

ACROBATIES⁽¹⁾

L'HISTOIRE

M. T... est manutentionnaire dans un centre de tri du courrier qui fait partie d'une grande entreprise de services. Dès ma prise de fonction dans l'entreprise, voilà six ans, on m'a signalé son cas comme hautement prioritaire à traiter. La situation de M. T... m'a alors été présentée de la façon suivante par le DRH : M. T... pose des problèmes de management récurrents, surtout depuis un accident de travail survenu un an auparavant. En effet, il met en avant les séquelles de cet accident pour ne faire « que ce qu'il veut », et part dans des colères terribles quand son encadrement essaie d'exercer une quelconque autorité ; il a même menacé d'apporter un fusil et de descendre le directeur du Centre. Il est donc urgent que soit défini ce que M. T... peut ou non faire sur le plan médical. Dans les faits, M. T... a été muté en équipe de jour contre son gré, officiellement en l'absence de poste compatible avec son état de santé en nuit⁽²⁾, et a négocié, en dédommagement, des compensations que le DRH juge exorbitantes (nous y reviendrons).

Je fais la connaissance de M. T... lors de ma première visite du centre de tri, il y a donc six ans. Un petit homme jaillit soudain de nulle part, et me prend à partie de façon virulente, le DRH qui m'accompagne me fait comprendre que « c'est lui ». Le discours de M. T... est assez confus, surtout pour moi qui arrive et ne connaît encore ni les postes de travail ni les noms d'aucun responsable, et je retiens alors surtout la tonalité très querulente de ses propos, ses gesticulations, et son regard furieux. Je lui promets de le rencontrer en consultation dès que possible pour qu'il m'explique sa situation.

Je reçois M. T... quelques jours plus tard. Il est cette fois courtois bien que très tendu. La consultation sera très longue – il a beaucoup à dire, tout sort en vrac, il saute du coq à l'âne –, et j'ai du mal à m'y retrouver dans son parcours personnel comme professionnel. En outre, M. T... est assez

.....

1- Monographie clinique rédigée dans le cadre de Samotra-ce

2- Le motif annexe étant que M. T... est considéré comme « ingérable » en nuit du fait d'un encadrement réduit.

fruste, diffluent, et, bien que vindicatif, il peine à s'exprimer. Ce que je retiens alors est, en résumé, ce qui suit :

M. T... a 51 ans. Il a travaillé en usine comme ouvrier pendant des années, puis est entré dans l'entreprise comme manutentionnaire à l'âge de 34 ans (soit dix-huit ans plus tôt). Il a essentiellement travaillé au centre de tri, et était dernièrement trieur-manutentionnaire en équipe de nuit. Il a été victime d'un accident du travail un an plus tôt, qui a entraîné un traumatisme de l'épaule droite (il est droitier), en tentant de tirer, seul et à une seule main, un conteneur de courrier trop chargé. M. T... se décrit comme très volontaire au travail – ce que me confirmera l'encadrement de proximité –, et ne veut travailler que la nuit.

M. T... me livre par ailleurs spontanément des éléments autobiographiques en vrac, par fragments, émaillant ainsi la narration de ses problèmes de travail du moment, comme pour mieux me permettre de le comprendre. Il est né dans une ancienne colonie et aurait eu le plus grand mal à obtenir la nationalité française ; sa mère était une autochtone, son père, français, militaire, est décédé, et ne l'aurait jamais reconnu ; pour autant il me dit être « pupille de la nation ». Il est arrivé en France enfant, avec son frère qui est handicapé mental et a de multiples problèmes de santé, dont il s'est toujours occupé, et qui vit encore sous son toit. M. T... s'est marié et a eu trois filles ; il est maintenant divorcé depuis des années, et ne voit quasiment plus ses filles. M. T... me donne à entendre une espèce de rancune tenace et globale envers ce que la vie lui a donné à vivre, ainsi qu'un déficit de reconnaissance envahissant.

