

**"La clinique médicale du travail"**  
**Contribution de la médecine du travail**  
Colloque E-Pairs- Association SMT

Comment la clinique médicale du travail est-elle en train de s'imposer dans la prévention médicale, en pleine période de démedicalisation ?

Quelles perspectives s'ouvrent ainsi aux cliniciens de la santé au travail ?

Mais d'ailleurs, la clinique médicale du travail, qu'est-ce au juste ?

Les 4 thèmes de la journée

- Concepts de la Clinique médicale du travail : les mots clés
- Une histoire clinique à comprendre ensemble
- Une pratique clinique pour accéder aux effets du travail et du « travailler » sur la santé
- Ouvrir à la prévention individuelle et collective ; restaurer le pouvoir d'agir

*E-Pairs*

Association loi de 1901 - déposée le 6-11-2006  
N° de dépôt : 2006 0048 889 N° Agrément HAS 129 37  
N° de déclaration d'activité de FPC : 24 37 02517 37  
APE : 9499 Z N° SIRET : 494 421 514 00014  
Site : <http://www.e-pairs.org> Mel : [e-pairs@e-pairs.org](mailto:e-pairs@e-pairs.org)  
Agrément Formation Médicale Continue N° : 100 419  
Adresse : 6 rue des coudriers 86100 CHATELLERAULT

Association

**Santé  
et Médecine  
du Travail**

25 rue Edmond Nocard  
94410 Saint Maurice  
Tel 06.79.72.44.30

Courrier [secrtaire@a-smt.org](mailto:secrtaire@a-smt.org)  
Site internet [www.a-smt.org](http://www.a-smt.org)



# PROGRAMME

## « La clinique médicale du travail » Contribution de la médecine du travail

---

**9h00** : Accueil

**9h15** : Introduction : E-Pairs et a-SMT

**9h30** : Concepts de la Clinique médicale du travail : les mots clés

**10 h 45** : pause

**11 h** : une histoire clinique à comprendre ensemble

---

**12h15** : déjeuner

---

**14h 00** : une pratique clinique « inter- compréhensive » pour accéder aux effets du travail et du travailler sur la santé

**15 h 15** : ouvrir à la prévention individuelle et collective. Restaurer le pouvoir d'agir

**16h30** : Synthèse

**17h00** : Fin du colloque

---

**Membres du comité scientifique** : Thérèse Buret (*E-Pairs*), Annie Deveaux (*E-Pairs*), Alain Carré (*Ass-SMT*), Alain Grossetête (*E-Pairs*), Dominique Huez (*Ass-SMT*), Florence Jégou (*Ass-SMT*), Gérard Lucas (*E-Pairs*), Huguette Martinez (*E-Pairs*), Odile Riquet (*Ass-SMT*) Nicolas Sandret (*Ass-SMT*)

---

Le compte rendu des travaux du colloque sera disponible au quatrième trimestre sur les sites E-PAIRS ([www.e-pairs.org](http://www.e-pairs.org)) et A-SMT ([www.a-smt.org](http://www.a-smt.org))  
Le numéro 27 des "Cahiers SMT" publiera les communications des quatre thèmes de cette journée, et sera publié à la fin 2013.

---

# BIBLIOGRAPHIE

- Bardot F., Huez. D. (2003)- Clinique médicale du travail et souffrance au travail, les dépressions réactionnelles professionnelles  
Travail et Emploi n 96
- Berthoz A. (1997)- Le sens du mouvement, Odile Jacob
- Berthoz A. (2003)- La décision, Odile JACOB
- Billiard I. (2001)- Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail. Éditions La Dispute
- Canguilhem G., (éd 1995) Le normal et le pathologique PUF.
- Clot Y. (2008) Travail et pouvoir d'agir .Le travail humain. PUF
- Clot Y. (2010) *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, coll. « Cahiers libres ».
- Damasio A. (2003)- Spinoza avait raison. Odile Jacob
- Damasio A. (1995)- A L'erreur de Descartes. Odile Jacob
- Dejours C. (1995)- Le facteur humain .PUF. Nouvelle Edition 1999.
- Dejours C. (2003)- L'évaluation à l'épreuve du réel. Ed INRA. Sciences en question.
- Dejours C. (2007)- Admettre-la-centralité-du-travail.  
Contact Santé hors-série n°1 « Souffrances au travail. Des principes, des significations, des usages », pp.14-15
- Dejours C. (2008)- Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail. Bayard
- Davezies P. Deveaux A. Torres. C (2006)- Repères pour une clinique médicale du travail  
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement vol 67 p 119-125
- Davezies P. (2010)- Sur le rapport à l'autorité en clinique du travail.  
Pouvoir d'agir et autorité dans le travail. Ed F Hubault p.31-40, Octares Editions, Toulouse  
[http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Autorite\\_travail\\_travail\\_2008.pdf](http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Autorite_travail_travail_2008.pdf)

- Davezies P. (2012)- Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail  
Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, Revue Pistes 14-2 | 2012  
<http://pistes.revues.org/2566>
- Davezies P. La clinique médicale du travail, une pratique émergente  
Santé et travail. 2013/01; (81) : 42-45
- Davezies P. Le site de:  
<http://philippe.davezies.free.fr/download/cat.php?idcat=1>
- Loubet-Deveaux A. Bardot F. (2003)- Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail Travailler 2003/2, Martin-média.
- Guerin F ; Laville A.; Daniellou F.; Duraffourg J.; Kerguelen. A. (1991)  
Comprendre le travail pour le transformer Éditions ANACT 1991
- Huez D. (2003)- Éthique, Clinique du travail et témoignage, Construire nos règles professionnelles en médecine du travail.  
Communication à la Société de Médecine du Travail et d'ergonomie de Franche-Comté, Besançon
- Huez D. (2006)- Clinique médicale de l'accompagnement du sujet au travail, approche compréhensive,  
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement vol 67 n°2
- Huez D. (2008)- Souffrir au travail. Comprendre pour agir. Éditions Privé.
- HUEZ D , RIQUET O, Savoir faire clinique et action en médecine du travail,  
Archives des Maladies Professionnelles, 30° Journées de Santé et Médecine du travail de Tours, Juin 2008, pages 373 à 379
- Linhart, R. (1978) - L'établi. Éditions de minuit
- Molinier P., Soares A. et coll. Les émotions dans le travail - Travailler 2003/1, 230p. Martin Media
- Molinier P. (2008) Les enjeux psychiques du travail, Ed Payot
- Ricœur P. (1990)- Soi même comme un autre. Le Seuil
- Semat E., coll. association SMT (2000) Femmes au travail, violences vécues, Éditions La Découverte et Syros, 323 pages
- SPINOZA B. (1677) Ethique-, Editions Garnier Frères, Paris
- Torres C. (2009)- Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France, BEH 9 juin 2009 / n°25-26

Association SMT, coll., (1994) Paroles de médecins du travail, col, Souffrances et précarités au travail, Éditions Syros, 357 pages

Les cahiers du SMT : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

Cahier SMT n°10/1997

Clinique de la santé au travail, éthique du témoignage, règles de métier en médecine du travail : élaborer le sens de notre action. D Huez

Cahier SMT n°18/2003

Clinique Médicale du Travail : Éthique et Pluridisciplinarité

Cahier SMT n° 19/2004

La clinique médicale au cœur de la consultation de médecine du travail

Cahier SMT n°21/2006

Cahier SMT n° 22/2007

Pratiques professionnelles cliniques pour agir

Cahier SMT n° 23/2009

Les consultations cliniques en médecine du travail

Cahier SMT n° 26/2012

Clinique médicale du travail

Perspectives en clinique du travail nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006

<http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1.htm>

La revue électronique Activités pour le travail des ergonomes :

<http://www.activites.org/>

## Thème N°1

# CLINIQUE MEDICALE DU TRAVAIL : ORIGINES, CONCEPTS, DEFINITIONS, PRATIQUES

*Alain Carré, Nicolas Sandret, Huguette Martinez*

En 1946, pour la première fois, fut inscrit dans la Constitution de la République le droit individuel à la protection de la santé. Pour y concourir, en milieu de travail, s'agissant de santé, fut mis en place une institution « la médecine du travail » exercée par un corps de médecins spécialisés, les médecins du travail, exerçant, comme tout médecin, dans le cadre d'une obligation de moyens. S'agissant d'un droit individuel, le principe fondateur postulait que l'exercice serait un exercice de « première ligne », c'est-à-dire d'un exercice de consultation médicale. La tâche confiée à ces praticiens, à l'origine, et qui n'a pas varié depuis, est une action préventive destinée « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Ce nouvel exercice tranche notablement avec l'exercice de la médecine de soin :

- Elle se déploie dans un cadre légal d'ordre public social qui impose par conséquent un double contrôle de l'autorité publique et des représentants des travailleurs qui en bénéficient, mais aussi des liens avec la santé publique.
- Cet exercice se situe, contrairement aux autres modes d'exercice médicaux, dans un lieu, l'entreprise, et un contexte, le travail, où la santé n'est pas une valeur « en soi ».
- C'est enfin une médecine préventive, spécialisée en prévention primaire, puisqu'il s'agit, en premier lieu d'éviter toute altération de la santé et non seulement toute atteinte à la santé. Cela implique une prise en compte de la subjectivité du travailleur dans un champ mal balisé par la séméiologie médicale classique. L'élément pathogène est à identifier dans le travail de chaque travailleur. Il s'agit ici du travail concret de chaque travailleur, c'est-à-dire du travail réel incarné et subjectif du travailleur, en interaction avec les conditions matérielles et humaines qui l'entourent

Ce contexte d'exercice des médecins du travail leur a imposé de développer une clinique médicale particulière, la clinique médicale du travail, qui complète et transcende la clinique médicale telle qu'on l'enseigne dans les facultés de médecine.

## UNE CLINIQUE MEDICALE DE L'HOMME AU TRAVAIL

Cette clinique doit, pour remplir la mission liée à cet exercice, avoir pour référence « Un modèle de l'homme qui rend compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé<sup>1</sup> ». Confrontés à cette difficulté académique, à partir des années 70, les médecins du travail, en référence aux sciences humaines, élaborent en commun une nouvelle clinique : « la clinique médicale du travail ». Les bases théoriques de cette clinique font donc de fréquents emprunts à l'ergonomie, à la sociologie, à la psychologie et la psychodynamique du travail.

---

<sup>1</sup> Philippe Davezies

### **1. La clinique médicale du travail considère le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective**

Pour sortir de l'approche classique et réglementaire qui s'intéressent à la cause des risques mais ignore les réponses activement produites par le travailleur considéré comme passif, les médecins du travail se rapprochent de l'ergonomie qui implique que « Il n'y a pas de travail d'exécution. Tout travail impliqu(ant) une mobilisation de l'intelligence <sup>2</sup>».

Le travail n'est pas solitaire. Il se déroule dans un environnement humain collectif.

Cela impose de prendre en compte la dimension sociale de l'activité de travail.

Ici, « le travail est l'activité coordonnée entre les femmes et les hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail <sup>3</sup>». Il y a donc un travail prescrit par l'organisation du travail qui procède par instructions pour atteindre une tâche à accomplir et un travail réel déployé par les travailleurs dans un contexte collectif et qui engendre des échanges sur « comment faire » et « comment faire ensemble » afin de parvenir à un résultat faisant l'objet d'un consensus entre eux.

### **2. La clinique médicale du travail postule que la santé se structure autour du pouvoir d'agir. Elle analyse par conséquent ce qui s'oppose au pouvoir d'agir du sujet**

Dans l'esprit de l'article L1111-4 du code de la santé publique, cette clinique considère que « la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir<sup>4</sup> » et « qu'être en bonne santé c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, mental et social<sup>5</sup> ». « La santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et, inversement, à ce qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui <sup>6</sup>».

### **3. La clinique médicale du travail considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. la Clinique Médicale du Travail intègre cette dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations.**

La réalité mouvante impose de mobiliser d'autres ressources que des savoirs techniques. La relation dynamique aux objets du travail est incorporée. Des savoirs faire acquis d'expériences antérieures sont intégrés dans cette mémoire du corps.

Ne pas pouvoir exprimer ces relations indique une résistance au sens de la psychopathologie du travail.

### **4. La clinique médicale du travail cherche à comprendre ce qui se joue pour le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet**

---

<sup>2</sup> Alain Wisner

<sup>3</sup> Philippe Davezies

<sup>4</sup> Paul Ricoeur

<sup>5</sup> Christophe Dejours

<sup>6</sup> Yves Clot

Le travailleur agit sous le regard des autres, avec eux, dans un système de valeurs partagées, en espérant être reconnu et en s'affrontant à la réalité pour atteindre un résultat qui fasse référence. C'est la résistance à cette activité qu'oppose l'organisation du travail et l'impossibilité d'accomplir ce qu'on voudrait faire ou d'aboutir au résultat qui pèse sur la santé du salarié

« Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – les échecs -, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire.<sup>7</sup> »

L'organisation est en désaccord avec le résultat du travail que je cherche à atteindre ou supprime mes marges de manœuvre ou ne me donne pas les moyens nécessaires. Elle isole chaque salarié en l'individualisant ou empêche le travail en commun ou la construction de valeur commune sur le travail et la façon de le faire.

L'organisation est en désaccord avec ce que j'estime être la qualité et le résultat de mon travail ne reconnaît pas ma valeur ou l'utilité de mon travail. L'isolement ne permet plus la reconnaissance symbolique de mon travail

### **5. La Clinique médicale du travail identifie et prend en compte les défenses du sujet contre sa souffrance**

La psychodynamique du travail décrit les processus de pensée inconscients qui permettent au sujet de mettre à distance la souffrance.

Elles les nomment: processus de défense, stratégies défensives, idéologies défensives (dénier péjoratif de l'encadrement, faire le Mal pour le Bien...).

Ces processus inconscients comprennent les somatisations.

### **L'OUVERTURE DE L'ESPACE CLINIQUE : DU SIGNE AU SENS**

L'ouverture de l'espace clinique implique un double mouvement qui tranche avec la posture médicale traditionnelle. Il s'agit en effet de « Passer d'une situation où le salarié est **en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse**, passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leurs singularités concrètes<sup>8</sup> »

### **LA CONSTRUCTION DES HYPOTHESES : DU SENS A LA SIGNIFICATION**

Elle implique le déploiement d'une « écoute compréhensive », écoute particulière qui puisse permettre au médecin du travail d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, et défenses. Le terme ne fait pas uniquement référence à la **compréhension des situations** qu'elle permet au médecin. Il désigne, en fait, sa finalité principale qui est de **permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté**.

Il s'agit par conséquent d'une construction commune. Elle est **personnalisée** et se fait avec le salarié au regard de ce qu'il déclare de la situation, et de ce qu'il en comprend et fait comprendre au médecin. Elle est **conceptualisée**, par rapport à ce que le médecin a observé de la situation des autres travailleurs, de l'état des collectifs, de l'organisation du travail dans l'entreprise. Elle est **raisonnée**, en référence au corpus théoriques de la clinique médicale du travail.

La mise en place en **recueil formalisé « au fil de l'eau »** des témoignages des salariés sur leur vécu au travail permettra des hypothèses sur le lien Santé-Travail en les analysant. Parallèlement le repérage des risques permettra

---

<sup>7</sup> Yves Clot

<sup>8</sup> Philippe Davezies

d'identifier les facteurs de risque liés à l'organisation du travail a priori, les effets de L'organisation du travail sur le travail réel et les comportements managériaux pathogènes.

### **LE DIAGNOSTIC DU LIEN SANTE-TRAVAIL**

Le diagnostic positif repose sur le recueil **systematique des indicateurs de santé mentale en rapport avec le travail** et peut s'appuyer sur des examens complémentaires de spécialité. Il prendra en compte les altérations « discrètes, paradoxales: (démobilisation professionnelle, hyperactivité) mais aussi les atteintes camouflées (TMS et psychosomatiques).

Le diagnostic étiologique permet de relier les atteintes à la santé au repérage des situations de travail pathogènes. C'est le résultat du travail d'élaboration (« **voit on le salarié travailler?** »). Toute identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description de ce qui l'influence négativement du côté du travail. **La pathologie est alors en rapport avec le travail et reliés à des caractéristiques de l'organisation du travail.** Le diagnostic étiologique s'élabore en référence avec la situation des autres travailleurs. Il doit être le plus précis possible pour préparer l'intervention.

### **LE DIAGNOSTIC DU LIEN « SANTE-TRAVAIL EST SPECIFIQUE A LA CLINIQUE MEDICALE DU TRAVAIL**

Diagnostic positif et étiologique de la situation de santé du travailleur et de ses rapports au travail sont issus d'une démarche clinique médicale argumentée qui participe de pratiques professionnelles évaluées collectivement et un préalable à toute action individuelle et/ou collective du médecin du travail.

## Thème N°2

### **Une histoire clinique à comprendre ensemble**

*Annie Deveaux, Alain Grossetête*

Deux monographies de clinique médicale du travail seront présentées de façon à comprendre les ressorts du travail clinique qui y a été déployé. La présentation pourra être faite par un intervenant qui n'en sera pas l'auteur. Elle sera suivie de la thématization des points clés : quelle conduite médicale de cette consultation, la spécificité de l'histoire individuelle et collective de l'activité de travail et de l'engagement subjectif dans le travail, la question des défenses, des émotions, des affects, des écrits etc.

Une monographie de clinique médicale du travail « acte » d'un moment d'une compréhension du côté du travail. Cette compréhension est co-construite au cours de la consultation médicale. D'une part du point de vue du sujet : qui découvre au travers du conflit qu'il expose, l'importance de son engagement subjectif au travail (ce qu'il y met de lui), ainsi que l'origine du conflit, qui porte sur le travailler ; en même temps que les conflits de règles professionnelles à l'origine de ce qui fait difficulté dans son travail jusqu'à l'émergence d'une souffrance pathologique et des mécanismes délétères qui y naissent. Du point de vue du médecin du travail qui y nourrira un diagnostic médical en situation lui permettant d'accompagner cliniquement le sujet au travail et soutenir pour préserver ou retrouver son pouvoir d'agir, lui permettant d'émettre éventuellement des préconisations médicales.

Pour donner à voir le travail clinique, une attention sera déployée à « faire transparaître les émotions » qui permettent à chacun à sa manière de comprendre de façon avisée. Les monographies retenues donnent de la « chair » à la clinique médicale du travail et visent à permettre d'y repérer « une praxis » de la conduite de la consultation nourrie par la clinique médicale du travail.

Pour rendre compte de la diversité clinique, avant le colloque des monographies de cliniques médicales du travail pertinentes seront accessibles aux participants du colloque pour illustrer la pluralité des situations instruites par la clinique médicale du travail.

### Monographies de cas cliniques

#### **À PROPOS DE LA SANTÉ D'ARTHUR B...**

##### **Questions à ceux qui cherchent du côté du travail**

Je rencontre Arthur B... pour la première fois lors de sa visite d'embauche, en mai 2004. Il va bientôt avoir vingt- quatre ans, il est dans le monde du travail depuis l'âge de seize ans. Il est fils unique, son père est ouvrier de maintenance et sa mère aide à domicile. Il a quitté le domicile de ses parents depuis quelques

mois pour un appartement dans lequel il vit seul. Il est plutôt bien bâti, costaud, mais il semble être ailleurs et il ne va pas très bien. Depuis plusieurs mois, il se plaint de palpitations, d'essoufflement à l'effort, symptômes pour lesquels son médecin traitant l'a adressé en consultation de cardiologie. Le bilan cardiaque s'est avéré normal. Il se plaint aussi de lombalgies fréquentes. Pas de drogue. Peu d'alcool, moins qu'avant. Pas d'antécédents médicaux.

Il est embauché en CDI depuis un mois dans une entreprise de fermettes industrielles, il travaille au montage des fermettes, c'est-à-dire un travail de montage de pièces de charpente en bois, maintenues ensemble par des connecteurs métalliques qu'il faut positionner et pré-enfoncer à l'aide d'un maillet avant le passage de la fermette dans une presse. Ce travail est effectué collectivement autour d'une table par quatre ou cinq monteurs en fonction de la taille de la fermette. Arthur B... est satisfait de cette embauche, il ne se plaint pas de ses conditions de travail actuelles mais les palpitations dont il me parle spontanément justifient un travail de questionnement sur son passé professionnel.

Sans vouloir faire la liste des choses qui font battre le cœur, il s'agit là de questionner le travail d'Arthur B... dans l'idée qu'une émotion née de ce qu'il a vécu dans le travail, inscrite dans son corps, non résolue, existe à l'état latent ; une émotion mise en place pour résoudre un problème impossible, pour faire face à une impasse.

Arthur B... a un CAP de boulanger, il a travaillé pendant ses deux ans d'apprentissage et ensuite pendant un an comme ouvrier dans une grosse boulangerie pâtisserie, sept à huit salariés, un travail d'équipe sans difficultés. De manière assez habituelle en boulangerie, le contrat n'est pas renouvelé au bout d'un an, pour permettre l'embauche d'un nouvel apprenti. Arthur a travaillé ensuite dans une autre boulangerie, plus petite, très mal aérée où il était exposé anormalement à la farine, ce qui a déclenché une allergie. Arthur a dû abandonner le métier qu'il aimait. Bien que je sois attentive à ce moment là de la consultation aux mouvements du corps et à la voix d'Arthur, aucune émotion n'apparaît dans l'évocation de ce métier choisi, désiré, abandonné pour raison de santé, ni dans cette rupture de sa vie professionnelle.

Arthur B... a travaillé ensuite par intérim pendant plus de trois ans, de multiples missions dont il semble très difficile pour lui de faire l'historique et parmi lesquelles une mission de dix-huit mois dans une entreprise de teinture et impression. Arthur B... a-t-il rencontré des conditions de travail particulièrement difficiles ? Est-ce qu'il a dû quitter un travail parce qu'il était trop pénible, trop dangereux, trop stressant ? Est-ce qu'il a été victime d'un accident de travail ? Arthur raconte alors qu'en 2001, pendant sa mission d'intérim dans l'entreprise de teinture et impression, il a été victime d'un accident de travail, son bras droit a été pris entre deux rouleaux d'une essoreuse. Arthur a eu très peur, il a vraiment cru qu'il allait perdre son bras. Son émotion est alors manifeste, il me semble qu'elle traduit à cet instant la présence de cette usine, de cette machine, de ces rouleaux dans son corps. Tout en accusant réception de cette émotion, tout en le soutenant du regard, il faut poursuivre le questionnement. Qui lui a porté secours ? Comment s'est comportée la direction ? Arthur a-t-il eu le soutien de ses collègues ? Arthur exprime son indignation, un sentiment d'injustice devant les comportements de ses collègues et de son chef qui ont minimisé l'incident comme c'est souvent le cas dans ce type d'accident par compression. En effet, il n'y a pas de plaie, pas de sang, donc pour les témoins, ce n'est pas grave, mais les

douleurs sont intenses et persistent longtemps. Pour Arthur, dans cette usine, ce n'était pas vraiment une équipe de travail, pas comme à la boulangerie, c'était chacun pour soi, et il exprime avec émotion un sentiment d'isolement dans le travail, un sentiment qu'il n'avait pas ressenti lorsqu'il était boulanger.

Son bras va guérir sans séquelles, mais apparaissent les palpitations et l'essoufflement à l'effort. Mon questionnement retrouve aussi des bourdonnements d'oreille, des sensations vertigineuses, le sentiment de n'être plus le même. Tous ces symptômes persistent encore et sont évocateurs d'un syndrome subjectif post-traumatique. Tous les bilans pratiqués ont été négatifs.

À la fin de cet échange, je propose à Arthur l'hypothèse que les symptômes présentés pourraient être en lien avec le traumatisme qu'il a présenté, avec sa peur qui est justifiée, et qui est une réaction normale et saine, avec sa colère légitime devant la non reconnaissance par l'entreprise du préjudice qu'il a subi. Proposition qu'il ne reprend pas par la parole mais que son attitude et son regard laissent à penser qu'elle pourrait être juste et qu'elle pourrait l'autoriser à penser autrement ce qu'il ressent dans son corps.

Cette visite d'embauche a été relativement longue, un échange sur le retentissement du travail sur sa santé a pu avoir lieu, un lien de confiance a pu se mettre en place. Étant donné ses problèmes de santé actuels, je propose à Arthur B... de le revoir en juillet au moment de la visite annuelle de tous les salariés de l'entreprise.

Je revois Arthur B... fin juillet 2004. Les visites annuelles ont lieu dans un centre médical secondaire. Habituellement tous les salariés qui travaillent autour de la même table de montage viennent ensemble, et il n'est pas raisonnable de garder un salarié dans le bureau médical beaucoup plus longtemps que les autres. Pourtant Arthur B... ne va pas très bien. Il ne se plaint plus de tachycardie, ni de vertiges, mais il a eu un arrêt de travail de huit jours fin juin pour des lombalgies, il est fatigué et il souffre toujours de son dos. Les lombalgies sont atypiques, tenaces, accentuées par la toux, sans signe de sciatique. Se pose pour moi la question de savoir si ces lombalgies sont le signe d'un conflit entre l'engagement d'Arthur dans le travail et le collectif ?

Je connais le poste de travail d'Arthur. Le travail de montage impose de monter sur la table pour taper au maillet sur les connecteurs les plus éloignés des bords de la table. Ce sont les plus jeunes qui montent et qui descendent, à tour de rôle. Les fermettes sont ensuite évacuées à plusieurs. C'est un travail répétitif, soumis à un certain rendement, et qui demande beaucoup de coordination entre les différents équipiers et le chef d'équipe. Il s'agit donc pour chaque monteur de participer aux stratégies défensives collectives : s'économiser quant au nombre de coups de maillet et aux montées sur la table, maintenir une ambiance détendue autour de la table pour que le travail collectif soit possible. Dès qu'un monteur entend se singulariser, ne pas participer aux blagues et aux discours, il risque rapidement de devenir le bouc émissaire et peut rapidement être exclu. Autour de ces tables de montage, le turn-over est important, seul le chef d'équipe est un professionnel du bois ; beaucoup de jeunes non qualifiés, quelques anciens du textile ou des transports reclassés là.

Mais Arthur B... ne reconnaît aucune difficulté par rapport au collectif de travail ou à l'organisation du travail, il souhaite continuer dans ce métier et dans

quelques jours l'atelier ferme pour quatre semaines de vacances d'été et il sera en vacances.

L'examen audiométrique est difficile à réaliser, les réponses sont variables, surprenantes, je ne sais plus si Arthur B... est préoccupé, " ailleurs " ou s'il présente un véritable déficit auditif. Je l'adresse donc en consultation ORL pour avoir un avis spécialisé et à son médecin traitant pour un bilan radiologique de ses lombalgies. Dans cette consultation, j'aurais aimé revenir sur le passé professionnel, sur les conditions d'apparition de l'allergie, sur le rapport au collectif, mais la situation ne me le permet pas. Je vais donc simplement dire à Arthur B... que je reste à sa disposition si sa santé ne lui permet pas de continuer ce travail et qu'il peut venir en consultation à sa demande.

Trois mois plus tard, fin octobre, Arthur B... téléphone dans le service pour me dire qu'il n'en peut plus, qu'il ne veut plus y retourner, qu'il va démissionner. Il est en arrêt maladie depuis dix jours. Je lui propose de venir en consultation pendant son arrêt maladie.

Je le rencontre donc trois jours plus tard. Il a toujours l'air "un peu ailleurs", il commence à parler comme s'il était extérieur à tout ce qui lui arrive. Il me dit qu'il est sous Lysanxia<sup>o</sup> depuis quelques jours car il était trop énervé, il n'arrivait plus à dormir. L'examen ORL était normal. Le bilan radiologique de la colonne également. Des séances de kinésithérapie sont en cours et elles lui sont bénéfiques. Les lombalgies persistent mais elles sont calmées par l'arrêt de travail.

Mais le problème, c'est le travail. Depuis les vacances, il se sent harcelé par le chef d'équipe qui s'acharne contre lui. " Tu n'es qu'un bon à rien, tu ne tapes pas assez fort, pas correctement, tu ne mets pas les bois dans le bon sens. " Il n'est pas soutenu par l'équipe, tout le monde est contre lui, il se retrouve tout seul pour porter les fermettes les plus lourdes. Quand il s'est arrêté en maladie pour son dos, toute l'équipe s'est " foutue de sa gueule " : " On ne s'arrête pas en maladie pour un simple mal de dos. "

Il semble que l'arrêt maladie soit l'événement à partir duquel la situation est devenue conflictuelle et le travail vécu comme une situation de harcèlement. Mais qu'est-ce qu'Arthur soutient ou défend et qui le place hors du collectif, hors des stratégies défensives collectives ? Sur quelles règles a-t-il construit son rapport au travail ? Mon questionnement portera de nouveau sur le passé professionnel.

Arthur a fait son apprentissage dans une vieille boulangerie, avec un vieux patron. C'est lui qui lui a tout appris, avant tout la précision. Là ce qui comptait c'était le produit, le pain. Pour le patron, la règle c'était que tout ce qui était fabriqué devait être " plus que parfait ". Du beau et du bon pain. Tout le monde était en accord avec cette exigence de précision et de qualité. Pas de problème avec le collectif. Le patron lui faisait totalement confiance. Au bout de six mois, alors que " les apprentis n'ont pas le droit d'être seuls "(précise Arthur), il lui laissait la clé, il lui disait : " C'est toi qui mets en route ". La contrainte de temps était très forte, il fallait être très rapide, mais Arthur aimait cette hyperactivité, il ne voyait pas le temps passer.

Dans la deuxième boulangerie, c'était bien différent. Le patron buvait. Pour lui, tout ce qui pouvait être vendu, c'était bien, quel que soit l'aspect. Là, Arthur

faisait trois postes à lui tout seul : le boulanger à la place du patron qui ne faisait plus rien, le pâtissier et le vendeur : régulièrement seize à dix-huit heures de travail par jour pour essayer quand même de faire du bon boulot. L'allergie est arrivée en quinze jours, Arthur s'est mis alors à saigner du nez et des gencives. Impossible de continuer le travail. Arthur a fait un autre essai dans une autre boulangerie, les mêmes symptômes sont réapparus et il a dû abandonner le métier de boulanger.

À ma proposition : " Il est possible que le stress lié au surmenage, aux difficultés d'organisation du travail et au désaccord avec le deuxième patron, ait favorisé l'apparition de cette allergie à la farine ", Arthur dit : " Non, l'allergie est liée au changement de farine d'une année à l'autre, car les symptômes étaient toujours là pendant l'essai dans une troisième boulangerie ".

Sur son poste de monteur, Arthur reste très exigeant, pour lui, l'objectif est de mettre les connecteurs bien en place, et que la fermette soit bien montée. Objectif difficile à tenir quand on est cinq ou six autour d'une table, pour ne pas dire impossible dans ce travail collectif où : " Il y en a un qui tape d'un côté, l'autre tape de l'autre côté, ça défait ce que tu viens de faire ", et dans lequel c'est la presse qui termine le travail et qui rend l'objet conforme. " C'est carrément ennuyeux, on attend, on s'ennuie. " Je fais avec lui l'hypothèse qu'il est contrarié dans son engagement dans le travail, et que son mal de dos témoigne peut-être de ce conflit entre l'" à peu près " inhérent à ce travail de montage et " le plus que parfait " de l'objet qu'il voudrait faire.

Il s'agit de savoir si cette situation de travail, ce vécu de harcèlement peut mettre en jeu la vie d'Arthur. Est-ce qu'il a pu en parler autour de lui ? Arthur se sent isolé dans son travail, mais il a le soutien de sa famille. Son médecin traitant lui conseille de démissionner. Je lui propose, avant de prendre une telle décision, d'écrire à son employeur pour demander un changement de poste, où il soit plus autonome. Suite à cette lettre, le responsable du site me contacte, envisage la possibilité d'un changement de poste.

Mais quelques jours plus tard je reçois par courrier le double de la lettre de démission qu'Arthur B... a adressé à son patron. Je lui propose de le recevoir en consultation, la semaine suivante. Arthur est de nouveau intérimaire, il travaille dans une entreprise de plasturgie, il est seul sur une presse. Il est de nouveau dans la précarité, mais il va mieux, il dort bien et n'a plus mal au dos. En fait, il me raconte que son employeur a refusé de le recevoir, de lui parler, il lui a raccroché au nez, et Arthur B... a préféré démissionner. Sur sa demande, je lui remets un certificat médical confirmant pour les ASSEDIC qu'il a quitté son travail pour des raisons de santé : certificat médical remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

## **DISCUSSION**

Évidemment dans cette observation, il manque beaucoup d'éléments : on ne sait rien de la vie affective d'Arthur, peu de choses sur ses relations familiales, et sur sa vie sociale. Pas assez de choses sur son activité dans l'entreprise de teinture et sur son retour au travail après l'accident, ni sur les rapports avec le deuxième patron boulanger, si sur le bilan allergique. Sans doute il y aurait là des éléments importants pour la compréhension de cette observation.

Mais cette observation m'intéresse parce qu'elle pose la question du premier rapport au travail dans la vie d'un sujet et de ce qui est mis en place en termes de stratégies défensives, d'émotions et de règles pour corriger ces émotions. Elle me semble aussi caractéristique de ce que le monde du travail impose de mutilations, de renoncements aux plus jeunes et aux plus précaires.

J'ai eu l'occasion de discuter cette observation dans un groupe de médecins. Pour eux, ce qui les a frappés c'est la violence des décisions d'Arthur et sa grande solitude. Est-ce que c'est le renoncement à être affecté par les choses qui conduit Arthur à des réactions violentes ? Comment les émotions d'Arthur pourraient-elles devenir ressources, préparation à agir et guider ses décisions ?

L'hyperactivité est présente dès le début de l'apprentissage d'Arthur mais on ne sait pas si elle existe depuis l'enfance et l'école. Elle est source de plaisir dans le travail. Elle est partagée avec d'autres. Dans la deuxième boulangerie l'hyperactivité devient stratégie défensive pour essayer de tenir la question de la qualité. C'est une hyperactivité qui ne laisse pas le temps à l'hésitation et à la délibération, et qui ampute Arthur de sa perception sensible des objets qui le mettait en relation avec l'environnement.

Cette hyperactivité ne se retrouve pas dans le poste monteur où Arthur trouve le travail carrément ennuyeux, " on attend, on s'ennuie ". Il ne peut plus donner le rythme, il est obligé d'adopter celui du groupe. Peut-on parler là d'hyperactivité contrariée ? Cette impression " d'être ailleurs ", absent, préoccupé, que je remarque chez Arthur mais aussi chez d'autres jeunes salariés hyperactifs, contrariés par le rythme imposé, correspond-elle à une incapacité à se concentrer quand on ne peut plus anticiper dans le travail, une difficulté à penser et à délibérer ?

