non visible et non socialisé : la décompensation mentale « banale » ne doit pas être laissée de côté. La question du risque de mort au travail peut être abordée sous la forme « *Pourriez-vous mourir de la situation de travail ?* ». La discussion sur le conflit peut aboutir à cette réponse « *Oui, je pourrai en mourir.* » y compris dans un contexte de vie équilibrée mais l'investissement se fait dans les deux champs (travail et famille). Il existe des souffrances éthiques qui ne sont pas abandonnées dans le champ familial.

Chantal BERTIN, Odile RIQUET, Denise RENOU-PARENT  
rapporteurs

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 5 000 euros (impression et routage) pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page ).



En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT