

# SOUFFRANCES ET PATHOLOGIES DE SURCHARGE DUES AU TRAVAIL

*Comprendre les dynamiques qui se jouent au travail pour agir*

## **LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL, PRATIQUE COMPRÉHENSIVE INCONTOURNABLE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AVANT DE TRAITER**

**S**i le travail joue un rôle déterminant dans la construction de la santé, trop de personnes aujourd'hui pâtissent des effets des dérives de l'organisation du travail en terme de pathologie mentale et de pathologie de surcharge qui prennent le corps pour cible.

En première intention, rien ne permet de penser que le maintien ou la soustraction du travail est bénéfique pour le sujet. La clé de compréhension pour décider d'une conduite thérapeutique résulte de la compréhension pour le sujet, avec l'aide du médecin praticien, de ce qui fait difficulté pour lui, dans sa situation concrète de travail.

La clinique quotidienne du médecin généraliste, doit avoir comme projet, devant une pathologie mentale, rhumatologique, cardiaque, respiratoire, digestive, d'explorer en inter-compréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». Comment comprendre avec le sujet ce qui actuellement semble lui échapper, et ce dont il se défend.

Il s'agit concrètement pour le praticien de demander, de faire raconter par le sujet comment il fait concrètement pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle. Comment il faisait antérieurement, avant tel événement qui surgit dans son récit et qui semble un tournant. Pas d'idées préconçues, mais une facilitation du récit du point de vue du praticien par l'intérêt manifesté pour « comprendre avec », pour éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accrochent au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou se présentent comme la cause première de la souffrance. Mais il n'y a pas dans les récits ordinaires sur le travail de chacun, le comment on fait, ce qui fait difficulté maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Ce ne sont pas les relations entre les êtres qu'on se propose d'explorer en rapport avec la psychodynamique du « travailler », mais la place déterminante et changeante, qui peut s'être dégradée, du faire et du faire ensemble. Pourquoi ce

n'est plus possible aujourd'hui et que c'était possible hier. Pourquoi je ne peux plus travailler avec untel décrit comme un harceleur, un tire au flanc ou un psychopathe alors que cette personne travaillait avec moi ou d'autres depuis des années. Qu'est-ce qui a changé concrètement dans l'organisation du travail du sujet, organisation du travail au sens de division des tâches ou des rapports sociaux. Alors, ce que vous faites est très différent d'avant ? Ce n'est plus la même finalité ? Les horaires, cadences, temps d'attente, possibilité de pauses, de rencontres ont changé ? Un système de management par la qualité a été mis en place ? Y-a-t-il maintenant une évaluation annuelle de ce vous faites ? Il y a quelque chose dans ce qui a été écrit dans votre évaluation avec lequel vous êtes en désaccord ?

Ce qui peut surgir des récits des personnes dont l'objet est l'exploration de ce qui peut potentiellement les faire souffrir, ce sont des vécus de surcharge, d'impossibilité d'anticipation, d'injustice, de non reconnaissance de leur contribution, de stigmatisation, de marginalisation, d'isolement, d'impossibilité à pouvoir coopérer, de devoir « tricher » avec les règles pour simplement pouvoir travailler, de travailler dans l'invisible sauf en cas de dysfonctionnement où les problèmes arrivent alors.

Et toujours de façon sous jacente apparaît la **peur**, peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible. La peur de perdre son emploi, et ce vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Mais la **honte** aussi. Honte de faire ce qu'on réprovoque et qu'on a du mal à nommer, des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier, la honte d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme injustes, la honte d'avoir dû mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail en fin de compte qu'on réprovoque.

C'est le sujet qu'on se propose d'aider à construire son récit et qui lui permet d'accéder au sens des événements. C'est lui qui fait les liens avec les autres, le temps, l'organisation concrète, ce qu'il y jouait, ce qui le fait souffrir, qu'il n'accepte pas. C'est à travers ce récit où la douleur affleure que se construit l'idée que ce qu'il vit, peut-être il n'est pas le

seul à le vivre ! Non, il n'est pas fou ! Oui le praticien rencontre fréquemment des personnes dans sa situation ! Même dans mon entreprise ? Dans des entreprises de même genre peut-on répondre fréquemment.

Car si la souffrance est un vécu individuel, c'est la compréhension de ses déterminants collectifs qui permet de sortir d'un vécu délétère où le sujet retourne la violence contre lui-même, parce qu'il ne peut pas résister, parce qu'il se sent coupable de ne pas tenir, d'avoir cédé sur l'essentiel, parce que dans la façon dont il se représente ce qui lui arrive, il n'y a que des rapports individuels, inégalitaires du fait de la condition de travailleur salarié, où les coopérations, les collèges, les collectifs ont disparu. Comment se représenter positivement la façon dont on travaillait ensemble antérieurement, alors qu'aujourd'hui, défense individuelle oblige, c'est chacun pour soi ? Pourquoi continuer à s'investir, d'ailleurs untel n'a pas volé ce qui lui arrive !

