

Transformations des organisations du travail, nouvelles pathologies : défis à la clinique médicale

Philippe Davezies

*(Contribution au rapport "Nouvelles organisations du travail et santé mentale",
25èmes Journées Nationales de Médecine du Travail, Strasbourg, 24 juin 1998.
Publication : Arch. Mal. Prof, 60, 6, 1999, 542-550).*

Les évolutions des dernières décennies ont considérablement accru la gamme des problèmes de santé au travail vis-à-vis desquels les médecins du travail voient leur responsabilité engagée. Alors que les atteintes liées aux nuisances physico-chimiques demeurent préoccupantes, nous avons vu monter en puissance les pathologies d'hypersollicitation et une souffrance psychique qui témoigne de l'acuité des conflits de valeur et de la perte de sens du travail ressentis par de nombreux salariés.

Nous sommes donc confrontés à trois types de questions de natures très différentes : celle traditionnelle des risques professionnels, celle de l'intensité du travail et celle du sens. Trois types de questions dont la prise en charge relève, au moins en première approximation, de problématiques scientifiques distinctes : toxicologie, épidémiologie, hygiène industrielle pour les risques traditionnels, ergonomie pour les pathologies d'hypersollicitation, et psychodynamique pour la souffrance psychique.

Cette diversification des problèmes et des approches rend plus que jamais nécessaire la mise en place de services de santé au travail pluridisciplinaires. Un accord très général existe sur ce point. En revanche, les choses sont beaucoup moins claires quant aux leçons à tirer de ces évolutions pour la médecine du travail.

I - Quelles perspectives pour la médecine du travail ?

Deux perspectives sont clairement identifiées : soit rechercher une évolution a minima en réalisant la pluridisciplinarité par l'embauche de techniciens ; soit opter pour une solution plus ambitieuse en poussant les médecins à la spécialisation. Mais l'évolution des problèmes de santé au travail peut conduire à proposer une troisième direction : celle de la construction de la médecine du travail comme véritable spécialité dotée d'un regard et d'une clinique spécifique et susceptible d'apporter sa contribution à la santé au travail à côté des autres disciplines.

1°) Une évolution a minima

Dans la conception la plus traditionnelle, la médecine du travail apparaît comme une accumulation de fragments plus ou moins importants des disciplines qui, de près ou de loin, touchent à la santé au travail : médecine générale, expertise médico-administrative, toxicologie, épidémiologie, hygiène industrielle,

ergonomie, psychodynamique... Cette conception se traduit par une représentation en marguerite dans laquelle chaque pétale représente une discipline. Au centre, la personne du médecin est sensée assurer la cohérence de l'ensemble. Dans cette perspective, le développement de la pluridisciplinarité se traduit par la mise en place de techniciens appelés à travailler sous le contrôle et la responsabilité du médecin. En dépit de la position dominante qu'elle accorde au médecin, cette option procède d'une conception faible de la médecine du travail. Elle conduit nécessairement à mettre en doute son existence comme discipline autonome.

2°) La spécialisation

Le repérage de cette faiblesse conduit à la deuxième option. Considérant qu'il n'est pas possible pour un médecin, même aidé de techniciens, de maîtriser, à un niveau suffisant, l'ensemble des disciplines concernées par la santé au travail, les médecins sont invités à se les répartir et à acquérir, chacun, une véritable spécialité (18). Dans cette perspective, la médecine du travail elle-même n'existe pas en tant que spécialité. Elle n'est qu'un dispositif institutionnel, un cadre réglementaire, susceptible d'être habité par une pluralité de métiers. La pluridisciplinarité doit alors se construire au sein de ce dispositif. Cette option a une grande cohérence. Elle permet d'envisager une transition en douceur de la médecine du travail vers les services de santé au travail en remplaçant, lors de leurs départs, les médecins spécialisés dans telle ou telle discipline par des spécialistes qui n'ont pas besoin d'avoir fait dix ans de médecine pour être compétents.

3°) La construction d'une clinique spécifique

Il est enfin possible de proposer une troisième option que je développerai, car elle me semble mieux correspondre à l'état actuel des questions de santé au travail. En effet, les propositions de réforme de notre système de santé au travail sont, bien souvent, fondées sur une analyse qui ne prend pas en compte les évolutions récentes. A la base de cette analyse, il y a l'observation d'une tendance lourde : les atteintes à la santé par les nuisances physico-chimiques du travail se manifestent sous des formes de plus en plus insidieuses (pathologies à long terme ou pathologies non spécifiques). Cette évolution diminuerait, voire supprimerait, l'intérêt de l'approche par la clinique individuelle. La mise en évidence des formes actuelles d'atteinte à la santé relèverait avant tout de la surveillance épidémiologique, et la prévention, d'une intervention technique sur les risques professionnels identifiés par l'épidémiologie. Pour la communauté de travail composée de gens en bonne santé, les maladies professionnelles auraient une réalité de plus en plus abstraite. Elles ne concerneraient que des fractions toujours plus limitées du personnel, et toucheraient des salariés qui ont bien souvent quitté l'entreprise depuis longtemps. Ces constats légitiment des conceptions très optimistes de l'action préventive. L'accent se déplace de la pathologie à la santé. Au niveau des instances internationales, la prévention cède la place à la promotion de la santé, et celle-ci, comme l'a précisé la conférence d'Ottawa, ne relève pas spécialement de la médecine.