L'apprentissage aura été pour Arthur, le temps d'une activité subjectivante, créatrice d'un espace de vie et de travail et qui lui permet d'adopter des règles de métier et de les intérioriser. Un engagement corporel dans le travail de boulanger, comme si Arthur faisait corps avec la farine, le pain, les vieux murs. Peut-on dire : " Un corps qui prolonge l'environnement et un environnement qui prolonge le corps " ?

Un corps qui a la boulangerie en main, qui a établi un commerce sympathique avec les objets et les personnes, fondé sur l'empathie au sens de s'engager dans le travail. On peut faire l'hypothèse que c'est avec ce corps là qu'Arthur commence à travailler.

Dans la deuxième boulangerie, Arthur renonce à son pouvoir d'être affecté par ce qui l'entoure. Si la perception est essentiellement une décision, l'allergie comme " phénomène de non-reconnaissance " de la farine, relève-t-elle d'une " décision " d'Arthur ? Cette allergie est la première atteinte du corps sensible d'Arthur.

À propos de l'accident, Arthur manifeste des émotions différentes : la peur, l'indignation, la colère, des émotions en réaction à la situation vécue, mais l'émotion qui l'envahit c'est la tristesse, tristesse qu'il rattache à la perte du collectif, sentiment qui s'installe avec l'isolement. Les processus émotionnels n'ont pas de place fixe, on en sait pas quand ils peuvent réapparaître, les émotions sont nomades. Comment circulent-elles, quel est le chemin des émotions dans le corps

? En donnant à Arthur le moyen de revivre ses anciennes émotions, celles-ci peuvent-elles devenir ressources pour soutenir son engagement singulier dans le travail ?

Dans l'entreprise de fermettes, on peut penser que c'est l'attachement à ce qui fait collectif qui le conduit dans un premier temps à accepter les conditions de travail et à partager les stratégies collectives autour de la table de montage. Mais l'amputation du rapport au bel objet interdit le rapport subjectif au travail qui s'est construit pendant l'apprentissage sur une règle de travail aujourd'hui intériorisée. Les lombalgies ne sont-elles pas le témoin de la tension qui s'installe progressivement entre cet attachement au collectif et ce qui singularise Arthur ?

La démission d'Arthur du poste de monteur est-elle la simple répétition des autres ruptures de la vie professionnelle ou le travail de la consultation a-t-il autorisé Arthur à penser autrement et à découvrir ce qui fait conflit ou tension entre son histoire singulière et les contraintes de l'organisation du travail ? La consultation d'Arthur avant sa démission correspond-elle à un temps de délibération qu'il s'accorde ? Rien ne m'autorise à penser qu'Arthur pourra reconstruire un rapport subjectif au travail, ni qu'il pourrait aller mieux dans les mois à venir. Rien ne m'autorise non plus à penser que le travail d'élaboration de la consultation a été inutile.

Cette observation repose sur un processus d'échanges réciproques entre le salarié et le médecin fondé sur l'empathie, sur l'implication subjective, au sens de s'engager. Se mettre à la place de l'autre, c'est adopter le regard de l'autre, changer de point de vue. Changer de point de vue tout en restant soi. Il s'agit d'être complètement à la fois moi et un autre. Il faut que je me dédouble en restant moi-même. L'empathie exige cette capacité de changer de point de vue tout en gardant le sentiment de soi. Ceci implique aussi un changement de point de sentir, d'éprouver.

Alain BERTHOZ(1), dans son esquisse d'une théorie de l'empathie, nous dit "*que l'empathie suppose trois processus simultanés et entrelacés :*

*Un vécu égocentré de la situation dans toutes ses dimensions cognitives et affectives ?*

*Un changement de point de vue égocentré qui permet de se mettre à la place de l'autre tout en maintenant le flux du vécu à la première personne ?*

*Un changement de référentiel (égocentré vers allocentré) "*

Son ouvrage se termine sur la question du regard : "*Il naît de l'échange du regard un lien qui n'est plus ni à moi ni à vous mais "entre nous" (allocentré). Je perçois tout d'un coup ce lien qui nous lie dans le monde comme si je survolais la scène, je nous perçois ensemble comme un objet dans le monde. "*

Il me semble qu'Alain BERTHOZ, à partir de la notion de " point de vue ", apporte un éclairage sur ce que nous expérimentons depuis plusieurs années et que nous avons beaucoup de mal à mettre en mots. Il me semble néanmoins que ce que nous expérimentons dans la consultation passe autant par la voix que par le regard. En effet, il ne s'agit pas dans la consultation de tenir celui qui est en face nous par le regard, de le regarder droit dans les yeux, de le conduire là où il ne voudrait pas aller, de chercher à le faire parler, à manipuler son émotion.

C'est la voix qui est le premier indicateur de l'émotion, la voix change immédiatement. C'est la matière sonore, " le son " au sens d'Yves BONNEFOY ou des musiciens cubains, qui parle aux corps et aux visages qui se font face. Mais c'est le regard qui soutient l'autre, c'est le regard qui crée le lien.

La question de l'empathie comme changement de points de vue contient en elle-même la question de ses propres limites. En reprenant les paroles de Françoise SIRONI, est-ce que nous pourrions faire de l'empathie une proposition politique, proposition qui énoncerait du possible et du désirable pour les professionnels de santé et qui pourrait permettre de rejouer la question du lien social à partir des points de vue et des singularités que les salariés expriment dans leur rapport sensible au travail.

1- L'empathie sous la direction d'Alain BERTHOZ et Gérard JORLAND, Éditions Odile JACOB

## **Monographies de cas cliniques**

### **Une entreprise familiale**

Je fais la connaissance de Christian en juillet 2009, en reprenant un nouveau secteur. Né en 1958, il est entré dans la vie professionnelle en intégrant la scierie familiale en juin 1977. Il a quitté l'école en 4<sup>ème</sup>, et a préparé un CAP d'ajusteur. La scierie a été créée par le père décédé à 50 ans, en 1973.

Le même jour, je fais la connaissance de ses 2 frères aînés qui travaillent aussi dans la scierie et des 2 autres salariés manutentionnaires.

Depuis 1980, l'entreprise est suivie par notre service et sera suivie par le même médecin du travail de 1980 à 2008.

Scieur, cariste, ouvrier polyvalent puis chauffeur les 9/10 du temps, Christian a souffert précocement de lombalgies avec, mentionné dès l'âge de 23 ans, le port d'un lombostat pour travailler et la question posée d'un changement de poste de travail. A l'âge de 24 ans, il sera hospitalisé 6 semaines pour dépression. Pendant 2 ans, il continue à porter périodiquement un lombostat ; les lombalgies étant aussi fréquentes que les insomnies il continue à travailler avec son lombostat.

A partir de 1984 et pendant 5 ans, les notes du dossier sont plus optimistes : moins d'insomnies, moins de lombalgies, le lombostat n'est porté que pour les travaux de maçonnerie liés à la construction de sa maison

En 1989, des lombalgies plus fréquentes font à nouveau envisager un reclassement professionnel.

A partir de 1991 et 1992, apparaissent des douleurs de l'épaule droite nécessitant des infiltrations ; Christian travaille alors à mi-temps comme conducteur de grumier et à mi-temps en préparation de commandes, c'est-à-dire beaucoup de manutentions manuelles de pièces de charpente.

Pendant les quinze années suivantes, chaque année sont mentionnées des troubles musculosquelettiques liés aux manutentions, aux vibrations de la

tronçonneuse (sciatique, hygroma des genoux, douleurs des épaules, des coudes, des mains, maladie de DUPUYTREN, gonalgies). La tendinopathie de l'épaule a été prise en charge en maladie professionnelle. L'utilisation de la tronçonneuse thermique représente de 2 à 4 heures de travail par jour. En 1998, l'achat d'un nouveau camion est mentionné (le travail y est moins pénible)

En 2007, pour la 1<sup>ère</sup> fois, le dossier médical fait mention de désaccord de gestion entre les frères, Christian souhaitant des investissements pour faciliter les manutentions. Il travaille alors à mi-temps comme chauffeur (avec utilisation de la tronçonneuse thermique dans les bois pour mettre les grumes à longueur lors des chargements) et à mi-temps en préparation de commandes

10 juillet 2009. C'est la 1<sup>ère</sup> fois que je rencontre Christian. Comme chaque fois que je le verrai (mais ma collègue me confirmera que c'était ainsi avec elle), il a les yeux pleins de larmes. Pendant l'hiver il a présenté 2 épisodes de lombalgies et les radiographies ont confirmé une discarthrose. Il est actuellement sous traitement pour des douleurs des 2 épaules, des 2 coudes et des 2 poignets.

Son poste de travail actuel est le même; préparateur de commandes à la main ou au FEN WICK, chauffeur pour livraison des charpentes chez les clients et chargement des grumes en forêt. Une lettre lui est remise pour son médecin traitant avec demande des résultats des examens pratiqués à la recherche de lésions liées aux vibrations ainsi qu'un certificat médical initial attestant des tendinites des épaules et des coudes, s'il souhaite déclarer ces pathologies comme professionnelles. Il lui est également précisé qu'il peut reprendre rendez-vous si besoin pour tout problème de santé lié au travail. Christian reparle alors des désaccords sur les investissements pour réduire les manutentions manuelles. Je prévois d'aller visiter l'entreprise, car ce secteur d'activité est nouveau pour moi et j'ai besoin de rencontrer les salariés sur leur lieu de travail pour mieux comprendre l'organisation.

11 décembre 2009 : Christian a pris rendez-vous, il est en arrêt de travail et a fait une déclaration de maladie professionnelle. Un rendez-vous de consultation chirurgicale est prévu Christian appréhende beaucoup le transport du bois en raison surtout des douleurs occasionnées par l'utilisation de la tronçonneuse.

Les situations handicapantes pour lui sont : le tri en sortie de scie, le travail à la tronçonneuse lors des chargements de grumes qui pourrait peut-être être supprimé par l'installation d'un grappin découpeur. Il imagine l'installation d'un portique avec ventouse pour les manutentions. Ce qu'il préfère, c'est conduire, il avait même envisagé de s'installer comme travailleur indépendant.

Il appréhende de travailler seul avec Raymond, son 2<sup>ème</sup> frère ; « il est dur » dit-il, et la retraite de Jean Pierre, l'aîné, est prévue pour l'année suivante. Je lui propose de constituer un dossier « travailleur handicapé » à la MDPH, de rencontrer l'intervenant SAMETH du secteur et lui demande de réfléchir à des solutions techniques qui pourraient limiter ses difficultés. Il a déjà envisagé l'installation d'un « grappin découpeur » sur le camion pour ne plus avoir à utiliser la tronçonneuse, mais c'est un investissement lourd (15 000 euros).

5 Mars 2010 : Christian a pris rendez-vous : il est toujours en arrêt, a fait une déclaration de pathologie professionnelle complémentaire pour ses gonalgies ( ? ) et ses douleurs de poignets. Il signale une période d'amélioration de son état

de santé en janvier mais une récurrence douloureuse récente : « c'est le stress » dit-il. Il ne dort pas bien car il est inquiet pour l'avenir. Il a chiffré l'aménagement de son camion à 16000 euros : le grappin découpeur à côté de la grue et un aménagement des échelles d'accès au plateau puis à la grue qui sont verticales (il tire beaucoup sur les bras pour monter et descendre et ceci réveille des douleurs). Il doit rencontrer la semaine suivante l'intervenant du SAMETH. Dans l'aménagement de son poste, nous avons ciblé l'aménagement du camion, car c'est la partie de son travail qu'il préfère et sans doute celle où il trouve le mieux sa place, car aucun de ses frères n'est titulaire du permis PL

Entretiens, j'étais allée visiter l'entreprise : accueil poli mais froid, et étudié dans une autre entreprise le poste de conducteur de grumier.

Fin mars, le rendez-vous avec le SAMETH et le cabinet d'ergonomie, pour le pré diagnostic a lieu sur le site. Christian est présent, mais la tension est perceptible : tension entre les frères, ou tension parce que Christian introduit dans l'entreprise des intervenants extérieurs ?

26 mars 2010 : Nouveau rendez-vous sollicité par Christian. La CPAM a rejeté les demandes de prise en charge en pathologie professionnelle des gonalgies et des lombalgies (le certificat médical initial avait été rédigé par le médecin traitant). Il reconnaît se sentir mieux (avec un traitement antalgique), conduit sa voiture, mais il n'est pas retourné à la scierie voir ses frères. « Ils ne veulent pas accepter mes propositions, je ne suis pas d'accord pour me faire insulter, je ne peux pas travailler avec eux, je préfère être licencié ».

Pour aménager le camion, il propose maintenant un grappin découpeur et une cabine mobile ascendante.

Je lui propose d'attendre l'étude ergonomique avant toute décision définitive. Christian insiste : « je ne peux plus faire de manutention, je ne peux que conduire et je ne veux pas aller au chariot de tronçonnage, parce que là, avec eux, ça n'ira jamais ». Le poste de conducteur de chariot de tronçonnage est tenu par Jean Pierre, l'aîné, qui doit partir en retraite et c'est un poste clef, pour la rentabilité de la scierie : à l'œil il faut apprécier le meilleur profit que l'on pourra tirer de la grume, compte tenu des commandes à honorer et de l'aspect de la grume, et si on l'a débitée en billons de 3 mètres, on ne pourra à la scie ensuite tirer des planches de 4 mètres. A ce poste se joue la rentabilité de la scierie, et Christian appréhende d'avoir à prendre ce poste, qui supprimerait pourtant pour lui les problèmes de manutention qu'il rencontre en préparation de commandes.

En juin, juillet, septembre 2010 j'aurai plusieurs fois des nouvelles de Christian (rendez-vous ou appel téléphonique), qui multiplie les consultations spécialisées (neurologie, chirurgie, réadaptation fonctionnelle) : des lésions importantes de la coiffe des rotateurs sont constatées mais ne justifient pas un traitement chirurgical. Le dossier MP 57 pour ténosynovite bilatérale des poignets est transmis au CRRMP, qui se soldera par un refus au motif qu'à son poste, il n'y a pas de manutention manuelle, que nous avons pourtant chiffrées à 8 tonnes/jour ! Il va un peu mieux, s'investit beaucoup dans les exercices de kinésithérapie prescrits. Une hypertension artérielle est apparue en août. Le médecin conseil, à qui j'ai transmis un courrier, accepte la prolongation de l'arrêt de travail

En décembre 2010, nouveau rendez-vous sollicité par Christian qui a rencontré ses frères, 3 semaines plus tôt : il va mieux, mais il ne veut pas y

retourner. Il voudrait trouver un travail de chauffeur poids lourds pour travailler à l'approvisionnement de chantiers dans le BTP. J'argumente sur le fait que pour retrouver un travail ailleurs, alors qu'il est en arrêt de travail depuis un an, il faut d'abord reconduire dans l'entreprise familiale, quitte à la quitter ensuite, si ça ne va pas.

La restitution de l'étude ergonomique aura lieu début janvier 2011 dans une ambiance glaciale. Les propositions vont dans 2 sens

-système d'échelles légères amovibles inclinées pour atténuer la pénibilité de l'accès à la cabine et au siège de la grue

-télécommande de la grue à partir du sol pour éviter dans certains cas d'avoir à monter sur le siège de la grue

Pendant la restitution, apparaît une précision non négligeable compte tenu du gabarit de Claude : la position de la télécommande, sur les côtés du siège, qui peut être plus ou moins avancée, ce qui peut intervenir plus ou moins défavorablement sur la position des épaules, lors du chargement.

Début Juillet 2011 : un nouveau rendez-vous est sollicité par Christian. Un diabète est apparu à la suite des nombreuses infiltrations subies

Il est maintenant suivi par un psychiatre depuis juin 2011 et a un traitement antidépresseur. Il se met à pleurer franchement, dit appréhender la reprise dans cette ambiance. Il doit repasser une visite médicale pour le permis poids lourd et semble souhaiter être récusé définitivement à la conduite. Il veut être déclaré inapte. Il a d'ailleurs sollicité l'expert-comptable de l'entreprise pour faire calculer ses indemnités de licenciement !

J'insiste sur la nécessité d'attendre les effets du traitement prescrit par le psychiatre. Nous devons nous revoir fin août avant toute reprise. Un des rhumatologues consulté a prescrit une reprise à temps partiel début septembre : l'échéance se rapproche et c'est la panique pour Christian !!

**Je réalise à ce moment-là que si pendant la première année d'arrêt, Christian s'est beaucoup investi dans la recherche de solutions techniques pour reprendre ce qu'il aimait dans son métier, conduire, la peur de reprendre et surtout la peur de se confronter à ses frères, l'amène maintenant à envisager de ne plus conduire par le biais d'une intervention extérieure, celle du médecin du permis de conduire. Je commence à appréhender la visite de reprise de fin août d'autant que rien n'a avancé du côté des aménagements, que le frère aîné Jean Pierre (qui fait la gestion et le poste de chariot de tronçonnage) va peut-être partir en retraite d'ici la fin de l'année en cours. Mais en même temps si Christian ne conduit plus je ne vois pas bien vers quelle profession il va pouvoir s'orienter**

13 juillet 2011 : Surprise, c'est Jean pierre, le frère aîné qui souhaite me rencontrer en dehors de la scierie : un rendez- vous est prévu à 18 h dans le centre médical le plus proche. Il va durer jusqu'à 20 heures. En arrivant, Jean Pierre sort une feuille dactylographiée de sa poche en disant : « Voilà, j'ai essayé de réfléchir à la situation de mon frère et j'ai écrit l'histoire de la scierie X, je l'ai fait lire à mon frère Raymond et il est d'accord avec ce que j'ai écrit et d'accord pour que je vienne en parler avec vous » Il me tend la feuille dactylographiée. Je lui demande de la lire. « La scierie a été créée par mon père. Je suis l'aîné (né en 1949). Mon père est mort brutalement à 50 ans en 1973 (là sa voix se brise). Moi j'avais fait des études de comptabilité, je travaillais à Lyon, Raymond finissait son BTS dans les métiers du bois, Christian avait 14 ans et était à l'école. Je suis

revenu. Il a fallu salarier ma mère. Raymond, (né en 1954), a fini ses études et m'a rejoint. Ca n'a pas toujours été facile avec Christian, peu intéressé par les études : il a commencé un CAP d'ajusteur mais ce qu'il voulait c'était conduire. Il nous a rejoints en 1977. Il y avait déjà un chauffeur. Petit à petit Christian a pris ce poste. Avec Raymond, on a travaillé beaucoup de dimanches pour reconstruire la scierie. Christian était plus jeune, il fallait le cadrer.

Mes 2 frères n'ont jamais travaillé dans une autre entreprise, ils ne sont pas souples. On n'est pas toujours d'accord pour les investissements, Christian est plus dépensier. Mais il ne s'intéresse pas à la gestion. Il n'a jamais été capable de faire une facture. Il n'a pas d'enfants, c'est peut-être ça. Sa femme ne travaille pas ou pas beaucoup, donc il n'a pas la même situation que nous.

Et surtout il passe son temps à se plaindre auprès de notre mère (la maison de la mère est contiguë au bureau de la scierie). Il lui téléphone tous les soirs pour lui raconter tous ses problèmes de santé ou c'est elle qui l'appelle. Elle se fait du souci et moi je la trouve souvent en train de pleurer. Mais il a toujours été comme ça : quand nous ne sommes pas d'accord sur la gestion de la scierie, il ne discute pas avec nous, il va se plaindre à notre mère.

Là il est passé, j'ai l'impression qu'il ne veut plus conduire. C'est comme s'il faisait une crise d'adolescence, qu'il n'a pas faite avant.

Moi je suis fatigué, je voudrais arrêter à la fin de cette année »

Je lui confirme que je suis d'accord avec lui pour reconnaître que le problème est d'abord familial avant d'être un problème de travail, mais que son frère a de réels problèmes de santé et qu'il faut s'occuper des conditions de sa reprise de travail à son poste de conduite, d'organiser avec lui partie prenante, la remise en état du camion (révision au garage, contrôle des Mines, puis aménagements prévus et que c'est Christian qui doit prendre en charge physiquement la conduite avant de faire revalider sa FIMO, tout cela dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique à partir de la rentrée. Il n'y a aucune raison objective pour que Christian soit privé de son permis de conduire les camions.

Je lui recommande de planifier les rendez-vous nécessaires de formation et d'entretien du véhicule et d'en informer Christian ; Jean Pierre me demande alors d'informer Christian de ces rendez-vous de travail : je refuse en lui disant qu'il s'agit de son travail de responsable de l'entreprise. Quant à moi, je dois revoir Christian fin août, pour sa reprise à temps partiel.

Quand il s'en va, il s'excuse du temps pris et surtout dit regretter de ne pas avoir pris ce contact plus tôt : « on se méfiait de vous ». Il est convenu que notre rencontre doit rester ignorée de Christian.

Cette demande et cet entretien apportaient une confirmation à ce qui était perceptible depuis le début : une histoire familiale difficile qui continuait à se jouer sur le terrain du travail et qui m'impliquait donc comme médecin du travail.

En prévision de la visite de pré reprise prévue fin août, je fais une lettre que j'adresse (ouverte comme d'habitude) à Christian à l'intention du psychiatre

-----

*Vous suivez depuis quelques mois Mr Christian, 53 ans, dont la situation professionnelle me préoccupe beaucoup.*

*J'ai fait sa connaissance en juillet 2009. Il travaille et a toujours travaillé dans la scierie familiale comme chauffeur et préparateur de commandes.*

*Il souffre de pathologies de l'appareil locomoteur reconnues en maladies professionnelles (tendinite des membres supérieurs) pour lesquelles les mesures de maintien ont été faites : étude de poste, proposition d'aménagement de poste, aide au financement etc. Au début de son arrêt de travail il a beaucoup contribué à la recherche de solutions techniques pour améliorer ses conditions de travail. Nous avons plus travaillé sur la partie de son poste de travail qui concerne la conduite du grumier, car il aime conduire et dans la scierie « c'est son domaine », ses frères n'ayant pas les permis nécessaires.*

*Il a suivi de nombreux traitements, vu de nombreux spécialistes et poursuit la kinésithérapie.*

*Nous en sommes maintenant à bientôt 2 ans d'arrêt de travail et j'ai tout lieu de penser qu'il va être prochainement consolidé par le médecin-conseil (2 ans, constituant le délai habituel maximum dans ce type de pathologie).*

*Je pense pouvoir négocier facilement 3 mois de temps partiel thérapeutique avec le médecin conseil, mais le moment de la reprise se rapproche et je constate que le « conflit familial » qui a toujours été sous-jacent constitue le problème majeur et l'obstacle à la reprise de travail : au point que Mr Christian semble souhaiter ne plus conduire, alors que c'est ce qu'il aimait jusque là.*

*Mr Christian vous en parlera plus, mais la situation n'est pas simple et tient plus sans doute à l'histoire familiale totalement intriquée à l'histoire professionnelle.*

*Si je reprends les dossiers, je constate :*

*-décès du père qui avait créé la scierie (je pense), en 1973, à l'âge de 50 ans*

*-embauche en 1973, la même année donc, de :*

*1. Jean Pierre né en 1949 (24 ans alors) qui travaillait jusque là dans une autre entreprise en comptabilité, et qui de fait reprend la direction de l'entreprise comme fils aîné*

*2. Raymond né en 1954 (19 ans alors) qui termine ou est en cours d'obtention d'un bac technique en exploitation forestière*

*-Christian a alors 15 ans et va préparer un CAP d'ajusteur. Il sera embauché dans l'entreprise familiale en 1977*

*A noter que la maison des parents où vit toujours la mère jouxte la scierie.*

*Il m'apparaît que Mr Christian « craint » beaucoup ses frères, surtout Raymond et qu'il appréhende le départ en retraite prochain (date encore imprécise) de Jean-Pierre, qui a maintenant 62 ans.*

*Par ailleurs, à la différence de ses frères, s'il est aussi marié, Mr Christian, n'a pas pu avoir d'enfant.*

*Compte tenu de son âge, de ses problèmes de santé, il bénéficiera sans doute d'un taux d'IPP compris entre 10 et 20% taux qui interviendra pour un départ en retraite à 60 ans, mais il lui reste 7 ans à travailler.*

*Il avait envisagé de rechercher un travail en dehors de l'entreprise, en conduite camion pour livrer des chantiers, mais de mon point de vue, il n'a aucune*

*chance d'être embauché, s'il n'a pas refait valider dans son entreprise les formations associés au permis PL.*

*Il faut donc bien qu'il reprenne, au moins quelque temps, dans la scierie familiale. Si les choses se passent mal, je pourrai toujours faire une inaptitude, compte tenu de son handicap physique lié aux maladies professionnelles (donc avec préservation de tous ses droits).*

*Il me paraît très important que le problème familial puisse être discuté avec vous, car je ne vois pas de solution satisfaisante à court et à long terme pour Mr, qui puisse se construire, sans un retour même temporaire dans l'entreprise familiale.*

-----

26 aout 2011 : Visite de pré reprise. Christian est venu avec son épouse. Je le rassure sur la possibilité d'une inaptitude si la situation n'est pas tenable, mais il reconnaît n'avoir aucune chance de trouver un travail de chauffeur ailleurs, s'il n'a pas refait valider ses permis et reconduit dans l'entreprise familiale. Je lui conseille de « travailler » à comment monter et descendre du véhicule sans trop tirer sur les bras. Nous prévoyons qu'il n'y aura plus d'utilisation de la tronçonneuse. Le frère aîné reprenant le travail début septembre, il est convenu que j'adresserai un mail collectif pour prévoir un rendez-vous à la scierie pour discuter des modalités de la reprise à temps partiel thérapeutique.

6 septembre 2011. La rencontre avec les 3 frères est plus conviviale. Christian a toujours les larmes aux yeux, mais Raymond lui propose de l'accompagner dans les bois pour charger à la grue car lui n'a pas son permis de conduire « on ne peut pas tout savoir faire, à chacun son métier ». Christian propose d'apprendre « le chariot de tronçonnage » et il n'y a pas de refus, des frères : Jean Pierre dit même que lui aussi a eu du mal au début à ce poste. Je saisis cette piste pour préciser qu'il y a des aides financières à cet apprentissage si besoin, mais qu'il faut accepter que cet apprentissage prenne du temps.

J'aurai quelques jours plus tard un appel du psychiatre, assez d'accord, « sur la crise d'adolescence différée » et sur le suivi à poursuivre.

Depuis Christian, toujours à temps partiel thérapeutique, a repris la conduite de son véhicule et fait parfois de grandes journées quand il s'agit de livrer loin ou de charger en forêt : les petits aménagements par échelles d'accès inclinées l'aident. Il anticipe sur l'organisation future : le camion vieillit, un nouveau camion avec boîte de vitesse automatisée le soulagerait, mais c'est un investissement lourd. Peut-être pour faire durer le camion, faudrait-il ne faire que les transports de proximité, mais il perdrait alors les liens professionnels en dehors de l'entreprise auxquels il tient beaucoup. Il n'utilise plus la tronçonneuse. Il commence à se former au chariot de tronçonnage. Des investissements pour soulager les manutentions en sortie de sciage seraient à l'étude.

J'ai revu depuis Jean Pierre et Raymond : les rapports semblent plus apaisés entre les frères et ils acceptent de reconnaître, que bien plus jeune qu'eux, Christian soit en moins bonne santé, et qu'il doit donc être ménagé.

Jean Pierre a pris sa retraite mais continue à s'occuper du travail administratif.

Après quelques mois de travail à temps partiel, Christian reprendra rendez vous pour me parler de son projet de racheter un grumier d'occasion avec lequel

la conduite serait plus souple (problème du levier de vitesses) car le sien vieillit. Il a repéré une bonne occasion, mais n'ose pas en parler à ses frères pour qui le camion n'est peut-être pas l'investissement prioritaire. Il voudrait que ce soit le médecin du travail qui en parle !!!

Refus catégorique du médecin du travail : il doit être capable de défendre son point de vue même si ses frères ne sont pas d'accord.

Il m'apprendra quelque temps plus tard que le principe du changement de camion est acquis, même « s'il a fallu discuter et menacer d'aller travailler ailleurs ». Depuis ce jour-là, il n'a plus les yeux pleins de larmes quand je le rencontre. Il s'est familiarisé avec le chariot de tronçonnage.

Beaucoup de petites entreprises sont des entreprises familiales et le médecin du travail, même s'il essaie toujours de travailler exclusivement avec « le travail » des uns et des autres est toujours amené à interroger l'histoire familiale à travers l'histoire de l'entreprise, pour permettre aux différents protagonistes de trouver leur place.

Intervenir dans les entreprises familiales exige beaucoup de prudence, tant dans l'intervention en entreprise, espace doublement privé dans ce cas, que lors des entretiens cliniques, où les collègues de travail et la hiérarchie évoquée sont des membres de la famille et où la présence des absents (la mère dans ce cas) continue à peser.

## Thème N°3

### **Une démarche clinique au cœur des questions du travail**

**Une pratique médicale clinique « *intercompréhensive* »  
pour accéder aux effets du travail et du « *travailler* » sur la santé**

*Odile Riquet, Dominique Huez  
Médecins du travail*

*5° colloque d'E-Pairs avec l'ass.SMT, le 14 juin 2013, Paris*

La clinique médicale du travail entend aider le salarié à élucider les conflits nés des nouvelles organisations. Les questions de santé au travail et de prévention se posent moins aujourd'hui en termes d'observation des éléments objectifs au poste de travail qu'en termes de compréhension des mouvements contradictoires qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail.

Il s'agit pour le médecin du travail, dans le cabinet médical, au-delà de la plainte, d'aider le salarié à exprimer les dimensions affirmatives de son engagement dans le travail. Cette démarche clinique ne se substitue pas à l'action du salarié, elle vise à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir.

Elle permet ainsi au médecin d'acquérir une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail. Ses investigations en milieu de travail en sont enrichies et lui permettent de mieux saisir à leur origine les enjeux de santé, et d'attester, dans certaines situations, du lien de causalité entre atteintes à la santé mentale et activité de travail

#### **1) L'EMERGENCE D'UNE NOUVELLE CLINIQUE EN SANTE AU TRAVAIL**

Au début des années 1990, malgré les ressources apportées par l'ergonomie et la psychodynamique du travail, la pratique de la médecine du travail est profondément malmenée, entre une sélection réglementaire de la main d'œuvre via l'aptitude trop souvent vide de sens, et le déploiement maintenant à grande échelle de la précarisation du travail sous toutes ses formes.

Cette crise morale du métier de médecin du travail a incité un certain nombre de médecins du travail à tourner leur regard vers le contenu de leur pratique clinique. Comment le travail du sujet peut-il être la grille de lecture des processus délétères ou de construction de la santé au travail ? Comment discuter entre pairs d'une refondation médicale de la clinique du travail ? La confrontation compréhensive entre médecins du travail, à partir de la mise en discussion de cas cliniques, de ce qui pouvait faire obstacle à leur pratique de préservation de la santé au travail, a été fondamentale.

Mais comment les médecins du travail pouvaient-ils rendre accessible le travail clinique qu'ils effectuaient dans l'isolement de leurs cabinets médicaux ? Comment décrire finement les interactions entre le travail du sujet, son activité déployée au long de sa trajectoire professionnelle et sa santé dont il est le principal acteur ?

Le passage à l'écrit comme support d'analyse, de réflexion et de discussion est alors apparu essentiel pour la construction du métier entre pairs. C'est ainsi que sont apparues pragmatiquement les monographies de clinique médicale du

travail<sup>9</sup> comme outil de construction du métier de médecin du travail. Elles sont le reflet du travail clinique inter-compréhensif dans les consultations singulières.

Parallèlement, la monographie de clinique médicale du travail est apparue comme essentielle pour « laisser une trace » de l'étape d'un travail clinique avec un sujet, document médical de la responsabilité du médecin du travail. Elle est alors un « écrit médical » qui sédimente un « point d'étape » du travail clinique, et parfois le support médico-légal d'un tel travail.

## **2) LA CONSULTATION COMME ÉLÉMENT CENTRAL DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL**

### ***Une relation de confiance, abandon, aptitude et sélection***

La possibilité d'investiguer et de comprendre la question du lien sante-travail et des enjeux subjectifs de l'activité est au fondement de l'exercice de la médecine du travail. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors d'entretiens cliniques participe à l'action en prévention primaire pour la collectivité de travail. Ce travail clinique peut permettre au sujet de retrouver une inscription sociale et collective dans son travail.

En effet les procédures psychiques défensives empêchent souvent d'agir pour transformer le travail. Les processus psychopathologiques eux-mêmes écartent souvent des collectifs de travail les sujets maltraités. Pour qu'il soit possible de parler du « travailler » dans la consultation médicale, il faut donc établir une relation de confiance, ce qui suppose en préalable l'abandon définitif de tout critère de sélection médicale et la remise en cause de la notion d'aptitude.

Du point de vue du sujet qui « entre dans une consultation médico-professionnelle », la confiance envers le médecin du travail n'est pas acquise a priori. Le salarié est de plus contraint par la posture médicale classique du « patient » passif vis-à-vis d'un sachant. Le médecin du travail devra lui permettre de sortir de cette posture passive qui fera obstacle au travail inter-compréhensif de la clinique médicale du travail.

### ***La question de la compréhension***

La clinique quotidienne du médecin du travail explore en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». Parler de clinique inter-compréhensive, cela ne signifie pas que le sujet et le médecin du travail comprennent exactement la même chose du lien santé-travail.

Pour comprendre les difficultés du salarié, il est nécessaire que le médecin « laisse à la porte de la consultation » ce qu'il croit savoir de la réalité des liens santé-travail de ce métier en général ou même de ce collectif professionnel dans lequel est inséré le sujet. L'effort du médecin du travail doit être entièrement tourné vers une « disponibilité à comprendre avec » qui naîtra de ce qui émergera du récit du sujet.

Cette tension pour comprendre de façon singulière, par le récit de l'activité, déployée, restreinte, contrainte ou empêchée, est « l'opportunité médicale » dont se saisira ou non le salarié en quête de comprendre ce qui lui arrive et de retrouver des marges de manœuvre dans son travail.

Dans la consultation, le salarié raconte le travail prescrit, le travail réel, son engagement, ses émotions. Mais ce qui le malmène peut échapper à sa compréhension, parce que la quotidienneté de son travail le contraint « à faire

---

<sup>9</sup> En témoigne de façon spécifique l'ouvrage collectif : Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail, Syros Paris 1994, 357 pages, qui rassemble de nombreuses monographies de clinique médicale du travail.

avec », et donc à faire répression aux affects trop douloureux, « pour tenir malgré tout ».

