

MÉDECINE DE SOINS ET MÉDECINE DU TRAVAIL : ÉCOUTE MÉDICALE ET ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE, À PROPOS D'UNE OBSERVATION

Il est assez peu fréquent de pouvoir identifier les différences dans la façon d'aborder les plaintes et dans la pratique clinique entre médecin de soins et médecin du travail.

Pour un médecin du travail, prendre contact avec le médecin traitant d'un salarié est souvent déconcertant et sans doute réciproquement. Si l'obligation de secret y est pour quelque chose, l'incommunicabilité joue également un rôle important.

L'observation récente rapportée ici, illustre précisément ce phénomène et tente d'en mettre en lumière les causes.

Dans cette entreprise nationale à statut, dans le cadre d'un régime spécial de sécurité sociale, le contrôle de l'absentéisme est effectué par un corps de médecins-conseil titulaires d'un contrat avec l'entreprise. La médecine du travail répond aux formes réglementaires d'exercice.

Le secret médical s'applique très strictement entre médecin du travail et médecin-conseil. Le premier exerce une prévention dans l'intérêt de la santé des salariés. Le deuxième gère la santé du point de vue de l'entreprise. Les médecins-conseil sont pour la plupart des généralistes ou des spécialistes qui complètent une activité libérale par des vacations de médecine de contrôle.

Dans cet établissement, durant l'été, exerce un médecin conseil remplaçant occasionnel du médecin conseil titulaire et donc en position très extérieure par rapport à l'entreprise.

Ce jour là, si il traverse le couloir qui sépare les deux services, c'est que l'état de santé du salarié en arrêt de travail qu'il vient d'examiner le préoccupe beaucoup.

L'échange est mutuellement prudent. La réserve est manifeste chez l'un et chez l'autre. À la demande du médecin-conseil son confrère finit par reconnaître qu'il connaît effectivement bien M. X... dont il est question. Ce que le médecin du travail ne dit pas c'est qu'en fait il le connaît très bien puisqu'il s'agit d'un délégué du personnel en CHSCT.

Enfin, franchissant le Rubicon, le médecin-conseil décrit alors, chez ce patient, un délire : le patient évoque des difficultés conjugales en les reliant à ses difficultés d'enfant moralement maltraité. Ce qui paraît délirant à ce confrère est l'intrication étroite, sur le mode du coq à l'âne, de déclarations incohérentes sur des prétendues difficultés professionnelles à forte tonalité persécutive.

Prudemment, le médecin du travail évoque sa surprise devant ce tableau, confirme l'absence d'antécédents délirants et conclut, en remerciant ce confrère de lui avoir confié son observation, qu'il demandera à examiner ce salarié dès sa reprise de travail.

En fait le médecin du travail demeure inquiet car il a eu à prendre en charge plusieurs fois des décompensations d'affections psychiatriques, jusqu'alors frontalières, par l'organisation du travail nouvelle.

Ainsi il active ses réseaux de renseignement pour mieux éclairer la situation professionnelle réelle du salarié et sa situation personnelle en faisant interroger des membres du collectif de travail. Le retour d'information ne donne que peu d'éléments utiles. Toutefois, ils confirment la fragilité de la situation professionnelle de ce salarié. Alors que sa position de représentant en comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail témoigne de sa participation au fonctionnement d'un collectif de travail, elle le désigne à la répression de l'employeur qui ne manque pas de faire pression et d'exercer une vigilance particulière et tatillonne sur son activité de travail.

Le salarié, dans la trentaine, a été formé dans l'école interne de l'entreprise. Technicien, il a toujours travaillé dans des collectifs fortement structurés dans le secteur « services » de l'entreprise. Il s'agit d'un provincial émigré en région parisienne, marié et père d'un enfant. Un essai de mutation vers son lieu de naissance s'est soldé par un échec et à nécessité un retour en région parisienne.

Le médecin du travail l'examine, enfin, en visite de reprise de travail. Le salarié s'exprime en confiance, facilement. Comme d'habitude, il s'arrête une fraction de seconde pour chercher le mot juste avec la précision d'un autodidacte. Le discours est cohérent, sans note dépressive.

Ce qu'il raconte a en fait à voir avec les rapports entre santé psychique et organisation du travail. Spontanément le salarié interprète ce qu'il lui est arrivé comme une dépression engendrée par des difficultés conjugales. Toutefois la situation de travail sans être déclenchante a une influence importante. Actuellement une thérapie familiale a amélioré la situation.

Le salarié évoque son enfance et celle de sa femme toutes deux vécues sur le mode d'une dévalorisation par des parents qui ne portaient pas une attention suffisante à leurs enfants : « ils étaient obsédés par le boulot et après ça sert à quoi ? ».

