

Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles

Fabienne Bardot (*), Dominique Huez (**)

La souffrance mentale au travail constatée par les médecins du travail au travers de leurs consultations semble prendre des proportions inquiétantes en nombre et en gravité. On fait ici référence, non pas à la souffrance liée aux conflits de l'histoire infantile de chaque sujet tel que le traite spécifiquement la psychanalyse, mais au destin de cette souffrance singulière dans l'activité de travail. En effet l'énergie liée à la souffrance première pousse le sujet à la transformer dans le champ social en expériences constitutives et structurantes. Ces expériences nourrissent en retour la construction identitaire et la quête d'accomplissement de soi (Association SMT, 1998, p. 401). La psychodynamique du travail s'intéresse au destin de cette souffrance dans l'activité de travail. La souffrance est conçue ici comme vécu subjectif intermédiaire entre, d'un côté, la décompensation mentale ou somatique, et de l'autre, « l'idéal » de bien-être psychique. Si la souffrance n'y trouve pas une issue socialement valorisée, le sujet est déstabilisé dans son identité et dans son organisation psychique et psychosomatique. L'économie du sujet est alors mobilisée dans la lutte contre la souffrance par la mise en œuvre de procédures défensives collectives ou individuelles (DEJOURS, 2000.). Depuis une dizaine d'année, des médecins du travail, souvent constitués en réseaux professionnels, comme les « groupes d'accompagnement des pratiques en psychodynamique du travail », tentent d'appréhender et de permettre la compréhension de cette souffrance lors des entretiens cliniques périodiques en médecine du travail. C'est à travers la parole du sujet, sa contextualisation et le travail intercompréhensif entre le sujet et le médecin du travail que le sens de la souffrance est mis en délibération.

Adossés à une clinique médicale du travail compréhensive, les médecins du travail relèvent aujourd'hui, de plus en plus, tantôt des souffrances que l'on pourrait qualifier de « discrètes » qui s'additionnent avec des épisodes dépressifs réactionnels légers ne nécessitant pas de prise en charge extérieure où le sujet reste capable de poursuivre ses activités, tantôt des « dépressions réactionnelles professionnelles » qui nécessitent une prise en charge thérapeutique souvent accompagnée d'un arrêt de travail.

La dépression réactionnelle professionnelle est ici caractérisée par des épisodes dépressifs, aux symptômes constitués de troubles de l'humeur, d'une réduction de l'énergie et d'une diminution de l'activité, avec altération de la capacité à éprouver du plaisir, perte d'intérêt et une fatigabilité importante, et, fréquemment, avec une perturbation de la qualité du sommeil. Il y a très souvent une perte de l'estime de soi. L'entretien clinique intercompréhensif permet au médecin du travail de caractériser la part prépondérante de l'activité professionnelle dans la compréhension de son déclenchement (Association SMT, 1998).

L'élaboration d'une clinique médicale du travail entre médecins du travail devrait permettre de préciser les caractéristiques cliniques des « Dépressions Réactionnelles Professionnelles » en s'attardant particulièrement sur les trajectoires cliniques antérieures et sur leur possible rapport avec une souffrance fragilisante ou une « incorporation » à type de symptomatologie psychosomatique, rhumatologique, digestive ou autre.

Mais, après cela, par quelle voie pourraient-ils faire émerger socialement cette préoccupation afin de faire reconnaître sa dimension de santé publique en santé au travail ? Cheminements, explorations intercompréhensives, réflexions entre pairs et actions expérimentales en responsabilité personnelle, presque toujours encadrés par un travail de délibération dans des groupes d'accompagnement des pratiques adossés à la psychodynamique, tels sont les moyens actuellement utilisés par certains médecins du travail, dans une perspective heuristique mais aussi politique, au sens d'une inflexion des affaires du monde.

Notre apport professionnel s'appuie sur une praxis professionnelle en médecine du travail. Nous savons collectivement qu'accompagnement médical compréhensif du sujet, mise en délibération collective des éléments du travail dans une perspective de prévention primaire, et actions médico-légales sont indissociables (DEJOURS, DESSORS, MOLINIER, 1994). C'est leur savoir-faire d'articulation en construction qui constitue une part du métier de médecin du travail. En effet, une des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins du travail est d'articuler l'accompagnement de la construction de la santé d'un sujet singulier, à travers « le faire » et son rapport au réel,

(*) Médecin du travail en service interentreprises. CIHL, 30 rue Pasteur, 45 000 Orléans.

(**) Médecin du travail en service autonome. CNPE Chinon, 37 420 Avoine.

Tous deux sont membres du réseau de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT).

avec l'inscription de ceci dans une dynamique collective, celle d'une collectivité de travail régie aussi par des déterminants sociaux et historiques. La clinique médicale du travail doit donc articuler comme nous le verrons, à côté d'une rationalité objective, une rationalité pathique ou subjective, et une rationalité sociale (DEJOURS, 1995.).

La clinique médicale du travail

Le grand mérite de certains réseaux de médecins du travail a été de construire une clinique un peu inédite qui rompt catégoriquement avec une clinique médicale académique ne s'adressant qu'à des malades. Cette dernière se définit principalement comme une investigation, auprès d'un patient passif, de signes décelés par le seul usage des sens du médecin, par l'étude de ces signes « au lit du malade » ainsi que par les signes dévoilés par l'arsenal technique d'aide au diagnostic.

Nombre de médecins du travail ont progressivement appris à regarder l'homme « normal » dans son lien avec le travail, normalité vécue comme une lutte pour éviter de basculer dans la maladie, normalité qui implique nécessairement une souffrance. Ils ont progressivement appris à le regarder tout en restant attentifs aux effets de cette relation dynamique qui forme système, le modelant et le pétrissant en le fortifiant, mais parfois aussi en l'usant et en le cassant, en le poussant vers la maladie. Pour résumer, le médecin du travail porte un regard sur la santé qui est toujours éclairé par la question du travail. Cet éclairage modifie ainsi la perception et la compréhension de la sémiologie.

Cette question du travail n'est pas simple à comprendre et à cerner. Là aussi, recherche et apprentissage se sont développés en s'étayant initialement sur les apports de l'ergonomie de langue française connus des médecins du travail depuis le début des années quatre-vingt (DANIELLOU, 1996) et par expériences partagées entre pairs, aboutissant dans un premier temps à définir la clinique de l'activité de travail prise en compte par les médecins du travail comme étant l'articulation de tous les éléments caractéristiques de l'activité que le médecin tente de recenser et auxquels il a accès par l'observation du travail réel sur le terrain, mais aussi et surtout, par ceux issus de la description que peut en faire l'intéressé.

Cependant, au début des années quatre-vingt-dix, cette approche avait trouvé ses limites, car elle restait cantonnée à un opérateur, ignorait le sujet souffrant et ne permettait pas d'en saisir médicalement le vécu subjectif en un projet de prévention médicale primaire. Les dynamiques de mobilisation ou de démobilisation du sujet au travail à travers « le faire » ne pouvaient être appréhendées. La prise en compte des

connaissances issues des enquêtes de psychodynamique du travail menées par des chercheurs et la prise en compte d'une autre conception de la construction de la santé du sujet au travail, acteur de sa destinée et sujet collectif dans la cité, ont permis un véritable bouleversement de la clinique ordinaire des médecins du travail déployée lors des consultations périodiques. L'importance portée antérieurement à l'activité de travail par un médecin clinicien s'est trouvée profondément transformée par l'approche intercompréhensive du sens de la souffrance du sujet au travail et par la compréhension du rôle central des procédures défensives individuelles et collectives ; cela, pour la protection des sujets et pour la possible transformation des conditions de travail. Grâce au récit du vécu subjectif des dynamiques de mobilisation du sujet au travail qui s'élabore dans la consultation, les difficultés générées par l'organisation du travail, au sens de la division des tâches et des rapports sociaux, peuvent être rendues compréhensibles au salarié. De son côté, le médecin du travail accède à des connaissances qu'il pourra rendre visibles pour la collectivité de travail (SEMAT, 2000).