Il y a beaucoup de vrai dans une cette analyse, mais elle ne tient pas compte de la transformation du panorama introduite par la crise du travail. Le regain d'intérêt perceptible, en France, pour la santé au travail est lié à l'irruption de phénomènes pathologiques massifs au premier rang desquels il faut ranger les pathologies d'hypersollicitation et celles qui sont liées à la souffrance psychique. Nous changeons alors de registre. Il ne s'agit plus de pathologies rares, discrètes ou à long terme. Les enquêtes épidémiologiques le montrent : une fraction importante des salariés *en poste* présente des manifestations pathologiques ou infra-pathologiques qui prennent, dans le contexte de rigidification et d'intensification du travail que nous connaissons, une importance et une gravité qu'elles n'avaient pas à d'autres époques. Sur la lancée des époques précédentes, beaucoup de médecins du travail tentent d'approcher ces phénomènes avec les outils épidémiologiques qu'ils ont acquis pour l'étude et le suivi des risques professionnels. Mais il faut bien constater que ces outils ne donnent pas les clefs de compréhension des phénomènes observés. Les résultats produits par l'épidémiologie sont bien adaptés à la mise en place de grands programmes ; ils sont en revanche peu utilisables dès que l'action implique la prise en compte des dimensions singulières de la situation, comme c'est le cas pour les pathologies d'hypersollicitation et pour les effets de la souffrance psychique.

Les évolutions du monde du travail et des problèmes de santé qu'elles génèrent sont donc à l'origine d'un double mouvement. D'un côté, il est incontestable que les atteintes traditionnelles évoluent vers des formes plus insidieuses au moment où les nouveaux modes de gestion de la main d'œuvre (flexibilité - précarité) rendent encore plus difficile leur repérage. Le renforcement de l'épidémiologie professionnelle est, de ce fait et plus que jamais, une nécessité. Mais en même temps, l'impact en terme de santé des évolutions de l'organisation du travail impose le développement d'analyses cliniques qui permettent de saisir les liens entre les manifestations pathologiques d'une part, le travail et son organisation d'autre part. Et sur ce point, l'apport de la clinique médicale est irremplaçable.

4°) Les obstacles au développement d'une clinique du travail.

Mon propos n'est cependant pas de m'appuyer sur la montée de nouveaux problèmes de santé au travail pour légitimer un discours de défense corporatiste de la médecine du travail. L'idée est au contraire que la médecine du travail ne peut pas rester en l'état. Deux obstacles s'opposent en effet au développement des analyses cliniques en médecine du travail.

L'obstacle le plus manifeste est d'ordre institutionnel. La médecine du travail est encore empêtrée dans un mode d'exercice dont la doctrine provient du double héritage de la rationalisation taylorienne et de la médecine d'assurance. Cet héritage trouve sa principale expression dans la focalisation de la consultation médicale sur la question de l'aptitude.

Mais il existe aussi un obstacle théorique. La médecine du travail reste prisonnière de conceptions du travail extrêmement étroites. L'ergonomie, la sociologie, la recherche en gestion, la psychodynamique ont toutes mis en exergue, au cours des dernières décennies, les dimensions d'activité,

d'engagement subjectif, de construction, d'invention, de subversion, inhérentes à tout travail. Or la médecine du travail en est restée à une conception déterministe qui limite le travail à un système de contraintes objectives. Très généralement, le travail est réduit à la tâche et cette réduction interdit toute compréhension réelle aussi bien des modes d'atteinte à la santé que du rapport aux risques et à la prévention. Nous avons alors, au mieux, une médecine des risques professionnels mais certainement pas une médecine du travail.

Une clinique, même médicale, du travail suppose une toute autre compréhension du travail. Le travail articule toujours une dimension objective et une dimension subjective : travail de production et travail identitaire. Le premier aspect est peut-être déterminant du point de vue de l'économie ; mais pour la santé, le second est incontournable. Le travail identitaire, c'est cette part de l'activité professionnelle qui se manifeste par le fait que chacun travaille avec un style propre, colore de façon singulière la tâche qui lui est confiée, et se présente ainsi comme porteur d'un projet ou, pour reprendre une expression de Ricoeur, comme "porteur d'une proposition de monde". Par là, le travail rejoint l'action au sens qu'Arendt donne à ce terme, c'est à dire au sens de manifestation de soi ou, pour reprendre son expression, de "révélation du qui" (3). Et cet aspect devrait concerner au premier chef le médecin du travail. En effet, le principal problème de l'organisation du travail consiste à articuler objectifs économiques et enjeux personnels. Et les atteintes à la santé constituent les traces matérielles de l'échec de cette articulation.