Le salarié peut rejoindre « le cadre de compréhension » proposé par cette consultation, s'il y reconnaît une opportunité pour agir pour sa santé, dans un espace qui ne serait pas porteur de jugement sur ces actions professionnelles. Ce qui émergera éventuellement d'un « saut qualitatif » de la compréhension de difficultés professionnelles, continuera à cheminer en lui, nourri éventuellement d'autres opportunités.

### ***La question de l'élaboration***

La clinique médicale du travail prend en compte l'engagement subjectif dans le travail et la relation que celui qui travaille entretient avec son environnement, les autres et le monde. Comment accéder avec le salarié à ce travail réel qui n'est pas prévu par les prescriptions de l'organisation du travail ? Comment aider le sujet à penser ce qui, actuellement, semble lui échapper et ce dont il se défend ?

Spontanément, parce que c'est de son histoire qu'il s'agit, de son engagement au monde, celui qui travaille n'éprouve aucune difficulté à parler de son travail.

Néanmoins il existe une distance parfois très importante entre ce que fait le salarié et ce qu'il est en mesure d'en dire. L'activité est en avance sur la raison et peut rester obscure aux yeux de celui qui la réalise. Mais cette énigme de l'activité est accessible à la prise de conscience et le lieu de la consultation peut ouvrir un espace d'élaboration entre une activité incarnée, vécue et la nécessité de la mettre en mots, dans un langage commun et d'en rendre compte

Quand le salarié doit faire face à des interrogations ou à des critiques, quand il s'interroge sur ce qu'il a fait, quand il constate l'écart entre son activité et ce qu'il voulait faire, ou entre son activité et les attentes d'autrui, son identité peut vaciller. Quand le salarié est en difficultés pour rendre intelligible son engagement subjectif dans le travail, le médecin du travail, dans le lieu et le temps de la consultation, peut proposer un temps d'élaboration nécessaire pour lui permettre de sortir des impasses de l'activité.

### ***3) CETTE CLINIQUE N'EST ACCESSIBLE QUE PAR LA PAROLE***

#### ***Au-delà de l'écoute, le questionnement, le récit***

Il ne suffit pas d'écouter les salariés pour comprendre le travail. Il s'agit concrètement pour le médecin du travail de faire raconter par le sujet comment il fait dans le quotidien pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle.

Il faut, pour le médecin, oublier ses idées préconçues et faciliter le récit en manifestant ses difficultés à comprendre l'activité du salarié pour ne pas coller au discours et éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accroche au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Le travail reste énigmatique aux yeux même de celui qui l'exécute. Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou qui se présentent comme la cause première de leur souffrance. Spontanément il y a une difficulté à mettre en mots le travail, le « comment on fait, comment on fait ensemble », ce qui fait problème maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Il ne s'agit pas seulement de poser un certain nombre de questions sur l'organisation du travail : Est-ce que le salarié est satisfait de son travail ou éprouve-t-il le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire

? Son activité quotidienne est-elle envahie par l'inflation de procédures ou par des impératifs de rentabilité immédiate qui affectent la qualité de son travail et son désir de coopérer avec autrui ? Qu'est-ce qui a changé dans l'organisation du travail de ce sujet, organisation au sens de division des tâches ou des rapports sociaux ?

Il faut se faire raconter dans le détail une situation de travail dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. Quand le salarié peut mettre en récit et rendre compte des impasses de son activité, il ramène dans l'espace de la consultation des contradictions et des dilemmes qu'il affrontait seul dans l'isolement comme s'il s'agissait de questions personnelles sans lien avec le travail et les collègues.

### ***Faciliter le récit, la place de la reformulation.***

Est-il nécessaire que le médecin du travail acquière une compréhension des difficultés du travailler pour lui-même ? « Le travail du récit » est-il suffisant en lui-même pour permettre au sujet de cheminer à travers les difficultés de l'activité de travail qui font obstacle ou empêchement, pour recouvrer son pouvoir d'agir ? L'expérience d'accompagnement clinique dans le temps, permet à chacun, sujet et médecin du travail, d'envisager le lien santé travail de façon concrète, chacun à leur rythme, sans forcément de superposition des points de vue.

Pourtant, dans certaines situations professionnelles, il peut être nécessaire au médecin du travail de vérifier la compréhension des événements qu'il s'est forgé, afin de ne pas se fourvoyer. C'est dans ces circonstances que peut apparaître l'intérêt « de la reformulation » de ce que croit comprendre le médecin du travail en écho au récit du sujet.

Cette « reformulation » qui ne peut naître qu'après un certain temps de travail clinique, travail accumulé dans le temps ou après une longue consultation, doit être prudente au regard du risque de déstabilisation des processus défensifs professionnels, respectueuse du sujet, et ouverte à plusieurs possibles explicatifs. Quand un sujet « rebondit » sur la reformulation du médecin du travail et « débloque » le récit en y apportant de nouveaux éléments du côté de l'activité de travail, le travail d'élaboration peut à nouveau se déployer, un saut qualitatif dans la compréhension du lien santé-travail peut avoir lieu. Il n'y a évidemment pas de limite pour le sujet à ce qu'il peut comprendre de l'interaction de son travail avec sa santé.

### ***Le récit impossible***

Quelquefois le médecin du travail ne comprend pas du tout. Si la situation actuelle est très douloureuse, en cas de difficulté importante pour appréhender la situation actuelle d'un salarié, il faut proposer de raconter des situations antérieures, il faut passer par la reconstruction de son parcours professionnel à la lumière de la clinique médicale du travail où le travailler ensemble permettait de construire sa santé au travail. Cela permet de voir, pour les situations passées, les dynamiques de l'activité de travail, le travail collectif, le déploiement ou non d'un engagement subjectif dans le travail, de son « travailler ». Le sujet effondré aujourd'hui reprend pied par son récit dans une activité de travail où son pouvoir d'agir s'est construit dans la confrontation à la résistance du réel. Cette investigation compréhensive de la trajectoire professionnelle passée peut éclairer alors la situation actuelle.

*Le médecin du travail pourra faire part de son incompréhension pour tel moment du récit, si dans la narration antérieure il a vu le sujet travailler, s'il l'a vu alors « se redresser » à l'évocation de son engagement très concret dans telle activité et « être comme un poisson dans l'eau » dans un travailler collectif. Le sujet est alors*

*confronté à des processus psychiques défensifs qui perturbent sa perception des évènements.*

Dans les situations cliniques très difficiles, où le médecin du travail « ne comprend toujours pas » malgré son effort tendu vers une attention à « comprendre avec » à la lumière de l'activité de travail du sujet, des médecins du travail ont l'habitude de dire : « je ne vois pas le sujet travailler ! ». Dans cette situation, il est impossible au médecin du travail de comprendre la dynamique du travailler et d'instruire le lien santé-travail. Quelles en sont les causes ? Les conditions d'un travail clinique en confiance peuvent ne pas être réalisées. Une « idéologie défensive professionnelle » interdit toute représentation de l'activité de travail. Une pathologie mentale originaire ou réactionnelle fait empêchement à la mise en récit des difficultés majeures du « travailler ».

Mais le récit sur le travail du sujet peut aussi être lisse, « trop normalement lisse ! ». Le médecin du travail « ne voit pas le sujet travailler », ne se le représente pas. Il n'est alors pas en mesure de déployer une pratique en clinique médicale du travail. Le sujet peut en effet être alors submergé par les effets d'une pathologie psychiatrique qui fait obstacle à la possibilité du travail de la clinique médicale du travail.

#### **4) RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DES AFFECTS**

##### ***Reconnaitre l'émotion***

Ces récits de l'activité de travail peuvent permettre d'approcher ce qui peut potentiellement faire souffrir les salariés, c'est-à-dire des vécus de surcharge, d'injustice, d'humiliation, de non reconnaissance de leur contribution, de marginalisation, d'isolement. Ils peuvent exprimer aussi l'impossibilité à pouvoir coopérer, à anticiper, le sentiment de devoir tricher avec les règles pour simplement pouvoir travailler, de devoir contraindre leurs propres émotions. C'est très souvent le sentiment, à l'atelier ou au bureau, de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire, et ne pas se reconnaître dans ce qu'on est contraint de faire.

Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut lui permettre de prendre conscience des enjeux de son activité et de ses dimensions conflictuelles. Notre attention se porte sur les signes évocateurs d'un affect, témoins de quelque chose d'impensé.

Dans la consultation quelque chose de singulier dans le récit fait parfois resurgir une émotion soustraite à la délibération et à la volonté du sujet. C'est l'attention portée au détail, à la parole qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme un acte de connaissance sur son engagement dans le travail, comme l'expression de sa singularité, quelque chose de son histoire singulière auquel il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour lequel il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir. Dans la consultation, l'émotion se caractérise par l'auto-perception de changements corporels. En accusant réception de ces manifestations, le médecin reconnaît l'importance des affects, l'importance d'une émotion non résolue qui n'est pas allée à son terme et qui continue d'exister à l'état latent. Et le salarié fait l'expérience de la résistance de son propre corps à son pouvoir d'agir.

##### ***Permettre l'expression de la dynamique du conflit dans lequel le salarié est engagé***

Dans l'espace entre travail prescrit et travail réel, être un bon professionnel, cela veut dire prendre en charge la situation dans ce qu'elle a de particulier. La

distance que le professionnel interpose entre son activité et sa propre histoire, c'est son style propre et le salarié peut trouver là un espace de créativité. L'intelligence au travail est donc étroitement liée à l'engagement du corps, de la sensorialité, de l'affectivité. Et ces ressources mobilisées dans le travail débordent très largement le champ de la conscience.

Dans la consultation, l'émotion peut être reconnue dans l'effort d'élaboration comme témoin de ce que le salarié met de lui-même dans le travail. Quand le salarié revient sur sa propre activité, il endosse la responsabilité de ce qu'il a fait, tout en prenant de la distance, en se confrontant à autrui.

Dans le travail, le sujet ne peut se construire ni dans la solitude, ni seulement dans ce qui fait collectif, mais dans la tension entre la nécessité d'une activité subjectivante et la limitation de celle-ci. Les tensions entre son histoire personnelle et son travail, les règles de métier et l'organisation du travail, parfois entre des défenses psychiques professionnelles individuelles ou collectives qui sont l'envers des règles de métier, et l'organisation du travail alors maltraitante, le salarié les exprime sous forme de luttes pour conserver son pouvoir d'agir ou sous forme de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde dans lequel il travaille.

## **5) LES DÉFENSES PSYCHIQUES FACE À LA PEUR OU LA HONTE**

Les stratégies défensives psychiques visent à protéger les sujets. Mais en les empêchant de penser les causes de leurs difficultés, ces défenses les empêchent d'agir pour transformer leur travail. Permettre aux salariés par l'attention portée aux difficultés de leur travail, de retrouver la capacité de les repérer est alors essentiel.

### ***La peur empêche***

Souvent à l'origine d'une souffrance professionnelle délétère apparaît la peur de fauter et de perdre son emploi. Peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible, peur de perdre son emploi. Douleur morale avec un vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Permettre au sujet de tenir le seul point de vue du travail dans son récit, éviter dans la narration les jugements sur les personnes, faciliter des descriptions très précises de ce qui fait difficulté ou controverse dans l'activité de travail, mettre en lumière ce qui apparaît comme des désaccords non débattus, repérer pour en discuter des conduites professionnelles paradoxales, peut permettre au sujet de contourner ses défenses psychiques qui l'empêchent de penser les causes professionnelles de sa peur. Si le travail inter-compréhensif a structuré la confiance entre le sujet et le médecin du travail, le médecin du travail pourra esquisser différentes pistes interrogatives pour relancer le récit du sujet alors bloqué. Il peut ainsi évoquer d'éventuelles conduites collectives de collègues du sujet, en adéquation ou en opposition majeure avec son activité, conduites adossées à des règles professionnelles partagées, ou des conflits de règles qui font dispute voir conflit majeur.

### ***La honte sidère la capacité d'agir***

La honte peut aussi émerger. Honte de faire ce qu'on réprouve et qu'on a du mal à nommer, de faire des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier. Honte aussi d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme

injustes, honte d'avoir dû mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail au bout du compte qu'on réprouve.

Devoir mal travailler, devoir faire ce que l'on réprouve génère la perte de sens du travail, la souffrance éthique, la désolation, qui génère la honte et la haine de soi. Cet engourdissement de la conscience morale est à l'origine d'un déni de ce qui fait souffrir le sujet, qui devient acteur actif ou passif d'actes qu'il réprouve. Cela ouvre aux pathologies de la solitude et peut libérer la pulsion de mort.

Dans le récit, la honte ne s'énonce pas. Elle émerge en creux, dans ce qui ne peut se dire alors, parce que le penser aujourd'hui serait trop douloureux. Il y a de véritables trous dans le récit du travail ; l'explicitation des conduites est alors incohérente.

Repérer avec le sujet les évolutions des organisations du travail qui peuvent induire des comportements honteux est très difficile à tenir dans le travail intercompréhensif de la consultation. En effet le médecin du travail ne doit pas casser les défenses psychiques du sujet et se garder des jugements moraux. Par contre il doit permettre au sujet de reconstruire des règles professionnelles au rythme de sa compréhension de ces mécanismes délétères du travail, morceau par morceau. Et à son rythme qui ne sera pas le temps de la consultation, le sujet pourra retrouver son pouvoir d'agir.

## **6) PORTER ATTENTION AU CORPS ENGAGÉ DANS LE TRAVAIL**

Il y a une connaissance corporelle de l'activité de travail, de la matière de travailler, il y a une intelligence du corps. Ce sont les caractéristiques de « *l'activité subjectivante* » : la perception sensible, le rapport à l'environnement, l'engagement, qui permettent au corps de faire sien quelque chose qui lui était extérieur, de se l'incorporer. Le sujet perçoit l'environnement non pas comme des objets étrangers extérieurs, mais comme une partie ou plutôt comme un prolongement de lui même.

Il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps. C'est à ce corps là que nous avons à faire dans nos consultations. Le médecin ne doit pas appréhender le corps simplement comme un corps outil de travail abîmé par l'activité, mais le corps comme histoire, mémoire sédimentée, point de vue singulier.

Le travail est confrontation au réel, l'activité de travail est contrariée/contrariante, et le corps engagé dans le travail souffre. Le symptôme s'éprouve par le sujet comme une limitation de sa liberté, comme une résistance à son pouvoir d'agir, à sa capacité d'être affecté. L'émotion ressentie, reconnue comme tension entre ses mobiles et l'organisation du travail offre au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent. Le salarié acquiert des capacités nouvelles pour expliciter sa position face à autrui et la défendre.

Dans les situations de sur-engagement, le salarié n'a plus le sentiment du travail bien fait, le collectif de travail est déstabilisé ou fissuré. Le salarié perd alors la capacité de prendre soin de lui, qui lui permettait « d'éprouver » son engagement dans le travail, d'être attentif à ce « corps sensible » qui l'alertait devant des possibles mécanismes délétères. Le symptôme corporel fait penser autrement l'engagement du corps dans le travail.

Les pathologies de surcharge, « *l'activité empêchée* » lèsent et altèrent ce « *corps engagé dans le travail* » : cela peut être une dépression masquée qui n'émerge que par des symptômes somatiques, un processus pathologique rhumatologique ou cardiovasculaire par exemple

## **7) ECONOMIE DU TRAVAILLER ET SURGISSEMENT DE L'INTIME**

Mais comment prendre en compte la résonance de douleurs intimes en rapport avec l'économie du désir des sujets, dans leur éventuel rapport avec l'économie du travailler, avec les effets délétères du travail sur la santé. Le médecin du travail n'a pas à « instruire cliniquement » les blessures identitaires dans l'histoire psychoaffective des sujets. Il n'en a pas la compétence.

Et pourtant, si ces blessures psychiques résonnent sur la scène du travail, l'expérience clinique nous apprend qu'elles font irruption sous la forme d'un « surgissement » au cœur du travail compréhensif porté par la clinique médicale du travail. Le sujet en est lui-même étonné et ne l'a pas prévu. « Mais pourquoi je vous dit cela maintenant, je ne l'ai jamais dit avant ! » ou « cela fait des années que je n'y avais pas pensé ! ». Le médecin du travail se doit alors d'en prendre acte, acquérir autant que faire se peut des clés sur ce qui a provoqué de telles douleurs intimes dans l'économie psychoaffective des sujets, de telle façon qu'il puisse comprendre les blessures du travail d'aujourd'hui à l'éclairage des blessures intimes passées. L'objet n'est pas de faire un travail psychothérapeutique avec le sujet, mais de prendre en compte avec lui cette interaction délétère des deux économies psychiques qui peut nécessiter son intervention de médecin du travail en termes de préconisations médicales pour préserver la santé du sujet au travail.

Mais qu'est-ce qui permet au médecin du travail de construire une « compréhension pertinente » avec le sujet, qu'est ce qui permet de penser qu'il participe à une analyse opportune ou « erronée » des causes d'une situation professionnelle délétère ? Le facteur de réassurance pour le médecin du travail, c'est quand « il voit le sujet travailler » à travers le récit qu'en fait le sujet.

## **8) LES ORIENTATIONS DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

### ***Permettre au salarié de retrouver son pouvoir d'agir constitue une protection pour sa santé***

Dans l'approche classique en médecine du travail, le médecin du travail utilise la consultation pour obtenir des informations sur le travail dans le but de développer sa propre action, avec pour interlocuteur la direction. Dans cette approche, il a plutôt tendance à ramener la situation à un schéma connu, et à l'aborder sur le mode du diagnostic médical.

Par contre dans la clinique médicale, le médecin du travail change de posture. Ses interrogations ne sont plus les mêmes, son objectif est de soutenir la réflexion du salarié et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Le travail d'élaboration peut permettre de rendre intelligibles les orientations et les motivations du salarié, les conflits peuvent être ramenés à des enjeux de travail susceptibles d'être expliqués et discutés avec autrui, ce qui permet de sortir de la répétition et du repli sur soi. L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le salarié de son pouvoir d'agir, ce qui constitue déjà une protection pour sa santé

### *Instruire le lien santé-travail*

*Le suivi médical clinique individuel est essentiel pour instruire le lien santé-travail. Il permet au médecin du travail de saisir à leur origine les enjeux de santé, de mieux comprendre les tensions qui animent le travail.*

*Dans les consultations, deux questions doivent être arbitrées par le médecin du travail :*

- *le travail, son organisation, les rapports sociaux qui s'y déploient, peuvent-ils expliquer tout ou partie de l'histoire de la construction ou de la fragilisation des sujets qu'on accompagne médicalement ?*
- *en cas de trouble psychopathologique ou de somatisation pour un sujet, quel est le risque ou l'intérêt d'un éloignement temporaire ou définitif du travail à visée thérapeutique.*

Faciliter la prévention professionnelle suppose qu'il soit possible d'identifier les causes des souffrances mentales constatées dans le travail, son environnement et son organisation. Les atteintes à la santé mentale présentent en apparence une causalité souvent plus diffuse associant des causes liées à l'exécution même du travail ou à l'organisation du travail et des causes en rapport avec ce que le droit appelle « la vie personnelle ». Dans cette forte dépendance entre situation de travail et vie personnelle, toutes les combinaisons sont possibles et peuvent rendre difficiles l'identification du risque vécu par les salariés et c'est donc bien le travail clinique des médecins du travail qui peut rendre possible cette identification.

### ***Retour à la discussion collective***

Dans un collectif professionnel, quand un travailleur donne à voir à ses pairs la façon dont il travaille, dont il « réaménage » la tâche prescrite, ce qu'il comprend d'une prescription en conformité avec ses règles professionnelles et ses valeurs éthiques, il crée les conditions d'une confiance réciproque. La mise en visibilité pour le collectif des éléments de l'activité de travail très concrets qui font dispute, pour les mettre en débat, permet l'évolution des organisations du travail dans un sens plus favorable à la santé. La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des salariés privés du pouvoir-comprendre ce qui leur arrive. Il faut donc proposer de reconstruire ces espaces de discussions entre pairs dans le temps de travail. Ainsi peuvent être discutées, « mises en dispute », appropriées corporellement, de nouvelles règles professionnelles ou des savoir-faire de prudence.

Ce collectif offre à chacun un espace d'expression et de développement où il construit son « identité » et par là, sa santé.

### **CONCLUSION**

Le développement de la clinique médicale du travail déployée principalement dans la consultation de médecine du travail, est aujourd'hui un instrument essentiel pour permettre au sujet de recouvrer son « pouvoir d'agir ». Mais beaucoup de travail entre pairs reste encore à accomplir pour cela.

Ce travail clinique individuel passe par la parole et repose sur la confiance dans la « *capacité d'élaboration* » des travailleurs à penser leur travail, à participer aux transformations des organisations du travail et à recomposer le vivre ensemble.

Le médecin du travail nourrit son diagnostic clinique du lien santé-travail du travail en s'appuyant sur cette clinique spécifique qui enrichit sa pratique. Il y adosse ses préconisations médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié, et en nourrit son action de prévention collective primaire ou de sauvegarde.

Ce travail médical pourra permettre que se déploie, en écho, sous des formes novatrices, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets au travail. Ainsi, la médecine du travail contribuera à les

rendre acteurs de la transformation du travail, en remettant le travail réel au centre de la discussion.

Mais nous vivons une époque paradoxale. La question collective, malgré son importance, apparaît comme masque ou dérivatif, pour ne pas voir le « *travail singulier* » du sujet, les effets irréductiblement personnels du travailler ensemble. Le nouveau management isole, précarise les coopérations professionnelles, et pourtant il tente de reformer des collectifs sous son contrôle pour la coordination des tâches professionnelles.

Le médecin du travail sait que le cœur de son activité professionnelle a pour soubassement l'accompagnement clinique individuel à la lumière des avancées de la clinique médicale du travail. Son dossier médical en porte trace. Il est maintenant légitime réglementairement qu'il en nourrisse des alertes médicales collectives.

Mais il lui serait interdit d'argumenter son diagnostic médical individuel du lien entre un processus délétère et le travail, dans ses écrits à un confrère ou pour un salarié. Certains profitent de l'ambiguïté du droit sur le certificat médical, preuve juridique ou diagnostic plausible de lien pour les maladies professionnelles, pour « *mettre en cause sans légitimité clinique* », les écrits médicaux du médecin du travail. Il serait illégitime de nommer le rôle du travail dans des processus délétères singuliers. Ici il ne faudrait référer qu'à des éléments objectifs ! Non, attestons de nos diagnostics médicaux en médecine du travail en cas de besoin pour « accompagner les salariés » dans leur prise en charge médicale ou sociale !

La profession de médecin du travail gagne de nouvelles lettres de noblesse en développant un champ immense et nécessaire, la clinique médicale du travail. Nous sommes au début de ce nouveau chemin. Malgré la crise démographique et organisationnelle de la médecine du travail, son avenir réel réside dans les perspectives et les devoirs qui y naissent. Ce ne sont pas des considérations juridiques de quelques-uns, vides de sens tout autant que l'aptitude eugénique, qui doivent nous empêcher de passer à l'écrit pour les dossiers médicaux, la rédaction de monographies ou des attestations de diagnostics médicaux des effets du travail sur la santé.

Et comme pour tout métier, les règles de la médecine du travail devront être discutées entre pairs. C'est de cela que nous sommes comptables et qui fonde notre présence aujourd'hui.

## **Thème N°4**

### **Ouvrir à la prévention individuelle et collective ; par la clinique médicale du travail**

*Florence Jégou, Gérard Lucas, Thérèse Buret*

L'amélioration des conditions de travail est le premier élément de préservation ou de construction de la santé au travail. S'il est vrai que la transformation de ces conditions de travail peut se dérouler avec des règles objectives et des normes matérielles, elle se déroule surtout grâce aux actions des salariés eux-mêmes et à celles de leurs collectifs de travail, dans des dynamiques individuelles et collectives. La clinique médicale du travail se préoccupe d'explorer finement le réel de l'activité grâce à ce que chaque salarié parvient à dévoiler de son travail et grâce à ce qu'il élabore avec le médecin du travail sur son activité. Elle est un outil de prévention en individuel avec l'appropriation par le sujet d'un pouvoir d'agir lors du dialogue entre le médecin et le salarié qui permet d'établir des liens santé-travail. Collectivement, la clinique médicale du travail permet également la prévention de différentes façons. C'est ainsi un catalyseur efficient de santé au travail. C'est ce que nous tentons de montrer dans cet exposé, d'abord pour la prévention individuelle et ensuite pour la prévention collective.

#### **1) La prévention individuelle par la clinique médicale du travail.**

##### **Les consultations**

Au quotidien dans nos consultations, la description du travail par le salarié dans les tâches les plus anodines vise à permettre de décrypter ce qui a fait difficulté dans l'activité de travail. Les médecins du travail articulent d'une part l'identification des risques, et d'autre part une pratique clinique qui permet d'instruire comment la santé de ce salarié-là avec son histoire professionnelle, à ce poste-là dans cette entreprise là, peut être mise en jeu ou au contraire dans quelle mesure ce travail lui permet de construire sa santé. De son côté, le salarié peut alors avoir accès à une compréhension singulière de ce qu'il subit, et de ce qu'il rencontre. Dans ce dialogue avec le salarié, il peut alors développer sa propre pensée sur son travail. Cela peut alors lui permettre d'envisager de nouvelles pistes pour préserver sa santé et pour décider pour lui-même dans son parcours de l'issue de ce qui lui arrive. Dans le cas où le salarié présente une pathologie, la restauration de son pouvoir d'agir passe par la mise en évidence du lien éventuel de sa pathologie avec le travail. Cette intercompréhension est bénéfique autant pour l'approche cognitive du risque physique et du risque chimique que pour le risque d'atteintes psychiques. Pour ces atteintes psychiques, le dépassement du passage émotionnel vécu par le salarié lors de l'élargissement de sa compréhension permet une mise à distance de la situation subie, un apaisement relatif de la souffrance et un désir d'agir. L'intercompréhension des liens santé travail est donc une condition d'une meilleure appropriation du pouvoir d'agir des salariés.

## **Les écrits individuels**

### ***Un document essentiel : le dossier médical***

Nous le savons bien, le dossier médical en santé au travail retrace les informations relatives à la santé des travailleurs, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail. Dans le dossier médical, la prise de notes est importante, elle est mémoire pour le médecin et pour le salarié, à la fois des faits importants de travail, et de celle des événements de santé. Il faut prendre soin de noter les traces du travail, même ténues d'atteintes ou de fragilisation notamment de santé mentale et des liens avec les caractéristiques du travail. Il s'agit de permettre au salarié de laisser ces traces pour des interprétations ultérieures de ce qu'il livre dans le cabinet médical. En effet, il arrive qu'une consultation ne soit que le puzzle de son histoire individuelle de travail, et de l'histoire du collectif. Les notes dans les dossiers, s'inscrivent dans l'outil clinique que nous utilisons pour notre compréhension - actuelle ou ultérieure - de ce qui se joue dans le travail à cet endroit-là. Le plus souvent cette compréhension ne se joue pas seulement dans une seule consultation mais bien dans un collectif de travailleurs et dans l'histoire de chaque salarié.

### ***Les recommandations individuelles***

La prévention individuelle se décline aussi avec les recommandations individuelles que le médecin du travail peut écrire pour aménager le poste du salarié. Il fait ce travail de rédaction à partir des éléments qu'il connaît de la santé du salarié et de ce qu'il a compris du poste du salarié, à la fois dans ses consultations pour ce salarié mais également pour l'ensemble de son collectif de travail, en tenant compte de ce qu'il a pu voir dans l'entreprise. L'article L4624-1 du code du travail permet ces recommandations individuelles, elles peuvent donc être assez précises pour guider l'aménagement du poste du salarié, notamment sur quand ces recommandations portent sur l'organisation concrète de travail.

### ***Les certificats et les « attestations »***

Les certificats médicaux décrivent l'état de santé du salarié au moment où le médecin a vu le salarié et il peut décrire les risques auxquels a été soumis le salarié. Cela peut même considérer les différents examens du dossier. Dans ce certificat, le médecin atteste du lien entre une lésion (y compris psychique) et un ou plusieurs faits survenant au travail ou à son occasion. Ce travail de rédaction de certificat trouve son origine dans le code de santé publique et dans le code de la sécurité sociale (certificat de maladies professionnelles des tableaux mais aussi hors tableaux).

Dans la rédaction d'une « attestation » du lien entre l'altération de la santé d'un salarié et les effets délétères de son travail, le médecin du travail peut permettre une formalisation de la compréhension avec un regard de médecin, de ce qui lui est arrivé. S'appropriant alors une interprétation de ce qu'il a vécu, il pourrait alors recouvrer son « pouvoir d'agir » : son travail a bien sa part dans sa pathologie et il pourrait alors prendre des décisions pour lui-même pour prendre soin de sa santé. C'est ce que vise la rédaction d'attestations.

L'« attestation » qui prend parfois le nom et la forme synthétique d'un certificat peut prendre aussi la forme plus élaborée d'une « monographie » qui peut être utile comme repère pour le salarié. Ces monographies reprennent de

manière détaillée l'histoire du salarié dans son entreprise, émaillée de ses atteintes à la santé, de ses tentatives d'action, de la présence ou non des autres du collectif, de manière à mettre en évidence les liens étroits entre l'état de santé du salarié et des effets délétères des conditions de travail.

### ***Les courriers aux autres médecins***

Ces écrits restent dans le dossier médical du salarié. A ce titre d'ailleurs, ils peuvent leur être transmis. Il s'agit de faire le lien avec le médecin traitant pour lui permettre de bien comprendre ce que dit le salarié, dans sa prise en charge médicale en posant un diagnostic de spécialiste, et lui permettant de prescrire à bon escient.

La question du travail est parfois traitée de manière erronée sur le thème de certains idées politiques (soit il pense que le salarié est un « tire-au-flanc » venu chercher un arrêt, soit il pense que le travail, ça change les idées : « quand on est déprimé, il ne faut pas rester à la maison... »,...). C'est dans les écrits du médecin du travail, que le médecin traitant va entendre un autre point de vue argumenté à la fois sur le travail et sur la santé, mettant en lien les deux. Cela lui permet de prendre en compte le travail, non pas sur un versant idéologique mais concrètement dans la vie de ce salarié qu'il a sous les yeux.

Les courriers peuvent éventuellement être faits à destination du psychiatre pour les mêmes raisons. Cela permet d'attester des liens entre les conditions de travail et la santé du salarié : il s'agit bien de démontrer que ce n'est pas une interprétation du salarié malade, qui, du fait de sa pathologie ou de sa personnalité, pourrait avoir trouvé le moyen de se déresponsabiliser de ce qu'il lui arrive, en trouvant dans son travail toutes les raisons de sa chute. Le médecin du travail peut alors donner les moyens au médecin psychiatre de situer ce que dit le salarié dans le réel grâce à la connaissance qu'il a du reste du collectif, des événements de travail et potentiellement des traces notées dans le dossier médical.

## **2) La clinique médicale du travail au service de la prévention collective.**

### **La prévention collective n'est pas dans des statistiques**

Dans le contexte dans lequel se déroule l'action du médecin du travail, il y a souvent des demandes pour produire des chiffres, pour prouver que ses constats ne sont pas seulement le au mieux le fantasme de ce médecin, au pire, sa bataille idéologique. Le médecin du travail en réaction à certaines critiques méthodologiques peut être tenté de rendre compte de ce qu'il constate avec des chiffres. Mais les statistiques restent très limitées pour rendre compte des enjeux des liens entre les atteintes psychiques et psychosomatiques et le travail. La prise en compte de la part du subjectif, de la variabilité des pathologies suivant les itinéraires et personnalités, des délais plus ou moins différés de la constitution de symptômes différents, sont autant d'obstacles à des chiffreages. Tout cela rend alors bien difficile leur interprétation.

De plus, les collectifs de travail accompagnés par un médecin du travail peuvent eux-mêmes décrire leurs conditions de travail avec infiniment plus de précision et d'indications que ne pourraient le faire des chiffres, surtout quand ils peuvent s'exprimer en dehors de contraintes de subordination.

Enfin, compter les blessés prend du temps et ne fait généralement qu'un triste constat sans donner de diagnostic ni même se situer dans le réel du travail.

Les chiffres laissent de côté certains qui souffrent sans le dire, les chiffres laissent de côté ceux qui vont bien avec des stratégies dynamiques. Et pendant ce temps, le médecin, occupé à faire ses comptes, reste dans son bureau alors que les salariés continuent d'être exposés à des risques. Si la mission du médecin du travail est bien d'éviter l'altération de la santé, même un cas nous suffit, ce sont que nous appelons les cas « sentinelles ». Grâce aux éléments que l'on a recueilli dans les consultations, et des liens que l'on sait faire du côté du diagnostic étiologique (on a bien vu ce que l'on a vu parce qu'on est des médecins), cela permet déjà d'informer sur des risques dans une entreprise.

### **La clinique médicale et les questions d'organisation du travail**

En prévention, le médecin du travail a pour projet de rendre compte, dans l'espace de l'entreprise, des risques de l'organisation du travail pour la santé des salariés d'une entreprise dont il a la charge. L'idée, ce n'est pas de donner écho à la souffrance individuelle dans le travail parce que le travail fait souffrir au quotidien et nous le savons tous. Mais l'idée c'est de rendre visibles des éléments de lien entre la santé – parfois altérée - et le travail pour mettre en évidence là où ça ne fonctionne pas dans le travail. Grâce à la clinique médicale du travail, le médecin du travail parvient avec les salariés d'un collectif de travail à explorer des pistes pour l'action puisque il explore là où le travail ne trouve pas de mode de fonctionnement, et de construction de la santé. Cela peut même permettre au médecin du travail de relever des signes infra-cliniques dans un groupe de travailleurs relativement homogène quant aux conditions de travail et à l'organisation du travail. Ce faisant, il peut alors en éclairer l'analyse des causalités du côté de l'activité de travail, ce qui peut rendre possible ensuite l'action du collectif de travail.

Le médecin du travail est ainsi à même de faire des liens dynamiques entre la santé et le travail mais l'utilisation des éléments cliniques n'est pas une mince affaire : quelle condensation pouvons-nous en faire ? Quelle analyse ? Quelles restitutions et à qui ?

### **Le rôle du collectif et des espaces de discussions**

Les conflits de travail trouvent leur origine dans des désaccords sur l'organisation du travail et sur la façon de fixer les priorités dans l'activité. Le collectif est l'instance qui permet de faire face aux difficultés parce qu'elle procure un sentiment d'une orientation commune lié à l'existence de règles partagées qui orientent les dilemmes de l'activité, et permettent de ne pas porter seul le poids du travail. S'il est habituel d'entendre que les conflits de travail portent sur des questions de personnalité, il est important de remettre les questions d'organisation du travail au cœur du débat social. Ce collectif offre alors potentiellement à chacun un espace d'expression et de développement individuel original, et donc de construction de sa santé. Mais cet espace ne peut se développer que s'il se construit un climat de confiance, ce qui n'est pas donné d'avance et parfois ne fonctionne pas.