Une nouvelle école coopérative en médecine du travail

Lors de sa mutation, c'est à cause du conflit avec ses parents qu'il a du revenir en région parisienne.

Il fait un parallèle avec l'ambiance de travail actuelle, en évoquant des incidents parfois minimes ou des conflits. Il ressent douloureusement l'individualisation de ces collègues, l'état d'esprit de l'encadrement qui entravent solidarité et reconnaissance. Il fait référence aux thèmes de la confiance nécessaire et de la reconnaissance indispensables à la coopération souvent évoqués en CHSCT par le médecin.

La consultation devient alors un échange entre le salarié et le médecin où personnalisation et théorisation vont se compléter. Son but est à la fois de mieux approcher la part de la vie psychique que le salarié engage sur la scène du travail, mais aussi d'élargir la perspective en apportant d'autres observations de même nature, en respectant l'anonymat, enfin d'en tirer un enseignement pour la collectivité de travail. Cela doit permettre au médecin d'avoir des bases d'intervention dans un espace de délibération tel que le CHSCT pour intervenir sur l'organisation de travail.

Dans ce dialogue le médecin soumet au jugement du salarié sa part de compréhension, celui-ci ne perçoit plus sa situation seulement comme un vécu personnel et culpabilisant et la remet en perspective dans la situation générale. Cela permet au salarié de retrouver un peu de marges de manœuvre pour agir.

Si notre confrère pouvait assister à ce dialogue sans doute saisi-il son intérêt mais ne serait-il pas dubitatif sur son statut clinique ? À rebours la question se pose de déterminer ce qui a pu lui manquer pour interpréter les paroles de son patient comme cohérentes et non délirantes.

Ce qui a manqué relève sans doute d'un pré-requis théorique, mais aussi de connaissance sur le contexte et de pratiques cliniques et d'intervention.

Le pré-requis concerne la centralité du travail dans la vie psychique, le fonctionnement des rouages d'une entreprise et de l'organisation du travail, enfin, l'impact volontaire de cette organisation du travail particulière sur la santé psychique.

Ce pré-requis sert de guide mais ne peut dispenser d'analyser le contexte de l'établissement où s'applique l'organisation du travail, au plus près du terrain, de rechercher et d'observer son retentissement sur la santé des salariés.

L'exploitation de ces connaissances fait appel à de nouvelles pratiques cliniques. L'écoute compréhensive tente de favoriser la construction mutuelle entre le médecin et le salarié d'une compréhension de la situation dans le respect des défenses psychiques de ce dernier. Elle consiste pour le médecin à d'incessants aller et retour entre question et contribution, théorie et réalité, singulier et collectif. Elle a pour but à la fois la prise en compte de la souffrance du salarié pour tenter d'y porter remède et l'élaboration de connaissances destinées à permettre l'intervention dans l'espace de délibération de l'entreprise.

Son corollaire sans lequel cette écoute serait impossible est le devoir de témoignage. Ce témoignage n'a pas le caractère d'une dénonciation mais plutôt celui d'un éclairage, du point de vue de la santé des salariés, qui permette la persistance ou la renaissance d'un débat sur l'organisation du travail pré-lude à son adaptation. De la capacité à intervenir et de la pertinence des interventions dépend la confiance des salariés seule capable de permettre l'ouverture de l'espace clinique.

La médecine du travail comme ses sœurs thérapeutes, même dans cet exercice clinique particulier qu'est l'écoute compréhensive, est une œuvre individuelle et relève donc de la « poïesis » qui depuis l'antiquité désigne l'art du médecin. Toutefois cette œuvre ne pourrait vivre sans l'intervention du médecin dans l'espace public qui la conditionne, c'est-à-dire sans la « praxis ». Agir au sein d'une communauté, sous le regard des autres, c'est accepter de soumettre au jugement sa professionnalité dans un champ défini par son imprévisibilité et son irréversibilité. Cela ne peut s'envisager dans la solitude et les coopérations professionnelles sont non seulement précieuses pour apprendre mais aussi pour se reconnaître.

Alain Carré

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) 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.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Dominique HUEZ

Vice-président(e)s : Jocelyne MACHEFER -

Alain CARRE - Nicolas SANDRET

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Membres : Pierre ABECASSIS, Fabienne BARDOT,

Patrick BOUET, Josiane CREMON, Georgette

DELPLANQUE, Jacques DESHEULLES, Annie

DEVEAUX, Paul LADOUCEUR, Nicole LANCIEN,

Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Denise

PARENT, Marie PASCUAL, Gilles SEITZ