La « clinique médicale du travail » développe ainsi spécifiquement une approche intercompréhensive, nourrie des apports de la psychodynamique du travail développée par Christophe DEJOURS, pour appréhender les répercussions potentiellement délétères ou pathologiques des effets de l'organisation du travail sur la sphère psychique ou somatique (DEJOURS, 2000).

La clinique médicale du travail ne peut naître et se déployer sans la prise en compte d'un tiers facteur qui est la temporalité, le déroulement du temps, qui permet aux événements de travail, puisque c'est d'eux dont il est question, de s'inscrire dans le corps, de s'y incorporer physiquement et psychiquement, d'y laisser des marques. Ces éléments – micro-histoire en rapport avec l'activité de travail réellement déployée, et dynamique de construction ou de fragilisation de la santé au travail appréhendée par la clinique médicale du travail, – ne peuvent être mis en relation et véritablement articulés, que si une observation régulière, avec prise en compte des faits notables ou des non-faits, des changements, des bonheurs ou des malheurs, ou tous autres bouleversements, même minimes, est rendue possible par l'organisation systématisée des recueils. Cette compilation constitue un matériel précieux et utile, le moment venu, afin de permettre une analyse donnant accès au sens des constats délétères.

Le médecin du travail qui se réfère à une telle clinique médicale du travail procède à un travail d'accompagnement grâce aux rencontres répétées avec les salariés, que ces rencontres soient annuelles ou bi-annuelles, le principal étant l'existence d'un rythme périodique. Ce schéma fonctionnel permet une circulation aller-retour au travers de la

biographie médico-professionnelle de chaque salarié, rendant visible un processus expliquant la probable survenue de symptomatologies ou de pathologies, voire d'une décompensation brutale qui est prise en charge aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif lorsque le phénomène est retrouvé de façon semblable sur une collectivité de sujets.

L'accompagnement clinique

C'est donc lors des consultations médicales que les salariés expriment leur souffrance et qu'ils commencent à en élaborer le sens dans l'intercompréhension. Pour cela, le médecin du travail doit gagner leur confiance. La confiance est le préalable obligatoire à la mise en place de cette relation si particulière qui ouvre la possibilité de parole au salarié. La confiance du salarié ne peut émerger que du fait de la disponibilité ressentie du médecin : le salarié ne va rien dire au médecin s'il sent que ce dernier n'attend rien. Pour qu'il soit possible de parler du « travailler », ce qui est un moment particulièrement difficile pour le salarié, il faut donc que l'attente soit réciproque. Et ce qui va se passer pendant une consultation médicale dépend du projet d'action du médecin en ce qui concerne les problèmes de santé au travail. Pour le médecin, la consultation se déroule simultanément sur deux registres qui se croisent et se nourrissent : l'un accompagnant, collant en quelque sorte, au récit du salarié et l'autre, plus distancié, raisonnant en retrait, accumulant et rassemblant des parts de « vérités », décalées dans le temps, venues d'autres acteurs à l'occasion d'autres consultations. La juxtaposition de diverses histoires pour rechercher un dénominateur commun et pour se forger un point de vue, n'autorise cependant pas à décider à la place des individus. Il s'agit surtout de faire émerger des analyses non encore pensées, de donner des éléments pour aider à modifier l'activité de travail. La consultation médicale est donc une occasion de désingulariser des histoires personnelles. On part d'une extrême singularité pour passer ensuite au collectif. Désingulariser, c'est permettre au salarié de s'adosser à des éléments issus des connaissances sur l'activité de travail, du point de vue collectif, éléments qui sont travaillés avec lui et qu'il peut se réappropriier individuellement pour mieux comprendre sa situation. Plus qu'une désingularisation à sens unique, il s'agit d'un mouvement de va et vient permanent entre individuel et collectif. Désingulariser, c'est aussi prendre acte qu'un salarié n'est pas le seul à énoncer ce qu'il énonce et que d'autres vivent la même chose (BAR-DOT, BERTIN et RENOU-PARENT, 2001).

Souffrance au travail, une histoire collective

Le médecin du travail tente alors de rendre compte, dans l'espace de l'entreprise, des effets

éventuellement délétères de l'organisation du travail sur la santé mentale de la collectivité de travail dont il a la charge. Mais avant, et pour cela, il développe un système d'accompagnement et d'alerte psychosociale. Il porte donc attention aux petits troubles qui « usent » et perturbent la vie mais qui ne sont pas caractéristiques d'une gravité relevant d'une relative urgence d'intervention. Il peut s'agir d'une sensation de fatigabilité accrue, de douleurs qui persistent, de difficultés à récupérer, de difficultés à s'endormir, de réveils fréquents la nuit, de troubles digestifs banaux, de difficultés de vision ou d'audition, de troubles de la mémoire ou de la concentration, d'irritabilité, de nervosité, de découragement, d'abattement, de difficultés à faire face aux événements, d'une sorte de ralentissement pour réaliser certaines tâches, de consultations plus fréquentes du médecin traitant, de prise régulière de médicaments « d'aide à vivre mieux », dits « de confort » etc.

Lorsqu'il relève de tels signes infra-cliniques dans un groupe de travailleurs relativement homogène quant aux conditions de travail et à l'organisation du travail, le médecin du travail, dans la perspective de la clinique médicale du travail, en éclaire l'analyse des causalités du côté de l'activité et, bien souvent, la légitimité de l'alerte dans l'entreprise apparaît comme incontournable (*Paroles de médecins du travail*, 1994). Et là commencent les vraies difficultés.

Deux situations se présentent dont la ligne de cli-vage est dessinée par l'effectif de l'établissement : moins de cinquante salariés et le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) n'est pas obligatoire. De fait, dans ces établissements de moins de cinquante salariés, il n'existe presque jamais. Le médecin du travail ne dispose alors d'aucune scène interne à l'entreprise pour faire connaître ses inquiétudes sur les prémices de souffrances se développant en occulte et sur les possibles liens avec l'organisation du travail qu'il a pu repérer. Il ne dispose d'aucune scène pour rendre visibles ces questions dans l'espace interne de l'entreprise afin de les mettre en débat et afin que les salariés se les réapproprient, éclairant et rompant ainsi les discords chroniques entre individus toujours attribués à des « personnalités particulières », alors que c'est de troubles de l'organisation du travail dont il est question. Le seul interlocuteur qui a légitimité à recevoir l'alerte médicale est donc l'employeur. Deux expériences ont montré la difficulté qu'il y a à présenter cette alerte dans une perspective de transformation et non de jugement de qualité du management.