L'ergonomie et la psychodynamique nous fournissent les éléments nécessaires à un réarmement théorique et à une réorientation pratique de la médecine du travail, mais à condition que nous n'envisagions pas cet apport sur le mode de l'empilement de compétences hétérogènes. Il ne s'agit pas d'ajouter des éléments d'ergonomie ou de psychodynamique à la pratique médicale telle que nous la connaissons depuis cinquante ans, mais de ré-envisager la clinique médicale à la lumière des acquis de ces disciplines. L'enjeu en serait la construction d'une véritable spécialité dotée d'une clinique spécifique et susceptible d'apporter une contribution originale à côté de celle des autres professionnels. Une telle clinique articulerait l'analyse des situations de travail et le dépistage des atteintes à la santé, mais en sachant que les éléments de la situation n'agissent pas indépendamment de la façon dont les agents et la hiérarchie vivent et investissent l'expérience du travail.

II - Eléments pour une clinique du travail

Je vous propose d'admettre, pour un instant, la perspective d'une clinique médicale du travail. En tant que clinique médicale, elle envisage le travail à partir des atteintes à la santé. Elle se distingue ainsi d'autres approches cliniques du travail telles que l'ergonomie, la psychodynamique ou la clinique de l'activité développée en psychologie du travail (7). Mais la référence à une conception forte du travail la distingue aussi des autres disciplines médicales pour lesquelles le travail constitue au mieux un élément parmi d'autres du cadre de vie.

Si une telle clinique peut exister, elle doit se différencier par son mode de description de la réalité. Prenons l'exemple d'une atteinte tendineuse par hypersollicitation. Le rhumatologue attachera une importance particulière à certains aspects du tableau clinique. Sa description ne sera pas strictement superposable à celle de l'expert dont la mission est de se prononcer sur la prise en charge médico-administrative. De même, s'il est consulté, le psychosomaticien donnera, de la même atteinte, une autre lecture. Dans chaque cas, la description est déterminée par les objectifs spécifiques du praticien. Dans le cas du médecin du travail, la prise en compte du travail comme expérience subjective de première importance devrait conduire à une description tout à fait singulière de la pathologie (16). Cette façon particulière d'aborder et de décrire un phénomène pathologique permettrait de caractériser la médecine du travail comme spécialité.

Il n'est pas question, ici, de faire un exposé complet de l'ensemble des problèmes posés par la construction d'une clinique médicale du travail. Je me bornerai à ébaucher quelques pistes pour une meilleure prise en compte du travail, le déficit sur ce point constituant à mon sens le principal obstacle au développement de la médecine du travail comme véritable spécialité.

1°) Le rapport à la demande des agents : écoute, travail et action.

Le premier moment de la démarche clinique concerne la rencontre avec les agents au cabinet médical et le positionnement du médecin vis-à-vis de la demande. Ce problème est commun à toute démarche de soin, mais il prend une importance croissante lorsque l'on va des disciplines les plus instrumentales dans lesquelles prime l'activité du médecin, à celles qui mettent le médecin en position d'assistance vis-à-vis de l'activité du sujet. Et de ce point de vue, la médecine du travail se trouve dans une position extrême.

La demande adressée au médecin est l'expression d'une souffrance, définie selon Ricoeur par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir - souffrance liée à la destruction du "pouvoir faire" et ressentie comme une atteinte à l'intégrité du soi (30).

Ainsi, la demande adressée au médecin du travail par un salarié témoigne toujours d'une difficulté à penser la situation et d'une perte du pouvoir d'agir sur elle. En revanche, le médecin se trouve investi par le demandeur d'un savoir potentiel sur sa souffrance et d'un pouvoir d'agir sur la situation.

Deux positions sont alors possibles : la première, particulièrement bien intentionnée, consiste à répondre directement à la demande de prise en charge. Mais c'est une direction périlleuse, car, en réalité, le médecin ne sait pas et sa capacité d'action sur la situation est, à ce stade, à peu près nulle. La gamme de réponse s'impose alors d'elle-même : tentative de dédramatisation ou manifestation de compassion, suivie d'une distribution de "bons conseils".

Une telle attitude vise surtout à réduire la tension éprouvée par le médecin face à une souffrance qu'il n'a pas les moyens de prendre en charge. Elle n'a que peu d'effet sur la capacité d'action du salarié.

L'attitude professionnelle consiste à considérer que, le premier enjeu de la clinique, c'est la récupération par le sujet de cette capacité de penser et d'agir dont il a investi le médecin. Cela suppose, pour ce dernier, d'accepter de

descendre du piédestal où le met le patient. Il faut, dit Henry Ey (17) en parlant de l'abord de la subjectivité par le médecin praticien, "accepter de renverser la position rassurante et active, pour apprendre et tolérer la position de "l'écoute", qui est non savoir et non pouvoir". Dans la même perspective, Tatossian (34) oppose une assistance "substituante dominante" et une assistance "décevante libérante". Et Dejours (14), s'adressant aux professionnels de la santé au travail, parle d'assistance non substitutive à la pensée.

En d'autres termes, ni le salarié ni le médecin ne comprennent de quoi il retourne. Ce que peut réellement offrir le médecin, ce n'est pas une prise en charge mais une proposition de travail en commun.