Lors de cette première consultation, M. T... décrit des douleurs chroniques de son épaule accidentée (douleurs pour lesquelles il ne prend toutefois aucun antalgique), et une gêne fonctionnelle particulièrement invalidante, ne lui permettant quasiment plus de faire face aux nécessités quotidiennes de la vie (se laver, se faire à manger, conduire sa voiture). Depuis sa reprise après cet accident de travail,

M. T... a été placé, contre son gré, en équipe de jour ; on lui demande de s'occuper, à temps plein, des « sacs vides », à savoir vérifier la vacuité des sacs de courrier déjà vidés, et les étendre bien à plat sur des chariots pour pouvoir être réutilisés facilement. M. T... conteste avec énergie cette affectation, qui n'est pas un « vrai » poste, et met en avant la pénibilité de pousser, ensuite, ces chariots pleins de sacs. M. T... a un objectif professionnel unique : retourner travailler en équipe de nuit ; et en dépit de toutes les activités banales impossibles à réaliser dont il vient de me faire la liste, il affirme avec force qu'il pourrait « essayer certains postes », si on le laissait faire. Il est extrêmement agressif envers sa hiérarchie, et égrène des exemples passés d'injustice dont j'avoue ne pas saisir toute la portée(3). Il a cependant réussi à négocier un aménagement professionnel significatif : contre le désagrément, pour lui, de travailler de jour (et sur ce poste), il a décidé de travailler seulement 32 heures par semaines (payées 39), comme s'il était de nuit, et va chez le kiné pendant ses horaires de travail deux à trois fois par semaine. Bien que rien n'ait été acté par écrit, le compromis est toléré par le DRH du centre, qui semble considérer que c'est le prix à payer pour la paix sociale.

Un bref éclairage, ici, d'une part sur le travail de manutentionnaire de nuit, que j'obtiens surtout en écoutant les collègues de M. T... (ce dernier ne verbalisant que peu de chose, à ce stade, sur son travail), et d'autre part sur le poste « sacs vides », que je comprendrai en allant sur place. Les activités de manutentionnaire de nuit au centre de tri se font en horaires 20 h-6 h, deux nuits sur quatre. Cette organisation temporelle est très appréciée des agents car elle laisse beaucoup de temps libre, et revient à ne travailler que 32 heures par semaine au lieu de 39 ; en outre, il est souvent possible, au prix d'un certain « coup de bourre » en fin de nuit, de partir dès 5 h ou 5 h 30. Les manutentionnaires interviennent en amont et en aval de l'activité de tri du courrier, orientant vers la bonne destination soit le courrier à trier qui vient d'arriver, soit le courrier déjà trié qui doit être expédié. Le travail est physiquement exigeant, avec des manutentions répétées de sacs et de bacs de courrier, ainsi que du chargement et déchargement de camions. L'ambiance de travail en nuit est également très appréciée, dans la mesure où les agents bénéficient d'une grande autonomie du fait d'un encadrement particulièrement réduit dans cette tranche horaire. Concernant l'activité « sacs vides », elle est réalisée dans un coin du centre de tri, à l'écart des autres activités du centre. Si ce travail ne comporte aucune contrainte mécanique importante pour les bras, il est aussi sans grand intérêt, et M. T... se retrouve, de fait, mis à l'écart du processus productif et du flux du courrier, et coupé du collectif de travail. On comprend donc que M. T... conteste aussi farouchement sa nouvelle affectation.

Concernant l'accident du travail, l'histoire médicale est la suivante : M. T... a eu un étirement traumatique de l'épaule droite, qui a justifié un arrêt de travail de quelques semaines

.....

3- J'apprendrai ultérieurement que M. T... rédige fréquemment des courriers aussi incendiaires que procéduriers, et qu'il a déjà saisi les tribunaux – il a d'ailleurs été débouté de sa plainte et condamné à payer une amende pour saisie injustifiée.

et de la kinésithérapie. Devant l'impotence fonctionnelle résiduelle de son bras, un premier scanner a été réalisé deux mois après l'accident, qui ne retrouvait aucune rupture, même partielle, de la coiffe des rotateurs ; une petite lésion du tendon sous-scapulaire a cependant fait, par précaution, interdire temporairement les manutentions de plus de 5 kg. Devant la persistance du déficit fonctionnel, un nouveau scanner a été réalisé six mois plus tard, considéré comme normal, et n'apportant donc aucune explication aux séquelles fonctionnelles dont M. T... continuait de se plaindre. Une consultation a alors été demandée à un rééducateur fonctionnel, qui a conclu, presque un an après l'accident, à un « dysfonctionnement global du membre supérieur, compliqué d'une séméiologie fonctionnelle majeure, avec un tableau physique très dissocié », et à la nécessité d'une rééducation intensive en centre spécialisé. La consolidation sera finalement réalisée dix-huit mois après l'accident et l'IPP évaluée à 20 %.

