

# MME DOLO ET SES DOULEURS

*Un cas où l'analyse psychodynamique vient au deuxième plan derrière le diagnostic clinique lors de la visite médico-professionnelle*

## LES VISITES MÉDICO-PROFESSIONNELLES COMPLIQUÉES DE MME DOLO

**J**e fais la connaissance de Mme DOLO fin 1998. Elle a trente-cinq ans, elle est lingère dans une association recevant de jeunes autistes dont certains sont en internat : un institut médico-éducatif situé en banlieue parisienne. Elle travaille de 9 h 30 à 17 h du lundi au vendredi. Elle vit avec son mari et quatre enfants dont les âges s'échelonnent entre six et treize ans. Quarante-cinq minutes lui sont nécessaires matin et soir pour aller de son domicile à son travail avec les transports en commun. Elle n'a pas de problèmes de santé notables en dehors de quelques lombalgies épisodiques à l'effort, notées par mon collègue en 1997 à son embauche. Comme antécédents médicaux, il n'y a qu'une appendicectomie. Mme DOLO est née au Congo en 1963. Elle est de nationalité congolaise.

Ma deuxième rencontre avec elle a lieu en janvier 2000. Je ne la vois pas du tout en 2001. Elle arrive en septembre 2002 pour une visite de reprise après un arrêt de travail de plusieurs mois ayant débuté en avril 2002. L'irrégularité des visites de médecine du travail pour les salariés de cette association en 2001 est liée au licenciement de la directrice et à la vacance de son poste pendant plusieurs mois. La survie de l'association est en danger.

Mme DOLO a mal dans l'hypochondre droit depuis un an. Elle a subi une cholécystectomie il y a quelques mois pour lithiase non compliquée. La cicatrice est bien visible mais la douleur n'a pas changé ! Toujours là, au détour de chaque mouvement elle devient plus vive. Elle s'exacerbe particulièrement à l'effort, à la montée des escaliers et pendant les rapports sexuels. Cette douleur n'a pas été retrouvée au toucher vaginal par son gynécologue. Aucune échographie pelvienne n'a été faite.

L'activité domestique et le travail sont une vraie torture. Elle a été obligée malgré tout de reprendre son travail après l'arrêt de quatre mois et ses congés d'été, car la situation financière de la famille est dramatique. Les indemnités journalières de la Sécurité Sociale déclinées à partir de son petit salaire, sont maigres et versées avec retard.

La douleur est très vive. Elle est retrouvée à la palpation de l'hypochondre droit. En l'examinant, je m'aperçois qu'elle a également une douleur lombaire para-vertébrale droite pouvant correspondre aussi avec la fosse lombaire droite.

Parfois la douleur en coup de poignard communique entre ces deux sites. Parfois encore elle irradie à la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou droit. Pas de signe digestif. Il y a eu vraisemblablement une erreur diagnostique puisque la cholécystectomie a été inefficace. Le médecin généraliste a prolongé l'arrêt maladie sans faire d'autres explorations malgré la persistance de la douleur abdominale. Aurait-elle une pathologie rénale ou digestive passée inaperçue ? Elle a une hématurie isolée mais nette à la bandelette urinaire aujourd'hui. Pas d'HLM ni d'urographie intraveineuse à se mettre sous la dent. Elle aurait un kyste du rein droit. Je vois les résultats d'un prélèvement de sang de 2001 qu'elle a pensé à m'apporter où la créatininémie est normale. Sur des examens du 6 juin 2002 la VS est à 40 à la première heure et 86 à la seconde heure, les gamma GT sont à quatre fois la normale sans raison évidente puisque les phosphatases alcalines et les transaminases sont normales. Le VGM est normal. Mme DOLO ne boit que de l'eau.

Je comprends que Mme DOLO est désespérée. Elle subit son mal comme une punition à chaque mouvement. Comment reprendre son travail ? Comment porter de nouveau les sacs de linge sale dans les escaliers, faire les lits des pensionnaires, nettoyer les chambres lorsqu'elle remplace sa collègue qui n'a qu'un temps partiel ? Il lui faut toucher son salaire car les dettes s'accumulent. Et moi le médecin du travail, je dois émettre un avis d'aptitude à la reprise alors que Mme DOLO souffre sans cesse en changeant de position devant moi, c'est évident.

