

LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

À partir de nos consultations de médecine du travail et de l'élaboration collective de nos règles de métier au sein de l'Association Santé et Médecine du Travail, nous voulons mettre en visibilité notre travail en particulier ce temps de consultation qui est pour nous celui des hypothèses, de la réappropriation possible de la souffrance, de la formulation de pistes de réflexion dans une assistance non substitutive de la pensée.

Nous pensons que cette consultation et non pas la caricature de visite clinique dont le seul objet est la détermination de l'aptitude, est un lieu essentiel pour comprendre le travail et les liens qui se nouent pour chaque salarié autour de celui-ci.

C'est un lieu essentiel aujourd'hui pour répondre à la montée en puissance de la souffrance induite par le travail chez les salariés.

L'origine des pathologies dues au travail s'est diversifiée : aux expositions, aux contraintes physiques, chimiques bien déterminées avec leurs marques sur les corps bien définies, se sont surajoutées les expositions à des contraintes que l'on peut rapporter aux nouvelles formes d'organisation du travail et de relations dans le travail rendant plus complexe l'interprétation d'un symptôme, d'une décompensation.

Cette évolution a modifié la demande en médecine du travail. Il est nécessaire aujourd'hui de repenser le sens, le rôle, notre place dans ces consultations.

COMMENT QUESTIONNONS-NOUS LE TRAVAIL ?

Nous choisissons de nous situer dans le cadre de la consultation annuelle du salarié que nous accompagnons parfois depuis plusieurs années : cadre qui, il faut le rappeler, nous place dans un lieu fixé par le Code du travail pour remplir notre mission de médecin du travail en toute indépendance, et pour laquelle le Code de déontologie nous impose le secret médical.

C'est là que nous ouvrons un espace d'échange avec le salarié sur la question de sa santé au travail dans sa double dimension individuelle et collective, et cela suppose que nous ayons construit une relation de confiance.

À partir de notre interrogation d'accueil (du « *Comment allez-vous ?* »), une inquiétude est parfois clairement exprimée ou seulement suggérée, quand nous la percevons dans l'hésitation d'un regard, d'un geste ou des mots, autour d'un événement de santé : il mobilise alors toute notre attention, à l'écoute de ce qui prend le pas sur toute autre question. L'événement peut alors être ramené ou non du côté du travail.

Parfois, face au silence ou l'absence affirmée de symptômes, de pathologies qui auraient pu survenir, et même si l'activité est annoncée « comme toujours pareille » c'est d'elle que nous allons repartir pour réexplorer le poste de travail à différents niveaux d'approche qui se renvoient et s'affinent dans un processus d'association que nos questions vont provoquer et qui nous conduisent sur des pistes qui nous sont indiquées comme prioritaires.

Partir du plaisir du bel objet façonné, si lisse au toucher, et / ou de celui qui résiste, pour évoquer la peur des odeurs de solvants, des logos qui indiquent un danger pour les femmes enceintes, de la pollution du bruit des conversations devant un écran ...

Si nos interrogations déclenchent parfois des trombes de mots qui expliquent, s'indignent, dénoncent injustices et conflits, elles doivent aussi se frayer un chemin par essais-erreurs pour tenter de comprendre ce qui fait sens, vaut de résister et de se battre, dans la singularité que chacun porte et articule avec le collectif.

Mais quel en est le prix à payer pour la santé ? Qu'est ce que cela laisse comme traces sur le corps (qui souvent ne le sait pas encore) ? Quand on est traversé par tant de bouleversements organisationnels, qu'on vit au rythme des mutations (aller-retour) d'un atelier à l'autre, d'une machine à l'autre, des coéquipiers perdus et retrouvés, des marges de manœuvre de plus en plus étriquées, des coopérations entravées ou écrasées, aux dépens de la qualité du travail, quand les « niveaux de performance » ont remplacé le rendement, quand on est témoins ou victimes des convocations vexatoires dans le bureau qui surplombe l'atelier, quand il y a culpabilisation des arrêts de travail (« qui ont coûté si cher ») ou des pauses assises qui ont duré trop longtemps ... avec toutes les questions que cela pose pour le futur, quelles que soient les stratégies déployées pour contenir cette **peur** là. Il y a aussi les défis tenus qui confortent la place occupée ou

celle qu'on espère (re)gagner, la conviction que l'insuffisance n'est pas forcément de son côté, ou encore l'inventivité libérée par les marges de manœuvres qu'« on force » au mépris de prescriptions inadéquates, et le plaisir de pouvoir le démontrer.