Sur le plan médical les autres antécédents marquants de M. T... dont je trouve trace dans le dossier sont les suivants :

- Une gastrectomie partielle en 1973 dans les suites d'ulcères gastriques récidivants.
- Des troubles psychiques étiquetés « dépression » ayant entraîné un arrêt de travail de quelques mois en 1994, pour lequel je retrouve copie d'une ordonnance d'antidépresseur et d'anxiolytiques prescrits par le généraliste. Le médecin du travail de l'époque avait noté « affolé », « tremblements », et la perte de 14 kg ; c'est apparemment elle qui l'avait adressé au généraliste. À la reprise, il est noté qu'il est suivi dans un centre psychiatrique.

En 1997, la découverte, lors d'un bilan systématique, d'une anémie inexplicquée qui met M. T... dans un état d'anxiété majeure : il clame alors qu'il refuse de se soigner, et prend le soin d'en informer l'assistante sociale. Une exploration digestive sera finalement pratiquée, qui s'avère normale. De façon relativement concomitante, il entre en conflit majeur avec sa hiérarchie suite à une requalification partielle de son grade qu'il juge inique, et à une notation qu'il juge inacceptable ; c'est dans ce contexte qu'il profère des menaces de mort envers le directeur de centre et se voit *illico* propulsé en expertise psychiatrique, laquelle conclut, à la surprise de l'encadrement, que si « le sujet présente une personnalité impulsive et sensitive », il « ne développe actuellement aucun trouble psychiatrique évolutif ».

Lors de cette première consultation avec M. T..., j'observe avec une certaine perplexité qu'il ne bouge à aucun moment son bras droit, alors même qu'il s'agit beaucoup en me racontant son histoire. Pour autant, en dépit de points douloureux non systématisés, l'examen clinique de l'épaule est pauvre : aucune amyotrophie, et des amplitudes relativement conservées dès qu'il se sent en confiance et accepte de coopérer à l'examen. M. T... me parle aussi de sa consultation avec le rééducateur fonctionnel, et de ce qu'il faudrait qu'il ait une rééducation intensive en centre pendant quatre semaines. Il m'explique aussi que ça n'est pas possible, à

cause de son frère gravement handicapé dont il a la charge. À l'issue de cette première consultation, je propose à M. T... de prendre contact avec le rééducateur, et de voir avec l'assistante sociale ce qui serait possible au sujet de son frère. Il me donne son accord.

Comme convenu avec M. T..., je contacte le rééducateur fonctionnel qui m'affirme qu'une récupération quasi complète est possible en quatre à six semaines de rééducation en centre spécialisé ; il pointe cependant les « bénéfiques » actuels que M. T... tire de sa situation, et m'alerte sur la nécessité d'un « contrat » clair avec M. T... Pour optimiser la rééducation fonctionnelle, je rédige un rapport de plusieurs pages décrivant les activités professionnelles que M. T... a pour objectif de pouvoir réaliser de nouveau.

Il me faudra plus de six mois (émaillés d'arrêts pour « rechute d'accident »), et beaucoup de ténacité et de persuasion pour négocier que l'entreprise prenne en charge les frais éventuels occasionnés par la garde du frère de M. T... afin de lui permettre d'aller en centre de rééducation. Au dernier moment, il faudra aussi s'occuper du chien, car la première semaine de rééducation se fait en internat complet... Mais M. T... finit par entrer en centre de rééducation, très déterminé, et avec l'immense motivation de retravailler de nuit...

Peu de temps avant la sortie de rééducation de M. T..., je reçois un courrier du rééducateur, très satisfait du résultat obtenu, et parfaitement optimiste sur la réinsertion. Je suis alors plutôt soulagée, et, j'avoue, assez fière de voir se concrétiser ce qui m'a tout de même demandé beaucoup de travail, et aussi d'implication personnelle, en défendant, contre l'avis de l'encadrement, que M. T... pouvait être réintégré dans un poste normal pour peu qu'on lui en donne les moyens – d'autant plus fière qu'il faut bien reconnaître que M. T... n'est pas précisément un agent « facile », ni un cas « simple ». Aussi j'attends presque avec impatience le lundi où M. T... doit reprendre, où je vais le revoir en visite de reprise, où on va se réjouir du résultat, et où je vais écrire « apte » avec plaisir et le sentiment de réparer quelque chose.

Ce lundi arrive... et M. T... ne vient pas à son rendez-vous. J'appelle le centre de tri ; ils n'ont pas de nouvelles : M. T... ne s'est pas présenté à son travail... De fil en aiguille, j'apprends dans la soirée que M. T... a eu un accident de voiture à sa sortie de rééducation... et serait à l'hôpital... Lequel hôpital se révèle être... l'hôpital psychiatrique...