Le recours au médecin du travail a souvent lieu lorsque ce collectif n'a pas fonctionné le plus souvent par l'absence des espaces de discussions collectives pour le débat sur l'activité. Il faut donc proposer de reconstruire ces espaces de discussions entre pairs dans le temps de travail.

### **La veille médicale : méthode**

Il s'agit pour le médecin de mettre en place une veille médicale des liens entre la santé et le travail en rapport avec les dangers repérés et les travailleurs concernés par le recueil systématique des éléments de surveillance médicale individuelle et collective.

La méthode consiste à repérer dans l'entreprise les risques et les expositions des salariés ainsi que leur évolution et identifier les travailleurs concernés

- à travers les paroles et le vécu des travailleurs, lors des consultations médicales
- dans le cadre d'un recueil systématique permettant une traçabilité des risques et des expositions
- par l'étude des procédés, équipements, aménagements, organisation du travail, et lors des visites sur les lieux de travail en procédant, si nécessaire, à des mesures.
- en élaborant des descriptifs des postes de travail (formalisation écrite de ce qu'on a compris dans une activité de terrain en milieu de travail).

Grâce à la clinique médicale du travail, le médecin du travail s'appuie sur des éléments cliniques pour faire la synthèse d'éléments transversaux. En particulier, pour les risques psycho-sociaux, il peut adosser le recueil des données sur des références scientifiques.

En particulier, pour les facteurs de risques psychosociaux, ceux proposés par le Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux peuvent être relevés :

- \* L'intensité du travail et le temps de travail,
- \* Les exigences émotionnelles,
- \* Le manque d'autonomie,
- \* La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail,
- \* La souffrance éthique,
- \* L'insécurité de la situation de travail.

Quand la clinique médicale du travail d'un collectif permet la congruence de plusieurs éléments de compréhensions entre les consultations et les études de poste, le médecin du travail parvient à décrire précisément en quoi l'organisation dans leur entreprise peut présenter des risques pour la santé des salariés. Cela permet alors d'enrichir la fiche d'entreprise avec des éléments qui, de toute façon, échapperaient à l'observation de terrain alors qu'ils sont souvent essentiels pour l'analyse des conditions de travail et pour leur amélioration.

Le support de ce type de compte-rendu a une forme écrite officielle : ce peut donc être la fiche d'entreprise, mais aussi le rapport annuel d'activité ou un courrier adressé à l'employeur en utilisant l'article L4624-3 du code du travail.

### **L'action du médecin pour le collectif de travail**

Participer à la prévention des risques, c'est permettre leur identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles. Lorsque le médecin du travail met socialement en visibilité les effets délétères potentiels (ou avérés) d'une organisation du travail potentiellement défailante, cela a pour but de permettre à chaque salarié et à la collectivité de travail :

- d'en comprendre ensemble l'origine du côté de la répartition des tâches, des rapports sociaux de travail,...comme facteurs de risques très concrets de l'organisation de travail.
- de penser une éventuelle maltraitance organisationnelle,

Le médecin du travail présente une analyse qu'il a de la situation des salariés, mais il peut également continuer de questionner et de s'étonner dans les

consultations pour améliorer sa connaissance de ce travail-là, mais aussi parce que ses questionnements permettent à chaque salarié d'avancer dans sa propre analyse. C'est justement dans ce questionnement - qui n'est jamais fini - que le salarié peut donc développer sa pensée et se sentir (devenir ou redevenir) acteur dans son entreprise. Le médecin apporte également des connaissances médicales en lien avec le travail et le salarié s'en sert de repère pour inventer pour lui-même, et avec d'autres de conditions similaires, ce qui doit être mis en débat, et qui ne l'est pas - ou plus.

Une nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé contribue ainsi à la transformation de l'organisation du travail, par la compréhension partagée des difficultés du «travailler », élaborée lors des processus de délibération collective. C'est justement dans le débat social sur leur prévention, que chacun des acteurs (employeurs, membres CHSCT, médecin du travail,...) joue son rôle dans le débat pour l'évolution des organisations du travail dans un sens plus favorable à la santé, c'est-à-dire pour la mise en œuvre d'une prévention primaire pour la collectivité de travail.

### **Les limites de ce travail : que faire s'il ne se passe rien ?**

Quand la discussion n'a pas lieu, ou que les salariés ne se saisissent pas de ce que le médecin donne à voir, c'est qu'il faut retourner dans les consultations pour y trouver de nouvelles informations plus fines qu'on n'avait pas découvertes avant. Suite à ce travail de mise en visibilité, les acteurs parviennent à préciser d'autres éléments de compréhension, avec les nouvelles questions qui se posent.

Il est également possible que le collectif de travail ait construit des stratégies collectives de défense qu'il faut mettre en évidence, comprendre, sans les déstabiliser.

C'est le moment où il faut absolument suspendre l'urgence de la recherche de solutions, même si c'est très tentant pour un médecin du travail ! Il est important de comprendre que c'est justement de la qualité et la maturité du travail de recueil des signes, et de description de la situation que dépend la façon dont ce travail est ensuite reçu en entreprise. C'est en cela qu'il y a une importance à en discuter entre collègues pour discuter de nos interprétations possibles des situations pour affiner nos hypothèses et construire nos interventions.

### **Prudence versus frilosité ?**

Une grande prudence - qui ne veut pas dire frilosité - doit être de mise quant à la nature des éléments dévoilés et la façon dont ils sont dévoilés de manière à ne pas fragiliser les salariés et atteindre leurs stratégies de défense. Tous les sujets ne peuvent pas être traités de la même façon dans toutes les instances, il y a une différence entre un travail entre les partenaires sociaux sur le sujet par exemple en CHSCT ou ailleurs dans un collectif de pairs. Il est donc bien évidemment nécessaire de travailler ce que le médecin du travail va dire mais également l'endroit où il le dit, comment il le présente et l'objectif dans lequel il le dit. Tout cela peut donc être discuté en groupes de pairs.

### **Le collectif en action : les effets de la restauration du pouvoir d'agir sur le collectif lui-même**

Les individus continuent de travailler en dehors de la présence du médecin du travail. Dans le regard du médecin, ils peuvent entrevoir individuellement ce qui fait difficulté dans le travail et ils peuvent construire une pensée propre autour du

travailler, ayant trouvé ou retrouvé des mots pour le dire, ils savent que d'autres ont eu cette expérience avec le médecin du travail, et peuvent en venir à en discuter entre eux. Peut-être d'ailleurs, des mots communs qui leur permettent d'en discuter et d'en débattre en dehors des histoires relationnelles qu'ils mettent en avant. Ils découvrent dans le regard bienveillant porté par le médecin du travail que chaque acteur peut jouer de nouvelles cartes, et parfois, il naît de ce développement de la pensée sur le « travailler », la possibilité d'agir ensemble pour améliorer leurs conditions de travail. Dans certains cas, cela se manifeste par la re-création de mouvements collectifs pouvant aboutir à la transformation vers l'amélioration des conditions de travail. Le médecin n'est pas présent dans ces actions, il a contribué à restaurer la pensée et cela permet ensuite un travail coopératif.

### **Cas concret**

Début 2011, dans un service administratif chargé de la gestion de l'eau et de l'assainissement dans le département, trois personnes consultent le médecin du travail avec un point commun : ils sont débordés et il y a une mauvaise ambiance. Le médecin du travail propose alors des consultations médicales aux 15 instructeurs et assistants de l'unité et à leur responsable.

En mai 2011, 12 des 15 intéressés viennent donc en consultation médicale du travail. Les entretiens sont orientés autour du vécu du travail, des contraintes et des exigences du travail, des marges de manœuvre, de la reconnaissance et des valeurs. Il est question de tout cela pour eux-mêmes et de ce qu'ils en pensent pour leurs collègues.

Le médecin constate que ces salariés aiment leur travail et leur mission, mais ils tiennent le coup au prix d'un surinvestissement personnel (en concentration et en temps). Beaucoup font part de leur agacement, de leur irritation de l'envahissement de cette préoccupation du travail qui s'incruste parfois jusque dans leur humeur et dans leur vie privée. Plusieurs suspectent d'autres d'avoir moins de travail qu'eux : ils ont de mauvaises relations, mais il n'y a pas de temps de concertation considéré comme perdu. La synthèse des éléments du deuxième temps de la consultation sur l'éventuel vécu des autres et les solutions possibles donne un résultat mitigé.

Une restitution très brève envoyée à tous et au chef de service note : « Les doutes de plusieurs membres sur la pertinence de la répartition du travail reconduite avec la restructuration de 2008 depuis plusieurs années, alors que la RGPP a restreint le personnel et que de nouvelles contraintes législatives sont à appliquer », et suggère « des temps de concertation collective sur les techniques, les priorités et la répartition du travail. »

Malgré le fait que le chef de service exprime son exaspération pour ces « enfantillages », il consent à programmer une réunion sur le sujet avec tous les salariés de l'unité.

Le médecin du travail est invité « comme médiateur », position qu'il ne souhaite pas prendre. Finalement, un concours de circonstances y justifiera son absence.

En août, il apprend que la réunion a été houleuse mais qu'elle a été jugée utile, et surtout qu'elle a été suivie d'une pétition sans doute un peu maladroite d'une majorité des membres de l'équipe. Une première concertation sur la répartition a eu lieu en juillet, une autre aura lieu début septembre, et il est rapporté que les choses seraient déjà « plus claires ».

Dans les mois suivants, il apparaît que les agents sont satisfaits de l'évolution. Outre un changement du chef d'unité, des réunions mensuelles de

toute l'équipe ne sont pas vécues comme une perte de temps au contraire. Des priorités sont mieux partagées. Des différences de méthodes et de répartition sont acceptées pour des gros et petits dossiers qui ne demandent pas le même type de travail... Plusieurs salariés se remémorent avec humour la mauvaise ambiance des mois précédents comme un épisode dépassé.

### **Le signalement collectif quand la gravité le nécessite.**

Un signalement collectif n'est pas un acte de prévention primaire, mais quand la gravité de la situation apparaît au médecin, il a le devoir de signaler ce risque. Or, l'état actuel d'un certain nombre de salariés de nos consultations nous amène aujourd'hui à ce type d'écrits, il faut nous donc fixer un cadre professionnel à cette pratique.

### **Objectifs**

Le signalement collectif du médecin du travail permet de « tracer » concrètement le constat d'un processus délétère entre des situations concrètes de l'activité de travail d'un collectif de travail et leur santé. Ce signalement vise la transformation de situations de travail qui provoquent déjà des atteintes à la santé, par la mise en visibilité d'un risque et de ses déterminants dans la situation de travail et des effets délétères déjà constatés. Cette action a pour objectif de remettre en débat en interne les questions d'organisation du travail, pour que les salariés soient mis hors de danger.

Par ce signalement, le médecin du travail permet à la collectivité de comprendre différemment la situation en intégrant le rôle du travail et la notion de gravité avec la présence (potentielle) de victimes. Les acteurs sociaux peuvent ainsi prendre leurs responsabilités, et les salariés peuvent réinvestir collectivement l'organisation du travail pour préserver leur santé.

Enfin, il s'agit parfois aussi de permettre à l'employeur de mieux peser les déterminants de son obligation de sécurité de résultat et notamment ses implications préventives.

### **Quand est-ce que la gravité de la situation le nécessite ?**

Cette action se situe bien dans les situations d'une gravité importante : le signalement collectif dans l'entreprise est parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes potentiellement ou réellement touchées. Il s'agit d'ailleurs parfois de situations de travail pour lesquelles les recommandations du médecin du travail n'ont pas été prises en compte auparavant.

### **Support légal du signalement collectif**

Dans sa responsabilité de veille médicale des effets du travail sur la santé, le médecin du travail analyse, grâce à la clinique médicale du travail, ce qui fait difficulté dans l'activité de travail et dans le « travailler » des salariés. La mise en œuvre d'un signalement collectif par le médecin du travail est rendue possible par ce travail d'amont.

*Art. L. 4624-3. – Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.*

*L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.*

II. – Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

III. – Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II, sont tenues, à leur demande, à la disposition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L. 4643-1

Le travail quotidien de médecin du travail pour l'amélioration progressive des conditions de travail, s'arrête là où le travail met en danger les salariés. Là, le médecin sort d'une posture d'accompagnement. Il écrit pour que les salariés soient écartés du danger.

Cet article du code du travail permet au médecin du travail de produire un écrit détaillé, argumenté, précis, pour le signalement collectif qu'il estime nécessaire. Ce signalement collectif est ainsi à la disposition des différents acteurs de l'entreprise.

Enfin, cet article prévoit également une possible réponse de l'employeur.

### **Comment ?**

Pour remettre les conditions du travail réel en discussion, le médecin du travail relate alors très concrètement ce qu'il a compris ou constaté des difficultés de réalisation du travail et l'impact que cela a pour la santé. Dans son travail d'analyse, le médecin du travail peut choisir de revoir en consultation spécialement une partie du collectif concerné, ou bien de faire une synthèse de leurs dossiers médicaux pour y analyser ses traces cliniques, les signes qu'il a pu noté au fil des mois, des signes infra-cliniques qui avait pu attirer son attention, les signes somatiques, et des événements de travail très concrets qu'il a pu noter dans le même temps. Il peut bien évidemment utiliser un système de veille médicale plus quantitatif, mais ce travail global est de toute façon complété par les notes prises dans les dossiers médicaux

### **A qui est-il envoyé ?**

Dans l'article L4624-3 du code du travail, le médecin adresse son signalement collectif à l'employeur. Il peut également l'adresser aux représentants du personnel, il est même possible que la restitution soit faite dans un lieu qui permet le débat comme le CHSCT quand il y en a un.

### **Références scientifiques**

Le médecin du travail, comme tous les médecins font références à des constats cliniques (éléments dépressifs, anxieux, troubles du sommeil,...). C'est important que ces diagnostics médicaux soit précis. Par ailleurs, il fait la synthèse qu'il fait les éléments de l'organisation qui sont susceptibles d'être à l'origine de ces éléments cliniques et qui ont actuellement des répercussions connues sur la santé. Pour cela, il peut faire apparaître des références scientifiques sur lesquelles il fonde son avis, par exemple pour les risques « psycho-sociaux », le « Rapport d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux ».

Les références peuvent également être des références réglementaires sur lesquelles le médecin s'appuie pour ses préconisations de prévention. Pour écrire un avis « motivé et circonstancié » le médecin ne se situe plus dans l'intersubjectivité qui lui sert dans les consultations à recueillir les éléments du travail. Dans cet écrit, il décrit précisément ce qu'il constate et il explique à quoi il se réfère pour affirmer un danger.

## **Restitution écrite**

Un signalement collectif est un écrit qui est destiné :

- d'un part aux acteurs internes de l'entreprise pour saisir la gravité de la situation,
- et d'autre part éventuellement destinées aux acteurs externes chargés de dire le droit : plus personne ne peut faire comme si on ne l'avait pas dit.

Dans certaines situations, cela peut alors déboucher sur d'autres procédures que seuls les juristes peuvent mener mais qu'ils ne peuvent faire sans écrits laissés par les médecins du travail. Le médecin du travail a une place de choix pour ces écrits. Les inspecteurs du travail et les juges ne peuvent pas avoir les informations sur la dégradation de la santé, les psychologues du travail n'auront jamais le matériau dont nous disposons du fait de nos connaissances médicales et médiales du travail.

La forme écrite est donc indispensable, un texte constitue une trace de l'intervention du médecin du travail sans déformation possible.

## **La forme a de l'importance**

La forme avec laquelle nous formulons nos signalements collectifs a une importance capitale sur son devenir. Dans la rédaction d'un signalement collectif, il est important de prendre en compte que les questions de l'organisation sont aussi portées par des hommes qui souffrent éventuellement eux-mêmes, parce qu'ils jouent eux-aussi dans le travail leur identité et leur santé, et qu'ils sont eux-aussi confrontés au réel de la situation qui met en danger des salariés.

Quand ils reçoivent un signalement bien argumenté, cela peut déjà être assez violent, il est déconseillé de venir en débattre avec eux avant. Il est possible de les avertir de l'arrivée d'un écrit d'une gravité importante mais le médecin du travail ne doit pas en remettre le contenu en question. Le fait d'adresser le courrier à un témoin dans l'entreprise par exemple les salariés du CHSCT, cela lui permet de ne pas porter le signalement tout seul.

Alors que la mise en visibilité a pour objectif de remettre en débat ces questions, si des questions d'organisation du travail portent sur des questions épineuses, cela peut aboutir à une situation extrêmement conflictuelle. A ce moment-là, il n'est d'ailleurs pas exclu que le médecin puisse être désigné comme le responsable d'une certaine aggravation de la situation. C'est la raison pour laquelle il est important de porter ces signalements collectifs dans des groupes de pairs pour bien placer ces écrits des médecins du travail dans le cadre de pratiques professionnelles.

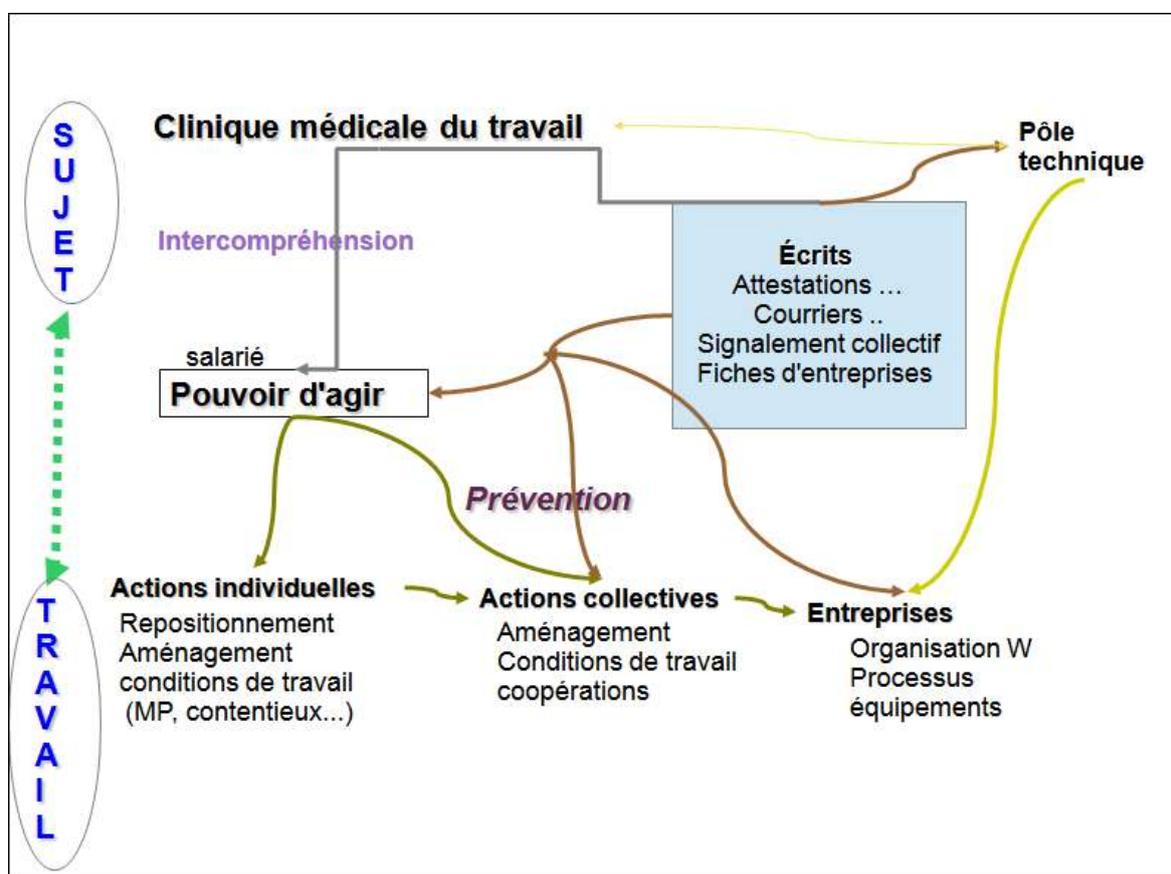
## **Et après ?**

Le rôle du médecin du travail par son écrit de signalement collectif, n'est pas de se substituer à l'employeur pour agir. Le médecin du travail ne doit pas aller plus loin dans la prise de décisions du côté de la prévention, au risque de perdre sa légitimité professionnelle.

Le médecin du travail identifie des risques, il peut indiquer le processus qui permettrait de les supprimer, il peut accompagner les acteurs de l'entreprise en donnant des repères médicaux et formuler des recommandations dans des axes de prévention. Mais le médecin n'arbitre pas les choix entre l'économie et la santé. Sa place reste celle d'un médecin : une place clinique et une place de prévention dans l'intérêt des salariés.

### 3) Conclusion

La prévention individuelle et collective est donc possible dans le travail clinique des médecins du travail. Par l'exploration fine des difficultés du travail et du « travailler », des effets sur la santé même infimes, grâce aux notes cliniques dans les dossiers, grâce au questionnement toujours renouvelé du médecin, grâce à ce qu'il peut apporter comme repères médicaux, le médecin du travail contribue à restaurer le pouvoir d'agir des salariés quand c'est nécessaire, d'une part, et il parvient à produire un certain nombre d'écrits qui sont autant d'outils de prévention. Par ses questionnements et les repères qu'il peut apporter, le médecin du travail permet au collectif d'avancer dans la compréhension de ce qu'il leur arrive. Chaque salarié retrouvant alors la possibilité de penser son activité. Il peut alors trouver une place dans les actions de prévention dans son entreprise, avec son collectif qui peut alors se mobiliser pour débattre des questions qui représentent un risque. Les acteurs dans l'entreprise peuvent alors transformer eux-mêmes les situations de travail. Le médecin a une place de choix dans les entreprises grâce à la clinique médicale du travail parce que cette pratique permet une description concrète qualitative précise pour accéder à des pistes de prévention primaire.



# Monographies

## de cas cliniques

Ces écrits sont tirés, pour la plupart, soit des travaux de GAPEP (Groupes d'Évaluation des Pratiques Entre Pairs) de l'organisme agréé E-PAIRS, soit des publications des cahiers SMT de l'Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL, (A-SMT)

# Monographies de cas cliniques N°1

## « J'avais peur de faire une bêtise » Un certificat médical pour stress post-traumatique

Certificat rédigé pour donner acte au salarié de sa souffrance et des difficultés organisationnelles, avec possibilité de faire comprendre la situation au médecin traitant et éventuellement pour donner une porte de sortie à l'entreprise.

Docteur MT  
Médecin du Travail

Certificat médical

*« Je soussigné, Docteur MT, avoir reçu en urgence médicale Monsieur M peintre industriel de l'entreprise X, le ...*

*Monsieur H a présenté ce matin 25 mars un stress post-traumatique vers 8 heures 30 dans la salle des machines de la ....*

*Le vendredi 21 mars, Monsieur H avait suggéré à son chef de chantier Monsieur B, de renforcer son équipe de travail avec une personne, afin de terminer le chantier dans les temps ce vendredi précédent. En effet, la phase finale de ce chantier nécessitait la mise en œuvre de quatre couleurs, et selon l'expérience très ancienne de peintre industriel de monsieur H, cela ne lui paraissait pas possible. Le chef de chantier aurait alors répondu que « deux personnes seraient suffisantes ».*

*Le mardi matin 25 mars après les jours fériés, le chef de chantier aurait dit à Monsieur H : « vendredi vous avez fait quoi ? ». Monsieur H en est resté sidéré, mais au bout de cinq minutes, il a rendu son régime au chef de chantier à son bureau en lui disant « je ne suis plus ton chargé de travaux car avec toi, à chaque fois, je suis un bon à rien, comme sur le chantier de Y ».*

***Monsieur H s'est alors retiré d'une situation qu'il jugeait dangereuse pour sa santé psychique et a appelé le standard du site industriel pour se rendre en urgence au Service de Médecine du travail pour consulter un médecin afin de se protéger, « de peur de faire une bêtise ».***

***Monsieur H a été reçu par moi-même Docteur MT en urgence. Il présente un état de stress post-traumatique ce matin.***

Monsieur H est un ancien professionnel de la peinture industrielle et est fier de ses compétences et de la confiance que lui ont témoigné les différentes entreprises où il a œuvré. Il n'a pas de prétention de carrière importante et se contente d'avoir un travail « normal » où « il n'a pas peur de venir travailler ».

Or, la nouvelle configuration organisationnelle avec un chef de chantier particulier, lui donne l'impression de n'avoir plus de marges de manœuvres professionnelles, qu'on ne lui fait plus confiance comme chargé de travaux qui normalement organise le quotidien concret de l'activité de chantier.

Sur ces chantiers, alors, il a le vécu de n'avoir que des remontrances, que ne seraient pas prises en compte ses compétences professionnelles. Il finit par être culpabilisé. La situation était antérieurement tellement dégradée sur le chantier de Y, qu'il a dû postérieurement consulter un médecin traitant fin janvier qui l'a arrêté pendant quinze jours à partir de la dernière semaine de janvier. Il lui a été prescrit un traitement anxiolytique et hypnotique du fait qu'il ne dormait

plus, qu'il pleurait le soir des journées de travail dans sa caravane.

En somme, depuis cette nouvelle configuration organisationnelle avec un chef de chantier qui ne lui laisserait pas les marges de manœuvre suffisantes pour « effectuer du beau travail », le vécu du travail de Monsieur H se dégrade, et il ne trouve pas de solutions pour faire arbitrer sa situation professionnelle. Il a aujourd'hui peur de perdre pied professionnellement dans ce contexte de détérioration organisationnelle.

L'isolement des chantiers éloignés antérieurement était facteur de challenge collectif pour, dans des conditions parfois très difficiles, réaliser pourtant un travail dont il pouvait être fier.

Aujourd'hui dans les conditions organisationnelles dégradées où le chef de chantier ne semblerait pas déployer une organisation du travail fondée sur la confiance et le jugement en recul sur les compétences de chacun, il paraît de plus en plus difficile psychiquement à Monsieur H d'apporter la même contribution sereine à son travail. Il a l'impression qu'on ne lui fait pas confiance, que le respect hiérarchique qu'il serait en droit d'attendre ne serait plus réalisé, qu'on ne s'intéresserait à son travail que pour lui faire porter la responsabilité de dysfonctionnements (comme la mise en cause de défauts de grenailage à Y, alors qu'il s'agissait de défaut de matériel de peinture).

***C'est dans ce contexte antérieur de dysfonctionnement organisationnel de sa hiérarchie de proximité, que ce matin 25 mars monsieur H a présenté un stress post-traumatique avec bouffée anxieuse, peur pour son intégrité, et qu'il s'est retiré d'une situation dangereuse pour sa santé devant l'envahissement de vécu d'injustice, de perte de l'estime de soi, de perte du contrôle possible de ses réactions, d'effondrement de son pouvoir d'agir, de doutes sur ses capacités professionnelles, de l'incapacité où il se trouverait de continuer à préserver sa santé au travail dans ce contexte non arbitré.***

Devant le risque pour la santé psychique de monsieur H, j'ai décidé de garder au service médical du travail Monsieur H en attente de l'intervention d'un médecin traitant à qui je l'adresse en urgence médicale pour assurer sa sauvegarde.

Je demande à son entreprise de le déclarer en accident du travail pour stress post-traumatique.

A valoir ce que de droit ».

## Monographies de cas cliniques N°2

### Une alerte pour danger grave et imminent collectif

Il s'agit d'un changement d'entreprise de gardiennage à l'occasion d'un appel d'offres. Quatre salariés de l'entreprise (représentants ou délégués syndicaux) sont reçus en urgence par le médecin du travail. Ces salariés ne savent plus par qui ils sont employés : « on ne va pas bien, on n'a pas de travail, on ne sait pas qui on est ! ».

Le médecin décide d'éviter la consultation individuelle et opte pour une consultation collective.

Le médecin de la 1ère entreprise ne peut plus intervenir, et la nouvelle entreprise n'a pas encore adhéré au SMT. Dans ces conditions, quel est le cadre juridique d'exercice de la médecine du travail ?

Chacun raconte son histoire, et tous disent qu'ils ne peuvent rien faire par manque de cadre juridique. Les nouvelles conditions de travail sont très différentes des conditions antérieures.

Donc, consultation collective et certificat médical collectif pour attester de leur souffrance et de ce que le Médecin du Travail croit comprendre. Ce certificat est remis aux intéressés, et peut être remis à l'employeur et envoyé à l'inspection du travail.

Il s'agit donc d'un certificat de stress post traumatique collectif, la description est difficile, le Médecin du Travail tape devant eux le document sur son ordinateur. Il ne peut s'agir d'une déclaration en AT, faute d'employeur !

#### ***Docteur MT Médecin du Travail***

***« Je soussigné Docteur MT avoir reçu en urgence médicale à leur demande, dans les locaux du SST assurant les urgences médicales, Madame B, Monsieur V, Monsieur F, Monsieur G.***

Ces salariés font état de ce qui apparaît au médecin du travail, comme une situation de discrimination, du fait de leur qualité de représentant ou de délégués syndicaux, avec des conséquences graves au regard de leur santé, conséquences déjà advenues, et ce jour à type de stress Post-traumatique pour tous les quatre, ou prévisibles.

Alors qu'ils portent la tenue vestimentaire fournie par la Société X, alors que sur leur planning individuel des tâches leur sont nominativement affectées sur un document édité par la Société X en date du 23 janvier, ces salariés ne se sont vus affecter aucune tâche depuis le 1 février. Alors qu'ils auraient reçu ou non un document de leur Société leur demandant de ne pas venir sur leur lieu de travail, ils sont présents sur leur lieu de travail à la demande de l'inspection du travail de B.

Ces agents sont ainsi en véritable injonction paradoxale entre les avis de la DDT, et ce que leur signifie la Direction de X. Il faut pourtant constater qu'aucune autorité de l'entreprise utilisatrice ou de X ne leur a reproché avec des actes juridiques, une présence irrégulière ou illicite, tout en leur reprochant oralement d'être présents sur leurs lieux de travail.

Il s'en suit une situation d'une succession d'injonctions contradictoires qui

provoque l'incompréhension sur la rationalité des actes de leur employeur, l'inquiétude majeure sur leur avenir, l'empêchement d'agir au regard de leur délégation représentative du personnel, concernant la santé ou les droits de leurs collègues qui semblent particulièrement malmenés par cette situation, et la naissance d'une peur qui de façon différenciée, commence à les envahir, ne voyant venir aucun arbitrage effectif de la part d'aucune autorité.

La souffrance éthique générée spécifiquement chez des représentants du personnel empêchés d'exercer leur mission en un moment particulièrement nécessaire, le sentiment d'abandonner leurs collègues et d'être abandonnés par tous les dispositifs de régulation dans un jeu de force qui leur échappe totalement,

**amène le médecin du travail à faire état d'un danger grave et imminent collectif concernant la population des représentants du personnel de l'ex entreprise S, transférés collectivement, après reprise d'un marché, par la nouvelle entreprise X. »**

## Monographies de cas cliniques N°3

### Mr B, adjoint chef d'équipe en Logistique

#### La demande :

Le 18 septembre, un chargé de mission RH me demande d'organiser une visite médicale pour Mr B, qui est sommé par l'entreprise de reprendre son poste d'adjoint au chef d'équipe en Logistique. Le salarié a été reçu par le directeur des productions et par le manager du service. Comme il a refusé de reprendre son poste, Mr B a eu ensuite un entretien préalable avant sanction avec le chargé de mission RH, en présence d'un représentant du personnel. Une sanction de type « avertissement » est en cours. Le chargé de mission a cru percevoir un mal être chez Mr B et demande l'avis du médecin du travail. Je rencontre le salarié pour lui expliquer les raisons de cette visite médicale. Il m'explique que le conflit a démarré en juillet. Mais le salarié se sent mal depuis le printemps. Il a déjà eu des moments difficiles par le passé mais en général, après 15 jours de lassitude, il se rétablissait. En mars, en sortant du travail, il était si tendu qu'il a eu une altercation violente avec un automobiliste sur la route. Il a passé de bonnes vacances cet été. Aujourd'hui, l'angoisse ne le quitte plus à l'idée de reprendre ses responsabilités professionnelles : il appréhende « *quel coup tordu on va lui demander ?* » Depuis une semaine, il est préparateur de commande et cariste et s'en trouve très bien. Il n'envisage pas de voir son médecin-traitant : sa mère, ouvrière, a été longuement dépressive, avec des traitements lourds et Mr B craint de connaître une spirale identique. Il se sent oppressé, respire mal et l'anxiété s'installe après avoir ouvert sa messagerie électronique et lu un compte rendu de réunion alors même qu'il n'est pas impliqué par le sujet.

Mr B est âgé de 38 ans. Il a quitté l'école à 16 ans. Il a travaillé sur des chantiers, au noir, pendant 2 ans, avant de partir au service militaire à l'issue duquel il s'engage. Il est pilote de char et tireur : cette expérience lui plaît. A la fin de son contrat, il quitte l'armée pour vivre autre chose. Il le regrette aujourd'hui car il considère avoir trouvé beaucoup plus d'humanité dans le milieu militaire que dans l'industrie.