Il est vrai qu'une nouvelle directrice est arrivée récemment dans cette association. La précédente qui a été licenciée, dépensait trop selon le Conseil d'administration. Depuis, le président de l'association a décidé qu'il fallait restreindre la nourriture des pensionnaires. Peu de viande dans l'assiette, suppression du goûter. Les autistes adolescents s'aiguisent les dents et les nerfs sur les éducateurs. Morsures et griffures recommencent surtout sur les éducateurs les moins expérimentés. Mme DOLO lingère, femme de ménage, aide volontiers les éducateurs car elle finit par bien connaître les comportements des jeunes autistes et la personnalité de chacun. Elle les remplace lorsqu'ils ont besoin d'une petite pause. Je lui fais des compliments. Elle y répond par un timide sourire.

La nouvelle directrice en place, technocrate avant tout, menace Mme DOLO de licenciement si elle n'accepte pas d'assumer à sa reprise, une charge de travail supplémentaire,

équivalente à un mi-temps qu'on ne veut pas accorder à sa collègue Rosalie. Elle est soupçonnée de paresse. Il n'y a pas de reconnaissance, c'est évident, des qualités professionnelles de Mme DOLO qui dépassent largement le travail prescrit. En fait, la directrice ne veut pas dépenser un centime de plus. Le président de l'association lui a demandé de rétablir les comptes.

On peut imaginer que Mme DOLO somatise la non reconnaissance du travail et cette menace de surcharge de travail. C'est une interprétation utile pour appréhender l'ensemble de la situation. Mais Mme DOLO souffre devant moi et je sens que l'urgence est au diagnostic.

Qu'a fait le médecin généraliste ? Il faut comprendre la physiopathologie de ces douleurs. Y a-t-il une atteinte organique ? Cela fait déjà quarante minutes qu'elle est dans mon cabinet. Point mort et dans la salle d'attente, une quantité de salariés qui sûrement s'impatientent.

Je décide d'adresser la patiente à un professeur de médecine interne dans un CHU pour couper court à toutes tergiversations diagnostiques. Cela n'a que trop duré et l'emploi de Mme DOLO est maintenant menacé. Je peste contre son médecin généraliste qui n'est peut-être pas tout à fait fautif, mais tout de même... Pendant cette visite je le contacte par téléphone. Il est d'accord pour faire hospitaliser Mme DOLO en médecine interne à l'hôpital de Créteil et de ce fait prolonger son arrêt de travail.

Pour ma part j'ai une idée. Il pourrait s'agir d'une douleur projetée dans l'hypochondre droit à partir d'un blocage du bassin ou du rachis dorsolumbaire. Mme DOLO a en effet des douleurs réveillées par la palpation au niveau lombaire ainsi qu'une douleur antérieure de la cuisse droite évoquant une cruralgie. Il y a peut-être un décalage du bassin, mais Mme DOLO pèse 90 kg et je ne vois pas bien le contour des hanches. Cette personne a mille occasions au travail de faire des mouvements asymétriques et des efforts de soulèvement sollicitant le bassin et le rachis. Il faudra compléter avec des radios pour éliminer une atteinte osseuse puis lui proposer d'aller voir l'ostéopathe expérimenté avec lequel j'ai obtenu quelques bons résultats. Mon scénario doit cependant attendre l'avis du médecin interniste, en raison des anomalies de la VS et le résultat des radios.

Devant le désespoir de Mme DOLO, je m'emploie à la convaincre et à la reconforter : elle n'a probablement rien de grave, l'intensité des douleurs n'est pas en rapport avec leur gravité. Je la mets « inapte temporaire ». La visite de reprise a duré plus d'une heure. Elle repart avec un petit sourire d'espoir et la lettre pour le professeur de médecine interne de l'hôpital que je ne connais pas.