Le médecin traitant est donc confronté à une question cruciale : la soustraction du travail est-elle ou non bénéfique au sujet ? L'ampleur du mécanisme dépressif peut être telle que le retrait temporaire du travail est nécessaire. Mais attention si cet arrêt maladie n'est vécu que comme élément supplémentaire aggravant le mécanisme de victimisation à l'œuvre, si le sujet s'en sent seul responsable et n'a pas amorcé un processus de compréhension du côté de l'organisation du travail de ce qui lui arrive.

D'autant que si la vie affective et amoureuse du sujet semble désertique, si le rapport à son travail, si douloureux soit-il, est la seule jambe bancal qui le fait encore tenir, l'arrêt maladie peut être susceptible d'enraciner culpabilité et retournement de la violence contre soi, et privera du soutien social d'une communauté d'appartenance qui existe peut-être encore. *In fine*, c'est le sujet qui détient les clés de la décision thérapeutique d'arrêt. Ce qu'il en comprend est donc déterminant.

La souffrance psychique en rapport avec le travail, qui apparaît fréquemment sous la forme de dépression réactionnelle professionnelle, se prête au travail du sens avec le sujet. Les pathologies de surcharge à type de somatisations des fonctions articulaires (troubles musculo-squelettiques, lombalgies hyperalgiques), cardiovasculaires ou digestives sont plus difficiles à explorer immédiatement avec le sujet.

En effet, c'est pour tenir des cadences infernales, parce qu'il est emporté par une hyperactivité initialement plaisante qui se transforme en activisme défensif parce qu'il ne peut plus se permettre de penser ce qui devient douloureux, que le sujet laisse saturer sa pensée par la tâche. Il perd alors la capacité de prendre en compte la douleur physique de ses articulations, de lever le pied face à ce travail qui le stresse ou qui commence à lui tordre l'estomac.

Mais comment délibérer avec le sujet de cette douleur ou ces symptômes impensables qui n'apparaissent que lorsque ses capacités de résistance ont été débordées et que survient la maladie. L'anesthésie psychique sous-jacente est mise en

œuvre pour continuer à travailler. Parce que sinon, c'est trop dur, impensable.

Alors ne plus pouvoir laisser émerger la conscience de cette réalité aliénante condamne-t-elle indéfiniment le sujet à incorporer au plus profond une douleur tellement impensable que seule la maladie pourra advenir ? Ce qui apparaît au sujet envahi et vaincu par la maladie n'est que son statut de victime d'une condition individuelle qui le distinguerait à jamais des autres hommes et femmes avec lesquels il ne ferait pas communauté. Le rôle de l'organisation du travail, trait d'union concret avec une communauté d'appartenance, aujourd'hui de souffrance, mais demain de résistance et de transformation, continuerait ainsi à échapper totalement à sa compréhension.

C'est probablement le refus d'offrir à la personne une explication biologisante exclusive, la remise en cause des pratiques toutes faites et pourtant discutées (opérer tous les syndromes du canal carpien avec signes électromyographiques), et l'exploration compréhensive avec elle de son histoire professionnelle, qui peuvent donner des clés à la compréhension. Là encore la place du récit est centrale, mais ce sont les successions, les articulations d'évènements somatiques et de souffrances psychiques qui attireront l'attention. La grille de lecture en est l'organisation du travail individuelle et aussi collective.

L'expérience montre que l'exploration d'évènements somatiques passés avec la grille de lecture du travail, donne à la fois sens à des évènements douloureux, mais surtout permet de construire des éléments de veille nécessaires au sujet pour comprendre l'envahissement corporel par des pathologies de surcharge, et ainsi s'alerter plus précocement. Dans ce cadre, la prescription de l'arrêt de travail pourra être un moment pour recouvrer ses sens et le sens des évènements, bien utile pour le praticien pour jauger des marges de manœuvre actuelles ou à construire dont dispose le sujet, pour mettre en œuvre les coopérations nécessaires pour modifier les contraintes de l'organisation du travail dont ne peut plus se protéger la personne ou qui la déborde.

## COOPÉRER AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL

**D**isons-le, les médecins du travail ont autant de mal que les médecins généralistes à prendre le travail comme grille de lecture des évènements de santé des sujets, individuels et collectifs. D'autant que les médecins du travail peuvent avoir le sentiment que leur marge d'action et d'intervention concrète sont très étroites. À quoi bon alors cette exploration ?

Le travail interprofessionnel entre médecins repose sur la confiance partagée qui elle-même s'adosse à des valeurs et règles partagées. Les deux types de praticiens peuvent voir leur entendement limité par une conception professionnelle limitée à la gestion des risques pour les entreprises qui subordonne ainsi leur pratique médicale. C'est évidemment un obstacle majeur. Mais même dans ce cadre, l'interroga-

tion par écrit par le médecin généraliste du médecin du travail, devant l'importance de troubles musculo-squelettiques, de dépressions professionnelles, pour prendre son avis sur le rôle de l'organisation du travail, sur l'importance de ce phénomène aujourd'hui, peut être utile pour contribuer à socialiser cette question.

Les consultations de pré-reprise du travail avec le médecin du travail, peuvent être utiles. Elles peuvent être déclenchées par le salarié ou le médecin traitant et sont de droit. Elles préparent à la reprise du travail en limitant les obstacles et sont l'occasion de socialiser une compréhension des événements délétères.