2°) L'assistance à la pensée

L'assistance à la pensée implique avant tout une ouverture à ce que dit le patient. Ecoute attentive qui donne en quelque sorte accès un état des lieux et dont il importe de garder trace pour évaluer le chemin parcouru ou non au cours de l'entretien. Car il s'agit d'une écoute active. Elle est dite compréhensive, mais ce terme prête à confusion. Il est trop souvent entendu comme évoquant une compréhension immédiate du patient par le médecin. La porte est alors largement ouverte à toutes les interprétations a priori et à toutes les projections. En réalité, parler d'écoute compréhensive signifie que l'on tente, au prix d'un travail, de voir les choses non pas de son propre point de vue mais du point de vue du patient. Il ne suffit pas de percevoir la souffrance ni de repérer les manifestations pathologiques ou infra-pathologiques. Il faut comprendre comment s'articulent, pour le sujet, ces manifestations, sa souffrance et son travail. Et pour cela, admettre que l'on ne connaît pas le travail, que l'on ne sait jamais a priori quels sont les enjeux et les ressorts de l'engagement d'un salarié dans son activité. Il faut aussi savoir que la nature de son engagement est, pour partie, obscure aux yeux du salarié lui-même. Comprendre son point de vue implique, pour partie, de l'aider à le construire.

Dans ce but, il faut se faire expliquer, se faire raconter. Et, quel que soit le problème, se faire raconter le plus concrètement possible. Non pas comment ça se passe en général, ni la personnalité du chef ou du collègue dont chacun sait qu'il est comme ceci ou comme cela, mais comment ça s'est passé à une occasion précise où le problème s'est manifesté.

Les salariés présentent très généralement leurs problèmes comme des problèmes relationnels. La porte est alors ouverte à la psychologisation. Et celle-ci n'offre aucune perspective d'action. Or les problèmes relationnels recouvrent toujours des problèmes de travail. Il faut donc solliciter des récits qui situent le conflit en référence avec le travail. De récits qui expriment non seulement le ressenti, la surprise, le vécu d'injustice, la colère ou la honte, mais précisément les circonstances, les faits, leur importance pour le sujet, les objectifs de son activité et les obstacles auxquels il se heurte. La souffrance trouve son origine dans les contradictions de l'activité et l'analyse de celles-ci est un point de passage obligé pour l'action. "Si l'on veut saisir le travail humain comme un inverseur de nécessité," dit Clot (6), "il faut s'installer dans ses dissonances sans les assourdir : une activité sans contradictions est une activité sans possibilités".

Deux notions occupent ici une position-clé : celle d'événement et celle de récit.

L'événement a un statut central, à l'articulation entre subjectivité et organisation du travail. L'événement est raconté parce qu'il ne s'intègre pas de façon harmonieuse dans le rapport subjectif au travail. Mais la capacité à faire face aux événements constitue aussi une dimension déterminante de la performance des nouvelles organisations du travail (35). Raconter des événements précis permet de sortir des discours convenus pour aborder le travail d'analyse dans la double direction des failles de l'organisation du travail et de l'impact de l'événement sur le sujet. L'événement permet donc de faire le lien entre la souffrance personnelle qu'il suscite et des préoccupations collectivement partagées. L'événement - dit Ricoeur (30) - "comporte des potentialités de développement qui demandent à être sauvées".

Le propre de l'événement c'est de pouvoir être raconté et le récit constitue une pièce essentielle de l'approche clinique en médecine du travail. J'illustrerai cette affirmation par trois points :

- le récit fournit une description subjective de la situation et donne ainsi accès aux dimensions dramatiques de l'action;
- la production du récit implique un travail de la part de l'agent,
- l'enjeu de cette construction c'est la reconnaissance par la collectivité et, à travers elle, l'identité et la santé.

Le récit donne accès à l'événement et à la situation telle qu'ils sont subjectivement vécus. Aux éléments objectifs, il mêle des projets, des attentes, des anticipations. "En un sens,- dit Ricoeur - il ne raconte que le souci" (30). Il y a là un point délicat. Le médecin a en effet tendance à penser qu'il n'existe qu'une description fiable de la situation : la description objective référée à des contenus physiques. Au contraire, "le récit refait le monde humain de l'action" (29). Et dans ce monde, il y a toujours, vis-à-vis d'un événement, une pluralité de perspectives possibles. De ce fait, la description des situations constitue un enjeu central des rapports de force entre êtres humains. Le mode le plus ordinaire de domination consiste à faire adopter à l'autre sa propre description afin de canaliser voire d'annihiler ses possibilités d'action (Voir 5). Ainsi, ce que l'on donne le plus souvent comme description objective du travail n'est en fait qu'une description gestionnaire (24, 25, 26).

Le propos du médecin n'est pas d'adopter telle ou telle des descriptions qui s'affrontent dans le milieu de travail mais d'aider à comprendre les conflits, les drames, et les enjeux de santé sous-jacents. Et la responsabilité du médecin est particulièrement engagée vis-à-vis des descriptions que font, de leur activité et du monde, les victimes des atteintes à la santé.

Le récit implique un travail de la part de l'agent. Celui-ci se trouve en position de devoir raconter son histoire de façon à ce qu'elle soit comprise par le médecin. Et les questions du médecin, les demandes d'éclaircissement vont l'aider à expliquer et, par là même, à mieux comprendre ce qui lui arrive. Dans cette mesure, le récit participe directement au travail de reconstruction par le salarié de ses capacités à penser, débattre et agir (11).