Le premier cas est une étude d'avocats où le décès brutal de l'un des deux associés a bouleversé les rapports sociaux. Le disparu assurait la gestion du personnel, qu'il connaissait de longue date, et les règles établies pour chacun offraient un contexte de travail non exempt de difficultés, mais dont on parlait et qui

se réglait. L'associé, resté seul, a embauché quatre personnes qualifiées pour faire face à la masse de travail supplémentaire accumulé par les quelques mois de la durée de la maladie et par la progression de la charge de l'agence, sans pour autant recruter un nouvel avocat. Tout le monde a été entassé dans le même espace créant une promiscuité telle qu'il était à parier que chacun allait se battre avec son voisin. Avec la charge de travail accrue, cela n'a pas manqué de se produire. Et c'est sous la forme de symptômes infra-cliniques de souffrances mentales touchant 35 % des salariés que le médecin a vu se préparer « l'épidémie ». Il a décidé d'alerter pour prévenir. Il en a donc informé l'employeur oralement puis par écrit *via* la fiche d'entreprise qui est le document réglementaire d'évaluation des risques professionnels tenu à la disposition des acteurs institutionnels de prévention extérieurs à l'entreprise. L'employeur n'a pas supporté la forme écrite de l'alerte alors que l'oral n'avait pas provoqué de dénégation. Il a questionné individuellement chaque salarié afin d'identifier ceux qui avaient des problèmes. Il les aurait tous trouvés, a-t-il dit, comme il aurait trouvé les causes de leur souffrance. Pour l'un, 57 ans, longue expérience du métier, c'est qu'il est incompetent, il aurait dû le licencier voici quelques mois, alors qu'il avait commis une erreur ! Pour l'autre, c'est qu'il est tombé amoureux de sa collègue...alors ! Pour les troisièmes, ce sont des affaires de « bonnes femmes », etc. Ce n'était donc pas le travail. Par contre, pour le médecin, c'est l'échec car il sait bien que les choses vont s'aggraver et se durcir rapidement.

Le second cas se rapporte à une maison de retraite occupant une vingtaine de salariés. La mise en place des 35 heures s'est faite sans embauche de personnel, on a seulement augmenté le temps de travail de certaines femmes à temps partiel non choisi. Les douleurs ostéo-articulaires touchant membres supérieurs et colonne lombaire sont apparues en quelques mois touchant 80 % du personnel affecté au « *nursing* » des personnes âgées. Les tentatives individuelles de signalement des difficultés à tenir un rythme de travail si intensifié ont été vaines. Les arrêts de travail augmentent. Les intérimaires recrutées pour les remplacements s'enfuient au bout de quelques jours, harassées ; et le travail augmente d'autant pour celles qui restent. S'ajoute à la pénibilité physique, la frustration et la culpabilité de ne pouvoir « prendre soin du cœur » de ces vieillards à cause de cet activisme imposé. Ces prémices-là annoncent les souffrances mentales et les syndromes dépressifs. Par sa fiche d'entreprise le médecin alerte.

Cela est très mal accepté et ce qui touche l'organisation du travail est nié. La réalité et la vérité, écrit-on au médecin, c'est qu'elles « *proposent leurs heures libres pour le service de soins à domicile ou*

pour faire du baby-sitting ». Là encore, c'est l'échec pour le médecin.

Tel n'est pas le cas dans les entreprises où les structures sociales existent, là où le CHSCT est le lieu d'annonce et de mise en visibilité des problèmes de santé mentale. Ainsi, depuis quelques années, un certain nombre de médecins du travail recueillent et investiguent systématiquement les états de souffrance en rapport avec le travail, les épisodes dépressifs réactionnels notables, les états réactionnels aigus et les troubles du sommeil importants, tous états en rapport avec le travail. De ce fait, des médecins du travail qui ont une telle pratique relèvent des taux d'incidence de la souffrance psychique en rapport avec le travail à travers une clinique médicale intercompréhensive allant de 0 % à 40 %. Selon les secteurs particuliers des entreprises, et de façon différentielle selon les années, et c'est cela qui est intéressant, incidences et prévalences annuelles de la souffrance verbalisée au cours de l'entretien clinique varient. Bien évidemment, ces éléments quantitatifs n'ont ici aucun sens en soi, puisque l'intérêt de leur recueil n'est pas ciblé sur un recueil objectif indépendamment du travail clinique intercompréhensif qui se noue lors de la consultation de médecine du travail. Bien au contraire, c'est le travail du sens pour le sujet, et l'interprétation collective que peut en faire le médecin du travail qui est ici spécifiquement recherché. Un tel suivi quantitatif d'indicateurs des dynamiques de mobilisation psychique dans le travail ne prend sens qu'avec l'éclairage des commentaires qualitatifs du médecin du travail issus de sa pratique de clinique médicale du travail.

Ainsi, des médecins du travail, s'appuyant sur les données cliniques permettant de saisir la construction de la santé du sujet au travail, prenant l'organisation du travail comme grille de lecture, font la synthèse d'éléments transversaux ouvrant des pistes compréhensives. Par exemple, les facteurs suivants ont pu être relevés :

- le ressenti de vécu d'injustice et de déni partiel de reconnaissance de la contribution professionnelle ;
- la pluralité des discours sur la qualité et la sécurité d'un côté et sur les indicateurs économiques de production de l'autre, parfaitement contradictoires ;
- l'intensification du travail ;
- la surcharge de travail ;
- le développement des perturbations des horaires de travail, les horaires « bousculés », peu prévisibles, pour partie la nuit ;
- les brouillages de fonctions ;
- les difficultés particulières de la maîtrise et de l'encadrement ;

– la surcharge de travail, très spécifique d'un certain nombre de cadres.

Rendre publics de tels bilans dans l'entreprise a permis de « donner à voir et à penser », à s'interroger sur les processus à l'œuvre et à anticiper les répercussions à court et moyen terme afin de mettre en action une prévention primaire pour la collectivité de travail.

Mais, comme on le voit, les possibilités de publicité interne à la souffrance mentale au travail sont inégales. L'absence du support institutionnalisé – absence de CHSCT et, très souvent, de délégués du personnel – dans les petites entreprises ferme un espace de discussion à plus de 46 % des salariés des secteurs marchands de l'industrie, de la construction, du commerce et des services, selon les données INSEE du 1^{er} janvier 2001. La prévention primaire, dans ce domaine, apparaît comme fort compromise pour presque une personne sur deux, alors qu'il s'agit d'un vrai enjeu de santé publique.

Mesurer, chiffrer le problème

Le rapport d'octobre 2000 du BIT sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux Etats-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni annonce « qu'un travailleur sur dix souffre de dépression, d'anxiété, de stress ou de surmenage, et risque de ce fait l'hospitalisation et le chômage ». Ce rapport repère aussi que, « dans de nombreux pays, l'anticipation du départ à la retraite pour cause de troubles mentaux est de plus en plus courante, à tel point que ces troubles sont en train de devenir le premier motif de versement des pensions d'invalidité ».

Une recherche sur les chiffres et les motifs de classement en invalidité 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégorie⁽¹⁾ a été faite dans la région Centre auprès du service médical régional de la CPAM. En 2001, sur les 2059 individus pensionnés à ce titre, 24 % l'étaient pour des troubles mentaux et 22 % pour des maladies du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif. C'est l'invalidité 2^{ème} catégorie qui regroupe le plus de malades, l'effectif de la 3^{ème} catégorie étant négligeable puisqu'il ne concernait que 9 individus. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être pris en charge au titre de l'invalidité 2^{ème} catégorie; ils sont 80 % pour 70 % de femmes. La répartition par âge montre que 62 % de la classe « 2^{ème} catégorie » a plus de 50 ans et 25 % plus de 40 ans.