Nombre de professionnels de la santé au travail redoutent la victimisation des sujets par l'isolement et les conséquences de la désolation subie, qui les priveraient à nouveau d'être acteurs de leur destinée. La judiciarisation trop rapide de processus de harcèlement professionnel dont les déterminants collectifs en resteraient à jamais incompris en est l'illustration.

Mais si le travail de compréhension des déterminants collectifs d'une souffrance individuelle ont pu advenir – et ici l'accompagnement clinique est capital –, il faut aussi permettre que justice puisse être faite à la douleur individuelle quand des séquelles sont constituées, et qu'elles soient réparées. La déclaration en maladie professionnelle peut la faciliter et contrairement au risque de la judiciarisation, la socialisation qu'elle permet en préservant éventuellement le lien avec une communauté d'appartenance, est plus aisée. Au-delà de l'aspect financier de la déclaration en maladie professionnelle, elle est aussi le support d'une réparation symbolique. Une partie des troubles musculo-squelettiques peut être déclarée en maladie professionnelle, de même que les atteintes méniscales et les sciatiques. Ce n'est pas le cas des lombalgies hyperalgiques dont certaines peuvent être particulièrement invalidantes;

Mais il faut savoir que n'importe quelle maladie en rapport avec le travail peut être déclarée en maladie professionnelle à condition que l'invalidité qu'elle entraînerait soit supérieure à 25 % et que le lien de cette maladie avec la responsabilité du travail soit « direct et essentiel ». Après préparation du dossier par la CPAM, l'instruction en sera faite par le CRRMP régional (Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles). Contrairement donc aux maladies professionnelles définies dans des tableaux spécifiques, ces pathologies « hors tableaux » ne bénéficient pas de la présomption d'origine professionnelle. Sont ainsi dans ce cas les dépressions réactionnelles professionnelles (qui elles-mêmes peuvent précéder un suicide) ou les lombalgies hyperalgiques sans atteinte discale.

Comment procéder pour les faire reconnaître ? Comme pour les maladies professionnelles habituelles, la déclaration est faite par la victime ou son ayant droit sur un document fourni par la CPAM ou sur papier libre. Il doit être accompagné d'un certificat médical circonstancié qui appuie le lien « direct et essentiel » avec le travail, au-delà de la descrip-

tion des manifestations ou lésions. Ainsi, dans le cas de dépression professionnelle, faire référence à la trajectoire ou l'histoire du sujet, décrire à partir de son dossier médical ce qui peut renforcer la présomption peut être déterminant. Prennent alors tout leur poids les correspondances avec le médecin du travail qui apporteraient des éléments collectifs renforçant le « lien avec le travail ». Le sujet pourra éventuellement y joindre des témoignages de collègues, victimes de conséquences pour leur santé qui ont les mêmes déterminants du côté du travail.

Il faut savoir, que dans le régime général de sécurité sociale, 25 % des mises en invalidité sont d'origine psychiatrique et 25 % d'origine rhumatologique. On peut penser que dans les deux cas, pour plus de la moitié des cas, les déterminants directs et essentiels sont d'origine professionnelle.

En ce qui concerne le suicide des adultes au travail, le risque est près de trois fois supérieur pour un ouvrier ou un employé que pour un cadre. Le travail est pour une part déterminante dans cette différence. Ils pourraient être déclarés ou en accident de travail, ou en conséquence d'une dépression professionnelle antérieure.

C'est rappeler que pour la plupart des maladies il y a des déterminants sociaux majeurs, ignorés malgré les connaissances accumulées, sans visibilité. Qui plus est, cette absence de visibilité sociale des déterminants professionnels qui pèsent sur l'espérance de vie en bonne santé prive les travailleurs qui en sont victimes de toute réparation, les isole dans leur douleur et souvent leur culpabilité, empêche de s'en construire une représentation collective des causes, et ce faisant, naturalise la responsabilité de l'organisation du travail comme un déterminant inéluctable qu'il faut seulement savoir gérer.

Il paraît très probable que dans de nombreux cas de mise en invalidité par la Sécurité Sociale, de travailleurs, figurent dans les dossiers des médecins généralistes les éléments qui permettraient de construire la démonstration de ce lien « direct et essentiel ». Dans la perspective d'une déclaration en maladie professionnelle au CRRMP, il ne faudrait pas hésiter à interroger par écrit les médecins du travail pour enrichir concrètement le dossier. La mise en invalidité antérieure n'interdit pas une déclaration de maladie professionnelle. De même, une mise en invalidité du régime général peut être prononcée après consolidation d'une maladie professionnelle.

Dans le cas d'un suicide, si le praticien pense que le lien direct et essentiel peut être argumenté, même si ce suicide n'a pas eu lieu dans les locaux de travail, un dossier peut être construit en référant aux notes cliniques antérieures et aux éléments de compréhension du médecin praticien qu'il aurait tracé dans son dossier médical. Encore une fois, la collecte en parallèle d'éléments collectifs sera déterminante.

*Dominique HUEZ*