Le récit touche doublement au cœur de la question de l'identité (10, 31, 32). Il réaffirme l'unité et la continuité biographique de la vie spécifiquement humaine. Et il réalise en même temps l'inscription du sujet dans la collectivité.

Le travail réalisé avec le médecin produit une intelligibilité qui ouvre la possibilité d'intégrer l'expérience exprimée par le récit au débat social sur l'organisation du travail. Il fait apparaître, au delà de la perspective singulière, l'universalité potentielle des préoccupations et des valeurs qui la justifient (23).

A défaut, s'il n'arrive pas à mettre en évidence ce qu'il peut y avoir de potentiellement universel dans sa position, le salarié est menacé. La crise d'identité qu'il affronte alors se traduit par des troubles du comportement et des manifestations pathologiques dans les domaines physique et psychique.

Ce travail en commun à partir du récit ne constitue que le premier temps de l'approche clinique. Il débouche sur ce qui constitue en propre le travail du médecin: l'organisation et l'analyse du matériel recueilli. Il faut tenter de rendre compte, en professionnel, des liens entre les dimensions conflictuelles de la situation vécue et les atteintes à la santé.

3°) L'analyse du matériel clinique

a - L'analyse du récit.

A ce niveau, et à la différence de l'approche psychologique, il s'agit moins de comprendre celui qui parle que, plus modestement, ce qu'il dit et, au delà, quel aspect du monde se trouve ainsi révélé.

Il existe, du côté de la sémiotique, des techniques d'analyse du récit qui sont à l'origine des méthodes d'étude de texte enseignées dans les collèges et les lycées (19, 28). Sans prétendre acquérir une quelconque maîtrise de ce domaine, il est possible d'y emprunter quelques éléments aisément utilisables par le non spécialiste. Ainsi, ce que Greimas (28) appelle la "grammaire narrative" peut nous fournir une structure élémentaire d'analyse de l'action racontée. Cette grammaire définit en quelque sorte les phases par lesquelles doit passer un récit pour être intelligible. De ce fait, elle peut constituer une aide à l'approfondissement de la compréhension du travail.

La "grammaire narrative" ramène tout récit à un programme ou à une série de programmes. Chacun de ces programmes comporte logiquement quatre phases sur lesquelles il faut s'interroger de façon systématique, qu'elles soient ou non explicitement présentes dans le récit.

Ces quatre phases qui structurent tout récit sont la destination, la compétence, la performance et la sanction.

Tout programme narratif est organisé autour d'une phase centrale : la *performance*, c'est-à-dire la transformation d'un état du monde recherchée ou accomplie par un sujet opérateur. Dans le cadre d'un récit portant sur le travail, ce premier point semble couler de source. Pourtant, il est extrêmement important de s'interroger sur la nature de la performance: "que fait donc - ou qu'essaie donc de faire - l'opérateur dans le récit ?" Il n'y a pas de clinique du travail si l'on considère cette question comme réglée a priori. Il n'y a pas d'espace pour la clinique si l'on ne prend pas la mesure du caractère énigmatique du travail (9). L'analyse de la performance demande donc une attention tout particulière. La performance, vous le savez, ne se limite pas à la tâche prescrite. Clot décrit cela très finement à partir de l'analyse d'un travail a priori élémentaire : celui d'un brancardier (6, 8). Dans ce cas, la tâche est évidente : il s'agit de transférer les patients entre les salles de réanimation et les blocs opératoires. Mais l'analyse

montre que le brancardier se fixe un autre but, qui ne lui est nullement prescrit. Ce but, vis-à-vis duquel il va déployer des compétences très fines, est de conduire le malade à sourire. Du point de vue de l'observateur extérieur, cet aspect de l'activité peut sembler négligeable et pourtant on ne peut comprendre les enjeux du travail et ses répercussions positives ou négatives en matière de santé si on ne prend pas en compte le fait que la tâche est recomposée par l'opérateur en fonction de mobiles personnels.

La *compétence* concerne les capacités de l'opérateur exprimées en termes de "savoir faire" (ou "ne pas savoir faire", ou encore "savoir ne pas faire"..) et "pouvoir faire" (ou "ne pas pouvoir faire", ou encore "pouvoir ne pas faire"..). Derrière ces notions se dessinent deux problèmes : celui de l'acquisition ou de la perte de ces capacités et celui de leur adéquation par rapport aux exigences du travail. Enfin ces compétences peuvent s'inscrire dans la continuité ou bien en décalage par rapport aux rôles sexuels (21, 27). Dans le cas du garçon de bloc, il est clair que l'on ne décrira pas de la même façon les compétences et leurs liens avec l'identité si nous ne considérons que la tâche prescrite où si nous entrons plus au fond des enjeux du travail.

L'activité est toujours adressée. C'est le contexte relationnel qui lui donne sens. Ce contexte relationnel apparaît, dans le programme narratif, à travers les notions de destination et de sanction.

