

# DE LA SOUFFRANCE INFRA CLINIQUE À LA SOMATISATION

Compte rendu des débats  
du Congrès de l'Ass. SMT, 3 et 4 décembre 2005

Le débat commence par une présentation résumée des textes préparatoires :

- « Un cas de hernie hiatale » : Gérard LUCAS
- « Chronique d'une épidémie de TMS d'une part et syndrome du canal carpien et dépression : à propos d'une observation », d'autre part : Annie DEVEAUX
- « Acrobaties » : Véronique ARNAUDO
- « Chronique de consultation sur fond de délocalisation » dont fait partie le texte « Un départ précipité » d'une part et « Comment planifier sa propre chute », d'autre part : Jocelyne MACHEFER
- « La visite périodique, espace de débat initial singulier sur le travail ou comment j'ai délaissé le tiers temps classique de terrain d'atelier pour produire un tiers temps au cœur de la visite périodique » : Elisabeth PAGEL
- « Une clinique médicale du travail ; présentation pour les journées du CISME » ; 21 octobre 2005 : Fabienne BARDOT

## LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

« Il s'agit, au cours de chaque consultation de médecine du travail, de récolter des données, du matériau, aussi bien objectifs que subjectifs, sur le travailler, sur la santé et sur le parcours professionnel et personnel pour permettre une description des interactions des uns et des autres, description qui soit aussi fine que possible. » F. BARDOT, journées du CISME, 21 octobre 2005.

La clinique médicale du travail va plus loin que l'ergonomie. Mais jusqu'où aller ? Comment, dans l'activité de travail, trouver les prémisses de ce qui pourrait arriver plus tard en terme de déconstruction de la santé ? Quels liens possibles, quels ponts pour le début d'une dynamique santé/travail ? La clinique apparaît avec le travail, au fur et à mesure, avec ce que le **sujet ressent**.

Guidés par l'histoire du travail du sujet, il s'agit de dépasser le diagnostic, la dénonciation, l'indignation... Partir de l'infra clinique. Savoir son engagement, sa façon de penser, de délibérer, de se positionner dans le travail. Écouter ce que les

gens disent de leur travail et donner acte n'empêche pas de poser aussi des diagnostics mais nous fait prendre des risques quant à nos « habitudes » professionnelles de médecin du travail. **En effet, tenir la clinique du travail** demande de lâcher la clinique traditionnelle pour entendre **la dynamique** de la santé au travail. Mais alors, quelles règles de métier construire et comment ?

## ACTION, INACTION ?

### L'ALERTE PSYCHOSOCIALE

Dans cette entreprise où le personnel travaille sept heures consécutives sans pause, les salariés n'ont pas le droit de consulter le médecin du travail en visite occasionnelle et en cas d'urgence, ce sont les pompiers qui sont appelés en premier. Le CHSCT est en état de carence. Le vendredi après-midi, il ne subsiste qu'un seul cadre de permanence, par ailleurs délégué syndical, dans ce service. Le médecin se demande si c'est bien par hasard que deux opératrices sont tombées malades en même temps, ce vendredi après-midi et pas un autre jour. L'infirmière et le médecin du travail sont appelés.

Si l'une des salariées a fait un malaise lipothymique, par contre, l'autre semble présenter un kyste de l'ovaire et sera évacuée par le SAMU. Deux décompensations en même temps, le vendredi après-midi, alors qu'il y a un « vide » d'encadrement... S'autoriserait-on à décompenser à certains moments seulement ?

Faut-il faire des alertes sanitaires dans le champ psychosocial ? Dans le cas présent, il n'y aura ni déclaration d'accident de travail, ni d'accident bénin ; le médecin ne se sent pas appuyé pour déclarer l'AT ou pour associer le CHSCT. L'action du médecin du travail est plus que limitée. Une déclaration MCP ?

Que faire en l'absence de réactivité des salariés et de leurs représentants ? Les alertes collectives ne sont pas subordonnées à leur efficacité. Comment développer la charge de la preuve ?

La veille, l'alerte, n'ont pas pour objectif de changer le monde. Faut-il rédiger une fiche d'entreprise ? Pour quoi faire ?