Dans l'enquête complémentaire à l'enquête « emploi » de mars 1996, Carine BURRICAND et Nicole ROTH, analysant les parcours de fin de carrière des générations 1912-1941, constatent que « les générations nées entre 1927 et 1936 connaissent, dès 55 ans, une proportion non négligeable d'inactifs pour raison d'invalidité ou de longue maladie, et cette proportion double quasiment à 59 ans.../...les sorties d'activité en direction des dispositifs couvrant l'invalidité semblent donc avoir progressé ».

Nombre de médecins du travail savent que beaucoup de pathologies ostéo-articulaires sont les conséquences d'efforts répétitifs sans marge de manoeuvre, « victimisant » les travailleurs du fait d'un « activisme compulsif » défensif et aliénant. Cette souffrance-là peut être socialisée par la reconnaissance possible en maladie professionnelle, mais pas habituellement car le salarié y risque son emploi et la réparation en maladie professionnelle (MP) est inférieure à celle de l'invalidité. Nous faisons l'hypothèse que, sur les presque 50 % d'invalidités 2^{ème} catégorie reconnues en France, regroupant les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux, la moitié de l'une ou l'autre cause pourrait être la conséquence de souffrances d'origine professionnelle... Ceci pourrait expliquer alors plus de 20 % de l'ensemble des invalidités, dont plus de 10 % pour des dépressions réactionnelles et plus de 10 % pour des troubles ostéo-articulaires (troubles musculo-squelettiques, lombalgies ou lombosciatiques). Les variations d'incidence des scores de dépressivité dans les enquêtes épidémiologiques selon les contraintes professionnelles et les secteurs (DONIOL-SHAW, 2000 ; DERRIENNIC, VÉZINA, 2000), de même que les variations d'incidences des troubles musculo-squelettiques (TMS) selon les entreprises, plaideraient dans ce sens.

Certains résultats de l'enquête ESTEV⁽²⁾ plaident aussi pour cette hypothèse. Chantal BERTIN et Francis DERRIENNIC, dans une communication présentée aux Journées Nationales de Médecine du Travail de 2002, consacrée à la fragilisation et à la construction de la santé des quinquagénaires dans le domaine psychique, rapportent dans leur conclusion: « la santé psychique n'est pas un élément de santé qui décline inévitablement avec l'âge comme c'est le cas pour certains éléments de la santé physique ou de certaines capacités cognitives ».

Certains économistes commencent aussi à mettre en relation ce qu'ils appellent encore « stress » et qui semble correspondre à la notion de souffrance

1. L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la CPAM. Il donne droit à une pension d'invalidité lorsque la capacité de travail et de gain est réduite d'au moins des 2/3 (article L341-1 du Code de la SS). Les invalides sont classés en trois catégories (article L341-4 du Code de la SS) :

1^{ère} catégorie : personne capable d'exercer une activité rémunérée.
2^{ème} catégorie : impossibilité d'exercer une activité quelconque.

3^{ème} catégorie : recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

2. ESTEV : Enquête Santé Travail Et Vieillesse, réalisée sous forme multicentrique longitudinale par 380 médecins du travail sur 21 378 sujets, entre 1990 et 1995, en association avec des équipes scientifiques de l'INSERM, du CREAPT et de l'Université.

mentale dont il est ici question, avec l'instabilité, l'insécurité des conditions de travail et les modifications de l'organisation du travail instaurés pour répondre aux nouvelles formes de la concurrence que les pressions des marchés financiers induisent. Ainsi, Georges MENAHEM, dans une communication présentée en septembre 2000 aux XX^{èmes} Journée de l'Association d'économie sociale concluait : « *il serait utile de promouvoir un ensemble de critères d'évaluation et d'outils statistiques de mesure qui permettraient à chaque entreprise d'établir elle-même des bilans du caractère plus ou moins pathogène de son organisation du travail* ». Même s'il est difficile de croire que c'est par un tel procédé que l'on pourra ralentir ce mouvement de détérioration de la santé mentale des salariés, le fait de le proposer démontre que la question est émergente. Les dépressions réactionnelles professionnelles pourraient donc bien apparaître comme un fléau non identifié socialement car, à ce jour, totalement refoulé.

Le parcours de Mme R. est, en condensé, l'illustration de ces processus qui aboutissent à des formes de cristallisation dans la maladie, le retrait total ou partiel du travail et de l'emploi étant la moins mauvaise des résolutions (cf. encadré 1).

A un moment donné, peut-être aurait-il fallu proposer une déclaration de cette dépression réactionnelle liée au travail en maladie à caractère professionnel (MCP) afin de « donner acte » à Mme R. – et cela avec son accord – de l'inscription corporelle d'une activité qui l'a, à un moment donné, trop malmenée. Et, mieux encore, une reconnaissance en MP aurait rétabli une certaine forme d'équité par la reconnaissance publique du préjudice. Malheureusement, les dépressions professionnelles réactionnelles n'apparaissent dans aucun des 98 tableaux de maladies professionnelles à ce jour constitués. Elles ne peuvent être reconnues que s'il existe un lien direct et essentiel avec le travail et une incapacité permanente partielle (IPP) de 25 % minimum.

Rendre visibles les maladies du travail

Les obligations médico-légales, qui étayent et renforcent une *praxis* en construction, font partie de l'action médico-professionnelle du médecin du travail, sans pour autant en être le cœur. Elles sont, en effet, particulièrement dépendantes des histoires et des contextes sociaux, et elles doivent prendre en

Encadré 1

Un processus qui conduit au retrait de l'emploi

Mme R. est née au Portugal en 1953. Elle arrive en France en 1970 où elle retrouve le mari qu'elle a épousé au village quelques mois auparavant. Elle ne parle pas un mot de français. Néanmoins, elle trouve immédiatement une place dans une champignonnière où elle travaillera deux années. Pour se rapprocher de sa famille récemment émigrée aussi, elle déménage du logement fourni par le patron, change de région et trouve immédiatement un emploi d'ouvrière spécialisée dans l'entreprise où elle travaille encore à ce jour.

En 1974, elle perd sa mère et puis son père en 1976. Deux enfants naissent qu'elle élèvera pratiquement seule car le mari, travaillant dans le BTP, suit les déplacements des chantiers sur tout le territoire. Il ne rentre même pas toutes les semaines. Donc, difficultés et afflictions d'origine familiales.

En 1981, l'entreprise se met à aller mal. Elle assiste à des licenciements autour d'elle. Elle y échappe. Elle en est très touchée. Elle mesure ce que le mot « chômage » signifie. Dans les mois qui suivent cette période noire, on lui demande de « faire des samedis » en plus de sa semaine de travail et elle accepte. Ce travail « en plus » a duré plusieurs mois. Elle comprend mal cette politique et, vis-à-vis des collègues « remerciés », elle se sent coupable.

Son travail d'ouvrière consiste à monter des plombs et des vis sur les produits fabriqués, au rendement, avec prime. Au début elle est « à la journée », puis elle passe en 2X8.