La notion de *destination*¹ désigne l'instance qui pousse l'opérateur à agir. La destination est l'opération par laquelle un sujet destinateur communique à l'opérateur, par persuasion, menace, séduction, promesse, etc., le "vouloir faire" (ou "ne pas vouloir faire", ou encore "vouloir ne pas faire"..) et le "devoir faire" (ou "ne pas devoir faire", ou encore "devoir ne pas faire"..). Cette notion se complique en matière de travail, car dans ce cas, l'opérateur poursuit très généralement une pluralité d'objectifs. Aux différentes dimensions de la performance correspondent différents destinateurs. L'action, dans ses différentes modalités est très généralement adressée à une diversité d'instances.

Nous avons envisagé, dans le cas du garçon de bloc, la tâche prescrite - transférer le malade. Elle permet de repérer un destinateur : la hiérarchie de la clinique. Mais nous avons vu que le brancardier se fixe un autre but : amener le malade à sourire. Cette recomposition de la tâche est "adressée aux autres membres du collectif de travail". Elle vise à réduire l'angoisse du malade et facilite ainsi le travail de l'équipe d'anesthésie.

Enfin, la recomposition de la tâche renvoie à la fois à la sensibilité personnelle et à la sphère des intérêts universalisables : "si le malade appartenait à notre famille - dit le brancardier - on n'aimerait pas qu'on le conduise comme à l'abattoir".

Selon les termes de Clot, la tâche est investie par le sujet des mobiles de ses activités sociales et personnelles. Leur analyse révèle ainsi deux nouvelles instances qui participent à la destination : l'équipe d'anesthésie et - peut-on supposer - telle ou telle personne de son histoire familiale à qui le brancardier dédie le soin particulier qu'il prend du malade.

Les mêmes instances se retrouvent à la dernière phase, qui est celle de la *sanction*. La sanction peut être positive ou négative. A ce stade, le programme

¹ Le terme utilisé par Greimas est "manipulation". Il est dénué en sémiotique de toute connotation péjorative, mais ce n'est pas le cas dans le langage courant. Je me suis donc rabattu sur le terme de destination.

réalisé est évalué par les instances réelles ou intériorisées qui ont concouru à la destination. L'enjeu de la sanction, c'est la reconnaissance. Mais, ici encore, les choses sont compliquées par le fait que la performance est dressée à plusieurs instances destinataires. La phase de sanction implique au moins trois niveaux de jugement selon que l'on se réfère à la tâche prescrite, aux règles du travail et aux mobiles personnels. Et la sanction n'est vraiment positive que si le sujet a réussi à articuler ces trois niveaux. Dans le cas contraire, le jugement négatif déborde très vite, de ce qu'a fait l'opérateur à ce qu'il est. La sanction constitue donc, pour l'opérateur, un enjeu en termes d'identité, d'estime de soi et de santé.

Ces quelques bribes de sémiotique - destination, compétence, performance, sanction - fournissent ainsi une structure très simple qui peut servir de schéma d'arrière-plan pour orienter le questionnement et l'accès à une compréhension plus riche du travail. Mais il y a plus. Ce schéma permet de rendre compte du caractère polémique de l'action. D'une façon générale, toute action entre en concurrence ou en confrontation avec d'autres actions. Il n'y a événement et récit que dans la mesure où cette dimension conflictuelle se manifeste. A tout programme narratif correspond donc un anti-programme assumé par un autre sujet dont la performance s'oppose à celle du sujet opérateur. Le même événement peut être analysé du point de vue de l'un ou l'autre de ces programmes. Le conflit oppose alors deux conceptions différentes de la performance. Mais les autres phases peuvent, elles aussi, être le théâtre d'un conflit : conflit au niveau des compétences lorsque celles-ci sont insuffisantes ou inadaptées, conflit au niveau de la destination lorsque le sujet est confronté à des désirs ou des raisons d'agir contradictoires, conflit d'interprétations, enfin, vis-à-vis de la transformation réalisée².

Un exemple, emprunté à Guiho-Bailly (22) montre clairement un de ces conflits et son impact en terme de santé. Le conflit oppose une responsable de rayon dans un grand magasin de textile et d'habillement et son chef direct. D'un côté, une vendeuse qui investit dans son travail les compétences acquises dans la sphère domestique pour soigner la présentation et l'organisation de son rayon ; de l'autre un responsable administratif nouvellement nommé avec pour mission d'augmenter la rentabilité. Les perturbations de l'activité qui résultent des interventions du chef, la fréquence des interruptions, des ordres et contre-ordres, l'accroissement des charges, sont telles qu'il devient impossible à la vendeuse de tenir le rayon comme elle estime devoir le faire. Nous avons donc un conflit de valeurs tel qu'il s'en produit en permanence aujourd'hui dans les milieux de travail. Il oppose deux conceptions de la performance, l'une fondée sur des critères comptables, des ratios, l'autre intégrant à la performance les critères qualitatifs qui caractérisent le "travail bien fait" aux yeux du salarié. Dans le cas présent, ce conflit survient, pour la vendeuse, à un moment critique de sa vie de femme. Elle va alors présenter un tableau de déstructuration psychomotrice et cognitive qui la conduit en milieu hospitalier pour un bilan de démence précoce. Les choses s'amélioreront avec l'arrêt de travail et rentreront dans l'ordre lorsque

² La grammaire narrative ne constitue qu'un squelette. Ce squelette va servir de support à un certain nombre de figures qui donnent chair au récit. Pour comprendre les enjeux investis dans le travail, il faut certainement prêter une attention particulière à la façon dont ces figures prennent en charge, dans le récit, les valeurs du masculin et du féminin.

de nouvelles transformations organisationnelles auront fait disparaître les raisons du conflit.