Passablement désemparée par cette évolution inattendue, je pars glaner des informations médicales, et j'apprends que les faits sont approximativement les suivants : à sa sortie de rééducation, M. T... a fait un malaise au volant de sa voiture ; les dégâts ont cependant été mineurs. Après cet accident, il est allé de lui-même au centre psychiatrique qu'il connaissait. Devant, j'imagine, un certain état de confusion, un bilan sanguin a été réalisé, qui a montré une hyponatrémie profonde, signant une intoxication à l'eau (j'apprendrai qu'il faut tout de même boire une bonne dizaine de litres d'eau par jour, pendant plusieurs jours, pour en arriver là...) – et M. T... a été hospitalisé en psychiatrie.

Je revois M. T... trois mois plus tard, juste avant sa reprise. Il m'explique qu'il buvait énormément d'eau parce qu'il faisait du sport, et que quand on fait du sport, il faut boire beaucoup d'eau. Il prend du STABLON®, du LEXOMIL®, de l'IMOVANE®, et du TIAPRIDAL®. Psychologiquement il va un peu mieux, après une période qu'il me décrit comme de très grande angoisse, sans raison objective identifiée ; à ma question sur le rôle du travail, ou la perspective de la reprise, il répond « peut-être » sans grande conviction.

« Moralement », il récupère progressivement, bien qu'il signale des crises d'anxiété résiduelles. En revanche, il s'est aussi remis à souffrir progressivement de l'épaule, et à perdre les amplitudes et la force musculaire qu'il avait regagnées. Il a intégré la doctrine de la rééducation fonctionnelle, et explique que c'est normal : si on ne retravaille pas dans la foulée de la rééducation, on perd tout. Il souhaite vraiment reprendre son travail, convaincu que ça lui fera du bien psychologiquement ; mais il se sent « mis sur la touche », et me dit qu'il lui arrive de pleurer. Il me dit aussi qu'il boit encore beaucoup d'eau (de la *Vichy Célestins*, qui est très salée, pour éviter les problèmes). Il ne sait pas pourquoi il boit tant ; il pense que « ça l'aide peut-être à calmer son angoisse ». À l'examen, il a perdu 7 kg, il a une TA élevée. Il se montre craintif dès que je manifeste le souhait d'examiner son épaule ; un examen objectif se révèle impossible à réaliser, et je n'insiste pas...

Le « contrat » avec l'entreprise était qu'à l'issue de la rééducation il serait mis fin à ses « privilèges » ; il le sait, c'est comme ça. Nous convenons qu'il va reprendre en horaires d'après-midi – ça ne soulève plus de difficultés de sa part – et qu'il fera « ce qu'il peut ». Je négocie avec la hiérarchie des marges de manoeuvres pour M. T... : en particulier qu'on le laisse essayer, à son rythme, sans contrainte de production, et quand il le sentira, les activités qu'il pense pouvoir essayer, pour tester ce qu'il peut ou non faire avec son bras. On va se donner du temps, voir comment cela se passe, le laisser faire... il me recontactera.

Moi cependant, je ne suis plus très fière : en fait, grâce à mon interventionnisme qui lui a permis d'aller en centre de rééducation fonctionnelle, M. T... s'est retrouvé hospitalisé en psychiatrie. Et s'il a en partie récupéré sa raison, il reste angoissé et désemparé de cet échec, et a reperdu son bras ; et perdu aussi, désormais, tout ce qu'il avait négocié comme indemnisation symbolique...

Je n'entends plus parler de M. T... pendant plus de dix-huit mois ; suroccupation, mauvaise conscience, et n'ayant rien de mieux à proposer, je ne me manifeste pas non plus...

Je revois M. T... dix-huit mois plus tard, donc, à la demande de sa hiérarchie qui souhaite tout de même encadrer un minimum ses activités, et, outre le traitement des sacs vides, propose de lui confier officiellement un certain nombre de tâches, dont elle m'envoie la liste, et pour lesquelles elle souhaite mon avis médical. Au cours des dix-huit mois écoulés, M. T... a fait plusieurs essais sur certaines positions de travail, et comme convenu, on l'a laissé faire ; ainsi, j'apprends qu'il participe de nouveau aux travaux d'oblitération