#### Historique :

Embauché dans l'entreprise il y a 12 ans comme préparateur de commandes et cariste, il postule à la fonction d'adjoint au chef d'équipe il y a 6 ans. Sa candidature est retenue. Au départ, il n'y a pas de formation, si ce n'est le compagnonnage avec le responsable d'équipe avec qui Mr B s'entend bien. Il fait ses preuves et bénéficie de plusieurs augmentations de salaire (sa rémunération progresse de 30% en 5 ans selon le chargé de mission RH) En 2010, des formations au management se mettent en place : Mr B y participe. Il en revient écoeuré : « *On vous apprend à être sans pitié ; aucune valeur pour manager.* » Sa tâche inclue la création et l'impression d'étiquettes destinées aux commandes du jour. Ce travail administratif lui convient car il le met en retrait de la fonction d'encadrant. Mais ce poste est confié en 2011 à un salarié en RQTH à reclasser prioritairement. Cette arrivée est mal vécue car imposée par le service RH. Ce salarié a un statut protégé du fait de ses responsabilités syndicales et il est très mal accueilli par le management qui vit les heures de délégation comme un abandon de poste. De ce fait, Mr B se retrouve en première ligne auprès de l'équipe de préparateurs de commande caristes. Sa hiérarchie lui demande de noter toutes les erreurs de ses collègues. Par exemple, un préparateur, dont la mère est mourante à l'hôpital, s'est trompé dans la livraison d'un produit en

interne. Mr B est choqué par le manque d'humanité du management qui ne prend pas en compte la situation familiale particulière de la personne. Il refuse de rédiger le rapport demandé par la procédure. Il n'arrive pas à adhérer à des incohérences qu'il est censé défendre auprès des salariés. Exemple : à l'occasion d'une réorganisation, deux salariés postés qui covoiturent sont séparés afin de répartir les secouristes entre les deux équipes. Ils le vivent très mal : ils sont très proches, des « frères » selon l'un d'eux, qui a des problèmes de santé ; or son collègue sait où se trouvent les médicaments d'urgence et qui contacter en cas de malaise sur la route. C'est sécurisant. Les deux caristes sont absents pour maladie en même temps. L'un d'eux est contrôlé pendant l'arrêt de travail à la demande de l'entreprise et perd ses indemnités journalières. A leur retour, ils sont reçus à tour de rôle par le manager qui en sanctionne un. Puis les deux caristes sont réintégrés dans la même équipe : Mr B en conclue « *On passe pour des cons* ». Il refuse la délation et ne veut pas être « *un petit nazillon* »

Il y a quelques mois, un fût avait disparu du stock. Mr B a enquêté sur le site et ne l'a pas retrouvé. Il l'a alors effacé du stock. Trois semaines plus tard, le fût réapparaît. Le supérieur de Mr B exige de lui de justifier la suppression du fût du stock.

Les exigences de traçabilité sont en augmentation dans l'entreprise. En Logistique, « *personne ne doit avoir la main dans la poche* » ; les salariés partent fumer ensemble, le chef d'équipe contrôle la durée de la pause à la montre. Les producteurs disent des logisticiens que ce sont des moutons. Un chef d'équipe appelle les caristes en sifflant. La Logistique est une entreprise dans l'entreprise.

#### Besoin perturbé :

• **Agir selon ses valeurs et ses croyances.** Le salarié préférerait redevenir préparateur de commande cariste. Il souhaite rester en Logistique mais les managers n'ont plus confiance en lui. Et problème de son coefficient et de sa rémunération ? La Direction parle de licenciement si le salarié ne reprend pas son poste dès le 19 septembre.

Ces données sont transmises au médecin du travail qui reçoit Mr B le 25 sept. Elle le met « *Inapte temporaire pour au moins 3 semaines.* » Par téléphone elle me fait ce commentaire : « *Je l'ai mis inapte car il faut que ce salarié prenne du recul : il veut le beurre, l'argent du beurre et la crème avec. Mais comme sa mère est malade, je l'adresse en urgence à notre psychologue du SST qui le recevra début octobre.* » (Le médecin suppose que la mère souffre de psychose maniaco-dépressive et craint que le fils ne décompense à son tour.) Elle revoit le salarié le 16 oct. pour estimer s'il peut reprendre son travail. Son avis est le suivant : « *Essai de reprise le 22 octobre – un changement d'unité est souhaitable à court terme – A revoir dans 3 semaines* » Par téléphone, elle me dit que le salarié continuera de rencontrer le psycho du travail dont elle n'a pas de retour pour l'instant. Elle estime qu'il s'agit d'un problème relationnel entre Mr B et son manager, qui est « *psychorigide* » Mr B doit, selon elle, renoncer à son coefficient et à son salaire pour une rétrogradation à un poste inférieur. En attendant, il doit remplir son rôle d'encadrant : elle en a informé le DRH par téléphone.

Je croise le salarié sur le site le 23 oct: il occupe le poste administratif d'émission d'étiquettes, suite au départ du délégué syndical rejeté par le management au nom de son « *incompétence* » Mr B est bien à ce poste et souhaite y rester. Le service RH lui a proposé un poste qui ne trouve pas preneur (préparateur de matières premières en production: poste très pauvre sur le plan cognitif et pénible sur le plan physique, qui consiste à faire et à défaire des palettes à longueur de journée)

## Monographies de cas cliniques N°4

### Un standard intenable

Cette monographie rapporte une situation de souffrance au travail instruite par une investigation de clinique médicale du travail. L'entretien clinique, écrit pour être analysé au sein d'un groupe de pairs, a permis de préparer l'alerte santé et l'accompagnement de la salariée vers la récupération de son pouvoir d'agir.

Eva est standardiste dans une entreprise commerciale en plein développement ; grâce au rachat de plusieurs entreprises sur la région, l'effectif de l'entreprise a doublé en quelques années, pour avoisiner 150 salariés. Le médecin du travail a rencontré quelques difficultés avec la D.R.H., connue pour son management autoritaire.

Avant sa retraite, la standardiste précédente avait consulté le médecin du travail pour se plaindre de harcèlement moral. Au vu des récriminations alléguées et de la personnalité de la salariée, le médecin n'avait pas su, pas pu, pas voulu intervenir !

Au moment des faits rapportés, Eva est âgée de 40 ans ; son ancienneté, de 22 ans, est due à son emploi précédent dans l'entreprise rachetée par l'employeur actuel ; après une formation de sténodactylo, elle est embauchée à 18 ans sur un poste de secrétaire commerciale incluant la fonction standard. En 2003, au moment du rachat de son entreprise, elle est mutée sur un poste qui ne lui convient pas et licenciée suite à une transaction amiable ; mais l'inspection du travail juge la démarche illégale et demande sa réintégration. Elle est alors affectée au standard par le biais d'une permutation de poste avec une collègue qui trouve le poste trop pénible. Ces événements sont vécus douloureusement avec arrêt maladie de 20 jours et traitement antidépresseur.

Eva, de nationalité portugaise, est l'aînée d'une fratrie de 6 filles ; elle est mariée, sans enfant ; son mari a une fille de 10 ans avec qui elle s'entend bien. A l'occasion des visites qui ont précédé la décompensation, elle se plaint du stress de son poste de travail et de difficultés de santé, instabilité pondérale avec tendance au surpoids et douleurs lombaires à répétition ; elle évoque plusieurs fois un désir de grossesse mal assuré, car elle se sent toujours en insécurité professionnelle.

En janvier 2006, Eva téléphone au médecin du travail en larmes ; il y a eu un clash au travail, elle va très mal et sollicite un rendez vous. Elle est reçue quelques jours plus tard pour un entretien de clinique médicale du travail.

Le travail clinique s'intéresse au premier abord à l'incident en cause dans la décompensation.

Eva assure la totalité des fonctions : standard et accueil. Elle a droit à une pause de 15 minutes par jour. Quatre employées sont désignées pour la remplacer pendant ses pauses ; elles prennent la permanence pour la semaine entière. Eva profite de sa pause pour aller aux toilettes. Le jour de l'incident, elle appelle sa remplaçante L. qui n'est pas à son poste. Elle appelle P. le responsable de L. qui répond que L. n'est pas avec lui dans son bureau. Elle lance plusieurs appels au micro sans résultat. Elle téléphone à plusieurs reprises sans succès. Personne ne peut la remplacer. Elle ne peut pas quitter son standard malgré l'envie pressante d'aller aux toilettes. Peu avant 11 heures, un collègue lui dit : « quand P. aura terminé avec L., tu me fais signe, j'ai besoin de lui parler ». A ce

moment là L. arrive ; P. voulait finir une offre de prix avec elle. Eva comprend qu'on lui a menti et prend conscience du manque de considération à son égard.

Eva : « j'avais tellement attendu, j'étais tellement tendue, que j'ai dû me rasseoir sur le siège à 5 reprises pour vider complètement ma vessie. Ensuite j'ai ressenti une douleur de ventre, puis un blocage au dos. Cela m'arrive souvent quand il y a beaucoup d'appels et que les collaborateurs ne décrochent pas. »

Elle ajoute : « il y avait la tension du poste, la tension liée au besoin d'uriner, la tension du manque de considération... et puis ce mal de dos. J'étais très mal. J'ai appelé mon responsable pour lui dire que je ne pourrai pas venir travailler l'après midi en demandant s'il m'autorisait à prendre une demi journée de congés ou s'il voulait que je fournisse un certificat médical ? Il m'a demandé si je pouvais tenir le poste jusqu'à midi et m'a accordé le congé. J'ai tenu malgré mon mal de dos ».

A midi, Eva arrête le standard et au moment de quitter son poste, la DRH, informée de la demande d'absence d'Eva, descend le courrier à affranchir. Eva prend le temps de l'affranchir afin de ne pas le laisser à sa collègue.

Le lendemain, en arrivant, son responsable la remercie d'être là. La veille, en la voyant partir, il lui avait dit : « reposez vous, vous n'avez pas l'air bien ». Il se permet de l'informer d'un mail de la DRH la concernant, mail envoyé au chef d'entreprise et au responsable commercial (mais pas à elle!), et il cite : « Eva est une hystérique, c'est une malade imaginaire! ». Eva fond en larme.

Son responsable l'informe qu'il est intervenu auprès de la hiérarchie pour la défendre. Eva insiste pour être reçue par le chef d'entreprise en présence de la DRH mais celui-ci répond « affaire classée ! ».

Malgré son caractère anecdotique, cet incident a profondément déstabilisé Eva : elle est dans un état de souffrance morale caractérisée, elle a du mal à retenir ses larmes; elle ne dort plus ; elle a mal au dos. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement antidépresseur mais elle refuse de prendre des médicaments comme en 2003 « pour tenir au travail». Elle dit être incapable de poursuivre ce travail plus longtemps.

Pour ne pas en rester au stade du conflit relationnel, l'exploration clinique mérite que l'on instruisse le travail dans toute sa dimension.

Eva explique qu'elle commence à 7h 45 le matin mais arrive à 7h20 car cela lui permet de prendre de l'avance dans son travail car elle n'arrive pas à traiter les tâches annexes entre les appels. Elle prend le standard de 8 heures à 12 heures puis de 13h30 à 17h30. Elle est assujettie à son poste mais elle a droit à une pause de 15 minutes par jour ; elle prend 10 minutes le matin et 5 minutes l'après midi. Elle profite de sa pause pour aller aux toilettes mais aussi pour dispatcher différents documents aux services concernés, stratégies qu'elle a développées pour remplir l'ensemble des tâches qui lui sont assignées.

Le nombre d'appels se révèle particulièrement important : il se situe entre 700 et 1000 appels par jour, nombres confirmés par les listings informatiques. Cette charge de travail est aggravée par le manque de considération de la fonction. Depuis un récent plan social, tout le monde est stressé par la charge de travail, nombreux commerciaux laissent sonner avant de décrocher, parfois de façon systématique ; tout est vérifiable sur les listings : les horaires, les appels, les absences de réponse... ce sont toujours les mêmes qui ne décrochent pas. Elle cite un commercial en train de discuter avec un collègue devant l'accueil, elle insiste pour lui passer un client, il répond : « tu vois bien qu'on discute ! ».

Actuellement, il y a des problèmes d'organisation dans le service logistique, les clients sont agressifs car ils attendent leurs commandes. Ils appellent pour se

plaindre auprès d'elle de ne pas avoir été rappelés. Pourtant Eva a une bonne mémoire, très utile dans son travail. Si un collègue passe lui dire qu'il s'absente jusqu'à telle heure, elle stocke l'information et renseigne le correspondant. Mais beaucoup ne le font pas et le téléphone sonne en vain.

Quand elle n'est pas là, ses collègues s'en sortent mal et beaucoup d'appels sont perdus. Aussi, personne ne veut la remplacer. Quand elle doit s'absenter, c'est terriblement compliqué. Pour une journée d'absence, pour accompagner sa mère se faire opérer, elle a dû informer par mail 11 personnes ! Elle énumère : le service du personnel, ses remplaçantes, leur chef respectif, ....

Quand au salaire, elle n'a eu aucune augmentation depuis son intégration, après le rachat de son entreprise. Pour la direction, les salaires antérieurs étaient trop élevés. Mais les charges augmentent et son revenu baisse. Tous ont eu droit à la prime de qualité, sauf ceux de son ancienne entreprise. Quand elle a demandé une augmentation, on lui a répondu qu'elle était assez bien payée pour le standard !

Eva est dans l'incompréhension totale de ce qui lui arrive. Elle est en permanence sous les caméras qui surveillent l'entrée, tout ce qu'elle fait est contrôlable, toutes ses difficultés sont vérifiables ... alors pourquoi ce mail assassin, cette réponse inacceptable « affaire classée ! ».

Quel accompagnement pour le médecin du travail ?

Un travail en groupe de pairs, mis en place autour de la clinique médicale du travail, va permettre la mise en débat de l'histoire clinique. Le médecin du travail, inquiet pour la santé d'Eva, veut rencontrer l'employeur, mais sent implicitement que le dossier est délicat sur le plan relationnel.

Le médecin de l'entreprise est dans une posture d'alerte sur un risque psychologique lié au comportement de la DRH. Il est englué dans des états d'âme personnels, empreints de culpabilité (il n'a pas pris en considération la plainte de l'ancienne standardiste), de révolte devant l'histoire d'Eva, mais aussi d'amertume car la DRH a cherché à le déconsidérer en réunion et ses propos lui ont été rapportés.

Le débat est vif car le médecin tient sa posture : dans les situations de harcèlement moral, la responsabilité de l'employeur doit être rappelée. Les pairs réussissent à le convaincre d'orienter l'intervention sur la pénibilité du poste. Il ne faut pas penser la situation en termes de conflit interpersonnel. Il faut recentrer l'alerte sur le risque lié à l'organisation du travail, à la forte charge mentale du poste, au manque d'autonomie procédurale.

Si le fort investissement déployé par Eva répond aux objectifs de l'entreprise, il ne lui apporte pas de satisfaction personnelle en termes d'utilité sociale et de réalisation de soi. Pour ne pas penser sa souffrance au travail, Eva se met dans un processus d'auto accélération, elle travaille pendant les pauses, elle diffère ses propres besoins physiologiques. A défaut de reconnaissance au travail, elle décompense sur un mode anxiodépressif avec troubles somatiques.

Dans l'entretien du médecin avec l'employeur, l'inquiétude pour la santé d'Eva sera la préoccupation prioritaire. Eva est compétente dans sa fonction, le standard est un poste stratégique pour l'entreprise, sa qualité doit être conservée. Le médecin souligne que le nombre d'appels est particulièrement important par rapport à d'autres standards. L'expérience ayant montré que le profil de la clientèle ne se prête pas à une automatisation de certains appels, malgré les

possibilités offertes par l'outil actuel, il faut donc trouver d'autres moyens pour diminuer la pénibilité du poste.

Quelques pistes de réflexion sont évoquées :

Ne pourrait-on pas alléger le nombre de tâches annexes ? Revoir l'organisation des pauses ? Sensibiliser les commerciaux sur la difficulté du standard la nécessité d'être plus réactif ? Sensibiliser le personnel sur la nécessité d'être plus respectueux de la fonction? .....

Mais aussi, ne pourrait-on pas accéder à la demande d'Eva qui souhaite changer de poste, pour tenir compte de son épuisement professionnel et des répercussions actuelles sur sa santé?

L'entretien s'est bien passé ; l'employeur a pris acte de la nécessité d'améliorer les conditions de travail du standard et se dit prêt à étudier une éventuelle mutation sur un poste moins sollicitant.

A la fin de l'entretien, il se permet d'ajouter : « Le problème d'Eva, c'est qu'elle est bavarde ! ».

### Épilogue :

La mutation d'Eva sur poste d'assistance commerciale a été brève. Les agences intérimaires sollicitées ont envoyé plusieurs standardistes, toutes plus expérimentées les unes que les autres, qui ont toutes jeté l'éponge au bout de quelques jours. Eva est seule à pouvoir tenir le poste.

Avec quatre années de recul, toujours au poste de standardiste, il est intéressant de constater qu'Eva va plutôt bien.

Sur le plan organisationnel, le nombre de tâches annexes a diminué. L'organisation des pauses a été revue et elle ne les consacre plus au travail. Le personnel a été sensibilisé à la pénibilité du standard et le responsable d'Eva veille à limiter les dérapages.

Sur le plan matériel, des efforts ont été fait sur l'ergonomie du poste : acquisition d'un siège de bon confort ergonomique, amélioration de l'outil informatique, protection contre les courants d'air... Chaque demande est immédiatement prise en considération.

Eva conserve un fort investissement dans son travail ; la charge mentale est toujours importante mais elle reconnaît aimer ce travail et se sent à l'aise dans son poste. Ses remplaçantes s'étonnent de sa capacité à gérer. Sa santé s'est améliorée, elle a stabilisé son poids et ne se plaint plus de son dos.

Quels enseignements nous livre cette histoire clinique :

L'investissement d'Eva reste énigmatique ; elle impose à son corps de telles exigences (comme s'interdire d'abandonner son poste pour aller aux toilettes) que la seule crainte de perdre son emploi ne peut expliquer. Il y a peut-être dans l'histoire d'Eva, une raison à cette hyperactivité que l'entretien clinique n'a pas permis d'identifier.

Le temps de parole proposé par le médecin du travail a pu permettre à Eva de mesurer la complexité de son travail. L'écart est grand entre le travail prescrit et la mobilisation mise en œuvre pour tenir ce standard. Elle fait preuve d'une sensibilité particulière pour analyser en temps réel les demandes. Elle déploie compétences et stratégies personnelles. Elle a pris conscience d'un savoir faire qu'elle est seule à maîtriser.

La récupération de son pouvoir d'agir lui permet de se défendre :

Elle rapporte en consultation quelques anecdotes significatives : elle tient tête à l'agressivité toujours sournoise de la D.R.H., elle se bat pour obtenir un aménagement temporaire d'horaire afin de pallier à un problème familial....

En conclusion, à travers une histoire clinique banale, cette monographie témoigne de l'intérêt de la clinique médicale du travail et de l'évaluation des pratiques entre pairs, pour aider le médecin du travail dans ses missions : éviter les atteintes à la santé, prévenir la désinsertion professionnelle.

L'analyse approfondie de l'activité a permis de dépasser le stade du conflit relationnel pour instruire le travail dans son intégralité et mettre en relief les difficultés intrinsèques du poste de travail en lien avec l'organisation de travail.

Grâce au regard extérieur des pairs, le médecin du travail a pris le recul nécessaire pour construire une alerte pertinente et recevable par l'employeur pour la recherche de solutions.

**Mots clefs :**

Charge mentale du poste de standard

Violences internes

Souffrance au travail

Récupération du pouvoir d'agir

## Monographies de cas cliniques N°5

### **MELIANE, ANISSA et AGNES. Quand le corps est attaqué par la souffrance.**

**TMS,  
Dérives de l'organisation du travail  
Auto accélération,  
Répression de la subjectivité  
Alexithymie  
Souffrance dans l'histoire personnelle et travail  
Décompensation**

Voici l'histoire d'une survenue de T.M.S.chez 2 jeunes femmes, sœurs et immigrées d'Europe de l'est, occupant le même poste d'une entreprise de découpage à façon, ainsi que l'histoire d'une troisième salariée de cette entreprise.

L'entreprise concernée emploie un effectif fluctuant autour de 25 salariés. Son activité consiste à découper, sur différents types de machines, des produits divers: papier et cartons le plus souvent, mais également tout ce qui peut se découper, par exemple des feuilles de plomb, du tissu en fibre de verre,.... L'entreprise est dirigée par un patron «pas méchant» mais qui fait preuve d'une inertie considérable pour toutes les questions de prévention des risques professionnels. L'organisation du travail est caractéristique d'un manque de rigueur, avec des horaires anarchiques et un recours fréquent au personnel intérimaire pour faire face aux à-coups de la production. Aucun chef d'atelier n'a tenu longtemps sur le poste.

Les problèmes de santé de ces deux jeunes femmes vont se présenter en parallèle d'une action menée dans l'entreprise pour les nuisances liées à la découpe de tissus en fibre de verre. Alors que je prends contact avec le technicien CRAM pour programmer une intervention conjointe, je suis sollicitée par une jeune consœur, en charge de salariés intérimaires, qui souhaite visiter cette entreprise. Je l'invite à se joindre à notre visite et je suis très étonnée d'apprendre que les plaintes de ses salariées reposent essentiellement sur la charge physique d'un poste de travail, appelé poste PHOTON, poste sur lequel je n'ai pas encore été alertée.

L'histoire des 2 sœurs :

Anissa a 29 ans et Méliane 31 ans; elles sont nées peu avant les années 80 en Europe de l'est; leur pays a accédé à l'indépendance alors qu'elles avaient 12 et 14 ans. D'un milieu social relativement aisé, elles sont les 2 dernières d'une fratrie de 5 et leurs parents sont propriétaires d'un commerce de vêtements. Après leur baccalauréat elles commencent des études de psychologie pédagogique et se destinent à l'enseignement. Les conditions pour étudier sont difficiles, les études sont menées plus ou moins clandestinement et la dernière année, elles vont étudier en Macédoine. La guerre éclate en 1998 et interrompt leurs études alors qu'elles sont en 2<sup>ième</sup> année et en 4<sup>ième</sup> année. Leur père est mort d'un cancer en 1997, le frère aîné après avoir repris le commerce familial, le vend rapidement et émigre en France. Elles restent quelque temps au pays et en 1999,

elles décident à leur tour d'émigrer en France avec leur mère et d'y rejoindre leur frère. Elles sont accueillies en foyer d'hébergement de demandeurs d'asile. Elles sont alors âgées de 20 et 22 ans.

A leur arrivée en France, après une brève formation en français, elles vont rapidement commencer à travailler.

Méliane est embauchée dans un commerce de vêtements dans lequel elle va travailler pendant 5 ans. Elle travaille à temps partiel avec des horaires d'après midi et un petit salaire.

Anissa est embauchée en CDD dans une entreprise de cartonnage; elle est victime après quelques mois seulement d'un accident de travail, et soignée pour une hernie discale, elle est arrêtée un an et déclarée inapte à l'issue de cet arrêt. Elle obtient une IPP de 7% et un statut RTH de la Cotorep catégorie B. Après son licenciement elle reste au chômage pendant 18 mois, période au cours de laquelle elle va suivre une formation de français.

Pour se réinsérer au travail, Anissa s'inscrit en intérim et elle est envoyée en mission dans cette entreprise de découpage. Le salaire est plus intéressant que dans le commerce ce qui incite Méliane à démissionner de son poste de vendeuse et à rejoindre sa cadette. La première année, elles réalisent des missions plus ou moins régulières dans cette entreprise. Elles sont embauchées en CDI toutes les 2 en novembre 2006 date à laquelle elles me sont adressées ensemble pour leur visite d'embauche. En France depuis 6 ans elles vivent toujours avec leur mère dans un logement social.

Lors de la visite d'embauche elles n'expriment aucune difficulté; elles disent être satisfaites de ce travail. L'ambiance relationnelle est bonne, le salaire correct surtout par rapport au commerce, et je leur délivre une aptitude sans état d'âme, avec peut-être un peu de légèreté eu égard aux antécédents d'Anissa, reconnue handicapée par la Cotorep et déclarée inapte sur un poste précédent. Sur le dossier médical, je note «contraintes de manutention légère, satisfaite de ce travail» et devant l'absence de difficultés évoquées, je ne juge pas nécessaire de faire une étude de poste.

L'alerte interviendra un an plus tard avec la demande du médecin en charge des salariés intérimaires de cette entreprise. Les salariés intérimaires se plaignent régulièrement de la pénibilité physique du poste Photon. A ce moment là, Anissa est en accident de travail.

A l'occasion de la visite conjointe de l'entreprise, avec le technicien CRAM et le médecin du travail de l'entreprise intérimaire, nous nous intéressons au poste Photon sur lequel Méliane travaille avec une intérimaire. Avec la mise en évidence de gestes répétés, de conditions ergonomiques médiocres générant des contraintes posturales et de manutentions nécessaires pour le chargement des liasses de feuilles sur la table d'emballage, Méliane est interrogée sur d'éventuelles douleurs des membres supérieurs; elle hésite avant d'avouer ses douleurs aux épaules. Une amélioration de l'aménagement de ce poste de travail est alors conseillée au responsable qui nous accompagne.

Quelques semaines plus tard, Méliane est arrêtée en accident du travail pour des contractures douloureuses de la ceinture scapulaire survenues en cours d'activité.

Elle vient consulter en visite de pré reprise et se présente en grande souffrance psychologique; elle me parle de ses douleurs scapulaires qui rendent

impossible son retour sur son ancien poste de travail. Elle me parle aussi de son incapacité à remplir les tâches de la vie quotidienne (ménage, cuisine...); c'est sa mère qui doit tout faire à la maison. Sa sœur est aussi très handicapée par ses douleurs de dos et pleure souvent car son état de santé ne s'améliore pas.

Je retourne alors dans l'entreprise pour interroger l'employeur sur les possibilités éventuelles de mutation sur un autre poste afin de préparer une réintégration ultérieure. Le responsable de production m'explique qu'il veut diminuer les cadences. Il veut réorganiser le travail et limiter l'exposition à ce poste pour ne pas dépasser 700 feuilles le même jour pour la même équipe. Mais il montre peu d'adhésion à une demande de mutation éventuelle sur un autre poste: « elle a fait des études, elle peut peut-être se reclasser ailleurs ! » sous entendu hors de l'entreprise ! , je décide de rappeler Méliane pour lui proposer un entretien approfondi de clinique médicale du travail. Je rappelle également Anissa quelques jours plus tard pour mettre en route un dossier d'aménagement ergonomique de poste de travail au titre de son handicap puisqu'elle est reconnue COTOREP.

Ces deux entretiens vont permettre de décortiquer le contenu de leur travail ainsi que la façon dont elles l'ont investi ensemble:

Méliane: «Quand je suis arrivée dans cette entreprise, on m'a tout de suite mise sur le poste Photon avec ma sœur».

Le travail consiste à emballer de grandes feuilles de produits techniques destinées aux panneaux solaires. Il se décompose en plusieurs tâches :

Le décorticage: après découpage, les feuilles adhèrent les une aux autres: il faut les séparer en glissant la main entre chaque feuille.

La mise sur la table de roulage des liasses de feuilles. Après enquête, je finis par savoir qu'une feuille (dimension environ 1M/1M) pèse 600 gr. La consigne orale est d'aller chercher les hommes qui travaillent sur la machine de découpe pour le portage des liasses, mais cela entraîne une perte d'autonomie et souvent elles préfèrent se débrouiller seules.

Le roulage des feuilles se fait à 2 : la première arrache la pellicule de protection, la seconde roule la feuille et la met dans un carton. Elle actionne le compteur pour comptabiliser les feuilles car il en faut 70 par carton. La consigne est d'alterner régulièrement ces 2 tâches (arrachage et roulage) pour diminuer le caractère répétitif des gestes sollicitant les membres supérieurs.

A 70 feuilles, on ferme le carton avec son couvercle et on installe le suivant. On règle la hauteur du carton qui est positionné sur une palette et sur un transpalette haute levée.

Cette activité est assez récente ; elle est installée dans un local borgne et climatisé car les feuilles ne doivent pas être exposées à des températures supérieures à 20 °C. Les conditions ergonomiques ne sont pas satisfaisantes pour les raisons suivantes :

Les feuilles sont sur des palettes posées au sol : la manutention des liasses pour le transfert sur la table de roulage est une manutention lourde pour du personnel féminin. Plus la liasse saisie est importante, moins souvent il faut répéter la manutention (10 feuilles pèsent 6 kg; 20 feuilles 12 kg ; 30 feuilles 18 kg.....).

La hauteur de la pile sur la table de roulage dépend aussi du nombre de feuilles. Si la liasse est épaisse, les postures sont plus contraignantes pour les

membres supérieurs au démarrage de la pile. Quand ils quittent leur machine pour transférer les feuilles, les salariés hommes en mettent le maximum.

Pour tenir le rythme (700 feuilles au minimum par jour), les gestes répétitifs sont importants ; en force pour l'arrachage de la pellicule de protection; soutenu pour le roulage et la dépose des feuilles qui pèsent chacune 600 gr.

Entrées dans l'entreprise l'une après l'autre en mission intérimaire au cours de l'année 2006, les 2 sœurs se retrouvent affectées ensemble sur ce poste de travail et elles font rapidement preuve d'une efficacité excellente.

Sur le rythme de travail, Méliane raconte :

« Au début, on faisait 700 feuilles par jour, puis avec l'habitude on en a fait 1050, puis très rapidement on est arrivé à 1400 parce qu'il fallait assurer des commandes urgentes.

Pour assurer de fortes commandes on a même fait des heures supplémentaires: on est arrivé à faire 1900 feuilles en 10 heures certains jours ».

Anissa:

«Quand je suis arrivée comme intérimaire avant ma sœur, on faisait entre 700 et 1050 feuilles par jour; on était quelquefois 3 ou 4, on se relayait, on s'aidait pour les tâches annexes.

Quand ma sœur est entrée en juillet 2006, on s'est retrouvé toutes les 2; les commandes ont augmenté; il fallait en faire 1400 par jour. On a été jusqu'à 2100 le même jour».

« On a profité de nous ; avant l'arrivée de ma sœur, les autres salariés venaient nous donner un coup de main pour le décorticage ou pour enlever les protections. A partir de juillet j'ai travaillé avec ma sœur et ça s'est bien passé alors la secrétaire a dit qu'il fallait nous laisser travailler seules sauf si on demandait de l'aide ».

Méliane:

« Quand on a commencé à faire 1400 feuilles par jour, au début, on se disait : «c'est possible, pourquoi pas ! ». Ensuite, on a demandé de l'aide et on nous a donné des intérimaires de temps en temps mais il fallait toujours réclamer. C'est dommage de travailler avec sa sœur, quand on allait demander de l'aide, on nous disait toujours:

« Les sœurs vous n'êtes jamais contentes! » ou encore: « oh les filles, vous vous débrouillez très bien toutes seules».

Anissa:

«Je ne demande jamais de l'aide, je n'aime pas avoir à demander quelque chose. Avec ma sœur on parlait peu et on travaillait vite.

Par exemple pour déplacer les liasses de feuilles, on nous dit de demander l'aide aux hommes; mais les hommes ont leur travail. C'est trop difficile de déranger les autres tout le temps, 4 à 5 fois par jour. Moi quand je travaille je n'aime pas être dérangée. Ce qu'il aurait fallu c'est travailler à 3, avec un homme pour nous aider à porter les paquets de feuilles, à décortiquer...mais ce n'était pas organisé comme cela, il fallait aller les chercher sur leur poste de travail».

Méliane: «Ma sœur travaillait très vite; elle avait la technique pour rouler les feuilles très vite et les poser dans le carton on a arrêté d'alterner les tâches à partir de début 2007; Je faisais toujours l'arrachage de la protection, toujours le même geste. Avec cette organisation ça allait vite.

Mais quand on a commencé à ressentir des douleurs, on a recommencé à alterner les tâches. On faisait 5 cartons chacune (350 feuilles) et on changeait.»

«On a travaillé pendant un an toutes les 2 sur ce poste jusqu'à ce qu'Anissa soit arrêtée en accident de travail.»

Anissa:

«Quand je me suis bloqué le dos en déplaçant une liasse de feuilles sur la table d'emballage, c'est le chef qui m'a dit d'aller voir mon médecin, je ne voulais pas m'arrêter, je voulais rester active».

Elle évoque son premier accident: après un an d'arrêt, le médecin du travail l'a déclaré inapte. Elle était en CDD. Elle a été licenciée. Elle ne voulait pas recommencer la même histoire.

Méliane:

«A partir de l'accident de travail d'Anissa, je suis devenue responsable de l'activité Photon. Un vrai challenge pour tenir le rythme qu'on avait assuré ensemble.

Quand je disais que c'était trop dur et que je n'y arrivais pas, les autres disaient:

«Mais comment ça se fait que tu n'y arrives pas? Ta sœur y arrivait elle!»  
Pour les faire taire, je me disais «je vais y arriver moi aussi!»

Sur la question de la reconnaissance:

Méliane:

«Pendant qu'Anissa était en Arrêt pour son accident, au mois de mai, avec les jours fériés j'ai travaillé avec une intérimaire; il y avait de grosses commandes. Le patron est venu me dire qu'il était très content de mon travail et qu'il me donnerait une prime. Ce jour là, je suis rentrée chez moi, contente. La prime, il a fallu attendre octobre pour la toucher, après être allé la réclamer: 50 euros/ un seul versement, j'en ai pleuré !».

Et puis encore:

«Un jour le délégué est passé nous dire qu'il avait négocié une augmentation de salaire pour tout le personnel mais à ce moment là je suis tombé malade (2 mois d'arrêt pour un problème infectieux). Quand je suis revenue, tout le monde avait eu l'augmentation sauf ma sœur et moi. J'ai demandé pourquoi, on m'a répondu que nous n'avions pas assez d'ancienneté. Quand j'ai appris qu'une ouvrière entrée après moi l'avait eue, j'ai à nouveau réclamé et on me l'a donnée mais sans rattrapage. Il faut toujours réclamer!»

Pourtant le patron dit:« je les aime bien les 2 sœurs, elles bossent bien».

«Mais pour les sous, il faut toujours réclamer et ça je ne sais pas faire».

Au sujet des heures supplémentaires, avaient-elles un avantage financier quand il fallait emballer plus de 1400 feuilles par jour :

Anissa:

«Les heures sup n'étaient pas payées. Quand il y avait une baisse d'activité, on nous mettait en RTT; on nous disait de rester chez nous car les autres n'avaient pas assez d'heures à récupérer et qu'il fallait les occuper».

Malgré tout, aucune plainte, aucune expression de leurs difficultés avant la décompensation:

Méliane: (en référence à l'intervention de la CRAM)

«Il y a un monsieur qui m'a demandé si j'avais des douleurs. Je ne savais pas si j'avais le droit de dire que j'avais mal aux épaules mais l'intérimaire qui travaillait avec moi, m'a dit: allez, dis- le, dis-le !»

Lors de sa visite de reprise après maladie fin 2007 quand je lui ai demandé si « le travail, ça va? » elle m'a répondu : «ça va bien» et je m'en étonne.

Méliane: «dans ma tête, je suis une étrangère, je ne parle pas bien le français, je ne peux pas être chef, il faut dire ça va».

J'interroge sa sœur :

«N'y a-t-il pas un moment où vous avez compris que vous en faisiez trop?»

Anissa:

«En voyant les autres s'amuser en sortant le soir alors que ma sœur et moi, on était épuisées, incapable de faire autre chose que de rentrer chez nous. C'est ma mère qui faisait tout. On avait besoin de se coucher pour récupérer ».

Et pourtant:

Méliane:

« Je veux reprendre le travail quand les douleurs auront diminué; je ne veux pas chercher ailleurs. Je n'ai pas assez d'ancienneté pour faire de la formation et je ne sais pas encore lire et écrire en français. Je me sens bien dans cette entreprise, il n'y a pas de conflit, les autres sont gentils avec nous».