Cette mise en mots de l'éprouvé peut nous ramener à l'expression d'un symptôme oublié, disparu ou qui se découvre et reprend sens à l'énoncé de ce qui blesse ou renvoie à l'impuissance.

Il arrive alors que l'émotion surgisse dans un cheminement qui nous échappe mais devenu intelligible à celui que nous regardons, et qui pourra reprendre son cours au-delà de notre rencontre.

OÙ NOUS CONDUIT CE QUESTIONNEMENT ?

Ce questionnement sur le travail est guidé par le comportement du salarié, par l'usage différent qu'il fait des mouvements de son corps, des mots, des hésitations et des silences, par les changements d'attitude. Il faut savoir respecter la moindre réticence, suspendre le questionnement. Il faut savoir aussi regarder le salarié, poser son stylo. C'est l'attention portée au détail, à l'infime qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme l'expression de sa singularité, de quelque chose de son histoire singulière à laquelle il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour laquelle il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir.

Dans ce questionnement sur le travail, nous appellerons singularité ce que le salarié exprime de luttes pour conserver son pouvoir d'agir, de tensions entre son histoire singulière et son travail, de conflits entre sa « proposition de monde », les règles de métier et l'organisation du travail, de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde.

C'est la prise en compte de la singularité, de ce qui est unique qui permet au médecin l'accès pour lui-même à une activité subjectivante. L'activité subjectivante ne vise pas à faire science, à acquérir des connaissances objectivables, mais sa fonction centrale pour tout travail est de prendre en compte les particularités. C'est la partie de notre métier qui n'est pas pris en compte actuellement par les concepts scientifiques dominants ou qui ne l'est que de façon marginale.

Il nous semble nécessaire de rappeler les quatre dimensions caractéristiques de l'activité subjectivante : la perception sensible, le rapport à l'environnement (choses et personnes), l'engagement et le rôle du sentir.

La perception sensible repose sur l'unité du sujet et de son environnement, sur la création d'un espace de vie. C'est une perception participante, qui a son rythme : avancée-recul entre action et réaction, activité et passivité, dans une écoute compréhensive.

Ce rapport subjectivant est fondé sur l'empathie, sur l'implication subjective, au sens de s'engager. Dans ce dialogue le

médecin questionne le travail dans un processus d'échange réciproque entre lui et le salarié, dans un « pas à pas » dans lequel le salarié fait l'expérience, soudain possible d'une unité entre ce qui est pensé et ce qui est ressenti corporellement.

Ce type d'activité permet de développer des savoir-faire, et des compétences, qui forment « un sens » et sont une ressource identitaire pour celui qui agit ici le médecin du travail. Elle nécessite de s'engager dans l'incertain, l'indéterminable, elle est donc aussi expérience au sens de « risque encouru ».

COMMENT CE TYPE D'ACTIVITÉ PERMET D'ÉVITER LES IMPASSES DU DIAGNOSTIC ?

L'engagement subjectif dans notre travail de médecin permet l'émergence de l'émotion du salarié comme un acte de connaissance, de découverte de sa singularité. Cette expérience amène le médecin à se positionner, à se fixer des règles éthiques face au risque de l'utilisation de l'émotion de façon manipulatoire, au risque d'être débordé par cette émotion et de ne pas pouvoir établir de liens avec l'activité de travail.

Les règles éthiques que nous nous donnons se basent à la fois sur notre intuition, notre expérience, l'analyse de nos échecs et aussi sur ce qui cadre notre exercice : règles déontologiques, respect du non-dit et des réticences du salarié, « respect du rythme et des voies de l'élaboration menée par les salariés au cours de la visite », légitimité de notre exercice dans le seul champ de la santé au travail. Elles sont en contradiction avec ce que nous avons appris lors de notre formation : « recueillir un ensemble de signes pour les rapporter à un cadre diagnostique préexistant qui débouche sur une conduite à tenir ».