sur machine. Il a adopté une gestuelle assez originale pour les quelques manutentions que cela exige, mais il s'en tire plutôt bien. Il me fait une démonstration, et je note qu'il réutilise partiellement son bras handicapé. Il se plaint avec virulence de ses collègues, que, pour résumer, il ne trouve pas très courageux, et qui laisseraient souvent le travail inachevé ; donc il le fait, lui, dont ça n'est pourtant pas le rôle officiel, car il aime que le travail soit fait ; mais du coup il est ensuite obligé de courir pour finir de préparer ses sacs vides. Derrière ses vitupérations, auxquelles j'ai fini par m'habituer, je perçois une certaine fierté à faire ainsi la démonstration de son utilité professionnelle, et de son implication. Il fait de la kinésithérapie de façon intermittente pour son bras ; il est toujours gêné, et souffre régulièrement quand il fait des « faux mouvements » – mais du moins travaille-t-il de nouveau sur de « vrais » postes, et je lui manifeste ma satisfaction de voir ainsi tous les progrès qu'il a fait. Il ne prend plus que de petites doses d'ATHYMIL® et va en consultation au centre psychiatrique tous les deux mois.

Avec son accord, et après une longue discussion, je le déclare apte à l'ensemble des activités qui lui sont proposées (à l'exclusion d'une seule, qui supposait des manutentions manuelles répétées sous contrainte de temps). Ces activités, qui peuvent se définir comme la préparation des différents chantiers de tri, ont toutes en commun de faciliter le déroulement du processus productif ; et même si elles sont un peu hétéroclites, M. T... a désormais une position de travail qui le réinscrit dans le collectif du centre de tri à défaut de l'intégrer dans une équipe précise.

Dix-huit mois suivent, pendant lesquels je revois cette fois M. T... de façon régulière, à sa demande. Il vient me faire part de ses difficultés successives, qui sont bien souvent liées à son incapacité à entrer en relation et à s'exprimer ; chez lui, c'est toujours l'agressivité qui prend le dessus, et toute discussion tourne donc au conflit. Il faut dire que la position de M. T... – à cheval sur de multiples chantiers –, ne facilite pas son organisation personnelle du travail, et la synchronisation est parfois délicate. Il m'arrive donc à plusieurs reprises de téléphoner à l'encadrement pour, en quelque sorte, traduire ce que M. T... n'a pas réussi à analyser ou exprimer d'une façon recevable. Cette période est par ailleurs émaillée de problèmes de santé intercurrents : lombalgies, problèmes dermatologiques non étiquetés, troubles digestifs... Mais on parle moins de son bras, dont l'utilisation me semble plutôt satisfaisante vu le contexte, et que, d'ailleurs, j'ai pris le parti de ne plus examiner.

Pendant cette période, M. T... aura de nouveau un accident du travail, en réalisant, de façon acrobatique pour préserver son bras, des manutentions que personne ne lui avait demandé de faire (comme le lui fera remarquer sa hiérarchie)... Il s'est fait une entorse du genou ; le bilan révèle des lésions sous-jacentes méniscales et de chondropathie assez avancées, dont le pronostic est médiocre. Même après les soins et la rééducation, il reste gêné par des douleurs lors de certains déplacements (escaliers), et par la station debout prolongée. Il ne remet toutefois pas en cause son affectation professionnelle, et nous convenons qu'il reste « apte ».

Et puis, un jour, je revois M. T... à la demande de sa hiérarchie : le poste « sacs vides », qui occupait plus de la moitié de son temps, est supprimé, il faut donc reconsidérer complètement l'affectation de M. T..., et se prononcer de nouveau en terme d'aptitude.

M. T... a pensé à tout cela, et est allé faire des essais en salle de tri manuel. Je suis préoccupée : trier, c'est rester constamment debout devant un casier (son genou...), et placer, avec une cadence élevée, des lettres dans des cases dont près du tiers est au-dessus de la tête (son épaule... d'autant qu'il est petit...). Mais je l'entends me raconter comment il y arrive ; comment il va chercher le courrier dans des caissettes qu'il porte à une main, coincées contre sa hanche, comment, en prenant de l'élan, il arrive à placer les lettres dans les cases du haut, comment, avec sa main gauche soutenant son coude droit, il accompagne le geste de ce bras droit... et il me montre la genouillère qu'il a achetée. Puis il en vient à l'essentiel : il veut retravailler de nuit.