A partir de 1982 son dossier médical parle de « nervosisme », puis, deux années plus tard « d'état dépressif ». Les antidépresseurs deviennent indispensables en même temps qu'apparaissent des douleurs costales et vertébrales centrées de C5 à D4. Alors, « *avec tout ça, je me suis effondrée* » dit-elle. Elle est arrêtée trois années au bout desquelles, en 1989, elle est reconnue en invalidité 1^{ère} catégorie. A la reprise, qu'elle souhaite à temps plein, le changement de poste demandé pour la soustraire aux gestes répétitifs est refusé, « dans l'immédiat », lui dit-on. Finalement on la mute à l'emballage en 1991 puis à un poste aménagé en 1996 où elle fait du petit conditionnement, sans contrainte de temps, ...mais à 50 kilomètres de son domicile et... sans la consulter. Elle n'arrêtera les psychotropes que sur de courtes périodes durant toutes ces années qui s'écoulent, ressassant un vécu d'injustice qu'elle vit douloureusement, « *ils m'ont blessée au plus profond de moi-même. Personne ne peut comprendre cela. Tout se paye à un moment donné...* ».

Cette année, à la suite d'un long arrêt de travail de neuf mois pour une nouvelle dépression, un mi-temps définitif est demandé en attente d'une probable invalidité 2^{ème} catégorie qui semble être la voie de sortie de l'activité qui se dessine pour Mme R., âgée seulement de 49 ans.

compte l'intérêt des salariés. Mais en ouvrir la possibilité est une obligation déontologique pour les médecins du travail. Cette action médico-légale peut devenir alors un point d'appui non négligeable d'un projet préventif grâce à la mise en visibilité dans l'entreprise qu'elle permet. Mais celle-ci doit aussi être accompagnée professionnellement par le médecin du travail. C'est ainsi le cas pour les déclarations de maladies professionnelles ou de maladie à caractère professionnel.

Depuis longtemps, les « maladies hors tableau » peuvent être déclarées en MCP afin de permettre l'extension des tableaux. Malheureusement, si le secret médical est levé pour la déclaration des maladies professionnelles et à caractère professionnel (ce qui ne dispense pas le médecin du travail de toujours agir dans l'intérêt exclusif des victimes), les personnes concernées par les maladies à caractère professionnel ne bénéficient pas de la protection juridique, en terme de reclassement professionnel et d'indemnisation, offertes pour les victimes d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

Curieusement, la pathologie mentale la plus répandue sur les lieux de travail, la « dépression réactionnelle professionnelle », ne prend pas visibilité sociale. Il s'agit pourtant d'un véritable état morbide qui nécessite prise en charge et soins thérapeutiques par des thérapeutes en dehors de la médecine du travail, qui entraîne généralement un arrêt maladie et qui peut conduire à une invalidité durable et avoir parfois des conséquences dramatiques.

« La dépression réactionnelle professionnelle » une maladie professionnelle ?

La première objection pourrait être clinique. En effet, un processus médico-légal n'a pas grand sens au cœur de la phase de décompensation d'une dépression réactionnelle. Dans l'expérience des médecins du travail, il est courant de rencontrer des salariés en « souffrance professionnelle », avec lesquels l'élucidation intercompréhensive du rôle de l'organisation du travail est cliniquement d'un grand secours. Au stade de dépression réactionnelle professionnelle sévère, la préoccupation du praticien est d'assurer à la personne « tombée » en maladie une prise en charge thérapeutique. Comme médecin du travail, il faut donc passer la main. Il faut donc acter que le médico-légal ne peut pas remplacer une attitude thérapeutique de « sauvegarde ».

Il faut toutefois constater, dans l'expérience des médecins du travail, que c'est à l'occasion des reprises de travail ou ultérieurement, qu'on découvre qu'un salarié a présenté une dépression réactionnelle professionnelle. Dans la phase de « re-mobilisation »

de sortie d'une dépression réactionnelle professionnelle, il est important cliniquement de pouvoir travailler, avec l'intéressé, le sens de sa maladie. Il est important d'ouvrir la possibilité à chacun d'identifier la nature professionnelle de sa souffrance au travail.

De très nombreux médecins du travail connaissent, par expérience, l'intérêt de permettre l'élucidation du côté du travail. Donner acte cliniquement à ce stade s'inscrit dans un projet thérapeutique, à la sortie de la phase de « sauvegarde », au moment où le travail du sens des événements du côté de l'activité prend toute sa place, à la jonction de la prévention primaire. Comprendre pour prévenir l'origine professionnelle de la dépression, qui entre en résonance, comme tout événement, avec l'histoire personnelle.

Mais il est tout aussi nécessaire de la rendre socialement visible, et de permettre ainsi à la collectivité de travail de penser ce qui est maintenu, au risque de l'inimaginable, totalement impensé. C'est dans ce cadre que s'inscrit la nécessité de déclarer les dépressions réactionnelles professionnelles, si les conditions subjectives, professionnelles et sociales sont réunies. Les CHSCT, lorsqu'ils existent, paraissent la structure la plus adéquate pour discuter les conditions délétères de l'organisation du travail, s'ils ont pu être mis au courant de la déclaration et si, donc, les conditions sont réunies pour que le salarié victime y donne son consentement. Acte qui « donne acte » et cherche à prévenir en permettant au sujet et à la communauté de travail de se réapproprier le sens des événements.

La seconde objection pourrait être qu'à côté des dépressions réactionnelles professionnelles (situation où le médecin du travail n'hésite pas à incriminer de façon déterminante la responsabilité du travail), existent des dépressions réactionnelles à des situations ou événement non professionnels dans lesquels le travail n'interfère pas. Il peut même être un élément de contention psychique. Elles représenteraient, à partir de données empiriques s'étayant sur les expériences professionnelles développées précédemment, moins de 50 % des dépressions réactionnelles. Enfin, on peut penser aussi que 10 % des manifestations dépressives pourraient s'inscrire dans des pathologies psychiatriques autonomes, plus ou moins invalidantes. Dans ces deux situations, la résonance professionnelle dépend principalement de l'histoire singulière de l'individu, le travail étant plutôt un appui positif. En se gardant bien d'en tirer une conclusion, et du fait des difficultés et des interférences cliniques, il paraît prudent de ne pas proposer à la déclaration médico-légale ces situations, sauf argumentation singulière.

Une troisième objection pourrait être qu'en matière d'interaction du travail avec la santé psychique, il n'y a pas de précédent, et que l'interaction du

travail avec une histoire singulière invaliderait cette démarche. Mais qu'est-ce donc que la majorité des « TMS », lésions articulaires par efforts répétitifs, sinon un effet de l'organisation du travail sur la santé de sujets généralement privés de pouvoir penser même leur situation ? Et pourtant, par cette démarche, l'organisation du travail délétère arrive, avec bien des difficultés, à être socialisée. Il n'est d'ailleurs aucune pathologie professionnelle qui ne se construise ailleurs que dans un corps-sujet singulier, construction biologique, affective et sociale, résonant toujours dans une histoire singulière.

On doit constater aujourd'hui, que le harcèlement professionnel est reconnu légalement et que l'une de ses conséquences première, la dépression réactionnelle professionnelle n'est pas reconnue. De façon dramatique, seule la conséquence ultime d'une dépression réactionnelle professionnelle qu'est le suicide peut être reconnu en maladie professionnelle au CRRMP⁽³⁾. Les invalidités consécutives aux dépressions professionnelles réactionnelles supérieures à 25 % vont pouvoir ouvrir à ce droit.