Lorsque je la vois un mois plus tard, elle m'apporte le résultat des explorations soigneuses faites dans le service de médecine interne du CHU de Créteil. Il ne semble y avoir aucune atteinte viscérale et la VS est redevenue normale. Par ailleurs elle a un kyste solitaire du rein asymptomatique. Au

sujet de la douleur dans l'hypochondre droit, il s'agit selon le professeur de médecine interne, du « Syndrome de la côte flottante ». Je consulte ma mémoire vacillante sur les syndromes rares. Rien ne me vient. L'expression évoque peut-être l'ignorance de la médecine ! Il y a du flottement dans la médecine ! Je souris et exprime ma satisfaction de ces résultats négatifs. Elle en est contente. Je réexamine Mme DOLO. Les mêmes douleurs avec la même topographie.

Les radios du rachis ne montrent que de banales lésions d'arthrose et une bascule du bassin. Avec l'accord de Mme DOLO, je téléphone à l'ostéopathe local qui me confirme qu'il pourra probablement traiter ce « Syndrome de la côte flottante ». Selon lui plusieurs séances seront certainement nécessaires vu l'ancienneté du syndrome douloureux et les éléments cliniques indiqués. Elle est d'accord pour y aller bien que l'ostéopathie ne soit pas remboursée par la sécurité sociale. Son médecin généraliste collabore à notre projet et prolonge l'arrêt de travail.

Mme DOLO revient début novembre 2002 en visite de reprise. Deux mois de prolongation de l'arrêt ont été nécessaires. L'ostéopathe a constaté un blocage de l'articulation sacro-iliaque droite responsable du décalage du bassin visible cliniquement et à la radio. Après la première séance d'ostéopathie en octobre, trois coups de poing assésés sur la fesse droite, la douleur n'a pas disparu. Au contraire, la douleur de l'hypochondre droit se prolonge maintenant et pour la première fois vers l'arrière jusqu'au rachis lombaire ! À l'examen persiste la cruralgie droite avec hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse, sans signes moteurs associés. Mme DOLO bien qu'elle ait toujours mal, a confiance dans cet ostéopathe et elle reprend courageusement son travail. Maintenant elle a l'espoir que quelque chose est en train de se faire. Elle va voir son médecin généraliste sur mon conseil qui lui prescrit des anti-inflammatoires, un antalgique et un myorelaxant.

Lorsque je la revois trois semaines plus tard, elle est allée comme prévu pour la deuxième séance d'ostéopathie environ quinze jours après la première. Cette manipulation a fait disparaître de manière durable la cruralgie. La douleur de l'hypochondre droit a également totalement disparu et n'a récidivé que récemment après un faux mouvement en descendant du métro. Il s'agit maintenant d'une douleur latérorachidienne droite intermittente en courant électrique. Il n'y a plus de lombalgie. Mme DOLO sait désormais qu'elle n'est pas condamnée à souffrir toute sa vie ! Entre temps je suis intervenue auprès de la directrice de l'association que j'avais vue pour sa visite d'embauche. Celle-ci a cessé de la menacer de la licencier.

J'avais demandé un aménagement de poste qui a été respecté. Le linge sale est fractionné et elle fait plusieurs voyages dans l'escalier. Elle ne porte pas plus de 10 kg. Elle ne doit plus faire les lits pour remplacer sa collègue. Il s'agit de prévenir les mouvements délétères de torsion du tronc en charge.

La troisième séance d'ostéopathie est réalisée comme prévu six semaines après la deuxième.

Je la revois début janvier 2003, les douleurs de l'hypochondre droit, du rachis lombaire et de la cuisse droite ont totalement disparu. Seule la douleur de l'hypochondre droit est revenue, la veille justement, apparemment sans contexte d'effort, mais elle avoue descendre de nouveau d'énormes sacs de linge sale qu'elle tire de la main gauche dans les escaliers. Je répète la consigne de fractionnement du linge qu'elle ne respectait plus car elle allait très bien. L'aménagement du poste est maintenu.