Je décide alors de rédiger un avis d'aptitude qui se révélera au moins aussi acrobatique que la gestuelle de M. T..., dans ce qu'il contient de paradoxal : en substance, et pour lui permettre de retravailler de nuit, je donne mon accord à une affectation sur des activités de tri, tout en précisant que les séquelles de son accident de travail ne lui permettront pas d'atteindre les cases du haut, ni de respecter les cadences. Je propose bien sûr divers aménagements pour atténuer l'incongruité de mon courrier, et surtout, je prends la précaution de contacter le directeur du centre pour faire une explication de texte. Ce courrier (dont il ne faut pas oublier que M. T... reçoit légitimement une copie), a pour objectif de permettre à M. T... de réintégrer une position de travail aussi normale que possible, en tenant compte de ses restrictions de capacité, de sa personnalité, et de son parcours professionnel des dernières années – en pariant finalement sur une entrée dans un « cercle vertueux ». Le directeur comprend le montage intellectuel de cet avis médical original, et accepte l'essai.

Je revois M. T... deux mois plus tard. Nous faisons le tour des difficultés qu'il rencontre dans son travail. Il participe à l'intégralité des activités de nuit même le « décasage machine ». Je suis vraiment interloquée, car le « décasage machine » comporte des contraintes majeures : non seulement il faut aller attraper les paquets de lettres triées par la machine en hauteur, mais il faut aussi suivre les cadences de cette machine c'est dire si les marges de manœuvres sont faibles. Mais M. T... m'explique : soit il décasse de la main gauche, dont il a appris à se servir de plus en plus, soit il prend appui sur un relief de la machine qui lui sert de marche pour atteindre les cases du haut avec sa main droite, facile ! Il est assez content de l'effet que tout cela me fait. Il me dit que son moral est « impeccable », et me dit aussi que « ce travail est beaucoup plus valorisant que les sacs vides », ce dont, évidemment, je me doutais, mais que je ne lui avais jamais entendu formuler dans l'autre sens (les sacs vides sont dévalorisants). Il est tellement heureux d'être revenu en nuit, qu'il a même accepté un horaire un peu moins attractif : celui de 22 h – 6 h. Il m'explique aussi que l'intérêt de la nuit est qu'« on a plus le temps », car moins de chef sur le

dos, et plus de marges de manœuvre. Il refait même de la manutention de temps en temps. Je lui signifie à quel point je suis épatée par ce qu'il réussit à faire de nouveau. Bien que son enthousiasme soit grand, je pose malgré tout des restrictions afin d'éviter un surmenage articulaire : j'ai le sentiment qu'il ne va pas se protéger suffisamment, et, vu son caractère et son sens aigu des relations humaines, il ne faut pas compter non plus que l'encadrement le protège...

Je n'entends plus parler de M. T... pendant six mois. Puis vient un courrier de son médecin traitant, qui s'inquiète des contraintes de son activité professionnelle du fait de son atteinte de l'épaule, et a fait un certificat, transmis au centre de tri, attestant que M. T... ne peut plus faire toute une série de gestes... qui de fait lui interdisent de rester sur son poste... Je contacte ledit médecin traitant, lui fait l'historique, et lui explique le compromis trouvé dans le travail. Il ignorait tout cela, et note que, en dépit des plaintes récentes de M. T..., ce dernier n'a jamais demandé d'arrêt de travail : il prend occasionnellement des antalgiques, et fait régulièrement de la kiné.

Je revois rapidement M. T... L'IPP de son épaule vient d'être revue à la baisse (15 % au lieu de 20 %)... et il semble bien que ce soit cette nouvelle qui ait entraîné la consultation chez le médecin traitant. Passées les récriminations (il ne comprend pas la réduction de l'IPP, et clame qu'il a toujours aussi mal), il me dit pourtant qu'« au travail, ça va ». Nous refaisons un tour de l'ensemble de ses activités, en décortiquant ce qui pose ou non problème. Il ressort en résumé de ce parcours, que M. T... a des difficultés à trouver un compromis satisfaisant entre performance professionnelle et santé : ainsi, en début de vacation, a-t-il un rendement qu'il estime supérieur à celui de beaucoup de ses collègues, mais il fatigue vite ; le tri « grands formats » est plus facile à gérer pour lui, car les plis, plus lourds qu'aux petits formats, se lancent mieux dans les cases – en revanche, c'est plus pénible car il n'y a aucune possibilité de s'asseoir –, s'il veut tenir la cadence, son courrier se retrouve en vrac dans les cases, ce qui crée des tensions avec les collègues qui le récupèrent..., etc. Bref, nous essayons d'analyser ce qui fait difficulté, et surtout pourquoi, en notant chaque fois que le résultat est une affaire de compromis à trouver entre performance et santé. Je lui répète qu'il doit veiller à sa santé, autrement dit, je donne légitimité au fait qu'il doive se ménager. Et je valorise les astuces corporelles et organisationnelles qui lui permettent de travailler de nouveau sur une position normale. Je note également qu'il ne prend plus aucun psychotrope, et que cet arrêt correspond à son affectation en nuit.