L'analyse de cette histoire clinique met en évidence un phénomène d'auto accélération connu ; les salariés qui ont vécu des événements de vie dramatiques vont utiliser l'auto accélération comme anesthésie à leur souffrance.

En travaillant sur l'histoire clinique des 2 sœurs et en mettant en évidence l'auto accélération comme moyen de verrouiller une souffrance personnelle, il m'est subitement revenu en mémoire l'histoire d'Agnès, dossier douloureux pris en charge quelques années avant l'histoire des 2 sœurs. Il est alors troublant pour moi de constater qu'Agnès travaillait dans la même entreprise de découpage et qu'elle avait été confrontée au même contexte organisationnel.

L'histoire se situe au début des années 2000. Agnès 40 ans, unique fille d'une fratrie de 5 enfants, mariée et mère de 3 enfants, vient d'être embauchée dans cette entreprise après 2 années de travail intérimaire. Avec un petit niveau scolaire, sans beaucoup d'expérience professionnelle, elle a surtout travaillé comme nourrice à domicile. Mais ses enfants ont grandi et elle veut sortir de chez elle; la voie de l'intérim lui offre l'opportunité de reprendre contact avec un vrai travail.

A partir de janvier 2000 elle sera reçue 3 fois au cabinet médical: en visite d'embauche, en visite de reprise après un accident de travail sans gravité, et en visite périodique l'année suivante. Agnès n'exprime aucune plainte, aucune émotion, elle est très réservée et parle peu.

Elle est employée comme ouvrière sur presse à découper. Le travail consiste à caler sa machine c'est-à-dire à régler les outils de découpe; ensuite elle lance la production, avec parfois un nombre de feuilles à découper important qui peut l'occuper la journée entière voire davantage.

En juin 2002, appel téléphonique de son employeur qui me demande si de mon point de vue «il est normal qu'une salariée soit en arrêt maladie depuis 6 mois pour une opération de varices ?».

Après avoir exprimé mon incapacité à répondre à sa question, après avoir réfuté toute possibilité de réaliser une contre- expertise, je me hasarde à demander s'il y aurait eu éventuellement un malaise antérieur à cet arrêt, malaise qui aurait pu laisser présager des difficultés de réintégration. Surprise de mon

interlocuteur qui répond immédiatement: «pas du tout, Agnès est une excellente ouvrière».

Quelques mois plus tard, Agnès demande à être reçue en consultation de pré reprise du travail sur les conseils du médecin de la CPAM. Elle m'explique qu'au décours de son arrêt maladie (pour une opération de varices), elle a ressenti de violentes lombalgies, très invalidantes, inexpliquées, qui ont intrigué son médecin traitant. Ce dernier l'a rapidement orientée vers un psychiatre. Elle est actuellement en soin pour une dépression nerveuse sévère, avec un traitement médical et une psychothérapie régulière. Elle pense qu'elle ne sera pas en mesure de réintégrer son ancien travail à l'issue de son arrêt; actuellement, elle est prolongée en maladie et le médecin de la CPAM ne précipite pas la réintégration.

Il s'agit donc d'une demande d'inaptitude, qui dans l'immédiat, échappe à ma compréhension. Agnès explique: «Avant ma dépression, je travaillais vite, très vite, pour empêcher mes pensées d'envahir mon esprit. Mais à présent, je sais que ce ne sera plus comme avant et que je ne pourrai plus reprendre ce travail car il me faut un travail qui m'occupe l'esprit ».

Je lui demande si sa dépression est en lien avec son travail? Elle répond par la négative: «Non, il n'y a aucun lien avec le travail; il s'agit de problèmes personnels». L'expression douloureuse d'Agnès interdit toute interrogation supplémentaire.

L'entretien sera long; nous parlerons de son travail, de sa formation initiale relativement faible, de la nécessité d'une formation complémentaire, des difficultés pour moi d'engager un accompagnement vers l'inaptitude car elle n'est pas vraiment inapte à mon sens et que la décision d'une inaptitude est lourde de conséquences. Je souhaite qu'elle puisse faire le point en consultation de reclassement professionnel avant toute décision. Elle évoque le souhait de faire un CAP « petite enfance » pour se réintégrer dans un travail social.

Pendant l'entretien, je mesure l'intensité de sa souffrance morale et je finis pas lui donner l'assurance que je l'accompagnerais vers l'inaptitude si elle persiste dans ce choix, même si cette décision me paraît actuellement difficile à justifier.

Il est tard lorsque nous prenons congé; en refermant le dossier, je m'inquiète de savoir si son mari est dans une démarche compréhensive par rapport à sa demande de quitter cet emploi. Elle me répond par l'affirmative et me livre alors la cause de sa dépression: elle a subi des violences sexuelles, imposées avant l'âge de 10 ans, par son père. Elle n'en a jamais parlé à personne, étant intimement persuadée que la mort de son père viendrait la délivrer de sa souffrance. Après la mort de son père survenu deux ans auparavant, la souffrance a décuplé. Pour tenir, elle a surinvesti le travail, travaillant vite, sans s'accorder de répit, sans bavarder avec les autres, pour insiste-t-elle «s'empêcher de penser». L'arrêt maladie l'a alors précipité vers la dépression; contrainte à l'inactivité alors que son mari était au travail, ses enfants à l'école, elle a sombré. Rien ne sera plus comme avant. Elle réitère son besoin de s'orienter vers «un travail qui lui occupe l'esprit».

L'inaptitude sera décidée ensemble quelques mois plus tard. Une rédaction difficile qui m'a beaucoup préoccupée, mais au final, l'employeur n'a pas contesté. Après une absence de plus de un an, il avait déjà fait le deuil de son ouvrière modèle.

En conclusion:

Ces salariés n'expriment pas de plainte;

Dans l'auto questionnaire, elles auraient a priori coché les événements de vie douloureux subis dans le passé (guerre pour les premières, abus sexuels pour la troisième).

Par contre dans l'autre questionnaire, compte tenu du verrouillage de leur affectivité par leur surinvestissement travail, il est fort probable que rien n'aurait été mis en évidence, en particulier sur les questions de santé mentale.

Dans ces deux observations, les salariées n'expriment rien. Elles vivent des situations de stress sans expression psychique. (Alexithymie). Or les études réalisées dans le domaine de la biologie du stress montrent que la répression de la subjectivité associée à l'hyper sollicitation périarticulaire accroît la survenue de la dépression et des états douloureux et inflammatoires chroniques, phénomènes qui sont liés à la baisse de la sécrétion de cortisol.

Cette présentation a aussi pour intérêt de montrer comment dans une entreprise, un manque de rigueur dans l'organisation du travail, peut permettre à des salariés de développer individuellement des comportements dangereux pour leur santé. Il est troublant de constater que l'alerte arrive par l'intermédiaire des salariés intérimaires et de leur médecin du travail. Les précédentes interventions en milieu de travail, dépourvues de toute alerte de la part des salariées de l'entreprise, n'ont pas permis d'identifier la réalité de la pénibilité physique de ce poste.

Travail de clinique médicale du travail réalisé dans le cadre du travail SAMOTRACE dossiers cliniques en lien avec l'enquête épidémiologique du même nom et présenté dans un GAPEP.

## Monographies de cas cliniques N°6

### «JE NE VEUX PLUS FAIRE CE TRAVAIL »

Tarence a 17ans et demi ; il a commencé un CAP apprenti serveur en aout 2010 dans un petit restaurant.

Je le vois pour la première fois en août 2011 en visite de reprise suite à un arrêt maladie de 5 semaines sans rien connaître de son dossier médical et de l'établissement dans lequel il travaille. En effet j'assure les consultations urgentes sur un secteur où n'y a plus de médecin du travail.

J'apprendrai qu'il travaille dans un petit restaurant du sud du département, seul avec ses patrons, la patronne assurant le service, et le patron assurant la cuisine.

Tarence attend en salle d'attente en compagnie de sa mère qui tient un dossier de radiographies. Elle insiste fortement pour accompagner son fils dans le cabinet médical ; j'accepte car je la sens anxieuse et tendue et je lui précise que je reçois habituellement le salarié seul en entretien médical, même lorsqu'il s'agit d'un mineur et que je fais le point avec les parents si nécessaire en fin d'entretien. Je l'informe aussi qu'elle sortira dès qu'elle m'aura donné les renseignements qu'elle souhaite me communiquer.

Tarence s'installe en face de moi et je donne un siège d'appoint à sa mère. Je m'adresse à Tarence et lui demande les circonstances de son arrêt de travail tout en consultant rapidement mon dossier papier. Il a été vu il ya un an en visite d'embauche dans la 1<sup>ère</sup> semaine pour un contrat d'apprentissage serveur par ma consœur qui a rédigé un avis d'aptitude sans réserve.

Une visite de reprise après arrêt maladie de 3 mois a été faite en mars 2011 par un confrère assurant le remplacement. Taylor s'est fracturé le 4<sup>ème</sup> métacarpe de la main droite en chahutant avec un copain et a été plâtré durant 4 semaines. Un avis d'aptitude avec conseils d'éviter temporairement le port de charges lourdes a été rédigé.

Je l'interroge sur la cause de son nouvel arrêt et j'apprends qu'il a consulté pour une douleur persistante de la main droite ayant entraîné un arrêt d'1 mois au cours duquel le médecin traitant a prescrit un IRM dont le résultat est négatif. Il a donc repris le travail depuis 3 j mais il se plaint d'avoir des difficultés pour porter les piles d'assiettes en raison de la douleur. « De toute façon je souffre trop, je ne veux pas continuer à faire ce travail. » Sa mère l'interrompt en me disant « il n'a plus rien, les radios sont normales, il peut bien continuer » Elle rajoute : « Tu ne vas pas encore faire une autre formation. »

En effet, Taylor a quitté au bout de quelques mois le lycée professionnel, section mécanique générale suite à un problème de discipline puis il a rompu son contrat d'apprentissage en mécanique au bout d'1 mois car cela n'allait pas. Il a « choisi » d'être serveur et a trouvé un patron à proximité du domicile familial ce qui semble avoir rassuré les parents.

Il me montre sa main et me répète qu'il ne peut plus travailler dans ce restaurant. Il souhaite travailler dans un bar- brasserie car pour lui le travail y est moins pénible »On ne porte pas tout le temps des piles d'assiettes. ». J'essaie de comprendre pourquoi il lui paraît moins pénible de travailler en brasserie qu'en restaurant. Je lui dis que les contraintes son semblables: les horaires, le travail le WE, les plateaux à porter, le travail debout. Je lui explique qu'il a déjà fait un an

d'apprentissage et qu'il est préférable de continuer sa formation de serveur afin d'avoir un CAP ce qui lui permettra de quitter son employeur pour s'inscrire en mention complémentaire barman ou choisir de travailler en brasserie. Sa mère approuve mes propos en disant qu'il a choisi en connaissance de cause et qu'il doit aller au bout de son contrat. Il dit alors « que puisqu'il n'a pas le choix, une fois le CAP en poche, il ne fera pas un jour de plus. »

Je sens sa mère plus rassurée et elle repart dans la salle d'attente.

Je prends le temps d'examiner la main de Tarence : il ya effectivement une déformation en regard du 4<sup>ème</sup> métacarpe non douloureuse à la palpation, la mobilisation passive est normale, la force musculaire conservée et je retrouve une douleur à la mobilisation forcée des 4 et 5èmes doigts.

Je l'interroge et j'essaie de comprendre : est il mal traité ? Les assiettes sont elles si lourdes ? Combien de couverts sert le restaurant ? Est-il maltraité ? Les horaires comment les vit il ? « Très mal » me répond-il. Il ne veut pas rester dans ce métier car « c'est des horaires de merde et puis c'est dégueulasse ». Je lui demande de me dire ce qu'il entend par ce mot : « ce qu'on sert est dégueulasse; en tout cas j'ai dit à mes copains de ne pas venir manger là. »

Il m'explique qu'il est obligé de mentir aux clients lorsqu'il prend la commande. D'une voix véhémante, il m'explique que les desserts « maison » ne sont que des produits décongelés. Je le sais bien puisque je vois quand le patron les sort du congélateur. J'ai souvent envie de dire aux clients de se barrer. »

Tarence souffre d'avoir à mentir dans son travail et éprouve de la honte à vanter et servir les plats du chef alors qu'il estime qu'il n'y a pas de qualité et que ce ne sont pas des produits maison. Comment se débrouiller pour présenter une carte, conseiller les clients quand on est conscient de mentir ?

Nous discutons de son avis d'aptitude et je le rassure sur l'état de sa main dont la douleur s'atténuera lorsqu'il pourra faire un travail « honnête », sans honte. Il convient qu'il a besoin de travailler pour passer son permis de conduire et qu'il est plus raisonnable de passer le CAP. Je lui redis qu'il a déjà fait la moitié du chemin mais il m'assure qu'il ne fera pas un jour de plus lorsqu'il aura son CAP et que là, ses parents ne pourront rien lui dire.

Constat de l'incorporation de la douleur en lien avec une souffrance éthique difficile à exprimer en l'absence d'un collectif pour en débattre et rendant difficile la construction de la santé au travail.

Accompagner le salarié dans son récit pour faire apparaître les éléments fondamentaux du mensonge et de la honte lui permet de comprendre ce qui le fait souffrir ce dont le médecin du travail donne acte et lui permet de reprendre la main, de se réapproprier la situation.

## Monographies de cas cliniques N°7

### **M<sup>e</sup> B et son "diabète"**

Je reçois Mme B, 50 ans, à la demande de sa hiérarchie suite à un conflit larvé qui les oppose sur une question d'horaires de travail.

Je connais bien cette dame, que j'ai eu l'occasion de recevoir à de nombreuses reprises ces dernières années, pratiquement toujours en lien avec cette question, Mme B mettant en avant un « diabète » qui imposerait des précautions horaires particulières.

Mme B présente en effet, selon ses dires, des troubles de la régulation glycémique anciens avec des « malaises » qui ont conduit à un bilan hospitalier en 2001. L'hypothèse d'une mutation du gène de la glucokinase (MODY 2) avait été évoquée à une époque par un Pr du CHRU, et Mme B m'avait ensuite adressé des photocopies de magazine concernant cette mutation exceptionnelle. Mais cette hypothèse avait finalement été écartée suite à des examens de génétique moléculaire réalisés en 2009 (examens répétés en 2011 sur l'insistance de cette dame).

Quoi qu'il en soit, le « diabète » de Mme B est jusque-là correctement équilibré, avec, sur les éléments qu'elle me fournit, des glycémies moyennes à jeun comprises entre 0,77 et 1,13 g/l, et une HbA1C entre 5,1% et 5,6% - et ce sans prise d'antidiabétiques oraux ni d'insuline.

Mme B. se plaint cependant d' « hyperglycémies » (jusqu'à 1,8 g/l selon ses dires) avec sensations de malaise - et elle prend régulièrement RdV à la consultation hospitalière de diabétologie.

Les derniers comptes-rendus de la CS hospitalière, transmis par son médecin traitant, témoignent d'une difficulté à bilancer la situation, Mme B ne réalisant pas les prises de sang demandées, et refusant le traitement proposé par le Pr pour faire face à ses « hyperglycémies », au motif d'un risque d'hypoglycémie.

Les quelques glycémies d'autocontrôle que j'ai pu obtenir (difficilement) ne retrouvent aucune hypoglycémie, et une seule hyperglycémie, à 1,78 g/l, le matin à 10h30.

Depuis sa reprise après congé parental en 2005, Mme B travaille à temps partiel (60%) sur un poste essentiellement administratif contribuant à la bonne logistique et la qualité du travail d'un centre de distribution du courrier, sur des horaires matinaux (actuellement 6h45 – 11h) avec un samedi travaillé sur 2.

Chaque consultation depuis cette époque a apporté son lot de plaintes concernant les contraintes de son travail : trop debout (pour un poste pourtant majoritairement assis), des collègues trop « speed », trop de « pressions », des choses à porter (alors que c'est un poste où les manutentions sont exceptionnelles) ... contraintes dont elle affirme qu'elles font « flamber son diabète ». Pour autant, elle n'effectue pas d'autocontrôle glycémique.

Voilà quelques mois, Mme B, qui rappelle qu'elle est « syndiquée », s'est plainte à plusieurs reprises, y compris par écrit dans le registre du CHSCT, d'une fatigue liée à une charge de travail excessive, et de "pressions" de la part de sa hiérarchie (reproches en lien notamment avec une qualité de service jugée insuffisante).

De fait l'activité du matin comporte une pression temporelle significative jusque vers 9h, et porte un enjeu décrit comme « stratégique » par son directeur

d'établissement, aussi bien en termes de fonctionnement interne vis-à-vis des facteurs, qu'externe vis-à-vis de la clientèle.

Ce directeur se montre par ailleurs assez agacé du comportement de Mme B, qui tout en se plaignant de sa charge de travail, circule dans tout le bureau pour discuter avec les uns et les autres sans nécessité, passe des appels téléphoniques privés longs et hors département, et ne tient pas compte de ses remarques relatives à la qualité – ce qui crée d'ailleurs des tensions avec ses collègues.

Dans le cadre d'une réorganisation de l'activité du service, entraînant notamment une prise de poste plus précoce (6h15 au lieu de 6h45) et de nouvelles contraintes relatives à l'activité, le directeur de Mme B finit (« pour le bien de cette dame et celui du service ») par décider un changement de poste avec pour conséquences :

- un changement de ses horaires de travail, désormais d'après midi (13h45 – 18h12), mais sur 5 jours du lundi au vendredi, donc sans samedi travaillé, et avec des possibilités de pauses plus faciles que le matin ;
- une activité moins complexe (bien que du même registre que celle du matin et demandant les mêmes compétences), sans pression temporelle particulière, et avec un renfort permanent.

Mme B conteste ce changement de poste, mettant en avant l'impossibilité dans laquelle la mettrait son « diabète » de travailler l'après-midi sans risque pour sa santé.

Elle présente, pour appuyer son refus, des certificats aussi bien de son médecin traitant que de son spécialiste, certificats cohérents dans leur conclusion (privilégier le travail le matin), mais contradictoires dans leur justification (l'un parlant d'un risque d'hypoglycémie, l'autre d'hyperglycémie, les 2 assurant les avoir constaté).

Le médecin traitant joint par téléphone m'explique « ne plus savoir comment se débrouiller » de cette dame, « qui a surtout un problème psychiatrique », et avoir rédigé un tel certificat « sous la menace ». Je ne parviendrai pas à joindre le spécialiste hospitalier.

De fait, sur le plan psychique, Mme B présente des troubles anciens, avec un catastrophisme et une hypochondrie qui lui ont parfois attiré la compassion ou du moins la patience de certains encadrants, mais parfois également des comportements de menace vis-à-vis de son entourage professionnel (menaces de poursuites judiciaires, et récemment menaces de passage à l'acte auto-agressif si l'entreprise n'accède pas à ses demandes de réintégration le matin) qui lui ont valu quelques inimitiés.

Lorsque je rencontre Mme B, elle est en arrêt de travail (son médecin traitant a joué l'apaisement suite à des menaces de suicides proférées publiquement).

Elle m'explique être « fatiguée », en avoir « marre de tout ». Elle met en avant son « diabète » et ses « malaises imprévisibles », explique avoir du DIASTABOL et du NOVONORM en réserve en cas d'hyperglycémie - mais dans les faits, elle explique n'en prendre quasiment jamais, et n'avoir pas le réflexe de contrôler sa glycémie lors de ces malaises.

Elle n'évoque spontanément aucune difficulté dans son travail et reste évasive quand je l'interroge à ce sujet. Elle déplore l'attitude de sa collègue qui lui ferait des reproches, et une charge de travail excessive qu'elle devrait assumer seule (ce qui est faux puisque justement elles sont 2). Les enjeux de sa fonction sur le fonctionnement du collectif de travail ou pour les clients ne lui paraissent

pas majeurs. Elle revendique la nécessité d'effectifs supplémentaires, en exemplarisant sa situation personnelle au regard d'une stratégie d'entreprise qu'elle conteste. A cet égard, elle explique sur le ton de l'évidence que la meilleure solution serait tout de même de recruter du personnel pour venir l'aider, afin qu'elle puisse rester du matin. Elle se plaint pas ailleurs de bouffées de chaleur liées à la ménopause, de petits troubles de mémoire, d'un sommeil médiocre, et parle spontanément d'un décès dans sa famille. La situation familiale paraît sinon ordinaire, avec un soutien patient de son mari (qui l'a d'ailleurs accompagnée à la consultation).

Elle s'étonne que je prenne avec un peu de distance le certificat du « Pr qui la suit », reparle avec insistance de cette mutation génétique exceptionnelle, et, lorsque je lui explique que cette hypothèse a manifestement été écartée, me regarde avec soupçon.

Les relations se tendent lorsque je lui explique que le poste qui lui est proposé me semble plutôt intéressant pour elle au vu de ses difficultés (moindres contraintes temporelles et cognitives, possibilité de prendre des pauses plus facilement, aucun samedi travaillé) – et que je n'ai vraiment aucun élément médical qui me permettrait de la mettre inapte à ce poste-là du fait de ses nouveaux horaires. Sa voix grimpe alors brutalement dans les aigus, elle s'agite, et clame qu' « on peut bien crever », « qu'on va avoir des arrêts de travail », que « si elle doit crever au travail et bien elle crèvera au travail ! », et que « pour crever plus vite, elle va même demander de repasser à temps complet ».

Je n'arrive pas à obtenir une explication concrète de l'impérieuse nécessité pour elle de travailler en horaires matinaux : si on excepte son obstination sous l'angle de la maladie, je ne trouve rien, ne serait-ce que dans l'organisation de sa vie personnelle, qui me permettrait de comprendre les enjeux concrets de cette situation pour elle (pas de petits enfants, d'activité extraprofessionnelle, de problème de transport ...etc.).

Mais l'extrême réactivité de Mme B à la perspective d'une reprise en après-midi, associée à cette farouche obstination à revendiquer une maladie qui objectivement n'existe guère (mais dont le fantasme est renforcé par l'attitude des médecins qui la suivent), me convainquent que Mme B est dans l'incapacité médicale de revenir au travail dans le contexte actuel.

Je lui donne donc acte des contraintes et des difficultés objectives de son travail, des évolutions de l'entreprise, évoque sa fatigue manifestement importante, son avancée en âge, sa ménopause, qui rendent sûrement les choses plus difficiles. Elle semble adhérer.

Je parle ensuite de « probable dépression », et l'invite à reconsulter son médecin traitant pour une prolongation d'arrêt (je rédige un courrier à cette intention). Cette décision la soulage immédiatement.

## Monographies de cas cliniques N°8

### **Attester de la maltraitance organisationnelle**

#### « Certificat remis à l'intéressé.

Je suis en consultation Monsieur B. âgé de 40 ans tous les mois depuis le septembre 2011, pendant son arrêt de travail pour un syndrome dépressif faisant suite à un syndrome de stress post-traumatique déclaré en accident de travail.

Monsieur B. a été embauché en 2007 par Cantine et mis à disposition d'un site client comme gérant d'une cuisine de collectivité. Jusqu'en 2010, il occupe ce poste avec plaisir (« je faisais des heures mais cela ne me dérangeait pas »), il encadre alors une équipe de 15 personnes.

De Novembre 2009 à mai 2010, il présente un syndrome du canal carpien, dont le traitement chirurgical est suivi de complications ayant nécessité 6 mois d'arrêt de travail. A son retour, son employeur lui aurait présenté comme une promotion le fait de changer de site pour un poste à l'EHPAD. Face à cette proposition, il refuse cette affectation. Quelques jours après ce refus, il dit avoir reçu un courrier de mutation sur le site de l'EHPAD : « je savais que ce n'était pas une promotion, qu'il n'y avait pas de moyens ni humains ni matériels ».

En septembre 2010, Monsieur B. dit avoir signalé à son employeur le manque de moyens humains (du personnel de la maison de retraite mis à sa disposition) : « je lui ai dit que ça n'allait pas, j'avais dit qu'il y a avait des problèmes d'horaires, et mes collègues avant aussi ». Début octobre 2010, le directeur de Cantine est venu sur le site pour rencontrer la direction de l'EHPAD, il écrit alors un plan d'action pour améliorer les conditions de travail, et décide qu'il soit mis en place dès le mois de janvier 2011. Quand Monsieur B. demande comment il doit faire entre octobre et janvier, il lui aurait été répondu qu'il fallait être patient. Ce qu'il fait en notant les heures qu'il effectue, des journées de 10h, des semaines de 60h. Il ne se décourage pas mais en février 2011, il demande à nouveau où en est le plan d'action, ne voyant rien venir. Il dit que son employeur alors lui demande d'en faire moins. Comme il pense qu'il ne peut pas faire moins d'heures sans diminuer la qualité de son travail, il continue. C'est alors qu'il reçoit alors une lettre recommandée pour une sanction disciplinaire, qui ne lui est finalement pas attribuée, mais il lui est alors fixé des objectifs pour ne pas dépasser son temps de travail. Monsieur B. se sent isolé, il répond alors par écrit que son travail ne sera pas possible dans le temps donné, et il dit ne recevoir aucune réponse à ses courriers.

Malgré ses demandes, le sujet des difficultés rencontrées à l'EHPAD n'est jamais abordé aux réunions entre les délégués du personnel et la direction. Monsieur B. l'attribue à la banalisation de ces difficultés, et il signale un important turn-over à ce poste avant lui, avec notamment le reclassement de l'un des gérants à un poste en production sur un autre site quelques temps avant.

Entre mars 2011 et mai 2011, il ne voit pas venir l'application du plan d'action, il n'a pas de moyens supplémentaires, et finit par être suspecté d'être incompetent pour ne pas parvenir à faire son travail dans le temps donné. Il lui est proposé de faire une formation, ce qu'il ne comprend pas puisque cela ne lui est pas reproché depuis qu'il est embauché en 2007. « J'étais fatigué de faire toutes

ces heures mais j'ai continué pour que ça marche, je veux faire du bon travail, je ne voulais pas que ça soit bâclé ».

Un jour de mai 2011, il reçoit un courrier recommandé et le lendemain, alors qu'il essaie d'aller à son travail comme d'habitude, il s'effondre et va consulter son médecin. Deux jours après, il rencontre un médecin du travail, qui l'adresse alors à la consultation de pathologie professionnelle. Lors de cette consultation, un mois après, le Dr Pathopro décrit « des troubles anxieux réactionnel et un état dépressif moyen réactionnel avec syndrome somatique [faisant] suite à un syndrome post traumatique de type II réactionnel ». Depuis lors, Monsieur B. est en arrêt de travail, il est suivi par le Dr Psychiatre.

Dans le contexte de l'entreprise, son poste a été occupé après Monsieur B. depuis septembre 2011 par trois salariés différents dont l'un est décédé dans la cuisine de l'EHPAD.

Au fil des mois, je constate, malgré le traitement médical, la persistance des symptômes présentés par Monsieur B. :

- anhédonie, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités
- perte d'élan vital
- fatigue et ralentissement psychomoteur
- ruminations sur la situation
- tristesse du visage et de la voix
- sentiment de dévalorisation
- souffrance morale avec des pleurs à l'évocation de la situation même un an après.

- ces symptômes induisent une diminution de la vie sociale, un repli sur soi.

J'ai constaté une aggravation de son syndrome dépressif au moment du refus de reconnaissance par la CPAM de son accident de travail, avec notamment réapparition des troubles du sommeil. Ces constatations sont confirmées par le Dr Psychiatre en mai 2012 : « grande tristesse avec élaboration d'idées noires et une anxiété majeure qui empêche de prendre quelle qu'initiative que ce soit ».

Il est traité par antidépresseur et anxiolytique. Une tentative de sevrage médicamenteux s'est soldée par un échec. Il est à noter que dans ses antécédents, on ne retrouve pas de symptômes psychiatriques, pas de traitement psychotrope.

En définitive, Monsieur B. est un gérant de cuisine sur-engagé dans son travail pendant de longues années. Il y a initialement construit sa santé, sa fierté professionnelle étant le « bel ouvrage » qu'il y accomplissait.

Mais Monsieur B. n'a pas perçu que son hyperactivité professionnelle se transformait en activisme non régulé. La surcharge de travail a progressivement envahi tout l'espace professionnel et Monsieur B. a perdu la capacité progressivement de prendre soin de sa santé. La manifestation somatique de cette pathologie de surcharge en a été un syndrome du canal carpien. Les complications postopératoires ne sont pas étonnantes dans un tel contexte. La mise à distance forcée du travail aurait pu permettre à Monsieur B. de prendre soin de sa santé. Mais son employeur n'a pas aménagé son poste de travail en ce sens, tout en lui confiant les mêmes responsabilités, peut-être même dans un contexte plus difficile.

Monsieur B. n'a jamais pu concevoir de « mal travailler » de son point de vue. De fait, il est incapable de baisser la qualité de son travail, au risque d'une atteinte majeure à l'estime de soi et d'un effondrement identitaire, puisque ce serait alors la négation de toute sa contribution professionnelle antérieure. Le rendre moralement responsable alors de « trop travailler, de faire trop d'heures », alors que travailler moins signifiait « mal travailler », a provoqué cet effondrement de son identité professionnelle. Le fait que son employeur veuille le renvoyer en formation, lui à qui jamais un reproche sur la qualité de son travail n'a été adressé, lui a signifié qu'il avait antérieurement mal travaillé.

Monsieur B. ne pourra recouvrer sa santé que si, clairement, il lui est signifié que c'est l'organisation du travail de son métier qui a échoué à protéger sa santé, et qu'il ne peut être comptable des défaillances de son employeur au regard de l'obligation de sécurité de résultats que ce dernier lui doit.

La maltraitance organisationnelle qu'il a subie ne lui a pas permis et ne lui permet pas encore de restaurer sa santé, tant qu'il ne différenciera pas clairement ce qui est de la responsabilité de son employeur, de sa responsabilité.

Il ne pourra éventuellement reprendre son travail que si son employeur prend en compte, en temps utile, les préconisations de sauvegarde de sa santé, du médecin du travail. Ceci pourrait être préparé par une visite de pré-reprise.

Le médecin du travail atteste du mécanisme délétère très grave de cette situation liée à cette maltraitance organisationnelle, si cette dernière n'est pas enrayée. »

## Monographies de cas cliniques N°9

### UNE SIMPLE RIXE EN ENTREPRISE ?

*Ce cas clinique a été utilisé lors d'une séance d'Évaluation des pratiques professionnelles d'un GAPEP de l'association de FMC E PAIRS*

#### **UNE BANALE ALTERCATION ?**

Octobre 2008. C'est Monsieur B..., venu en consultation spontanée, qui m'informe de la RIXE : il y a trois jours, il a été agressé physiquement par sa responsable Madame G... Elle lui reprochait de n'avoir pas fait son travail de nettoyage : "*Elle s'est mise à crier dans l'usine, elle m'a agrippé le bras au point de me faire des bleus*" Déjà l'année dernière il s'était plaint à moi du "*harcèlement*" de cette chef. Son médecin l'a mis arrêt maladie, et il vient une nouvelle fois me demander conseil car à cinquante-six ans il espère pouvoir bénéficier d'une cessation d'activité. Sous quelle forme ?

Au téléphone le directeur, Mr. C..., me parle de l'indiscipline de Mr. B... et du comportement "*comme une furie*" de Mme G... À première vue on pourrait considérer que :

- C'est une banale altercation entre deux salariés, un conflit interpersonnel, en somme ?
- C'est l'affrontement de deux caractères difficilement conciliables : un "*peu ardent au travail*" et une petite "*cheffaillo*" qui veut prouver son autorité.
- C'est un problème disciplinaire, et pas médical, à régler au sein de l'entreprise ?
- En tant que médecin du travail je n'ai surtout pas à prendre parti ?
- Mais la souffrance morale des protagonistes est bien présente et ne fait-elle pas partie de la santé au travail ?
- Mais ce n'est pas un simple conflit privé entre deux personnes, car il se déroule dans le cadre du travail, et donc dans une relation de subordination (qui n'est pas aussi simpliste que ça) ?
- Mais l'organisation du travail de l'entreprise n'a elle pas joué un rôle ?
- Le médecin du travail ne peut-il pas (doit-il pas ?) être acteur ?

Quand chaque détail a son importance

#### **IL Y A DEUX PROTAGONISTES PRINCIPAUX**

MONSIEUR B..., 56 ANS, 1,75 M

Comme souvent, dans ces entreprises agroalimentaires de notre région, c'est un ancien agriculteur qui continue à travailler ses quelques hectares de vigne. Il n'a pas de qualification particulière. Depuis dix ans il s'occupe du nettoyage dans l'entreprise. Il passe l'aspirateur, conduit l'autolaveuse, passe le Karcher° sur les sols, vide les poubelles des ateliers, etc.

Il a réussi à arrêter de fumer pendant six mois, mais en est actuellement à ses vingt cigarettes par jour. Il ne se passe pas d'années, sans que je note de courts arrêts de travail pour petits accidents de travail (ex. coupure) ou pour

"*malaise*", lombalgies récidivantes, sciatalgies, périarthrite... Bref, il "*porte*" son âge et aspire à une retraite qu'il ne pourra pas prendre avant plusieurs années. Il boit son demi-litre de vin par jour et quelques pastis.

En 2004, il a eu un accident du travail avec quarante jours d'arrêt suite à une brûlure chimique au pied par un produit nettoyant à base de soude. Il portait ses chaussures de sécurité au lieu des bottes "*car elles sont trop lourdes*".

En 2005, il a participé à une séance d'information/sensibilisation au risque chimique que nous avons organisé dans l'entreprise.

En 2007, nouvel accident de travail chimique : il utilisait le Karcher° à l'extérieur par jour de mistral, et a reçu du produit de nettoyage caustique au visage. Le lavage immédiat a permis de limiter la brûlure et l'arrêt n'a été que de trois jours.-

MADAME G... 43 ANS, 1.60 M

Trois enfants, a une formation de technicienne (Bac+2) de laboratoire. Elle ne cache pas le fait d'avoir été embauchée, il y a une dizaine d'années, quand son mari était directeur d'une unité voisine du groupe. Il a depuis quitté l'entreprise. Ses fonctions ont évolué il y a trois ans. Elle est devenue responsable de l'hygiène avec deux à trois salariés sous ses ordres, dont M. B... Elle travaille à temps partiel et y trouve un équilibre entre sa profession et sa vie familiale. C'est une femme avenante qui exprime un volontarisme certain.

Bien entendu, sa narration de la rixe différait : elle était uniquement dans sa fonction hiérarchique de réprimande et si elle s'était agrippée au bras de M. B..., c'était dans un geste de défense face à un bras qui se levait sur elle...