Qui a constitué des dossiers pour le CRRMP, au chapitre du suicide et des infarctus au travail ? Une seule déclaration de dépression professionnelle serait passée en CRRMP. Les descriptifs des conditions de travail doivent être collectifs. Que fournir au salarié pour aider à la reconnaissance de MP ?

### CONSTRUIRE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

La visite médicale de reprise du travail pourrait être le moment de la prise de conscience du salarié des liens entre travail et somatisation. Mais la visite médicale de reprise est souvent shuntée. En quoi la prise de conscience du salarié est-elle une aide pour lui ?

La construction de cette clinique médicale demande du temps d'investigation pour découvrir, décrire, transférer et partager avec les médecins traitants, les épidémiologistes. La clinique traditionnelle ne met pas en parallèle les problèmes sociaux. L'épidémiologie ne règle pas la question de la façon dont on lit et traduit les processus durs du travail. La capacité de porter de la dénonciation dans une association n'est pas de la clinique médicale du travail décrivant l'espace de travail, la société malmenant le corps, avec un regard de clinicien.

La précarisation, notamment par les temps partiels imposés, les primes diverses dont celles du travail de nuit, empêchent les arrêts de travail, car les salariés tiennent moins longtemps financièrement. Le coût de la chambre à l'armée du salut ne s'élève-t-il pas à 300 €/par mois ?

Les IPRP ne peuvent prendre en compte cette clinique médicale.

Mettre en évidence la clinique peut prendre trente ans ! Toutefois, la santé des salariés se dégrade et la conscientisation des choses est plus importante. Si est une idée à défendre dans le métier, c'est bien le lien santé/travail qui guide la santé. Il faudra du temps pour un réel retentissement social.

### COMMENT GUIDER L'ENTRETIEN ? LA QUESTION DU SUJET

#### EMPATHIE

L'empathie n'est pas sympathie, ni attention. Capacité de sortir de soi et de prendre le point de vue de l'autre, elle doit aussi nous mettre hors de la situation, permettre de nous voir nous-même.

L'empathie est transversale. Il faudrait la considérer comme proposition de travail à reprendre à l'avenir : comme stratégie de découverte à l'intérieur de certains métiers comme cinéaste ou enseignant, par exemple.

L'approche d'*Alain BERTHOZ*, neurocogniticien, dans son ouvrage intitulé « L'Empathie », suscite des questions : faut-il privilégier un mode de relation à l'autre où l'autre ne serait

sujet. Que peut-on faire du fait que les neurones de celui qui s'intéresse au récit de l'autre seraient les mêmes que ceux mobilisés par celui qui raconte ? Que faudrait-il déduire encore du fait qu'il existe des neurones différents pour la sympathie, la compassion et les larmes ?

#### ÉMOTIONS ET POUVOIR D'AGIR

Le pathique n'est pas maladie. Emotions, sentiments, à l'occasion d'une rencontre singulière, doivent-ils être pris en compte ? Quels liens avec la question du sujet ? Qu'est ce qui doit être objectivable ?

À quoi sommes nous confrontés quand on aborde la question de la clinique médicale ? Où se situent nos peurs ? Ne voit-on pas disparaître la question du sujet lorsqu'on aborde la clinique médicale du travail ? Ne s'agit-il pas du sujet du désir, du rapport à autrui, dans le champ social ? Comment se fait la rencontre ?

Parler de l'activité de travail n'est pas une situation psychanalytique. L'empathie est adopter des points de vue différents ; une capacité de comprendre.

Il faudrait pouvoir parler de la rencontre sans la vivre seulement comme émotion et considérer la notion d'empathie comme proposition de travail.

La construction d'un monde commun, comme finalité de toute activité de travail, ne peut s'envisager qu'à partir de la singularité de chacun, d'un point de vue où on se voit penser les uns les autres.

S'il faut dépasser l'individualité, le besoin de lutte pour la reconnaissance et la nécessité de construire des collectifs sur des valeurs partagées ; il faut, par contre, penser notre pouvoir d'agir à partir de notre perception sensible du monde commun des émotions. Comment y a-t-il du collectif, une capacité collective mise en œuvre ? Si le sujet advient dans l'exercice du médecin du travail, l'attitude du médecin, à un moment donné, fait que l'autre parle autrement et il se crée une fonction collective.

Comment restituer la démarche autant que le résultat ? Comment permettre à d'autres médecins du travail d'arriver là, à penser comme ça, le dire, le parler ?