En dehors de l'urgence, dans la consultation de médecine du travail, notre choix éthique se positionne du côté des hypothèses et non du diagnostic. Le fait de retravailler avec le salarié les symptômes à la lumière du questionnement sur le travail, de l'accompagner dans cette démarche, sans se substituer à lui, au nom de notre savoir médical, permet de lui proposer des possibles. Proposer des possibles, c'est aussi accepter de débattre avec le salarié des liens que nous faisons entre le travail et l'évolution des symptômes. Proposer des possibles, c'est travailler dans l'espace étroit qui se situe entre la négation de la souffrance et l'adhésion à cette souffrance ; c'est se donner le droit à l'hésitation alors que le diagnostic enferme sur une seule issue : la reconnaissance de la pathologie et n'offre comme communauté d'appartenance que celle des victimes.

La montée en puissance du harcèlement moral a donné une acuité nouvelle à cette question. Le fait de « poser ce diagnostic » bloque toute possibilité de revenir sur la situation de travail, d'analyser l'organisation de travail dans ce

qu'elle peut avoir de contradictoire, d'identifier le conflit de travail qui est souvent à l'origine de la dégradation des relations de travail. Ce diagnostic n'ouvre pour la « victime du harcèlement » que des issues vers la victimisation, et éventuellement la quête d'une réparation judiciaire. Le salarié devenu victime est conforté dans l'idée qu'il est face à une volonté de destruction et qu'il ne sait pas pourquoi. Cela l'entraîne vers une incapacité à penser sa propre histoire, à donner du sens à ce qu'il vit.

Alors que le processus de réparation pour le salarié, le retour non pas à un état antérieur mais à la cicatrisation de la blessure ouverte par la violence reçue semble passer avant tout par la compréhension de ce qui a eu lieu.

Ne pas poser de diagnostic est là essentiel.

CONCLUSION

Cette expérience professionnelle nous place donc devant des interrogations professionnelles et des choix éthiques.

Premièrement, il s'agit de mettre des limites à cette activité subjectivante. Cette décision s'affirme dans le travail d'accompagnement du salarié, d'assistance non substitutive à la pensée et d'énonciation des hypothèses et des possibles.

Deuxièmement, il s'agit de reconnaître cette expérience professionnelle comme un mode d'« être-en-commun » possible. Être médecins du travail, c'est donner à voir la singularité humaine dans le monde du travail, mais c'est aussi

travailler à l'émergence de ce qui fait lien entre le singulier et le collectif.

Si la découverte de sa singularité peut faire révélation pour le salarié, le dévoilement ne brise aucun secret. Le dévoilement rend seulement justice à ce qui n'avait pas été exprimé jusqu'alors, il rend à un événement passé, à un conflit de règles souvent intériorisé, la justice qui ne lui avait pas été faite lorsqu'il était advenu.

Troisièmement, il s'agit d'évaluer le risque « encouru ». Cette expérience qui nous place à distance consciente de notre « connaissance » scientifique, nous impose un double point de vue, deux modes de pensée en même temps, une raison dédoublée. Elle nécessite que nous puissions, nous aussi, trouver ou inventer les lieux pour exprimer nos propres singularités, les tensions entre notre activité subjectivante et ses limitations nécessaires.

Quatrièmement, il s'agit de poser la question de l'évaluation de cette pratique professionnelle sur la santé des salariés. Nous n'avons là actuellement que notre propre jugement soumis à l'épreuve du temps puisque nous suivons ces salariés depuis plusieurs années, notre sentiment d'avoir acquis là quelques nouvelles compétences professionnelles en termes de prise en charge et de prévention des problèmes de santé au travail, mais aussi le travail collectif de mise en délibération de nos pratiques au sein de l'Ass. SMT.

*Chantal BERTIN, Denise PARENT,
Odile RIQUET, Nicolas SANDRET*

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE : Annie LOUBET-DEVEAUX

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Denise RENOUPARENT – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Claire LALLEMAND, Nicole LANCEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Mireille THÉVENIN

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.