## ***L'ENTREPRISE***

C'est une entreprise agroalimentaire de fabrication de sauces d'environ cent salariés qui fait partie d'un groupe rassemblant deux cents personnes en France et à l'étranger. Elle est très implantée localement où existe un noyau de cadres qui la font tourner depuis au moins quinze ans. Mais elle est en difficulté financière depuis au moins dix ans. Le diagnostic communément admis est que le PDG est un commercial qui ne s'est jamais préoccupé de la fabrication et n'a pas fait les investissements industriels indispensables.

Monsieur C..., a consacré toute sa carrière à ce PDG. Il est directeur de cette entreprise depuis sa création. Il est accablé par la nécessité de jongler avec les fournisseurs qui ne sont payés qu'avec retard. Il investit toute son énergie à faire tourner l'usine et doit en plus se confronter aux délégués syndicaux qui réclament des conditions de travail moins dangereuses. Implicitement la production passe avant tout et il n'a pas les moyens d'investir dans la sécurité. Ce n'est pas un mauvais bougre, il a toujours été très "humain" avec les salariés, mais ce n'est pas "*meneur d'hommes*". Je ne suis pas sûr qu'il ait toute latitude pour embaucher et gérer le personnel.

Les CHSCT sont très conflictuels, mais ouvriers et directeur, continuent à se tutoyer et ne semblent pas se tenir rigueur des vifs propos échangés. Bref une gestion des rapports humains très directe où les concepts de "*ressources humaines*" sont sur une autre planète.

Il y a bien une RRH, Mme P... mais c'est une secrétaire qui a évolué dans ce poste à la suite des démissions successives de ses responsables, et qui semble un peu dépassée par la situation.

### **MAIS LA SANTÉ AU TRAVAIL EST BIEN PRÉSENTE PAR LA SOUFFRANCE MORALE DES PROTAGONISTES**

Je recevrai, trois fois Monsieur B..., dans les huit mois suivants. Même en observant bien, je n'ai pu constater de traces sur les avant-bras suite à l'altercation, mais il exprime une profonde blessure narcissique d'avoir été ainsi traitée par cette supérieure. Même s'il ne l'évoque pas ouvertement, être commandé par une femme lui était difficilement supportable. Il portera plainte à la gendarmerie contre Mme G... (Classée sans suite). Il sera très soutenu par le syndicat de l'entreprise, ce qui lui permettra d'échapper à un licenciement disciplinaire et de ne "*bénéficier*" que d'un avertissement écrit sans conséquences. Après huit mois d'arrêt de travail, le médecin conseil de la Sécurité Sociale, le consolidera. Suite à un plan de réduction des effectifs son poste de travail sera supprimé et j'aurai à me prononcer sur son aptitude à occuper un poste de manutention a priori contre-indiqué compte tenu de ses pathologies ostéoarticulaires.

À mon étonnement, il acceptera sans rechigner ce poste et je vérifierai sa bonne adaptation physique et l'absence de plaintes et d'arrêts de travail... Neuf mois plus tard, il aura enfin acquis ses trimestres nécessaires pour aller cultiver sa vigne à temps plein.

Je recevrai cinq ou six fois Mme G... pour de longues consultations. Elle était très perturbée par ce conflit, dès les premiers jours je l'adresserai à un correspondant psychiatre habitué à ces situations qui certifierait par écrit l'état de stress post-traumatique. Il lui fallut deux mois de réflexion pour prendre de la distance avec l'évènement et pouvoir commencer à analyser sa situation. Elle évoquera ses carences managériales.

Elle est passée de l'état d'anxiété à l'état de réactivité, sans épuiser ses ressources psychiques vers un état dépressif. Elle fera son deuil de l'entreprise, et se projettera dans un autre avenir professionnel. Après neuf mois d'arrêt de travail (en AT enfin reconnu), les négociations avec la direction n'ayant pas abouties, la seule solution sera l'inaptitude médicale constatée par le médecin du travail.

### **DES RELATIONS DE SUBORDINATION**

Nous n'étions pas dans un simple conflit interpersonnel. S'il y avait affrontement de deux personnalités, deux caractères différents, cet affrontement résultait bien d'une situation de travail. Il y avait une donneuse d'ordre et un exécutant de ces ordres. A priori une situation simple : "*Je commande, tu obéis.*" Mais du colloque singulier avec les protagonistes, la situation apparaît bien plus complexe :

- Mr. B... s'était déjà plaint, l'année précédente, de "*harcèlement*" par sa responsable. Il évoquait la surveillance permanente, les reproches fréquents, etc. Donc la situation conflictuelle couvait depuis longtemps et n'avait pas été résolue.
- Il se pose donc la question du management de Mme G... Elle me rappelle, que deux ans auparavant, elle m'avait exposé ses difficultés avec sa hiérarchie. C'est

tout juste si je retrouverais dans le dossier médical trois mots manuscrits (à l'époque je ne faisais pas encore des feuilles blanches séparées, des "dires" des salariés en souffrance). Elle ne se sentait pas soutenue : quand elle signalait à ses supérieurs ses difficultés avec ses subordonnés, rien ne se passait. Elle restait seule avec son problème managérial à résoudre.

Mes trente ans de relations avec Mr. C..., directeur, me permettent d'avoir des conversations directes. Il m'éclaire sur le caractère rétif à tout ordre de Mr. B..., ses multiples pauses cigarettes à l'extérieur, depuis l'interdiction de fumer dans l'entreprise.

Il évoque aussi le comportement "*hystérique*" de Mme G..., ses emportements, ses cris, bref son autoritarisme.

Mme O..., chef du service de Mme G..., auprès de qui je suis allé "*tâter l'ambiance*" prendra la défense de sa subordonnée et évoquera le "*mauvais caractère*" de M. B... Tout au long de cette histoire, elle restera en contact avec Mme G...

Aucun des protagonistes n'évoquera clairement le fait que Mme G est une femme, encore jeune, en position hiérarchique envers Mr. B qui est un homme d'âge mûr. Je pense que sa représentation mentale de la femme est intervenue dans son comportement professionnel, dans sa difficulté à accepter des ordres de cette responsable. On peut aussi s'interroger sur les paroles de Mr. C, l'utilisation des mots "*hystérique, furie*". Un tel vocabulaire aurait-il aussi été utilisé si c'était un homme qui avait "*poussé un coup de gueule*" ?

## **LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL MONTENT AU CRÉNEAU**

En quelques jours les délégués du personnel montent au créneau, ils me contactent, saisissent l'inspection du travail, exigent un CHSCT extraordinaire. Bref ne jouent-ils pas leur rôle de défense des salariés ? Mais ce ne sera que la défense que d'un salarié, Mr B...

Mme G (du fait de son statut cadre ?) ne sera pas défendue ; des sanctions seront demandées contre elle. La direction transigera sur la sanction, purement formelle, de M. B...

Le CHSCT :

Je retranscris le compte rendu du CHSCT ci-dessous, (sic) : "*Réunion extraordinaire demandé par membres du CHSCT au sujet, de l'altercation de Mr. B... et Mme G... Retour sur les faits qui les ont opposés :*

- *Refus d'obtempérer de Mr. B... envers sa supérieure hiérarchique agressive.*
- *Harcèlement de Mr. B... par Mme G... (elle le cherche partout dans l'usine, lui crie dessus, lui fait des reproches ...).*
- *Serrage du bras (marque à l'appui).*

*Les mesures seront prises après la fin des témoignages faits au sein de l'entreprise par les membres DP validé par le CHSCT et la direction. Mr. C... ne souhaite pas la réintégration de Mme G... pour remédier au problème qui l'oppose avec de nombreuses autres personnes de l'entreprise.*

*Les déclarations d'accidents ont été faites après la date de l'incident car c'est le docteur L... (médecin du travail) qui leur a conseillé. Mme G... s'est arrêté plus d'une semaine plus tard.*

*Les responsabilités de la direction n'ont pas été mises en cause malgré qu'elle savait qu'il y avait déjà eu des problèmes avec cette dame, elle a juste été recadrée verbalement (elle s'est calmée ponctuellement).*

*Pour Mr. B... avertissement écrit pour des faits similaires.*

*Pour remédier à de tels faits ne faudrait-il pas faire des formations de management ?*

*Avant la reprise des deux parties (s'il y a), Mme V (inspectrice du travail) demande leurs fiches d'aptitude et une visite médicale*

Il est à noter que pour les représentants du personnel : la rixe est considérée comme une «*altercation* » et pas un accident du travail ; le mot «*harcèlement*» est utilisé par les DP :

- il est fait état du souhait du directeur de se séparer de Mme G... ;
- évocation de la responsabilité de la direction pour son inertie ;
- ce sont bien les carences en "*management*" qui sont évoquées ;
- et, plus intéressant, la question de la passivité et donc de la responsabilité de la direction est posée.

Ce compte rendu relate imparfaitement les "*dires*" du médecin du travail et fait notamment l'impasse sur l'évocation de la souffrance morale des deux protagonistes.

### **MAIS L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'ENTREPRISE N'A ELLE PAS JOUÉ UN RÔLE ?**

Nous avons vu, dans les lignes précédentes, la faible réactivité de la direction de l'entreprise.

- La rixe n'est pas considérée comme accident du travail, mais comme un différend interpersonnel. Seul le traumatisme physique de Mr. B... est accepté, par contre le traumatisme psychique de Mme G... n'est pas pris en compte. Il y a donc incompréhension à la demande de déclaration en accident du travail et même contestation quand l'accident de travail de Mme G..., après un premier refus suivi d'une contestation, sera reconnu par la Sécurité Sociale, huit mois plus tard.
- Mme P..., qui joue le rôle de DRH, ne semble pas au courant de la réglementation de la Sécurité Sociale sur les rixes.
- Il n'y avait aucune véritable organisation de type Ressources Humaines dans l'entreprise : la fonction était considérée comme purement administrative et occupée par une secrétaire aux compétences limitées dans ce domaine.
- La direction ne s'est pas préoccupée des carences managériales de Mme G et ne l'a pas épaulée quand elle a, une première fois, été en difficulté avec Mr.B
- La direction a laissé Mr B "*en faire à sa tête*" et n'a pas réagi aux alertes de Mme G
- Le directeur Mr. C était soupçonné d'avoir été en rivalité avec le mari de Mme G...
- Le CHSCT a eu partiellement un rôle "*ouvriériste*" en ne défendant uniquement Mr B
- Seule la production primait dans la politique de l'entreprise.

### **LE MÉDECIN DU TRAVAIL NE PEUT-IL PAS (DOIT-IL PAS ?) ÊTRE ACTEUR ?**

La déclaration d'accident du travail n'ayant pas été faite par l'entreprise, j'ai conseillé les salariés et "*demandé*" à l'entreprise de la faire. Il était important de reconnaître les faits comme résultants du travail et pas comme un simple conflit

interpersonnel. Important pour les deux protagonistes, mais aussi pour la direction et pour les instances représentatives du personnel. Quelque soient mes a priori, il m'a paru indispensable de traiter les deux salariés sur le même plan. Il n'y avait pas pour moi d'agresseur ou d'agressé, de responsable et de victime, mais deux salariés en souffrance. Tout au long de cet épisode, j'ai toujours placé la rixe dans le cadre du travail c'est-à-dire dans des relations de subordinations hiérarchique, de compétences professionnelles, d'épanouissement personnel dans le travail, de dysfonctionnement organisationnel.

Être à l'écoute, cela suppose de la disponibilité (recevoir plusieurs fois chaque salarié) et du temps d'écoute lors de chaque consultation. Être disponible mais aussi faire progresser chez les deux protagonistes la prise de conscience de la situation, des orientations professionnelles envisageables, tout en leur laissant l'initiative des décisions.

Il faudra du temps de réflexion, maturation, pour que chacun des deux salariés arrive à une solution professionnelle

## Monographies de cas cliniques N°10

### **Travailler en couple, intrication de l'économie du travailler et de l'économie du désir**

Dans les pratiques ordinaires de médecine du travail, c'est le « travailler du sujet » qui est investigué pour en comprendre l'empêchement. Le rôle du médecin du travail n'est pas d'explorer l'économie du désir du sujet, encore moins ce qui se joue dans son couple. Mais cette posture professionnelle « pratique », de « cadre », ne doit pas occulter l'intrication entre ces deux « économies psychiques ».

Cette histoire clinique est présentée pour illustrer jusqu'où ne pas « aller trop loin ! ». Comment faire avec, sans ignorer, au contraire (!), cette réalité.

Ce courrier est rédigé comme médecin du travail sapiteur pour un confrère. Il est porté in extenso à la connaissance du patient et dans les faits est écrit pour ce dernier.

*« J'ai vu le ... pendant près de deux heures monsieur Félix Granjean.*

*Comme vous le constatez, le sur-engagement professionnel de monsieur Granjean fragilise de façon très importante sa santé et il a récemment perdu la capacité à se protéger, à faire arbitrer ses conflits de priorité et de surcharge, et se trouve dans une attitude de « compensation sans limite » des absences de sa collègue de travail qui se trouve être son épouse, avec laquelle il coopère depuis plus de 25 ans.*

*Monsieur Granjean est confronté à la même difficulté que moi-même à repérer d'éventuelles causes professionnelles à ses difficultés actuelles, tellement sont intriquées les économies du « travailler » et les économies familiales du « désir et du plaisir ». Ce deuxième champ n'est pas de ma compétence mais est pourtant présent en creux en permanence sur la scène du travail qu'il obère, ce qui est inhabituel.*

*Concernant la période d'il y a plus de cinq ans, Monsieur Granjean décrit fort bien un engagement professionnel appuyé sur des valeurs morales fortes, et des dynamiques de coopérations professionnelles au niveau de son établissement de formation professionnelle auprès de travailleurs en réadaptation professionnelle, avec sa collègue-compagne de travail. Il est fier du travail accompli. Il raconte précisément la confrontation aux difficultés de son travail dans le champ « psy » pour les différents publics et la prise en charge de la question sociale du côté de son métier ? Ceci est pour lui clairement séparé de ses valeurs et convictions personnelles générales. Il fait part d'une certaine complicité et partage des compétences avec sa collègue de travail dans la découverte et construction conjointe d'une pratique professionnelle. Les échanges informels autour du café dans l'établissement, les nombreux prétextes à se rencontrer dans des activités structurées de formation ou plus sociales, sont des prétextes à arbitrer ou construire de nouveaux savoir-faire. Monsieur Granjean qui connaît les limites et risques à déployer une pratique « psy » sans cadre professionnel, a approfondi ses compétences face à la spécificité du comportement des traumatisés crâniens auprès desquels il intervient en formation. Avec d'autres, il a même construit un projet professionnel pour ce public, projet malheureusement pour lui qui ne verra pas de suite. Avec sa compagne il décrit comment les compétences ont été mutualisées et partagées, chacun déployant un « style »*

*spécifique et semble-t-il complémentaire. Progressivement, des difficultés organisationnelles, non spécifiques à cette structure, sont apparues, liées aux difficultés d'engagement de moyens, à un horizon obscurci quant aux débouchés professionnels des stagiaires. En somme, il ne semble pas y avoir une cristallisation professionnelle sur ces thèmes, et Mr Granjean présente un recul professionnel qui lui permet de faire la part entre le professionnel et l'analyse sociale générale. Il n'est pas dupe de l'ampleur en retour de cela sur son propre travail.*

*Monsieur Granjean fait écho à ce qui serait vécu comme un déficit de reconnaissance envers sa compagne, voire une maltraitance morale, dans la façon où, de façon répétitive, un retour de celle-ci à un travail de 80% de son temps à 100%, aurait été refusé par sa Direction. Quelque chose s'est peut-être cassé alors du côté du travail dans la dynamique de coopération de sa petite équipe, suite à un possible vécu de grave injustice, croisé avec peut-être des éléments dont je n'ai pas connaissance, et qui aurait pu fragiliser la résistance professionnelle de sa compagne aux adversités professionnelles.*

*Il m'est très difficile de déployer sur ce terrain, mais il me semble que cette équipe professionnelle au très fort engagement antérieur, ne peut pas changer de « genre » collectif dans le rapport au travail lié à la fragilisation d'un de ses membres, sans dommage pour leur « travailler ensemble ». Ainsi Mr Granjean qui donne acte d'un savoir-faire original de sa compagne pour se confronter à la question « psy » du côté professionnel, a dû déployer un savoir-faire complémentaire compensatoire de ce côté alors qu'elle était malade, savoir-faire lui-même rapidement fragilisé par la surcharge de travail liée à l'absence de sa compagne.*

*La compagne de Monsieur Granjean, sur prescription de son médecin traitant, a tenté de protéger sa santé en se retirant temporairement du travail, sans logiquement prise en considération des aléas de l'organisation du centre de formation et réadaptation. Mais Monsieur Granjean quant à lui, au contraire, ne s'est pas autorisé à être plus attentif aux risques pour sa santé qu'occasionnait une attitude sans limite de remplacement solidaire de sa compagne, puis de compensation sans limite de ses absences. La Direction de l'établissement remplaçait quant à elle avec un immense retard la compagne de Mr Granjean, remplacement trop tardif qui de toute façon ne pouvait compenser la fluidité de pratiques de coopérations professionnelles de cette ancienne équipe très expérimentée. Compenser plus qu'il ne le ferait pour d'autres collègues les absences médicalisées de sa conjointe, ont eu comme effet involontaire, que Mr Granjean n'a pas été en mesure d'investiguer une éventuelle part du travail dans les difficultés de son épouse. Ce fait a été renforcé par le risque qu'il prendrait alors possiblement pour lui-même, au risque de son propre effondrement. A contrario, cette pratique défensive de ne pouvoir penser une partie de la réalité pour s'en protéger a profondément handicapé Mr Granjean, alors qu'il aurait dû de façon préventive, interroger les risques de sa surcharge de travail. Ce contexte explique le déploiement d'un grave risque anxiodépressif pour Mr Granjean. Le réseau social très ancré dans son institution professionnelle, a permis à Mr Granjean de ne pas sombrer.*

*De fait, Mr Granjean est conscient qu'il ne peut plus porter sans fin les déficiences de son institution face aux absences médicalisées de sa compagne. Il ne pense pas, par contre, que son sur-engagement protecteur, puisse avoir des effets négatifs éventuels en retour pour sa compagne, La question qu'une part de l'altération de la santé de la compagne de Mr Granjean s'originerait du côté du travail, ce dont nous ne savons évidemment rien, ne peut en retour pas non plus émerger. Mais, hypothèse qu'on ne peut rejeter tant les connaissances actuelles*

*nous éclairent sur le rôle du travail dans la construction de la santé, un éventuel effondrement de la dynamique de reconnaissance professionnelle peut être délétère, et une telle situation peut s'enkyster si elle ne peut pas être délibérée collectivement ou pensée à plusieurs. Elle peut être à l'origine d'atteintes psychiques ou organiques. Les fibromyalgies sont théoriquement concernées par une telle analyse, au-delà de leur génie propre.*

*Pour ce qui concerne spécifiquement Mr Granjean, et en terme de santé au travail, il me paraît évident qu'il est dangereux pour lui-même de continuer à travailler dans une très petite équipe de travail dont l'un des membres ne peut accomplir ses missions, et dont la charge de travail est si mal compensée. Son désir légitime de compenser l'absence de sa collègue-compagne, non seulement précarise de façon dangereuse la santé de Mr Granjean, mais peut-être, empêche même son institution de prendre ses responsabilités, laissant les contradictions à « gérer en famille sa santé » à la famille justement, alors qu'il s'agit clairement d'une responsabilité d'employeur qui n'est plus exercée.*

*L'institution de Mr Granjean doit donc pouvoir l'aider à trouver une issue du côté d'un travail constructeur de santé pour lui-même, en recomposant donc les coordinations professionnelles qui sont à un trop petit niveau (deux personnes), et qui empêchent donc de gérer de façon « normale » les atteintes individuelles à la santé. Peut-être même, que la prise de responsabilité de l'institution de Mr Granjean au regard de la surcharge de travail de ce dernier, permettra un « apaisement » professionnel de la situation de sa compagne, et qu'elle trouvera une issue face à des difficultés que nous n'appréhendons pas. Ce cadre professionnel, ou vie privée et vie professionnelle sont si intriquées, peut bénéficier de l'appui positif d'un médecin du travail manifestement à l'écoute et qui pourrait être sollicité pour la santé de chacun.*

*Quand la situation échappe à l'action de décider de sa vie professionnelle, et empêche chacun de penser les rapports entre son travail et sa santé, l'aide de professionnels compétents, la sollicitation en responsabilité de l'employeur, peuvent faire émerger une issue qu'on ne s'autorise même plus à penser ».*

## Monographies de cas cliniques N°11

### HISTOIRES CLINIQUES AU FIL DES CONSULTATIONS

Il s'agit de rencontres de salariés dont je ne connais ni le dossier, ni l'entreprise dans un secteur d'activité nouveau pour moi.

Ces trois histoires sont celles de salariées vues durant leur arrêt de travail, dans une situation d'urgence soit à la demande du médecin traitant soit à la demande du médecin conseil de la CPAM dans le cadre d'une rupture des indemnités journalières.

#### MADAME LOISIR : LE SPORT C'EST MA VIE

Madame Loisir est une jeune femme de 30 ans, mère de 2 enfants en bas âge ; elle travaille dans un magasin de sport depuis 4 ans au poste d'hôtesse d'accueil et vendeuse à temps partiel (28h/semaine) annualisé avec une amplitude horaire importante (les plages horaires 9h30-12h30 et 14h-19h).

Son conjoint est salarié d'une entreprise voisine.

Le BAC en poche, elle passe 2 brevets d'état, l'un en gymnastique aux agrès et l'autre en sport pour tous ce qui lui donne le droit d'enseigner ces disciplines en club de sport. Elle a travaillé pendant quelques années au service des sports à V. en empilant 9 contrats emploi jeune.

Elle a été une gymnaste de niveau national et s'est épanouie dans le sport, activité qu'elle pratique ce qu'elle juge indispensable pour son équilibre. Elle donne pour compléter son temps de travail des cours de gymnastique dans une association de sport le soir 4 fois par semaine et accompagne les jeunes gymnastes en compétition le WE.

Il n'est noté aucun problème de santé dans le dossier si ce n'est un état sub-dépressif lors de la visite d'embauche, une grossesse et un congé maternité en 2007 2008 sans problème et un arrêt de travail d'1 mois en octobre 2008 pour un évinage compliqué d'une phlébite et d'une hépatite médicamenteuse. Elle reprend rapidement son emploi car elle s'ennuie à la maison et préfère travailler.

C'est une femme hyperactive investie dans ses 2 métiers qui a tendance à être peu présente à la maison ce qui semble poser problème à ses enfants notamment à l'aîné en CP. Madame LOISIR est convoquée à l'école car son fils souffre de l'absence maternelle ; cela va la contraindre à diminuer ses heures d'enseignement pour être plus présente à la maison. Elle se plaint du comportement « agressif » de sa fille de 20 mois. Elle se perçoit comme une mauvaise mère, n'ayant pas la fibre maternelle, laissant une place importante au père, justifiée à ses yeux « puisqu'elle ne sait pas les élever. »

J'apprendrai ultérieurement que Madame LOISIR a un vécu douloureux de son enfance car elle a été élevée par sa tante, sa propre mère, travaillant auprès des enfants l'ayant rejetée.

Je ne connais ni les salariés, ni l'établissement et suis sollicitée par la collègue dont je suis le tuteur ; elle se trouve face à une salariée en détresse profonde, qu'elle voit en visite de pré reprise du travail à la demande du médecin traitant au décours d'un arrêt de travail de 5 semaines.

Elle a face à elle depuis une demi heure une salariée prostrée, au regard hagard qui est là parce qu'on lui a dit de venir, son médecin traitant ayant fait un courrier au médecin du travail et pris le RV. Sa voix est atone, elle est en état de sidération de la pensée, sans capacité à décider, s'exprime peu ; le médecin du travail très inquiet pour la santé de la salariée veut l'orienter vers le psychiatre.

Je rencontre effectivement une personne qui semble indifférente à ce qui l'entoure. J'ai du mal au départ à retenir son attention. A mes questions réitérées sur sa situation professionnelle, ce qu'elle fait au travail, ce qui a déclenché ses problèmes de santé, elle va s'animer un peu.

Elle m'explique qu'ils sont 11 salariées dont 3 responsables de rayon et un responsable du magasin, en poste depuis plusieurs mois, qu'il y a eu une diminution des effectifs depuis quelques années (encore 15 salariés l'année précédente) car le chiffre d'affaire n'est pas bon mais que c'est la même chose dans les autres magasins ; pourtant le rayon dont elle s'occupe (rayon gym, fitness) marche fort.

Il y a une grande polyvalence et dans une journée, il faut tenir la caisse, faire la réserve (ranger la réserve), gérer les stocks informatiquement, servir et conseiller les clients, ranger les rayons derrière les clients, faire le facing, approvisionner, interroger les stocks, appeler les autres magasins ; il n'y a jamais de repos et si on est en caisse en l'absence de clients, on prépare des portants en mettant les vêtements sur cintre et on les accroche tout en surveillant la caisse.

Elle se redresse sur sa chaise lorsqu'elle parle des animations qu'elle fait dans le rayon pour la promotion des produits. C'est une tâche qu'elle aime beaucoup car elle se sent dans son élément : elle connaît les produits qu'elle vend et la pratique du sport correspondant ; de plus elle y rencontre des clientes qui sont ses élèves le soir et qui l'aident à promouvoir ses produits. Elle a demandé à faire la formation d'animatrice. Sa nouvelle responsable lui a répondu qu'elle irait dans son sens si elle était gentille, ce qui se traduit par « être toujours d'accord avec elle, ne pas pointer les dysfonctionnements, ne pas remonter les difficultés dans le travail. ». J'apprends ainsi que madame LOISIR a changé de responsable de rayon depuis près d'un an.

Il est difficile de bien travailler ; l'équipe n'est jamais au complet en raison des temps partiels, du nombre de tâches à effectuer et aussi des absences pour maladie notamment; il ne semble pas exister une grande solidarité entre salariés ; ils ont peu de moyens et peu de temps pour échanger entre eux. Il y a une individualisation du management avec des entretiens individuels mensuels formalisés semble t'il pour faire le point sur les ventes et mobiliser les salariés mais vécus comme un jugement sur le travail et sur le paraître ainsi qu'un entretien annuel d'évaluation. Une réunion est organisée par le directeur régional en milieu d'année pour donner les chiffres « qui ne sont jamais bons » dit la salariée alors qu'elle sait que son rayon fait des bénéfices.

Le planning est donné 15 jours à l'avance, peu respecté et les salariés ne pointent pas « on ne doit pas compter ses heures et on fait souvent du temps en plus, bien sûr non payé. On ne peut pas laisser tout en vrac à la fermeture alors il faut bien ranger. » La durée du temps de travail est fonction du flux marchandises et du flux commercial.

« Avant on avait un responsable qui nous aidait à la caisse, au facing ; maintenant, on est des esclaves et on fait toujours mal. En plus la responsable ne travaille ni le samedi ni le lundi ; samedi c'est le jour où il y a le plus de clients et lundi jour de rangement, changement en rayon. Le samedi, on râle car on manque de personnel et en même temps je souffle car elle n'est pas là et on fait

malgré tout le chiffre. Pourtant, elle nous rabaisse devant les clients, elle nous reproche de mal faire le travail, de mal ranger les rayons (c'est vrai que c'est mal rangé mais on n'a pas le temps) On n'a pas le temps et elle me met en plus des entretiens toutes les semaines pour me faire des reproches et aussi beaucoup de mails avec fais ci fais ça...» C'est insupportable. » Ses propos plus véhéments, sa voix moins indifférente laissent deviner une violence qui a du mal à s'exprimer.

Je perçois que le changement de responsable de rayon est un des facteurs déstabilisants dans son travail. Pour Madame LOISIR, la nouvelle chef de rayon est responsable de tous ses maux.

Madame LOISIR dit que depuis plusieurs mois c'est de plus en plus difficile d'aller au travail. Elle évoque des troubles du sommeil, des crises d'angoisse en lien avec le travail quand elle se réveille : sentiment de peur, sueurs, mal au ventre, envie de vomir le matin ; elle part au travail en pleurant et rentre à la maison en disant « ça ne va pas » ; son conjoint lui répond qu'elle n'a qu'à changer de travail, ce qui est plus facile à dire qu'à faire ; en effet le couple a besoin de son salaire et en dehors du sport et de ce qui s'y rapporte, elle ne connaît rien...

Dans sa fonction d'éducateur sportif, elle doit accompagner les jeunes lors des compétitions du samedi, samedi toujours refusé depuis le changement de responsable de rayon, ce qu'elle trouve injuste car elle s'investit énormément dans son travail : elle fait toutes les démonstrations ce qui attire la clientèle et fait vendre. « J'ai toujours été irréprochable dans mon travail..... Je n'en peux plus; je m'aperçois que c'est pire depuis juin, depuis que les cours de sport sont finis. Le soir cela me faisait du bien d'aller donner les cours, là je valais quelque chose et on appréciait mon travail ; j'ai beaucoup de monde aux cours. »

Elle dit avoir été obligée de diminuer ses heures de cours pour rentrer à 21 h à la maison au lieu de 22h30 auparavant pour les enfants.

Devant mon interrogation, elle m'explique que c'est son mari qui s'occupe des enfants; elle répète qu'elle n'a pas le temps en raison des horaires de travail dans le magasin et des horaires de cours.

Elle me regarde : « je suis nulle, je ne sers à rien : ma fille de 18 mois je ne le supporte pas et mon fils me reproche de ne pas m'occuper de lui. De toute façon, il n'y a que leur père qui compte ; moi, je ne compte pas ; et puis..... Je ne voulais pas d'enfant. Je n'en peux plus ; je suis inutile et je donne du souci à mon mari et à tout le monde. »

Elle reste prostrée.

Depuis qu'elle est en arrêt de travail, elle ne fait rien, n'a de goût à rien, n'arrive pas à s'intéresser aux enfants et à s'en occuper et ne se raccroche plus au sport. Elle a peur. Elle ne se reconnaît pas, elle qui se sentait dynamique et dont tout le monde admirait l'énergie.

Suite à d'importants troubles du sommeil et à cette peur d'aller au travail, elle a consulté son médecin traitant qui l'a mise en arrêt de travail avec traitement anxiolytique et antidépresseur depuis 1 mois sans résultat; elle n'a pas réussi à prendre de RV avec le psychiatre comme le lui a conseillé son médecin.

Elle ne pleure pas et reste immobile, la clé de sa voiture dans la main, pendant de longues minutes sans bouger comme rivée à sa chaise.

C'est la première fois que je me trouve face à un état de détresse tel qu'il ôte toute capacité à penser et agir chez la personne. Ne pouvant pas joindre le médecin traitant et estimant qu'il y a situation d'urgence, ma collègue et moi l'orientons donc au service des urgences en psychiatrie ; elle est hospitalisée avec son accord, en psychiatrie, service dans lequel elle restera pendant 6 semaines.

Je n'ai pas toutes les clés d'accès à la compréhension car je ne connais ni l'établissement ni les salariés. Il en est de même pour ma collègue.

Je comprends bien qu'il y a une dégradation des conditions de travail en lien avec la baisse des effectifs, qu'il y a des dysfonctionnements organisationnels et un management incompetent mais je perçois que cela fait écho à un passé familial douloureux, enfoui pendant toutes ces années durant lesquelles Madame LOISIR a organisé sa vie et sa santé mentale dans une dynamique de surinvestissement professionnel; mais les nouvelles contraintes de management dans un contexte de précarité économique ont cassé cette dynamique.

Madame LOISIR m'appelle à sa sortie de l'hôpital ; je perçois une détresse profonde, une culpabilité face à l'arrêt de travail ainsi qu'un sentiment d'injustice et de haine cristallisé sur sa responsable dont elle souhaite le départ.

J'établirai un certificat médical ainsi rédigé :

*Je soussignée Docteur X, médecin du travail déclare avoir reçu le 00 août 200X, durant son arrêt de travail et à la demande de son médecin traitant, au service de santé au travail, Madame L... salariée de l'établissement T... depuis 4 ans, en état de détresse psychique ayant conduit à une demande d'hospitalisation en urgence, à l'issue de la consultation médicale.*

*Cette salariée présente une altération de sa santé ayant entraîné un arrêt maladie consécutivement, selon ses dires, à des pressions exercées depuis plusieurs mois dans le cadre de son activité professionnelle. Elle rapporte un changement de management depuis plusieurs mois avec perturbation de l'organisation du travail se traduisant par:*

- *surcharge de travail et pression au travail en lien avec une diminution de l'effectif,*
- *obligation de travailler dans l'urgence en effectif insuffisant notamment le samedi jour d'une fréquentation plus importante de la clientèle, avec la sensation de ne pas toujours bien faire son travail, d'être interrompue dans son travail pour effectuer une autre tâche,*
- *polyvalence et changement de poste fréquent dans la journée en cas d'urgence ou d'absence de collègue,*
- *dépassement des horaires officiellement prévus sans compensation,*
- *contrôles répétés de la hiérarchie sous forme d'entretiens individuels mensuels prédéfinis, auxquels s'ajoutent des entretiens hebdomadaires à visée déstabilisante et évaluation par attribution d'une note annuelle,*
- *absence de soutien au travail et d'aide dans les différentes tâches de la part de la hiérarchie,*
- *propos dévalorisants devant les clients sur la qualité du travail.*

*Un vécu de n'avoir que des remontrances avec non prise en compte de ses compétences professionnelles et une intensification du travail entraînent une sensation de culpabilité et une dévalorisation de soi-même dangereuses pour la santé mentale, source de dépression réactionnelle.*

*A valoir ce que de droit.*

Durant son arrêt madame LOISIR prendra contact avec un délégué syndical au niveau national et rencontrera le directeur régional et le DRH de la société.

Quatre salariés seront vues en visite systématique sans qu'il soit retrouvé des signes de mal être et sans plainte sur les conditions de travail et une salariée sera vue en visite de reprise du travail; elle évoquera la difficulté à faire face aux contraintes du travail et expliquera que son médecin traitant l'avait mise en arrêt

maladie à 4 mois de grossesse pour malaises au travail car elle ne supportait plus l'ambiance de travail.

Madame LOISIR reprendra son travail, difficilement, au bout de 6 mois d'arrêt de travail après mutation de la responsable de rayon dans un autre établissement. Elle dira : « C'est très dur de revenir ; je ne me reconnais plus. Je marche la tête haute mais le cœur brisé. »

Se pose la question de l'intérêt de rédiger un certificat médical :

Cela a pu être un moyen de donner acte à la salariée du rôle du travail dans la décompensation et lui permettre de redevenir acteur de sa santé.