Ainsi, dans de très nombreuses entreprises :

– ou bien le débat à partir du harcèlement professionnel est bloqué à travers le registre défensif « de la détection des pervers » à éliminer ;

– ou bien les suicides en rapport avec le travail sidèrent généralement la capacité de penser les situations professionnelles. D'ailleurs pour un responsable managérial, l'évocation d'une part de responsabilité qu'il pourrait avoir dans un effet délétère du travail sur la santé psychique d'un subordonné est vécu comme insupportable. Cela est souvent perçu comme un déni de ses propres difficultés professionnelles objectives et fragilise dangereusement ses propres procédures défensives psychiques au travail.

Il y a donc une emblématisation des situations professionnelles, du côté d'un « caricatural ou d'un impossible à penser », qui bloque la visibilité sociale des effets quotidiennement délétères de l'organisation du travail sur la santé psychique que représentent les dépressions professionnelles réactionnelles.

Pourtant, du côté du métier de médecin du travail, l'intérêt de la déclaration des dépressions réactionnelles professionnelles dans les quelques expériences menées prend place dans le décours d'une maladie pour permettre de comprendre et de s'y adosser pour reconstruire sa santé. Elle donne acte socialement, à travers la déclaration de maladie professionnelle proprement dite et par l'information éventuelle du CHSCT, et s'inscrit, au total, dans un projet collectif de prévention primaire. Ainsi une atteinte singulière à la santé peut ouvrir à la prévention collective si les

règles éthiques, médicales et de réalisme social (à discuter par et entre les professionnels concernés) sont respectées. Elle semble indispensable aujourd'hui pour ouvrir les effets sur la santé psychique de l'organisation du travail, à l'œuvre aujourd'hui, à « l'indignation sociale ».

La généralisation de la victimologie ne permet pas de penser les situations professionnelles ; elle permet seulement de passer la crise. Trop de médecins du travail se replient du côté d'un accompagnement psychothérapeutique dangereux et éthiquement inadmissible sur les lieux de travail. La détresse non visible des victimes de dépression réactionnelle professionnelle leur est alors renvoyée comme une « opprobre sociale », bien typée en genre, de n'avoir pas su résister, de faire « désordre ». Double retour délétère sur un sujet, d'un processus morbide renforcé par une invisibilisation sociale !

Des règles professionnelles à discuter par les médecins du travail

L'appréhension des dépressions réactionnelles professionnelles par les médecins du travail est spécifique. Probablement l'appréhension des médecins généralistes doit-elle rencontrer l'autre face, *versus* thérapeutique, des dépressions réactionnelles professionnelles que découvrent les médecins du travail. Ce sont aussi, probablement, des situations particulières, moins « banales », aux caractéristiques cliniques sans doute en partie différentes, qui émergent dans le cabinet du psychiatre ou du psychothérapeute. La dépression réactionnelle est une construction sociale. Professionnellement, l'impression d'un certain nombre de médecins du travail est que l'importance des dépressions réactionnelles professionnelles est excessivement sous-estimée, aussi bien par les praticiens que par le reste de la société.

L'hypothèse que la dépression réactionnelle professionnelle soit une porte d'entrée dans l'invalidité 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie pour un nombre non négligeable de salariés semble confortée par les données chiffrées préalablement présentées. Pour qu'évoluent les règles professionnelles, à la fois des médecins généralistes en « manière de traiter », des médecins du travail en prise en charge clinique individuelle et en prévention collective primaire, le plaidoyer pour que, dans les situations « socialement favorables », les dépressions professionnelles soient déclarées par les médecins du travail ou les médecins généralistes en maladie « à caractère professionnel » ou professionnelle, en cas de possible invalidité, est d'une actualité cruciale. Mais à l'évidence les médecins du travail sont les mieux placés.

3. Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.

Mais quel type de déclaration ?

En attente de l'élaboration d'un « tableau de maladie professionnelle », ce sont donc les formulaires de déclaration destinés à l'inspection du travail des « maladies professionnelles en vue de l'extension des tableaux » qui devront être utilisés et non le simple signalement au médecin inspecteur du travail qui obscurcit socialement la démarche (cf. encadré 2, p. 64). Cependant, l'utilisation d'un tel document peut fragiliser un salarié, l'Inspecteur du Travail risquant de diligenter une enquête.

Se pose donc la question de l'information du CHSCT s'il existe, d'une telle déclaration. Si les « conditions sociales » sont réunies, avec l'accord du salarié, il paraît justifié de donner l'information au CHSCT, Président et Secrétaire. Mais comme pour tout acte médical, si l'accord du salarié est nécessaire, il n'a nul besoin d'être emblématisé, car c'est le praticien qui prend sa responsabilité professionnelle pleine et entière. Les stratégies concrètes doivent se construire en fonction de chaque entreprise. C'est un des meilleurs vecteurs de visibilité sociale, de sortie d'un processus délétère individualisant, de passage du singulier au collectif avec l'organisation du travail comme grille de lecture.

Les médecins du travail signataires des certificats de déclaration qui seront adressés à l'Inspecteur du Travail, par ou au nom de l'intéressé, comme le prévoient les textes actuels, élaborent actuellement des règles professionnelles pour remplir le document.

La recommandation serait que:

- la partie maladie professionnelle ne devrait renvoyer qu'à l'intitulé « Dépression réactionnelle professionnelle » ;

- la partie « circonstances et conditions » ayant entraîné la maladie devrait décrire de façon suffisamment précise les éléments du travail sur lesquels pourraient porter la prévention, et supporter un travail d'investigation par l'inspection du travail ou par le CHSCT. C'est parce que la partie « travail » aura été suffisamment fouillée et instruite par le médecin du travail que la prévention pourra éventuellement se déployer, à tout le moins, l'organisation du travail être mise en débat. De façon adjacente, elle offrira une issue à la dévalorisation de soi, intrinsèque à la maladie.

*
* *

Faire des déclarations de MCP ou de MP pour des dépressions réactionnelles professionnelles aurait donc l'avantage de renvoyer à l'organisation du travail la causalité d'une pathologie, et cela, publiquement puisque cette action provoque l'enquête de

l'Inspecteur du Travail, représentant de l'Ordre Public Social. Outre le fait que la personne elle-même se trouve déculpabilisée de ce qui pourrait être attribué à une « faiblesse » constitutionnelle personnelle, la question, reprise en interne par le collectif de travail, met en route le débat sur le travail. Cela est vrai pour les entreprises avec des CHSCT. Qu'en est-il pour l'autre moitié de la population du secteur privé qui ne dispose pas de ces structures ?

On l'a vu, la simple alerte du responsable d'établissement par le médecin du travail, loin de provoquer une démarche de compréhension et d'identification des dysfonctionnements organisationnels, entraîne un verrouillage immédiat, de la pensée et du raisonnement du seul et unique acteur : l'employeur. Procédure défensive de rejet clivant, en fermeture automatique, la question de la responsabilité de la qualité d'une activité constitutive d'un métier qui devrait être semblable à tout autre si ce n'est que cette activité s'adresse à des sujets en état de soumission, contractuelle et structurelle. Le « mal faire » est-il inacceptable pour le détenteur d'un pouvoir régalien ? Ne touche-t-on pas au champ moral et sans doute aussi au sens éthique de celui qui pense qu'il ne peut faire erreur ?

