

BILAN DE CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES

« SOUFFRANCES ET TRAVAIL »

RETOUR SUR LA CLINIQUE ET LES PRATIQUES

Alain GROSSETETE

Voici quelques années les *Cahiers SMT* publiaient une suite d'articles sur la clinique médicale du travail¹ telle qu'elle apparaissait au cabinet de médecine du travail, d'abord pour la profession médicale puis infirmière. Leur relecture aujourd'hui montre qu'ils n'ont pas pris une ride. Au cours de la même période, des consultations de « Souffrance au Travail » se sont multipliées, parfois à l'hôpital (aujourd'hui l'exception), ou en ville, par exemple à l'initiative du mouvement mutualiste. Ce dernier a mis en place des consultations en Rhône-Alpes et Centre-Loire²; dans d'autres régions elles sont à l'état de projet. Des professionnels de la santé au travail, actifs ou retraités y interviennent.

Quel que soit l'exercice – au cabinet de médecine et santé au travail ou dans ces consultations – l'objectif poursuivi est identique : proposer un travail clinique à la personne consultante, qui a été affectée ou qui a vu sa santé ébranlée au travail, et qui appelle à l'aide. Le travail clinique tente alors d'éclairer sa trajectoire professionnelle et biographique en focalisant l'exploration sur les obstacles qu'elle a rencontrés sur le chemin de son « travailler », qu'elle a tenté de contourner, ce qu'elle a cherché à soutenir et qui met en jeu l'existence de son identité au travail.

En pratique, dans la consultation de la mutuelle « Souffrance et Travail », la personne prend rendez-vous lors de la permanence téléphonique hebdomadaire. Elle est tenue par un clinicien infirmier ou médecin du travail qui lui propose un rendez-vous. Lorsqu'elle vient à la consultation elle est totalement inconnue. Le cadre de l'extériorité lui est présenté : il n'y aura aucune prise de

.....
1– Les Cahiers SMT – en particulier n°25, 27, 28, et 30. Les articles sont consultables en intégralité sur le site a-SMT.

2– Souffrance et Travail - Réseau d'accueil et de prévention

contact entre la consultation et son milieu de travail. Elle entend que celle-ci ne fera « doublon » ni avec celle du service de santé au travail, ni avec celle du psychologue ou du psychiatre en ville, si elle dispose de ce type de suivi.

L'accès au « travailler » se fait par conséquent dans des conditions particulières. Un médecin du travail qui exerce en santé au travail et dans la consultation peut constater *a contrario* combien la question de l'aptitude ou de l'inaptitude peut être prégnante, quand elle rôde au-dessus de son travail clinique jusqu'à l'embrouiller, voire suspendre son empathie. Il fait le constat que la confiance que place la personne consultante dans le travail clinique en soutien à sa subjectivité, semble pouvoir s'établir bien plus facilement dans ces consultations. Et la personne est généralement très attentive, coopérante, en quête de comprendre ce qui lui est arrivé.

La grande affaire du travail clinique, en consultation « Souffrance au travail », comme au cabinet de santé au travail, est l'accession au « travailler ». « *Revoyez-vous en train de travailler et montrez-moi.* »

Le « travailler » est une boîte noire. Dans nombre de situations, il est à extirper derrière un fatras d'éléments décrivant un conflit interpersonnel dans lequel la personne consultante se débat, et parfois tente de rechercher l'adhésion du clinicien à un positionnement purement victimaire. Parfois toute tentative de déplacement du récit hors du champ du conflit échoue et même génère de l'hostilité. La tentative de contourner l'exposition détaillée du conflit pour essayer d'entrer dans son « travailler » n'amène alors qu'un répétitif

« *Mais attendez la suite, vous allez voir !* ». Or l'exposition du conflit occupant tout son discours contribue à masquer à ses yeux sa capacité à subvertir, malgré tout, une situation présentée comme verrouillée. Pourtant, même si dans cette situation l'espoir de faire apparaître les dimensions de son activité est à cette phase de l'entretien, totalement vain, et incite à reporter la tentative d'y accéder, il n'est pas exclu que pour la personne consultante la certitude de se trouver cernée et sans issue commence à se fissurer. Mine de rien, le travail clinique est peut-être bien en train de se frayer un chemin ?

Là intervient dans ce genre de perplexité, l'aide apportée par la dimension pluridisciplinaire du réseau. La contribution d'un temps collectif de présentation de cas permet entre cliniciens d'échanger et de prendre conseil avant de revoir ensuite la personne consultante, ou si elle le souhaite, avant de l'adresser à d'autres professionnels du réseau.

À l'issue de l'entretien clinique un écrit est fréquemment souhaité. Sa rédaction prend la forme d'un récit :

récit qu'en a fait la personne, et récit sur ce qu'a pu en comprendre le professionnel clinicien (ou ce qui reste flou pour sa part). L'écrit s'adresse à la personne, en soutien à son élaboration, même s'il lui est précisé qu'elle dispose, par la suite, du document comme elle l'entendra. Cet écrit ne s'enferme dans aucun diagnostic. Il s'ouvre plutôt à des questionnements possibles – repris ou non. Sa relecture est sollicitée. Les inexactitudes sont corrigées et des points de désaccord, précieux et jubilatoires, peuvent apparaître et faire l'objet d'un nouvel approfondissement. Dans ces allers-retours il arrive que clinicien et consultant aient à défendre bec et ongles leur point de vue quand apparaissent de nouveaux éléments. Dans la dispute ressurgissent les traces de l'activité du travailler.

Soutenir la subjectivité au travail est bien loin des axes de réflexion ministérielle concernant la santé au travail. C'est reconnaître l'importance donnée dans le domaine du soin préventif des atteintes psychiques en lien avec l'organisation du travail. Nous sommes donc tous des soignants.