Cela a permis d'interpeller la société sur la responsabilité des modalités organisationnelles dans la survenue d'atteintes à la santé.

- J'ai ainsi rencontré le directeur Régional et le DRH de la société qui bien sûr ont occulté l'éventualité d'un lien avec le travail en individualisant et personnalisant la situation en rejetant la responsabilité sur des motifs personnels et familiaux. Pourtant en un an, 2 salariés ont démissionné, une salariée est en arrêt maladie alors qu'une autre est en congés maladie grossesse ; le directeur de l'établissement part dans 2 mois.

- J'ai fait avec ma collègue la visite de l'établissement et rencontré le directeur de l'établissement et rédigé le document annexé à la fiche d'entreprise, adressé au Directeur et en copie au secrétaire national du CHSCT

*Suite à l'entretien avec le DR de votre établissement et le DRH et suite à la visite effectuée dans votre établissement le .....200X je vous confirme être préoccupée par la prévention des risques psychosociaux dans votre établissement.*

*En effet mes constats médicaux, mes entretiens cliniques et autres données concordantes (nombreuses visites d'embauche, demandes de visite des salariés, arrêts maladies...) pour un effectif de 11 personnes me permettent de penser qu'il ya lieu de prendre en compte les risques en santé mentale dans votre établissement et de les répertorier dans le document unique.*

*Parmi les facteurs relevés au cours des entretiens et lors de la visite des locaux, j'ai noté :*

- -une organisation et des processus de travail délétères qui se traduisent par :
- -des dépassements excessifs et systématiques des horaires de travail sans récupération chez les responsables de rayon qui n'ont pas tous le même statut et chez les vendeurs,
- -un effectif réduit à 11 salariés dont plusieurs vendeurs à temps partiel, pour 6 jours d'ouverture du magasin ce qui contraint les salariés à travailler dans l'urgence, à interrompre une tâche pour en faire une autre (vendeur qui quitte son rayon pour tenir la caisse, directeur qui occupe le poste d'accueil en l'absence de vendeur caissier disponible...)
- -une charge de travail réelle manifestement excessive qui se traduit par l'obligation de faire en même temps de la mise en rayon, du facing et du conseil aux clients ou bien tenir la caisse accueil en gérant la file d'attente, l'information aux clients, l'impatience du client pour sa prise en charge différée pour un problème technique car aucun vendeur n'est disponible

- -dans un contexte économique difficile, des objectifs financiers disproportionnés qui ne tiennent pas compte de la petite taille du magasin, de sa vétusté le rendant peu attractif pour la clientèle
- -une mise sous pression importante et mise en concurrence systématique par un classement des magasins en fonction de la progression du chiffre d'affaire ce qui constitue au niveau national un mode de management.
- -des conditions et un environnement du travail délétères qui se traduisent par :
  - -une température basse dans le magasin en début de journée en raison d'un arrêt du chauffage la nuit (8°), l'absence de SAS à l'entrée ce qui permet l'entrée d'air froid en hiver notamment au poste d'accueil situé en face des portes automatiques
  - -des locaux trop petits ayant obligé à réduire les linéaires à 550m pour avoir des allées de circulation correctes pour les clients, un encombrement du rayon matériel de fitness avec cartons au sol et obligation de monter le matériel de démonstration musculation sur une plateforme
  - -un espace de présentation restreint qui met en compétition et en tension les différents secteurs en raison du manque de linéaires obligeant à faire des choix pour favoriser ou privilégier un secteur
  - -l'absence de réserve (petit local) obligeant les jours de réception (4 camions à vider et ranger par semaine) à rentrer les produits (pour tri, cintrage) directement dans les rayons dans des conditions difficiles (camion sous auvent, porte du magasin ouverte, déplacement des produits avec transpalette manuel sans gerbeur).
- -un management national et un déficit en communication délétères qui se traduisent par :
  - -une individualisation de la gestion des ressources humaines et un accroissement des responsabilités : entretiens individuels mensuels de décision visant d'après la direction nationale à l'enrichissement des collaborateurs mais qui ont pour conséquence un investissement personnel complet du salarié et une implication psychique cognitive et physique plus forte
  - - un management délétère de certains responsables de rayon dont les entretiens mensuels sont déstabilisants et peuvent se solder par des reproches, une mise en cause du savoir être et du savoir faire et une dévalorisation du salarié
  - -des réunions rapides d'information par le directeur pour faire le point sur la progression du chiffre du magasin et donc sa place par rapport aux autres magasins ce qui augmente la pression et l'inquiétude chez les salariés sachant que leur magasin est en difficulté
  - -un déni d'information sur la mauvaise santé économique de l'entreprise et l'incertitude sur son avenir
- -des facteurs subjectifs qui se traduisent par :
  - -la sensation d'être isolé dans son travail
  - -la perception d'un manque de soutien de la hiérarchie
  - -un vécu négatif du travail avec l'impression de ne pouvoir faire face à la situation
  - -la notion d'injustice sociale et le déni de reconnaissance
  - la difficulté de concilier vie professionnelle et vie personnelle

Ce constat fait écho au courrier du 00 00 200X adressé par les organisations syndicales de l'entreprise à monsieur Z responsable des relations sociales qui demandent l'ouverture de négociations sur le stress au travail.

Il est donc important d'avoir une approche globale des problèmes et de chercher des solutions dans l'organisation du travail plutôt que de mettre en cause les salariés.

## MADAME D comme DISCOUNT

Je rencontre Madame D pour la première fois, en août 2009 alors qu'elle est en arrêt de travail depuis un mois pour syndrome dépressif, en visite de pré-reprise du travail à la demande du médecin conseil de la CPAM.

Madame D est âgée de 46 ans ; elle a 3 filles qu'elle a élevées seule dont L.... 20ans qui travaille dans la même enseigne que sa mère depuis 1 an. Son aînée est schizophrène, ce qui nécessite beaucoup d'attention et de disponibilité.

Madame D a fait un CAP de mécanique cycles, métier qu'elle n'a jamais exercé et a travaillé en intérim cela pendant de longues années, mode de travail qu'elle a beaucoup apprécié mais qu'elle a quitté pour un emploi stable à proximité du domicile pour être plus disponible pour les enfants.

On ne note rien de particulier dans le dossier de cette salariée sinon quelques lombalgies et douleurs des épaules sans médicalisation et un syndrome dépressif en 2007 suite aux soucis de santé de sa fille schizophrène.

Madame D travaille dans la société de discount A depuis décembre 2004 sans aucun problème. Elle a occupé à son arrivée fin 2004 le poste de caissière, puis est passée employée principale depuis 3 ans et remplace en cas d'absence le responsable de magasin.

Le magasin fonctionne avec 3 salariés à temps plein depuis plusieurs mois alors qu'il y avait avant précédemment un salarié à mi temps en effectif supplémentaire.

Elle occupe donc un emploi multi tâches :

-tâches de rayonniste avec mise en rayon des produits, approvisionnement des rayons et facing, rangement en chambre froide des produits frais (légumes et fruits) en fin de journée,

installation des produits en prospectus dans des panières à roulettes, 2 fois par semaine, panières régulièrement déplacées et réapprovisionnées en fonction des invendus et des nouvelles arrivées, évacuation des cartons et ramassage des papiers pour garder le sol dans un bon état de propreté.

-tâches de caissière avec gestion de la caisse, passage en caisse des produits, nettoyage de la caisse, pesée des fruits et légumes (balance intégrée dans la caisse), surveillance des clients, renseignement des clients,

-tâches d'entretien avec nettoyage des gondoles et des rayons, nettoyage du sol du magasin en fin de journée avec la laveuse, nettoyage de la réserve et chambres froides et des vitres du magasin, rangement de la réserve, compactage des cartons en presse, conditionnement et évacuation sur palette dans camion navette,

-tâches de rangement en réserve avec réception des palettes (16 palettes 4j par semaine et 32 palettes le mercredi, réception des produits frais le lundi, contrôle des commandes (vérification sur facture), déplacement et rangement dans les racks de la réserve à l'aide du transpalette, entrée en stock.

La charge de travail est importante et, en l'absence du responsable, il reste 2 personnes dans le magasin dont madame D qui a la mission de responsable de magasin sur 36h75 (35h + temps de pause) alors que le responsable a un contrat de 45h/semaine.

Pendant plusieurs mois Madame D a remplacé son responsable sans se plaindre de la surcharge de travail. Cela lui paraissait normal.

Lors de sa visite de pré reprise du travail en août 2009 à la demande du médecin conseil, elle se plaint de ne plus être capable de travailler alors que rien ne lui faisait peur jusqu'à présent ; elle se sent stressée en permanence, ne dort plus, a mal au dos et dans la nuque, tout cela à cause du travail. « Le mal au dos, je sais bien que ce n'est pas la colonne, c'est le ras le bol, j'en peux plus du travail. Depuis 1 an je me sens submergée, trop de pression, trop de tout, je n'en peux plus ; tout gérer en même temps : le téléphone, les commandes, l'arrivée du camion avec 16 ou 32 palettes, la mise en rayon, le remplacement en caisse, c'est trop pour moi. »

Depuis près d'un an, Madame D a été mutée dans un autre magasin de la même enseigne à 10km de son domicile ce qui la rapproche de sa fille mais sans son accord. Elle a retrouvé une ancienne collègue promue au poste de responsable de magasin

Il y a 2 mois, la responsable de magasin qu'elle remplace au moins un jour par semaine est partie en congé pendant une semaine et elle a dû assumer la charge du magasin, cela en début de mois, période d'arrivée de camions de 32 palettes à ranger seule et à noter sur un cahier, l'autre salariée étant en caisse. A son retour, la responsable lui a reproché son manque d'organisation car il restait des produits sur palette ainsi que des documents à classer sur le bureau. C'en était trop ; elle a tenu pendant 2 semaines après ces remarques qu'elle a jugées injustifiées et humiliantes et a craqué un matin suite à une remarque sur un carton pas encore rangé. Elle s'est effondrée en pleurs et a quitté le magasin pour ne plus y revenir.

Elle raconte que depuis son arrivée chez A, elle n'a jamais eu de problème car elle avait un « chef en or » ; « je n'ai jamais peiné avec lui et il ne m'a jamais traitée de fainéante et ne m'a jamais reproché de manquer d'organisation.

Elle parle du mouvement perpétuel dans ces magasins ; « quand on est bien en poste, on est mutée. ». Elle a été mutée pour passer assistante de la responsable et mise à l'essai dans ce magasin: « j'avais peur de ne pas y arriver, il y avait trop de travail, trop de tâches. » Elle reproche à la nouvelle responsable de lever le pied et de se reposer sur elle. » Elle estime qu'elle ne peut pas faire confiance à la responsable car elle fait des erreurs (factures non pointées, cartons oubliés dans la réserve « vous vous rendez compte elle a même oublié les pains au chocolat. C'est une perte complète. »

Elle ne se sentait pas capable d'assumer la fonction d'assistante de la responsable: « J'ai eu peur de ne pas y arriver, je déteste donner des ordres. Et puis on nous demande de toujours faire mieux : c'est le discount qui est comme ça, faire toujours plus. Si on a fait son travail, on ne peut pas s'asseoir une seconde, on n'a jamais fini. »

Avec l'ancien responsable, la situation était différente : « c'était comme un bouclier, il nous soutenait et il connaissait son travail ; mais on l'a sucé jusqu'au bout, il ne travaille plus, je crois qu'il est inapte. Ca me fait peur ; Il y a aussi D... qui a craqué. P ... lui il tient.

Elle me dit qu'elle a peur pour sa fille : « j'espère qu'ils ne vont pas l'user »

Elle se sent exécrable avec sa famille depuis plusieurs mois et tellement fatiguée qu'elle ne peut plus rien faire chez elle : « je ne vois pas le jour. »

Depuis qu'elle est en arrêt de travail, elle demande à sa fille de faire les courses car elle a peur de rentrer dans le magasin.

Elle a honte d'être en arrêt de travail et n'ose pas sortir de peur qu'on la traite de fainéante, elle qui n'a jamais eu d'arrêt de travail précédemment.

Au magasin, quand cela n'allait pas durant les derniers mois, on lui disait que ce n'était pas le travail mais les soucis à la maison. Sa fille pourtant va mieux avec son traitement mais elle vient d'avoir un enfant, source d'inquiétude pour sa mère. « Je l'appelle au moins 2 fois par jour et j'y passe le soir. Elle est suivie par les services sociaux et j'ai peur qu'on lui prenne le bébé. »

Pendant longtemps, elle avait du plaisir au travail et était très investie dans son travail ; pour elle, le travail était une vraie soupape : « avant je m'éclatais au travail et ça a basculé à une vitesse... Quand la responsable prenait son weekend, elle disait : »ça va aller Do ? T'es sûre que tu vas y arriver ? » Je n'avais pas le choix, il fallait y arriver ; on doit avoir le respect des gens qui viennent acheter. » Pour le respect du client et la conscience du travail bien fait, elle faisait beaucoup d'heures, non déclarées et non payées.

Madame D est fatiguée, dépressive. Elle ne dort pas bien et se réveille toutes les 2 heures, en sueur. Elle n'a aucune envie de se lever et alors qu'elle a du temps pour elle, elle manque de force et d'initiative ce qu'elle ne comprend pas.

Elle a de fortes migraines, des contractures para vertébrales majeures, a perdu 4kg en 1 mois et fume beaucoup. Le médecin traitant lui a prescrit FLUOXETINE et LARGACTYL depuis 1 mois.

Madame D est calme et sait ce qu'elle veut. Elle veut quitter son travail mais elle ne veut pas démissionner. En effet, convoquée par la CPAM après 4 semaines d'arrêt de travail, elle est informée par le médecin conseil que la meilleure solution pour elle est l'inaptitude car c'est le travail qui la rend malade ; l'arrêt de travail ne peut donc pas la guérir mais elle ira beaucoup mieux lorsqu'elle quittera le magasin. Elle me demande donc un avis d'inaptitude pour échapper à une organisation qui la presse toujours plus.

Elle veut tourner la page, repartir en intérim et refuse toute aide. Je la reverrai à 2 reprises mais ne la ferai pas changer d'avis.

Elle accepte que j'alerte le responsable de secteur sur le lien entre une organisation du travail contraignante (surcharge de travail due à une réduction d'effectifs et une recherche de productivité) et l'atteinte à sa santé. Cela me vaudra un courrier et un appel du DRH national s'étonnant qu'on puisse mettre en cause l'organisation du travail dans la survenue d'atteintes à la santé et me précisant qu'après renseignement, cette salariée avait des problèmes familiaux, véritable cause d'atteinte à sa santé.

L'entretien que j'ai avec la responsable du 1er magasin confirme la pression au travail, le manque de moyens, l'exigence des chefs de secteur : « moi je suis jeune, j'ai envie de réussir et on me donne ma chance ; je comprends ce qu'a vécu Mme D car moi aussi j'ai été harcelée à I (autre grande surface) et je suis partie en inaptitude.

J'ai aussi regardé les dossiers médicaux des salariés des 2 établissements et j'y ai retrouvé une inaptitude rédigée il y a 3 mois par un confrère et un dossier de salarié en arrêt depuis plus de 6 mois pour lombalgies, vu à 3 reprises...

Il s'agit bien encore une fois d'une salariée investie dans son travail, travail constructeur de santé pendant quelques années qui fait une décompensation

mentale en lien prioritairement avec une surcharge de travail par diminution d'effectif pour réduire les coûts et un management incompetent.

## **MADAME L : TRAVAILLER BEAUCOUP POUR GAGNER PEU**

Je vois madame L. il y a 6 mois, pour une seule visite à la demande de ma collègue en formation dans le service, pour conforter l'avis d'incapacité qu'elle a prononcé.

Madame L est en arrêt de travail depuis plus de 6 mois et a sollicité un rendez vous suite à une mise en invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie

Madame L travaille dans un magasin dépendant d'une chaîne de magasins de vêtements.

Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans vivant seule, maman d'un enfant de 9 ans, heureusement très entourée par sa famille.

Elle a occupé un poste de garde malade pendant 11 ans auprès de personnes âgées en difficulté. Elle a quitté son emploi et sa région suite à un divorce en 2005.

A son arrivée dans la région début 2006, elle est embauchée à l'ouverture du magasin pour 22h/semaine au poste de conseillère en clientèle comme ses collègues (conseillère en clientèle étant inscrit sur le badge bien visible porté sur le chemisier). Le recrutement est de 8 salariées femmes à l'ouverture du magasin puis 5 salariées en fonctionnement normal.

Toutes les salariées, conseillères en clientèle effectuent des tâches classiques de vendeuse en magasin: tenue de la caisse, mise en rayon, étiquetage, manutention et rangement, conseil aux clients, surveillance des clients car c'est le magasin de la région ayant le plus grand nombre de vols.

Madame L parle avec fierté de l'ouverture du magasin il y a près de 4ans.

L'équipe de salariées très investie a beaucoup travaillé pour installer et créer le magasin. Elle a beaucoup aimé travailler durant cette période comme ses collègues malgré les heures faites et non payées (on ne comptait pas notre temps.)

Madame L parle d'un vrai collectif de travail où chacune pouvait exprimer ses désaccords, où il y avait de l'entraide pour un bon fonctionnement du magasin.

Le travail était difficile mais plaisant même s'il n'y avait pas beaucoup de temps laissé au conseil des clientes malgré le badge au titre pompeux. Le magasin tournait bien et faisait le meilleur chiffre de la région (ce chiffre est communiqué régulièrement aux salariées).

Par contre, aucune reconnaissance financière, salaire au plus bas à 22h mais des ristournes sur l'achat de vêtements et des cadeaux à Noël.

En 2 ans depuis l'ouverture du magasin, les salariées avaient cumulé 25 minutes/ jour travaillé de temps non rémunéré.

Lors de la venue du directeur régional, elle a demandé au nom de ses collègues qui n'ont rien dit et ne l'ont pas soutenue, le paiement des heures faites car cette injustice devenait insupportable au regard du chiffre d'affaires : « tout travail mérite salaire. » Une prime de 30 euros leur a été attribuée ce qu'elle a vécu comme un « manque de respect et du mépris après tout ce qu'on adonné. ».

Madame L ayant gardé ses plannings d'heures travaillées et s'étant renseigné auprès des prud'hommes a revu le directeur régional pour lui demander la juste rémunération des heures travaillées ce qui a suscité la colère du responsable (notamment à l'évocation du mot prud'hommes) et le paiement des heures en lui demandant de ne pas le dire à ses collègues ce qui l'a choquée. Elle en informe malgré tout ses collègues qui ne réclament pas leur chèque.

Madame L a été choquée par le comportement de ses collègues.

Quelques mois plus tard, fin 2007, une nouvelle organisation du travail est mise en place avec la création d'un poste de directrice de magasin à temps plein. Cela a été dur.

Il y avait un vrai collectif de travail avec des coopérations dans le groupe mais à l'annonce de l'arrivée d'une directrice, 2 anciennes collègues sont parties.

De l'équipe solidaire, il ne reste que 2 anciennes collègues (une qui reste car son mari a un emploi à temps plein et qui vient récemment de passer à 35h et une collègue jeune, qui vit chez ses parents) et madame L qui a un enfant à élever.

Pour compléter l'équipe, il y a 2 collègues, toujours de nouvelles recrues, expression d'un turn-over qu'elle attribue à un travail physique et à temps partiel.

Les contrats de travail sont des contrats avec avenant à répétition renouvelé à la demande en fonction des événements promotionnels, au moment des fêtes...

Elle pense avoir une part de responsabilité dans la mise en place de la nouvelle organisation, qui diminue l'autonomie du groupe et restreint les marges de manœuvre de l'équipe en n'autorisant plus ces réajustements permanents qui les rendait fières de leur travail.

Un sentiment d'injustice l'anime car dans le cadre de cette réorganisation, des formations de merchandising ont été mises en place mais jamais proposées aux salariées car elles s'accompagnaient d'un pourcentage sur les ventes pour la vendeuse concernée. Or aujourd'hui ce pourcentage est récupéré par la directrice.

Le poste de directrice lui a été proposé suite à ses réclamations mais elle n'avait pas assez confiance en elle pour le prendre.

Madame L est victime d'un accident de trajet en janvier 2008 avec pour conséquence une voiture « écrasée », un traumatisme physique (entorse cervicale et contusion du bassin) et un traumatisme psychique décompensé ultérieurement. Elle a eu très peur car elle est restée prisonnière dans sa voiture pendant de longues minutes, la fumée envahissant l'habitacle.

Elle a repris le travail après 3 mois d'arrêt de travail, le cou restant extrêmement douloureux malgré les séances de rééducation ; elle a tenu au travail pendant un mois puis a été de nouveau arrêtée pour décompensation dépressive. Elle se sent « diminuée » car elle n'arrive plus à suivre le rythme de travail.

A noter que madame L a repris le travail en période de réorganisation.

Cette réorganisation se traduit par une diminution d'autonomie, par des contrôles permanents : le système informatique oblige à rentrer chaque article sorti des cartons ce qui permet de contrôler le temps mis à vider un carton.

A son retour, la responsable lui a fait des remarques devant les collègues « vous êtes moins bonne » car elle met plus de temps pour transporter les cartons lourds en raison des douleurs. « Moi qui ai toujours été la plus rapide pour mettre les antivols, j'ai des difficultés. « Elle répète qu' « elle se sentait diminuée » et que ça l'enfonçait et elle n'arrivait plus à aller dans les rayons, à rencontrer les

clients : « Entendre tout le temps que je n'étais pas douée me faisait perdre confiance en moi, déjà que je n'ai jamais eu confiance en moi ; et ensuite je ne me croyais plus capable de conseiller les clients. »

Elle précise qu'elle « adorait » la caisse car c'est réellement le seul moment durant lequel la vendeuse peut dire quelques mots aux clientes. « *et là, je ne pouvais même plus le faire.* » De la caisse 1, la responsable l'a mise à la caisse 2 où cela va moins vite. Mais elle est prise de panique, à l'approche des clientes : « de voir arriver la clientèle, tout se brouillait dans ma tête ; j'entendais un brouhaha, je ne voyais plus les visages, j'étais en nage et on voyait que ça n'allait pas. »

Les derniers mois avant son arrêt de travail, elle ne faisait plus que de la manutention consistant à apporter les cartons, les vider, ranger les portants, alors qu'elle souffrait énormément de la nuque et de la tête.

Cela a duré des mois après sa reprise du travail pour syndrome dépressif ; cela allait de plus en plus mal. « Je ne dormais plus tellement je souffrais, je ne supportais plus de sortir tellement j'avais peur de la foule ; aujourd'hui encore, je ne fais mes courses qu'accompagnée. »

Madame L est alors hospitalisée et traitée pour névrose phobique avec suivi psychiatrique régulier et traitement neuropsychiatrique lourd sans amélioration notable.

En effet pour me rencontrer, elle a choisi de prendre un rendez vous à midi car le matin, elle est ralentie et a du mal à se lever ; s'occuper de son enfant mobilise toute son énergie ; sa mère lui rend visite tous les jours et l'assiste dans ses tâches ménagères.

Le cas de madame L a dû être jugé très grave par la CPAM car suite à un arrêt de travail de plus de 6 mois, une pension d'invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie lui a été attribuée après une seule rencontre avec le médecin conseil de la CPAM.

Je rencontre une femme anxieuse qui a perdu ses repères et panique à l'idée de reprendre son travail. Elle demande à être libérée de son contrat de travail.

Mais elle ne comprend pas la décision du médecin conseil qui l'enferme dans un statut de malade « incurable » et évoque le projet de travailler dans le domaine de l'aide à la personne, expérience professionnelle antérieure où elle a toujours eu un sentiment d'utilité.

Au fil de ces trois histoires cliniques, que je qualifierais malheureusement d'histoires ordinaires car trop fréquemment rencontrées dans mon exercice professionnel en service inter entreprise, je me suis attachée à essayer de comprendre ce qui fait difficulté dans le travail et résonne et peut s'infiltrer dans les failles identitaires des salariés.

Dans ces consultations, il m'a été difficile d'investiguer le collectif et il me manque les histoires des autres salariées de ces établissements, clés pour la compréhension et l'analyse. C'est une perte de repères dans ma pratique professionnelle, de me retrouver confrontée à des personnes malmenées dans leur travail dans de très petites entreprises et petits commerces que je ne connais pas et dont je ne connais les salariés que par le biais d'une visite de reprise ou de pré reprise.

En effet ma pratique s'est déployée pendant plus de 20 ans, certes en service inter entreprise mais avec la charge de plus grosses entreprises dont j'avais appris à connaître les salariés et les modes de fonctionnement des établissements.

## Monographies de cas cliniques N°12

### "Ce n'est pas du chronométrage, c'est du rendement."

#### La caissière : Mme E.

Mme E a 46 ans. Elle est divorcée depuis 6 ans et élève seule sa fille âgée maintenant de 17 ans. Elle s'est arrêtée de travailler durant 15 années pour élever cette enfant.

C'est le divorce qui la remet sur le marché de l'emploi.

Elle est donc embauchée en 2002, après son divorce, dans le supermarché où elle travaille toujours actuellement. Elle signe un contrat de 26H30 par semaine dans lequel il est précisé que toutes les heures qu'elle fera en plus lui seront payées en heures complémentaires. Pour résumer, elle n'a pas un contrat annualisé. Comme elle fait régulièrement des heures en plus, elle est très satisfaite de cette formule.

En reprenant son dossier médical, on peut noter qu'elle a été vue tous les deux ans, que des petits symptômes d'anxiété sont toujours signalés, qu'elle présente des troubles du sommeil et qu'elle prend du Temesta par périodes. En 2006, le magasin a changé d'enseigne. Elle dit au médecin que les départs ne sont pas remplacés, qu'elle travaille dans le froid car les petits radiateurs individuels attribués aux caissières ont été supprimés et le chauffage du magasin rénové et agrandi est défectueux, elle dit qu'elle a envie de quitter le commerce.

En 2008 elle est toujours là et elle est reçue en consultation périodique. Elle accepte sans aucune réticence la présence d'une infirmière qui est présentée comme étant en apprentissage du métier d'infirmière en médecine du travail.

Elle a eu un arrêt de travail de 5 semaines en mai 2007 pour une opération du canal carpien droit. Sa maladie n'a pas été déclarée en MP alors qu'elle ne fait que des gestes répétitifs. La consultation de reprise n'avait d'ailleurs pas été demandée. Le poignet gauche la fait souffrir et la réveille la nuit. Elle souffre aussi des deux épaules. Elle est droitère. Elle explique qu'elle change donc régulièrement de caisse pour mobiliser alternativement ses deux membres supérieurs. Le médecin lui explique qu'il est à sa disposition pour faire le certificat médical de déclaration de MP pour le canal carpien gauche lorsqu'elle aura pris sa décision d'intervention. Elle est très hésitante car elle a beaucoup souffert au moment de l'anesthésie de son poignet droit.

Le médecin sait que les caissières de ce magasin sont chronométrées et qu'elles s'en plaignent toutes. Il lui demande comment elle s'y prend avec ses douleurs. Elle dit qu'elle ne monte pas le rythme. Elle reste à 25 articles à la minute, alors que certaines de ses collègues accélèrent et font de 26 à 30 articles.

Elles sont chronométrées du moment où elles commencent à passer les articles au moment du passage du dernier. Lorsqu'elles arrivent au total, la mesure cesse. Elles attendent alors que le client ait rempli son caddie, car le client ne peut suivre ce rythme. Le médecin l'interroge sur les réactions de clients. « Certains ne sont pas contents » dit-elle, « et ils me demandent pourquoi je les bouscule. J'ai dit l'autre jour à un monsieur qui bougonnait parce que j'allais trop

vite que c'était parce qu'on me chronométrait. Il est alors allé voir la cheffe de caisse pour lui rapporter cela et se plaindre. Évidemment, elle est venue me voir en me disant que je n'avais pas à dire cela aux clients, que ce n'était pas vrai, que ce n'était pas chronométrage mais du rendement ! ».

Les horaires de Mme E sont très variables mais elle connaît toujours ses plannings trois semaines à l'avance. Actuellement, elle fait plus que son horaire hebdomadaire prescrit. Ses heures faites en plus lui sont donc rémunérées. Elle est la seule à bénéficier de ce traitement, grâce à son contrat. Toutes ses collègues sont annualisées. On a déjà plusieurs fois essayé de lui refaire un contrat mais elle s'accroche, elle refuse.

Son examen clinique est normal.

Elle se rhabille, prête à partir et, à ce moment-là, elle dit « cette année j'ai eu de gros soucis ! ». Et elle raconte, sans même prendre les précautions d'usage auxquelles tout médecin est habitué depuis longtemps dans ces situations et qui consistent à dire « ce que je dis ne sort pas d'ici ? C'est sûr ? C'est bien le secret médical ? ». D'autant plus que ce jour-là, l'infirmière stagiaire était présente !

Elle a eu un vol de caisse qui s'est déroulé de la façon suivante. Elle devait prendre sa pause. Avant de partir, elle vérifie sa caisse. Elle avait atteint la somme d'argent qu'il faut retirer pour la porter en caisse centrale. Ce qu'on appelle dans le jargon professionnel « faire un prélèvement ». Dans ce cas, on sort l'argent liquide en billets, on le compte, on le met dans une enveloppe, on ferme sa caisse à clé et on emmène l'enveloppe à la cheffe de caisse. Or, ce jour-là la cheffe était sur une ligne de caisse en remplacement. Ne voulant pas la déranger en pleine activité clientèle, elle décide de laisser l'enveloppe dans la caisse et de fermer. À son retour, elle se prépare à récupérer l'enveloppe et à la porter à la cheffe. L'enveloppe avait disparu ! Elle contenait 465 euros. L'informatique confirmera bien qu'elle avait verrouillé sa caisse pour partir en pause. Mme E a eu beau chercher le moment d'inattention qui a permis le vol, c'est le brouillard, elle ne se souvient pas. Elle est effondrée, demande à ce qu'on la fouille, à ce qu'on fouille son vestiaire... Rien à faire, elle est suspectée. Elle s'attend à être licenciée.

En fait, elle aura 4 jours de mise à pied, ce qui est une peine légère nous explique-t-elle. « Nous faisons toutes des erreurs de caisse, c'est obligé. Pour une erreur de 50 euros une collègue a eu trois jours de mise à pied ! ». Elle se sent donc privilégiée. Ce qui nous semble un trouble de fonctionnement social qui ressemble à une sorte de folie managériale, puisque les vols sont pratiquement impossibles, l'informatique enregistrant tout. En fin de compte, Mme E en a déduit que l'enveloppe lui a été volée le temps de sa période d'inattention qui correspondait au repérage de la cheffe sur sa ligne de caisse.

Elle a demandé à ce que ses quatre jours soient annoncés comme étant une absence pour congés. Malgré tout, certaines de ses collègues ont su, ou supposé, ou compris et, à sa reprise de poste, elle a fait l'objet de remarques désagréables, voire d'un rejet ostensible de la part de certaines.

Ces sanctions, par leur injustice, introduisent des agressivités qui mettent en rivalité les caissières. Cela les empêche évidemment de penser le lien entre le fait d'aller vite et de faire des erreurs par l'induction de troubles cognitifs liés à un bousculement de la pensée.

La cheffe caissière a été obligée de réunir les caissières pour leur ordonner d'arrêter les manifestations de suspicion envers Mme E sous peine de sanction !!

On tourne en rond et on les pousse à tourner en vrille.

Le médecin du travail n'y peut rien. En revanche, il a découvert une question supplémentaire à poser au cours des entretiens médico-professionnels : « faites-vous parfois des erreurs de caisse ? Comment cela peut-il se produire ? Quelles sont les conséquences ?

Cet établissement, qui emploie moins de 50 personnes à temps plein, dispose d'un CHSCT d'entreprise tournant. Il existe cinq établissements sur le département.

À chaque réunion, une visite de l'établissement est réalisée. Une grille de repérage des risques est préétablie. Il suffit de noter ce qui ne correspond pas à la norme. Les caisses sont examinées, les fauteuils, les positions, les scanners,...etc.

Il est certain que jamais une caissière ne dévoilera ce qui a été rendu dans le cabinet médical à un autre personnel de prévention que l'équipe médicale. L'approche par les risques (le froid, les risques de coupures, les sols glissants, ...etc.) ne permettront jamais d'approcher ces fonctionnements organisationnels et managériaux qui ont des effets sur la santé.

C'est ce qui fait toute l'importance de l'approche clinique.

# Table des Matières

	Pages
<b>Programme</b>	2
<b>Bibliographie</b> : Annie Deveaux, Alain Randon	3
<b><u>4-THEMES</u></b>	6
<u>Thème 1</u> Clinique médicale du travail : origines, concepts, définitions, pratiques <i>Alain Carré, Nicolas Sandret, Huguette Martinez</i>	6
<u>Thème 2</u> Une histoire clinique à comprendre ensemble : Résumé	
Monographie A propos de la santé d'Arthur.....	10
Monographie Une entreprise familiale <i>Annie Deveaux, Alain Grossetête</i>	18
<u>Thème 3</u> Une pratique clinique "inter-compréhensive" pour accéder aux effets du travail et du " travailler " sur la santé <i>Odile Riquet, Dominique Huez</i>	25
<u>Thème 4</u> Ouvrir à la prévention individuelle et collective ; par la clinique médicale du travail <i>Florence Jégou, Gérard Lucas, Thérèse Buret</i>	35
<b><u>14-MONOGRAPHIES</u></b>	46
<u>Monographie 1 G</u> "J'avais peur de faire une bêtise " Un certificat médical pour stress post-traumatique	47
<u>Monographie 2 G</u> Une alerte pour danger grave et imminent collectif	49
<u>Monographie 3 G</u> Mr B, adjoint chef d'équipe en Logistique	51
<u>Monographie 4 G</u> Un standard intenable	53
<u>Monographie 5 G</u> MELIANE, ANISSA et AGNES. Quand le corps est attaqué par la souffrance.....	58
<u>Monographie 6 G</u> "Je ne veux plus faire ce travail".....	66
<u>Monographie 7 G</u> Me B et son "diabète".....	68
<u>Monographie 8 SMT</u> Attester de la maltraitance organisationnelle	71
<u>Monographie 9 SMT</u> Une simple rixe en entreprise ?.....	74
<u>Monographie 10 SMT</u> "Travailler en couple, intrication de l'économie du travailler et de l'économie du désir" .....	80
<u>Monographie 11 SMT</u> Histoires cliniques au fil des consultations...	83
<u>Monographie 12 SMT</u> Ce n'est pas du chronométrage, c'est du rendement.".....	95
<b>Table des Matières</b>	