Il est insupportable d'imaginer qu'on puisse être responsable des souffrances d'autrui, mais, faute de déconstruction sociale de procédures défensives collectives qui empêchent aussi de penser la santé au travail, les évolutions de l'organisation du travail vont aggraver cette situation. Et pourtant, comme pour l'amiante, au moins dans les cas les plus graves pouvant ouvrir à une IPP, la banalisation, au bon sens du terme, de la réalité délétère de certaines organisations du travail devra être prise en compte, et dans l'intérêt objectif de tel ou tel salarié, pour provoquer l'irruption des atteintes à la santé mentale sur la scène de la décision économique.

Aujourd'hui, la conséquence d'une déclaration de dépression réactionnelle professionnelle, c'est soit le sur-verrouillage du côté de l'impensé et dans ce cas le salarié a toutes les chances d'être licencié dans des délais assez brefs, soit le regard extérieur venu d'une institution publique rend accessible à la pensée et à la perception la réalité d'un contexte délétère et alors, le débat interne a des chances de s'ouvrir. Dans les deux situations, le salarié doit être totalement éclairé sur l'enjeu de ce qu'il accepte d'entreprendre. Ces formes d'actions professionnelles mériteraient d'être osées et généralisées afin d'en faire une évaluation professionnelle.

La réalité des dépressions réactionnelles professionnelles pourrait, alors peut-être, émerger dans le champ social et être politiquement réappropriée.

Encadré 2

Un cas clinique de « dépression réactionnelle professionnelle »

Le médecin du travail fait le récit de l'affaire de Mr Y. sous la forme suivante.

Pour Mr Y. les éléments, les conditions et le moment paraissent réunis pour une déclaration en MCP comme Dépression Réactionnelle Professionnelle. Cette déclaration permet de sortir d'une individualisation délétère, elle a été l'occasion d'un débat collectif en CHSCT (avec d'autres exemples et une analyse collective argumentée d'éléments chiffrés par le médecin du travail). Cette compréhension, pour Mr Y., a permis une nouvelle dynamique de mobilisation dans le travail ; et il n'est plus dépressif. Sa dynamique de mobilisation psychique professionnelle est partiellement entravée par le désengagement défensif qu'il a, depuis, construit face à son vécu d'injustice et de non reconnaissance qu'il considère comme sans issue.

Monsieur Y. a 46 ans. Son médecin du travail le suit depuis 1980. Il est technicien de maintenance dans une grande entreprise. Son histoire de santé au travail n'attire pas l'attention du médecin du travail dans son dossier médical. Il est connu comme un bon professionnel, investi dans son travail et reconnu par ses collègues et sa hiérarchie.

Lors de la visite médicale de juillet 1999, pour la première fois, le médecin du travail note dans son dossier : « sub-dépressif, depuis un an, souffrance en rapport avec le travail, vécu de travail hâché? ». Il prend du poids, a une tension qui monte parallèlement à une augmentation des apports alimentaires ; il grignote. Il n'a pas été reconnu apte techniquement au poste de contremaître début 1999. Pourtant depuis trois ans, il monte une astreinte dite « contremaître ». À l'occasion des vacances des contremaîtres, il effectue leur remplacement.

Le médecin du travail le voit en février 2000 à l'occasion d'un reprise de travail après 21 jours d'arrêt. Il est traité pour dépression par Zoloft et Lexomyl. Il a arrêté ce traitement il y a quelques jours. A l'occasion de cette visite de reprise, il fait d'emblée le lien avec le travail.

N'étant pas reconnu apte au poste de contremaître début 1999, ce qui l'a beaucoup affecté, il a postulé à un poste d'encadrement de centre de vacances, en plus de son travail, dans le cadre de détachements que l'entreprise accepte, auprès du comité d'entreprise. Pour ce faire, il a postulé par la voie normale, c'est-à-dire en faisant passer sa candidature par sa hiérarchie. Il a eu un entretien de recrutement positif avec les responsables des centres de vacances. Il va donc pouvoir faire le stage de formation lié à cette nouvelle fonction en détachement partiel. Depuis septembre 1999, après avoir découvert la piste que lui ouvrait cette nouvelle activité une petite partie de l'année, il allait mieux.

Mais son chef de section, à l'occasion de la planification des congés d'été, en janvier 2000, lui dit découvrir que cela va entraîner pour l'été un détachement de trois semaines, ce qui va bouleverser les plannings. Son contremaître lui confirme que sa hiérarchie ne s'est pas rendu compte de l'importance des conséquences de cette nouvelle activité. Les troubles du sommeil de Mr Y. ont alors recommencé.

Pour Mr Y. pourtant, « *quand vous espérez quelque chose, que vous vous dites que vous ne pouvez plus évoluer dans le cadre du travail, vous partez sur autre chose. Je n'admets pas de ne pas avoir eu l'aptitude sur le poste de contremaître car je faisais un à deux mois par an des remplacements de contremaître depuis trois ans, et de plus, je monte une astreinte contremaître en préparation du travail, depuis trois ans aussi.* »

J'avais tout planifié pour organiser mes propres vacances après le détachement comme animateur de centre de vacances. Je me suis aussi arrangé pour être libre pour le stage de formation que cette nouvelle activité entraîne. Juste avant mon arrêt maladie, les chefs de section m'ont dit que je ferais le stage quand même. »

Intervient l'entretien de janvier 2000 sus-cité.

« Quinze jours après, à l'occasion d'une réunion de section, il y a un débat avec les gars de la section qui réagissaient auprès de la hiérarchie sur le fait que je n'avais pas été reconnu apte techniquement comme contremaître. Alors le chef de section a dit à la fin que je n'étais pas bon ! C'est à ce moment là que j'ai demandé à sortir de l'astreinte. Le chef m'a dit : « il n'est pas question que tu retournes à l'astreinte technicien. Si tu veux sortir de l'astreinte, tu fais une lettre recommandée ! Alors j'ai quitté la salle. Quand je suis sorti, j'avais la rage ! Je ne reproche pas à la hiérarchie de ne pas m'avoir donné le poste de contremaître, mais de ne pas m'avoir au moins reconnu l'aptitude technique. »

Pendant mon arrêt maladie, je discutais tous les soirs avec ma femme. Elle a alors pris son téléphone et a enjugué le contremaître. C'est la première fois que je parlais travail avec ma femme, et donc qu'elle intervenait à ce propos. Pendant mon arrêt je ne m'interrogeais pas sur moi-même, je sais ce que je veux. Mais je ne comprenais pas que depuis septembre, le fait que je puisse avoir un détachement partiel pour l'encadrement d'un centre de vacances ne soit pas réglé. Ma dépression, je l'interprète comme un signe de faiblesse, je n'aurais pas voulu en arriver là ».

Mr Y. n'a jamais fait d'épisode dépressif antérieurement, malgré une réforme de structure dans une autre grande entreprise qui l'a obligé à quitter sa région.

« Ces dernières années, à cause de l'ambiance dégradée, si on ne peut pas dire que j'avais du plaisir au travail, tout de même, « je rentrais dedans ». Mais la situation s'est dégradée aussi de ce côté au début de l'année 1999 avec le regroupement des sections du service. Le nouvel atelier était mal fichu, mal installé. Nous, on nous a obligé à déménager pour que les gens des bureaux soient plus près de nous. Mais les gars de l'atelier, on s'en fiche ! Dans ma précédente entreprise, on était tous à la même enseigne !