Par la suite, la douleur de l'hypochondre droit récidive à l'occasion d'un coup de frein brusque dans le métro (en février 2003), d'une chute au travail sur les fesses après avoir glissé sur de la compote (mars 2003), suite à des trac-tions de lits au travail avec un nouvel arrêt de travail de quelques jours (mai 2003). Ces douleurs ont vraiment une origine mécanique ! Désormais elle a recours d'elle-même à l'ostéopathe quand la douleur récidive. Pour ma part je complète l'aménagement de poste : ne pas faire les lits, même une fois tous les quinze jours en dépannage. En octobre 2003, elle se présente pour sa visite « annuelle » (elle a eu neuf visites en un an !) : poste aménagé respecté et pas de douleurs depuis plusieurs mois. À chaque fois que je revois Mme DOLO, elle est vraiment souriante. Elle a compris qu'elle n'avait rien de grave. Elle et sa collègue Rosalie ont pris conscience de leur fragilité par rapport à l'employeur et se sont syndiquées. Je constate que le mieux être lui a permis de reprendre confiance non seulement dans ses capacités physiques mais également morales.

En novembre 2004, Mme DOLO a oublié la date de la visite annuelle. Elle a téléphoné le lendemain pour s'excuser de son oubli. Cela faisait un an que je n'avais pas de nouvelles d'elle.

### **QUE TIRER COMME ENSEIGNEMENT DE CETTE HISTOIRE ?**

Il y avait un problème diagnostique. On ne peut pas exercer pleinement notre mission de médecin du travail tant que le diagnostic n'est pas fait. Notre travail consiste donc tout d'abord à remettre en route l'action du médecin traitant et à orienter le patient. L'enjeu est souvent énorme. Il y a risque de perte d'emploi, et assez souvent de dégringolade sociale (endettement, perte de logement, divorce...).

#### **LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE**

Toute douleur peut avoir une origine organique et nécessiter un traitement spécifique de type allopathique. La psychosomatique de l'école de Paris n'exclut pas les atteintes organiques du champ des maladies psychosomatiques. Les situations de travail conflictuelles ne sont pas seulement à l'origine de symptomatologies fonctionnelles. Les conflits non résolus dans les situations de vie et en particulier dans les situations de travail pénibles peuvent entraîner des atteintes

fonctionnelles *ou* organiques. Le premier devoir du médecin du travail comme tout médecin, est d'éliminer une atteinte organique grave.

#### **QU'EST-CE QUI DÉTERMINE L'ORGANE CIBLE ?**

Classiquement ce sont des facteurs héréditaires pour une part, et des facteurs d'environnement infectieux, toxiques et posturaux. Pour la psychosomatique de Pierre MARTY et son école, les facteurs sont également ontogénétiques, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à l'histoire du corps de la patiente-salariée, de son érotisation, des régressions, des possibles atteintes antérieures fonctionnelles ou organiques qui marquent l'organe par un fonctionnement particulier ou par des lésions définitives.

En tant que médecin du travail, nous devons penser à tout cela sans oublier évidemment l'exposition à des risques professionnels. Dans le cas de Mme DOLO, il y a exposition à des efforts de manutention manuelle de sacs de linge et des postures lombaires défavorables dues à cette manutention dans un escalier. Elle est exposée aussi à des produits chimiques de type ménager.

Le travail peut être incriminé prioritairement dans les problèmes de santé des personnes en activité professionnelle, car elles effectuent de plus en plus le travail sans marges de manœuvre suffisantes, ne serait-ce que la contrainte de temps. Parfois s'y ajoutent une contrainte mentale et une absence de choix qui le rend encore plus pénible. La pratique clinique en médecine du travail, montre qu'un degré de contrainte au travail élevé, génère du pathologique au niveau somatique, à savoir des évènements physiopathologiques qui amènent vers le symptôme fonctionnel ou à un degré de plus vers la lésion.

Ma démarche ne consiste pas ainsi à nier la relation entre souffrance psychique au travail et somatisation, au contraire, mais de commencer comme tout médecin responsable à éliminer les pathologies les plus graves, celles qui ne guériront pas spontanément et qui, à un degré de plus, conduisent vers la mort.