Comme M. T... a maintenant 57 ans, j'évoque subrepticement la question de la retraite – pour faire rapidement marche arrière ! Cette simple évocation déclenche des torrents de récriminations du côté de l'injustice sociale dont il a toujours été victime... En bref, la retraite, ça n'est pas pour demain, n'en parlons plus ! Je conclus la consultation en renouvelant les restrictions d'aptitude tout en confirmant l'affectation en nuit dans le poste actuel.

C'était il y a plus de dix-huit mois. Entre-temps un nouveau cadre de nuit est arrivé, au début un peu intrigué de la situation, et assez agacé par le comportement de M. T..., qui certes, travaillait avec ardeur, mais ne faisait « que ce qu'il voulait » et « posait des problèmes de management ». Je lui ai donné acte de ces difficultés, fait l'historique de la situation, confirmé l'avis d'aptitude, et aussi suggéré de considérer à quel point M. T... travaillait avec ardeur. J'ai revu ce cadre il y a peu, avec maintenant près de deux ans de recul pour le retour de M. T... en nuit ; il m'a dit que tout ce passait bien, et m'a même confié que, si tout continuait comme cela, il envisageait de noter M. T... « excellent ».

TENTATIVE D'ANALYSE

Je me suis longtemps reproché un certain manque de discernement dans cette affaire. Peut-être aurais-je dû critiquer l'indication de rééducation fonctionnelle : la quasi exclusion de son bras par M. T..., ses antécédents psychiatriques, ses difficultés relationnelles majeures...

Et surtout, mon interventionnisme initial avait eu pour corollaire la décompensation psychique de celui qui n'était, jusque là, « que » handicapé du bras. Même si on peut considérer que la pathologie psychiatrique était préexistante, la chronologie des faits restait en effet bien troublante : incontestablement, M. T... était passé directement du centre de rééducation fonctionnelle, qui le proclamait quasi guéri de son épaule, à l'hôpital psychiatrique ; et inversement, il avait retrouvé une relative stabilité psychique parallèlement à la régression fonctionnelle de son bras. Bref, il n'y avait pas de quoi pavoiser.

Puis l'histoire de M. T... m'a rattrapée, et son dénouement m'a beaucoup interrogée : comment se faisait-il qu'une affaire aussi mal emmanchée pendant quatre ans se termine aussi bien – c'est-à-dire par le retour inespéré, au poste qu'il souhaitait, en dépit des contraintes physiques de ce poste, d'un agent sérieusement handicapé sur le plan fonctionnel, et manifestement très fragile sur le plan psychiatrique. Un retour qui tient dans le temps, avec un recul de maintenant près de deux ans. J'ai donc cherché à comprendre comment ce retournement avait pu avoir lieu, et ce qui, dans ma pratique hésitante, inventée au fil des consultations avec M. T... après l'échec de la rééducation, avait permis ce retournement.

Si je tente aujourd'hui d'analyser cette histoire, à l'éclairage de la psychodynamique du travail, je pourrais la résumer en disant que l'accident de M. T... a entraîné une souffrance aiguë dans le registre de la non-reconnaissance ; non reconnaissance de sa douleur, de son amputation fonctionnelle, mais aussi de son implication professionnelle, passée et toujours présente, ce déficit de reconnaissance au travail entrant en résonance symbolique avec un déficit de reconnaissance quasi existentiel chez M. T... (cf. son histoire personnelle). L'équilibre psychique de M. T... tenait jusque là exclusivement par le travail, par son rapport subjectif et social au travail, la faillite de sa vie privée n'étant guère à même de lui apporter quoi que ce soit pour la construction de sa santé mentale, et les obligations assumées vis-à-vis de son frère

constituant à n'en pas douter un handicap social supplémentaire.

Je fais l'hypothèse que ce qu'on pourra appeler la majoration fonctionnelle du déficit, ou l'incorporation de la souffrance professionnelle de M. T... au niveau de son épaule, a constitué à la fois le seul langage de détresse trouvé par cet agent un peu frustré et peinant à verbaliser, et la seule défense (inconsciente bien sûr) trouvée par lui pour éviter un effondrement psychique à la suite de son accident du travail – cet accident qui a fait se dérober le travail, seul support de sa santé mentale. Quand cette stratégie défensive est devenue intenable, grâce à (ou à cause de) la rééducation, autrement dit quand son bras a récupéré une fonctionnalité indéniable, même pour lui, la décompensation psychique est survenue.