Après le retour de l'arrêt maladie en février 2000, le contremaître m'a dit qu'il ne se rappelait pas que j'avais un stage à faire. Je ne voudrais pas partir dans l'illégalité à ce stage. Le chef de section m'a dit qu'il en parlerait au chef de service. Mais quand je l'ai croisé hier, il ne m'a pas salué. Il m'ont dit pour mon stage que c'est le nouveau chef de section qui vient d'arriver qui doit prendre la décision. »

Au moment de la visite de reprise, il doit partir en stage dans cinq jours et ne sait toujours pas, après avoir repris le travail, s'il peut le faire. Le médecin du travail téléphone en sa présence à son chef de service pour que lui soit accordé un entretien en urgence pour régler rapidement le problème du stage qui le mettait dans une véritable situation d'injonction paradoxale. Ensuite, il informe le chef de service qu'il procédait, ce jour, à une déclaration de MCP en « dépression réactionnelle professionnelle », et il lui lit le contenu de la déclaration, en l'informant qu'il l'adressait, en sus de l'inspecteur du travail, au président et au secrétaire du CHSCT.

Pour résumer et en guise de bilan, il s'agit donc d'une dépression réactionnelle professionnelle. Le traitement est arrêté depuis cinq jours. Le sujet ne paraît pas présenter le jour de la visite de reprise de signes dépressifs importants. Mais son état n'est pas stabilisé ; il est toujours écartelé entre l'absence de décisions, non assumées, de sa hiérarchie par rapport, et à son stage de formation d'encadrement de centre de vacances, et à son détachement cet été pour ce travail.

Il n'y a pas de désocialisation majeure, pas d'atteinte à l'estime de soi, mais la persistance d'une culpabilité de ne pas tenir, de ne pas résister, de ne pas craquer. Ce sont les procédures défensives viriles qui sont malmenées à travers la dénégation de sa contribution professionnelle antérieure dans « l'équivalence du travail de contremaître » effectué mais non reconnu. Il ne laisse apparaître aucun facteur explicatif de sa dépression du côté de son économie affective ou familiale. Mais on doit constater une déstabilisation des postures de clivage travail/hors-travail par le vécu d'injustice et de dénégation de sa contribution qui amène sa femme à intervenir sur le terrain du travail. Il ne le présente pas comme quelque chose de potentiellement régressif pour lui, mais plus comme un signe d'un événement majeur et anormal qu'a aussi perçu sa femme, malgré son souci, à lui, de la protéger, de la laisser en dehors de ses problèmes de travail.

Mr Y. est une personne calme, placide, professionnellement engagé dans le travail. Depuis deux à trois ans, il avait amorcé un début de « retrait professionnel ». Il travaillait par nécessité, mais conservait une dynamique de mobilisation dans le travail qui lui permettait encore de « rentrer dedans » en se prenant au jeu, en s'adossant à ses savoir-faire professionnels antérieurs, de mobilisation subjective à travers le rapport au faire concret, pour ne pas se retirer du travail de façon trop coûteuse.

Le médecin a discuté avec lui de l'intérêt éventuel de la déclaration de sa dépression réactionnelle professionnelle en MCP, puisqu'il était acquis pour lui que la responsabilité du travail était déterminante. Il était aussi au courant de l'état de santé d'un de ses collègues, aussi en dépression, qui allait être déclaré en MCP un peu après.

Pour le médecin du travail :

– la socialisation permise par la déclaration en MCP a paru intéressante d'un point de vue thérapeutique même pour l'agent, pour donner acte, reprendre la main et même permettre de résoudre l'injonction contradictoire de faire ou non un stage non autorisé, même s'il n'est pas interdit ;

– la socialisation permise par la MCP présentait aussi un intérêt par rapport à la crise psychopathologique de cette section (en 1999 : prévalence de la souffrance à 49 % pour 41 agents dont 27 % de nouveaux cas ; en 1998 : respectivement : 24 % et 20 % ; en 1997 : 12 % et 0 %).

L'agent dûment informé a donné son accord à l'information du CHSCT (président et secrétaire) de la déclaration en MCP comme dépression réactionnelle.

À distance de cet événement, Mr Y. déclare au médecin du travail que « maintenant, il ne fera que son travail, qu'il ne postulera plus jamais sur un poste de contremaître ». Son ambition, du côté du travail, est de pouvoir être retenu comme responsable d'un centre de vacances du comité d'entreprise pour faire une nouvelle carrière.

Actuellement, il consolide un désengagement professionnel défensif et celui-ci lui coûte. Mais la sauvegarde de son autonomie morale est à ce prix.

Le contenu du document de MCP de Mr. Y. était le suivant :

- Est atteint de « dépression professionnelle moyenne ».
- Symptômes observés : « Signes dépressifs nécessitant un traitement médical et un arrêt maladie de trois semaines prescrit par le Docteur X, médecin traitant ».
- Agent causal présumé : « Incohérences majeures dans le management. Décisions contradictoires prises par la hiérarchie le concernant. Situation d'injonction contradictoire. Contexte de non reconnaissance d'aptitude professionnelle d'une activité pourtant effectuée en astreinte ».
- Conditions dans lesquelles la maladie a été contractée : « Contexte de perte de compréhension des décisions de l'entreprise quant à la sous-traitance. Dégradations des conditions organisationnelles et des repères ».

Bibliographie

- Association SMT, 1998, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Éditions La Découverte et Syros.
- BARDOT F., BERTIN C. et RENOU-PARENT D., 2001, Éditorial, *Les Cahiers S.M.T* n° 16, p. 3-7.
- BERTIN C., DERRIENNIC F., DUBRÉ J-Y. et col., juin 2002, *Fragilisation et construction de la santé des quinquagénaires dans le domaine psychique*. Journées Nationales de Médecine du Travail, Grenoble.
- BURRICAND C. et ROTH N., 2000, « Les parcours de fin de carrière des générations 1912-1941 : l'impact du cadre institutionnel », *Economie et statistique*, n° 335, p. 63-79.
- DANIELLOU F. (sous la direction de), 1996, *L'ergonomie en quête de ses principes*, Éditions OCTARES.
- DEJOURS C., DESSORS D., MOLINIER P., 1994, « Comprendre la résistance au changement », *Documents pour le médecin du travail*, n° 58, p. 112-117.
- DEJOURS C., 1995, *Le facteur Humain*, Éditions PUF.
- DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale*, Éditions Bayard.
- DERRIENNIC F., VÉZINA M., 2000, « Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques », *Travailler*, n° 5, p. 7-22.
- DONIOL-SHAW G., DERRIENNIC F., HUEZ D., 2000, « Symptomatologie dépressive et travail en sous-traitance nucléaire en France : des facteurs professionnels sont-ils en cause ? », *Travailler*, n° 5, p. 47-72.
- MENACHEM G., septembre 2000, *Intensification du travail et inégalités de santé*, Journées de l'Association d'économie sociale, Toulouse.
- Paroles de médecins du travail, col., association SMT, 1994, *Souffrances et précarités au travail*, Éditions Syros.
- SEMAT E., col., Association SMT, 2000, *Femmes au travail, violences vécues*, Éditions La Découverte et Syros.