Dans le cas de Mme DOLO, une atteinte thoracique ou abdominale organique devait donc être éliminée. Je l'ai envoyée dans ce but à un expert de médecine interne car la douleur était permanente depuis plus d'un an – il y avait eu un syndrome inflammatoire biologique et du sang dans les urines le jour de la visite. Par ailleurs malgré ses pleurs, les difficultés matérielles énormes, Mme DOLO ne me semblait pas dépressive et en tout cas ne présentait pas les stigmates de la dépression essentielle faisant redouter pour Pierre MARTY l'irruption d'une maladie somatique grave. Il est vrai que ma patiente était d'origine africaine, et que la théorie psychosomatique d'inspiration psychanalytique est souvent peu adéquate et peu prédictive sur des personnes de culture non européenne. Cependant il était clair pour moi que Mme DOLO voulait guérir. Elle avait confiance en moi et était prête à tout essayer pour sortir de sa pathologie. C'était un facteur de bon pronostic.

La réponse de l'expert en médecine interne – pour schématiser – a été : pas d'atteinte organique.

J'aurais pu alors me rassurer et m'en tenir là sur le plan médical, me contenter d'élaborer une réflexion théorique du point de vue de la psychodynamique du travail, sur les relations entre la douleur fonctionnelle de Mme DOLO et sa situation de travail de non reconnaissance. Y chercher des symboles que personne ne pourra vérifier. Mais je sais que la psychodynamique du travail ne m'aidera pas directement à faire disparaître les douleurs de la salariée, alors qu'elle m'indiquera comment il faut les prévenir. Elle me renseigne aussi sur le domaine des possibles dans la physiopathogénie des troubles de Mme DOLO et me permet de comprendre que la non reconnaissance de la qualité du travail peut contribuer à la pérennité des douleurs et à leur importance. Elle me donne des clés pour comprendre l'aggravation de la dimension morale de la douleur. On peut souffrir physiquement sans en être désespérée et récupérer d'autant plus vite. Elle m'indique enfin les actions à entreprendre avec l'entourage professionnel de Mme DOLO pour que la situation de souffrance psychique cesse, au-delà de l'aspect technique de l'aménagement du poste.

Or Mme DOLO à sa première visite de reprise, souffrait toujours au point de ne pouvoir travailler. Le drame social était au premier plan. Mme DOLO risquait d'être licenciée si elle ne retrouvait pas rapidement ses capacités. Toute une famille en danger a poussé le médecin à être imaginaire et obstiné pour comprendre le mécanisme de cette douleur intolérable et tout mettre en œuvre pour la faire cesser. Si nous ne sommes pas des médecins traitants à proprement parler, nous détenons des connaissances qui peuvent aider nos patients à être soulagés de leurs maux. La visite médico-professionnelle comporte aussi ce temps. Comprendre pour faire disparaître la maladie, au-delà du bénéfice précieux pour le patient, c'est aussi mieux comprendre comment la situation de travail agit sur le travailleur, comment elle le fait souffrir, et donc comment la prévenir. Le traitement ostéopathique devient ainsi un instrument de recherche. Je peux facilement faire disparaître certaines douleurs invalidantes pour des salariés et observer ensuite ce qui change dans la situation de travail. On se satisfait d'une possibilité de reprise inattendue après arrêt prolongé et on observe avec curiosité l'évolution des relations au sein de l'entreprise consécutivement à la guérison.

Ainsi l'histoire de Mme DOLO contribue pour ma pratique à une recherche heuristique sur l'intérêt de l'orientation vers l'ostéopathie en médecine du travail.