Reste à analyser ce qui, dans la pratique développée par le médecin du travail à cette occasion, a permis un retournement de la situation, ou du moins de ne pas gâcher le fragile travail de réhabilitation entrepris par M. T...

Le médecin du travail a eu ici une action à la fois :

- de médiation, en tentant de comprendre puis en quelque sorte de traduire, de façon socialement recevable, ce que M. T... exprimait de façon maladroite et particulièrement violente : son profond désir de retravailler, de reprendre une vraie place dans le collectif de travail ;
- d'apport de reconnaissance, en ne contestant jamais la réalité de la souffrance exprimée, le fut-elle de façon médicalement non conventionnelle, en reconnaissant la gravité de l'incapacité fonctionnelle, en lui donnant acte de ses progrès et surtout de ses efforts, de son ingéniosité et de son courage incroyables pour revenir au travail ;
- d'accompagnement, en s'engageant à ses côtés dans sa volonté de réhabilitation fonctionnelle et profes-

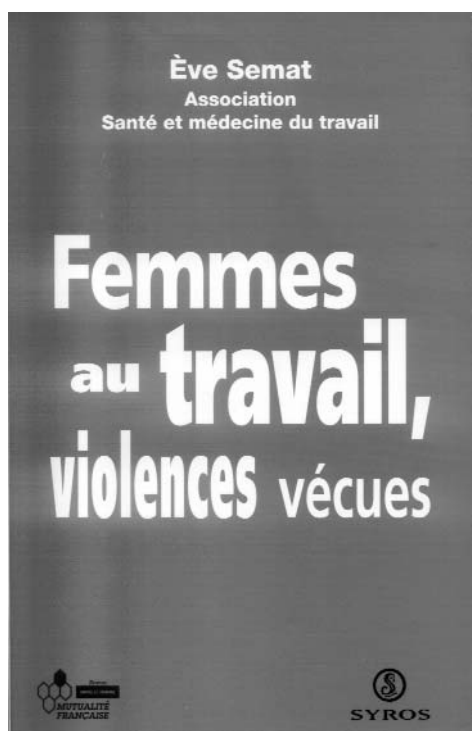
sionnelle, et en laissant toujours ouvertes les possibilités de retour au travail, jusque et y compris quand tout semblait bel et bien échoué ; peut-être même surtout à partir de ce moment là, quand, perdu pour perdu, j'ai fait le pari de faire confiance à M. T..., de lui remettre en quelque sorte les clés de son aptitude, en misant sur sa volonté de travailler et de se réinsérer dans un collectif de travail, mon intervention revenant alors à négocier pour lui des marges de manoeuvres, afin qu'il puisse lui-même trouver une nouvelle place dans le travail au centre de tri.

Je pense que c'est cette conduite, en grande partie intuitive, qui a permis une remobilisation de la subjectivité au travail et du zèle de M. T... C'est cette configuration créée autour de lui qui a permis d'entrer dans cette dynamique où le renforcement psychique a permis de libérer l'enjeu qui pesait sur son épaule, de verbaliser ce qui ne s'exprimait qu'en terme de déficit fonctionnel, et finalement un retour au travail plutôt réussi (vu les circonstances).

Quant à l'utilisation acrobatique de l'avis d'aptitude(4), elle s'inscrit dans l'histoire médico-professionnelle particulière de M. T..., et avait pour objectif de renforcer ce qui avait été si patiemment regagné mais qui me semblait si fragile : s'adressant bien autant à l'agent qu'au directeur du centre, cet avis reconnaissait expressément les séquelles fonctionnelles de l'accident du travail, séquelles habituellement rédhibitoires pour travailler sur le poste convoité. Mais cet avis ouvrait aussi, de façon encadrée, la possibilité d'y travailler. Entre les lignes, on pouvait donc lire que ce que réaliserait M. T... dans ce poste devrait être porté à son crédit.

Cet avis d'aptitude participait ainsi, en quelque sorte, au processus de restauration de la reconnaissance professionnelle, permettant une remobilisation de la subjectivité et du zèle professionnels de M. T...

Véronique ARNAUDO



.....
4- Pour atténuer l'impression d'acrobatie, je précise tout de même que cet avis n'était pas sans filet :

- d'une part une bonne connaissance des contraintes des postes de travail et des possibilités d'aménagement ;
- d'autre part une explication claire des enjeux auprès de l'employeur, qui a accepté de jouer le jeu.

Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99