Dans ce cas, l'analyse de l'histoire clinique aura imposé au psychiatre de mettre à jour le conflit vécu au travail. Mais comment ne pas penser que le médecin du travail est de loin le mieux placé pour entendre, analyser, comprendre et rendre intelligible un tel conflit à un stade précoce ? Il est de plus en position d'analyser non seulement les difficultés de la vendeuse mais aussi celles du chef. A la condition toutefois de chercher à construire avec ses interlocuteurs une représentation plus précise et plus fouillée des dimensions dramatiques de l'action.

Une telle description constitue le premier pôle du matériel clinique. L'autre pôle, avec lequel il doit être mis en relation, est plus familier. Il est constitué par les manifestations pathologiques et infra-pathologiques recueillies au cours de la consultation.

b - Le recueil des signes pathologiques et infra-pathologiques.

Nous n'avons évoqué jusqu'à présent que l'écoute et la description subjective de la situation de travail en tentant de donner quelques éléments susceptibles de guider l'analyse du travail menée avec le salarié. Il faut rappeler que celle-ci prend place dans une consultation médicale dont l'objectif est le dépistage et la prévention des atteintes à la santé par le travail. La consultation comporte donc un temps spécifiquement médical d'entretien et d'examen à la recherche des répercussions négatives du travail dans les domaines physique, psychique ou comportemental.

L'entretien permet de mettre en évidence des symptômes psychiques (anxiété, manifestations dépressives), des perturbations des fonctions vitales (alimentation, détente, sommeil, sexualité, capacité à penser, à travailler, à créer, à aimer, à vivre...), des perturbations des relations sociales (rapport à la hiérarchie, aux collègues, aux usagers, aux conjoints, aux enfants).

L'examen clinique complète le tableau.

Pour leur plus grande part, les symptômes recueillis, subjectifs et objectifs, ne sont pas spécifiques. Ils relèvent de la sémiologie générale. C'est la façon de les rapporter à l'analyse de la situation de travail qui caractérise la démarche particulière de la médecine du travail. Or, entre ces deux pôles le lien n'est pas direct. Entre la description, même fine, des dimensions conflictuelles de la situation de travail et les atteintes à la santé, le maillon intermédiaire est fourni par la souffrance au travail. Et l'analyse de celle-ci implique d'en passer par le concept d'identité tel qu'il est travaillé en psychodynamique du travail. Toute décompensation, si minime soit-elle, suppose en effet un vacillement ou une crise d'identité (13).

c - Les enjeux en termes d'identité.

Il n'est pas possible de reprendre ici l'analyse de la problématique identitaire et de ses enjeux en terme de santé. Je ne peux que renvoyer aux écrits de Dejours et particulièrement à l'additif qui figure en fin de la deuxième édition de "Travail - Usure mentale" (13). Je ne rappellerai que quelques points.

La quête d'identité, telle qu'elle est analysée en psychodynamique, se déploie dans un triangle dont les sommets sont Ego, le Réel et Autrui.

Le pôle du "Réel", c'est le pôle de la résistance en face duquel se déploie la mobilisation. Il se manifeste comme rupture ou écart par rapport au cours souhaité des choses, comme incident, événement. C'est dans cette direction que s'exprime la compétence de l'agent et que se construit la performance.

Au pôle "Autrui", nous retrouvons les instances qui assument, dans la grammaire narrative, les fonctions de manipulation et de sanction. Ce sont généralement, dans le domaine professionnel, les collègues et la hiérarchie.

Je m'arrêterai un peu plus sur le troisième pôle, celui d'Ego. En effet nous savons que, face à un même événement, les réactions des individus peuvent être extrêmement différentes. L'impact sur le sujet et sur sa santé dépend de la façon dont le conflit identifié vient activer ou perturber sa construction identitaire. Il faut donc rompre ici avec le mode de pensée dichotomique hérité de la problématique de l'imputation et de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Dans la perspective du système de réparation, un problème de santé est dû soit au travail, soit à l'individu. Mais dès que l'on aborde les dimensions qui ont trait à la souffrance psychique, une telle dichotomie n'a plus de sens. La pathologie s'inscrit toujours en relation avec une faille de l'individu. Et elle constitue toujours un motif légitime d'interrogation de l'organisation du travail.

Le pôle d'Ego, c'est, en effet, toujours le pôle de la souffrance. Non pas seulement souffrance au travail mais souffrance constitutive de l'humanité et de la subjectivité. Cette souffrance oriente la mobilisation du sujet. Elle détermine son rapport aux situations qu'il rencontre. C'est en face de ses propres zones de fragilité que le sujet déploie son activité et son intelligence. Le talent qu'il manifeste, la contribution qu'il apporte à l'oeuvre commune, ont partie liée avec le travail psychique que lui imposent les traces douloureuses de son histoire personnelle.