Comment arriver à dire ce que l'on fait quand on n'arrive pas à faire dire aux gens ce qu'ils font ?

#### SUBJECTIVITÉ ET TRANSFERT

Quand on tient la question du travail, on n'utilise pas le transfert. Quel lien entre BERTHOZ et la clinique médicale du travail, si on affirme qu'il y a nécessité absolue pour le clinicien de déplacer son point de vue tout en gardant le sien ?

Le subjectif nécessite réhabilitation. L'objet du travail est le sujet et la subjectivité. Le clinicien du travail doit aller voir du côté du patient : quels sont les objets du travail qu'il mobilise ? Ou qu'il ne peut plus mobiliser quand il va mal ?

Dans l'empathie, y a-t-il dissociation, dédoublement ; capacité à tenir sa place de médecin et capacité à prendre le point de vue de l'autre ?

L'écoute conduit-elle au transfert ? L'écoute empathique est-elle transfert et contre-transfert ?

Lorsque, grâce à l'écoute, le sujet est reconnu dans sa souffrance, est-on dans la thérapeutique tout en étant dans la question du travail ?

S'il y a de la thérapeutique, ce ne serait ni dans l'écoute ni dans le transfert : l'émotion surgit sur les questions du travail. Le médecin n'est pas une machine ; le sujet a-t-il besoin d'empathie ou plutôt de sympathie ? Ce mouvement n'est pas exclu. La distance est une question importante. Se protéger, mettre une barrière, peut être perçu non comme empathie, mais comme protection, défense.

L'empathie, la restitution, peuvent être, avec la meilleure volonté du monde, manipulation. Quand est-ce que le sujet est revenu à la liberté ? Quand il a obtenu assistance non substitutive à la pensée pour l'aider à reprendre la main et au pouvoir d'agir.

En quoi le travail plomberait-il le transfert ? L'objet étant le travail, le transfert a-t-il disparu ? Pourquoi ?

On ne choisit pas. On ne programme pas... « J'ai trop collé ! J'aurais dû... ». On est dans l'après-coup de l'intelligence pratique (phronésis) dans la dialectique.

Il faut apprendre à écouter, mais également à couper : « Je ne m'en sors pas ; je vais en parler avec un collègue ».

Il y a du transfert. Comment on en tient compte ? Ce n'est pas au cœur. Ça peut faire obstacle si je n'en tiens pas compte. Il peut y avoir transfert énorme, massif. Ce n'est pas un but. D'où l'intérêt de travailler à deux.

## LE TRAVAIL EST OBJET TRANSFÉRENTIEL

Le travail n'est pas présent d'emblée dans la relation. Notre interlocuteur attrape-t-il ou pas l'objet-travail ? Si oui, la fois suivante, il l'aura éventuellement perdu. Comment le ramène-t-on ? S'il ne veut pas l'aborder, on reste seul avec la question du travail.

L'empathie rationalise quelque chose de difficile à rationaliser. Le surgissement d'un monde commun ne serait-il pas tirer l'autre sur son monde à soi ?

L'empathie, bien que l'on soit dans l'activité de travail, s'attache aux difficultés du sujet. Le côté affectif mis à distance, on serait en capacité de mieux comprendre le travail, ses difficultés. On se représente les événements, les scènes du travail. On suit ce qui est dit par rapport à l'activité de travail : il faut être à la fois dedans et dehors.

On ne décide pas à l'avance l'empathie, l'antipathie... Le sujet dit le vécu des contraintes et nous pouvons nous retrouver entraînés dans la compassion parce que le sujet ressent son travail.

Est-on dans son activité de travail ou dans la dynamique du sujet ?

Le sujet de la psychanalyse, la question de l'économie du désir nous gênent dans le colloque singulier avec les sujets malmenés. Nos propres systèmes défensifs nous empêchent

de voir le travail. **En se calant très fort sur la question d'entendre le travail, on voit l'oscillation de construction/déconstruction de la santé du sujet.**

## CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL OU CLINIQUE DU TRAVAIL ?

Il faut à la fois tenir la question des inégalités sociales et nommer le sujet, sinon, la dynamique de mobilisation du sujet est évanescence. La question du sujet est revisitée par la clinique du travail. En ergonomie, il n'y a pas de sujet ; les gens déploient des stratégies. Ne faut-il pas parler d'acteurs collectifs ? En psychodynamique du travail, du point de vue individuel, il faut tenir compte de la mobilisation de l'intelligence du sujet.