À ce jour j'ai eu recours à ce type de traitement pour plusieurs salariés en arrêt de travail prolongé et en risque d'inaptitude définitive au poste de travail sans possibilité de reclassement en interne. Il s'agissait souvent d'un accident de travail au départ. Le succès a été constant lorsque l'indication était juste et que le salarié avait accepté d'y aller, cela va sans dire. Mon expérience de deux années sur des cas chroniques avec plusieurs mois voire plus d'un an d'arrêt de

travail, est instructif. À ce jour, sur une dizaine de cas de véritable handicap social et professionnel, seul un cas était hors de portée de l'ostéopathie. Il s'agissait de douleurs ostéoporotiques non diagnostiquées par le rhumatologue. Le caractère permanent des douleurs m'avait inquiété et m'avait fait pratiquer des radios du rachis dorsal qui avaient permis de mettre en évidence une décalcification diffuse. Chez cette autre salariée, le même ostéopathe avait renoncé à la manipulation en raison de la fragilité osseuse.

Le cas de Mme DOLO au niveau diagnostique, était plutôt complexe. Pas de faux mouvement ou de chute à son souvenir. Pas de traumatisme évoqué à l'origine de ses douleurs. Cet exemple enseigne donc qu'il faut aussi penser systématiquement à un blocage articulaire rachidien ou du bassin, lors de tout symptôme douloureux de la tête jusqu'à l'extrémité des orteils, même lorsque manque la notion de traumatisme physique. On doit rechercher s'il existe une systématisation dans des territoires sensitifs des racines nerveuses c'est-à-dire une topographie systématisée. L'influence de la posture sur l'intensité ou le réveil des douleurs, est assez évocatrice. Dans le cas de Mme DOLO, c'est tout cela et en particulier la systématisation de la symptomatologie douloureuse à une atteinte d'une racine nerveuse d'émergence lombaire, qui m'a orienté. Projection lombaire, en ceinture et crurale de la douleur. Il est plus courant d'observer des sciatiques aiguës ou même chroniques secondaires à un blocage de l'articulation sacro-iliaque visible à la manœuvre d'antéversion du tronc par une bascule du bassin. Une visite chez un ostéopathe expérimenté permet de résoudre une proportion notable des sciatiques faussement attribuées à des anomalies discales pourtant visibles au scanner lombaire.

Proposer l'ostéopathie avant 2002 en France n'était pas évident car cette pratique était encore taxée en France d'activité illégale de la médecine. Sa légalisation a ouvert une brèche importante dans son utilisation en matière de lutte contre l'absentéisme prolongé au travail du à la pérennité de douleurs qualifiée (à tort ?) de sinistrose. Mon expérience montre dans chaque cas, qu'en faisant disparaître par manipulation ostéopathique la douleur d'origine mécanique, la dépression associée à cette douleur disparaît avec, et que la reprise de travail tant attendue est immédiate.

Parallèlement à la remise au travail de Mme DOLO, pendant qu'on la débarrassait de ses douleurs, il a fallu s'attaquer au problème des relations avec l'employeur. La non reconnaissance de son travail pouvait être dangereuse à court terme, licenciement, et à long terme, surcharge de travail.

Après une discussion avec la directrice de l'association à l'occasion de sa propre visite d'embauche, au sujet de Mme DOLO, les menaces de licenciement ont cessé. La jeune directrice inexpérimentée, plus gestionnaire et opératoire que sensible aux relations humaines, était cependant relativement anxieuse et soucieuse de bien faire son travail. Elle semble avoir pu réfléchir suite à mes propos concernant l'emploi et les conditions de travail de Mme DOLO. Les finances de l'association se sont semble-t-il améliorées par

une comptabilité plus rigoureuse et des restrictions budgétaires sur d'autres lignes... Il n'était plus utile de faire travailler une personne comme un âne en 35 H sur un poste et demi.

Mme DOLO a compris en outre, réalisant la fragilité de son emploi et des relations avec l'employeur, qu'il est utile de se

syndiquer. C'est ce qu'elle a fait avec Rosalie, sa collègue femme de ménage à mi-temps auprès d'un autre syndicat que celui choisi par les éducateurs. Malgré la difficulté du travail, la difficulté de la vie, je n'ai pas entendu parler de Mme DOLO pendant un an. Elle a même oublié sa dernière visite et s'en est excusée hier en riant.

*Isabelle LAGNY*