La question du sujet est revisitée au moment où on aborde la subjectivité et les rapports intersubjectifs au travail.

Avec la clinique du travail, il semble que comprendre le sujet qui se débat nécessite d'entendre et comprendre ce que le sujet mobilise comme objet dans le travail. **Aller du côté de la clinique du travail serait aller du côté des objets du travail.**

Où sommes-nous ? Près du travail ? Près du sujet ?

On a besoin, face à l'augmentation des inégalités sociales du travail, d'une clinique médicale qui ne concerne pas que le médecin du travail, pour l'accès au pouvoir d'agir. Les sciences du travail ont besoin de la clinique du travail et de l'activité ; on a aussi besoin de la clinique médicale du travail.

## SINGULARITÉS ET MONDE COMMUN

Le sujet en psychodynamique du travail est singulier. La psychodynamique m'apprend encore son interaction avec d'autres singularités, dans l'intersubjectif. Pour le sujet, identifier les objets du travail peut-il gommer les singularités ? Les objets du travail mobilisés par le sujet sont-ils partagés par le monde commun ? Tout ceci ne semble pas donné d'emblée. S'il n'y a pas d'individus isolés, qu'est-ce qui les réunit ?

Il faut savoir qu'à la suite d'un événement du travail comme un AT, les récits individuels diffèrent ; les sujets n'ont pas vécu la même histoire. L'événement ne fait pas le monde commun. Le partage avec d'autres permet d'en tirer profit par rapport au travail. Le commun n'est pas construit d'emblée. Le collectif peut être atomisé. Comment faire du commun ? Que ça se relie ? Les sujets posent sans arrêt de la différence. Il y a des singularités qui peuvent peut-être construire du commun.

## LES RÈGLES DE MÉTIER

L'ergonomie, qui a fait un premier pas avec la notion d'intelligence commune, ne prend pas en compte la souffrance de la clinique médicale du travail. Souffrance, aliénation et perte du pouvoir d'agir, défenses des subjectivités malmenées, devraient être revisitées. L'entrée médicale

tient compte des trajectoires individuelles qui pèsent aussi sur la santé du sujet si on n'a pas instruit la question du travail. Par ailleurs, il ne faut pas lâcher la question du sujet car la question du travail réinstruit, permet de tenir au travail. Les savoir faire incorporés demandent des temps d'apprentissage avec expérience sensorielle. Les nouvelles organisations fragilisent les savoir faire incorporés à base neurophysiologique.

Les règles de métier sont au cœur de la construction de la clinique médicale du travail. Si l'on réfère aux règles de l'art du tailleur de pierre, pour garantir la pérennité de l'ouvrage, il faut un liant plus faible pour une élasticité permettant à l'ouvrage de travailler avec le temps. Par contre, le tailleur

de pierre qui accepte de se faire aider à un moment donné, considère toutefois que son « caillou », son ouvrage, lui appartient. Par analogie avec l'ouvrage, les règles de métier ne sont pas faire chacun comme il veut. Il s'agit de créer un collectif souple. À travers les relations tissées entre médecins du travail, et avec les autres spécialités médicales, il faut trouver des règles permettant de travailler. Il faut éviter le chacun pour soi car tout le monde tombe malade et l'ouvrage n'est pas stable.

Les règles de métier permettent les règles de l'art.

*Jocelyne MACHEFER, rapporteur,  
avec l'assistance non substitutive à la pensée  
de D. PARENT et O. RIQUET*

**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.*

*Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.*

*Elle assure la publication annuelle des Cahiers S.M.T.*

Le 27<sup>ème</sup> Congrès annuel se tiendra à Paris, les 9 et 10 décembre 2006, avec pour thèmes :

- *Précarité : la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité.*
- *Clinique médicale du travail : l'examen physique en médecine du travail, sa place, ses mobiles, ses buts pour le salarié et pour le médecin.*
- *Somatisation : monographies (suites).*
- *Évaluation des pratiques professionnelles : le potentiel des groupes de pairs.*

*Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :*

*Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30*

*courriel : a.smt@wanadoo.fr*

*ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>*

*Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 72 et 84*