Et il faut bien comprendre que nous sommes là du côté de la construction d'un parcours personnel, du côté de la santé.

Mais la souffrance peut aussi conduire à la maladie dès lors que la situation ne permet plus au sujet de travailler ses propres questions, d'investir le travail de ses propres mobiles, dès lors que l'activité professionnelle n'alimente plus la dynamique de la construction identitaire. Comme dans le cas emprunté à Guiho-Bailly, la décompensation témoigne toujours d'une atteinte à l'identité professionnelle et d'une atteinte à l'identité sexuelle (4, 12, 21, 22). La compréhension des enjeux pour le sujet, renvoie donc toujours à des dimensions qui débordent la situation de travail, du côté de son histoire personnelle de femme ou d'homme et du côté de l'articulation des différents systèmes de vie auquel il participe.

Ramenées aux impasses de la problématique identitaire, les différentes perturbations physiques, psychiques ou comportementales relevées par l'examen médical (par exemple la consommation d'alcool ou d'anxiolytiques) vont alors prendre un tout autre sens...

d - La rédaction de l'observation

L'ensemble de ce matériel doit être organisé dans une observation. Celle-ci constitue un document intermédiaire indispensable entre le matériel clinique brut et le texte d'une éventuelle intervention publique du médecin sur un

problème d'organisation du travail. C'est à travers la construction de l'observation que le médecin construit son point de vue professionnel.

L'observation comporte deux dimensions : objective et subjective.

Elle rend compte du récit³ et de son analyse et organise les liens avec les données de l'examen clinique, comme avec les connaissances dont dispose le médecin sur le poste et l'entreprise.

Mais elle traduit aussi la façon dont le médecin a vécu la consultation et ses différentes étapes. Le jugement porté par le médecin sur la dynamique de ce travail est en effet tout aussi indispensable pour l'évaluation du pronostic et l'ajustement des mesures à prendre.

L'objectif est spécifiquement médical. Il s'agit de porter un diagnostic sur l'état de santé d'une personne ou d'un groupe de personnes, de repérer les éléments de la situation qui sont à l'origine d'atteintes à la santé et de se prononcer sur la gravité des phénomènes observés. Compte tenu de la très grande complexité des liens entre santé et travail, il s'agit d'une tâche difficile. La rédaction de l'observation n'en est que plus utile. Elle permet de formaliser l'analyse et d'en discuter avec les confrères. Et même si son contenu est strictement couvert par le secret professionnel, une issue à la situation aura d'autant plus de chance d'être trouvée que le travail d'analyse aura été plus fouillé.

4°) L'intervention publique du médecin,

La restitution est une étape distincte des deux précédentes. Elle demande, elle aussi, un travail particulier. Se faire le porte-parole de discours déjà présents dans l'entreprise et connus de tous ne mène pas bien loin. Aider les interlocuteurs à prendre en charge un problème dont ils ne se saisissaient pas jusque-là implique de le montrer sous une lumière nouvelle. Cette capacité à décaler le problème et les points de vue est directement liée au sérieux et à l'ampleur du travail réalisé dans les phases précédentes.

La restitution vise à porter témoignage sur les deux pôles qui ont structuré l'analyse : d'un côté les atteintes à la santé, de l'autre l'analyse de la situation et les conflits de valeurs qu'elle révèle.

En témoignant sur l'existence d'atteintes à la santé, le médecin apporte une contribution très précieuse au débat social sur l'organisation du travail. En effet, l'organisation du travail apparaît de plus en plus comme une réalité obscure, mouvante, contradictoire. En son sein, il devient difficile de construire un accord sur le vrai et le faux, le juste et l'injuste, le souhaitable et le nuisible. Dans ce contexte de désorientation, la santé reste un des rares points de repères communs. Les réductions d'effectifs donnent lieu dans l'entreprise à des prises de positions contradictoires ; personne, en revanche, ne soutient jamais que les atteintes à la santé soient une bonne chose. C'est ce qui confère aux alertes du médecin une très grande importance. Cela implique, pour lui, de s'engager à la fois sur la gravité des manifestations observées et sur le lien avec l'organisation et les conditions du travail. Dans la mesure où le respect du secret médical lui

³ Pour simplifier, je considère ici le cas élémentaire dans lequel un problème concerne un seul salarié. Ce qui est loin de correspondre au cas le plus général. Mais de toutes façons il n'est pas possible, pour le médecin, de sauter l'étape de l'analyse individuelle.

interdit de rendre compte de l'analyse sur laquelle il fonde son jugement, il ne peut compter que sur sa crédibilité. Et la préservation de celle-ci lui impose de peser soigneusement chaque terme de ses interventions publiques. Il doit certainement faire clairement la part de ce dont il est sûr, de ce qu'il ne fait que supposer, et de ce qu'il craint.

Du côté de l'organisation du travail, l'analyse du matériel clinique permet de rendre compte des obstacles rencontrés par les agents au cours de leur activité et des conflits de valeurs dans lesquels ils se débattent. Les valeurs occupent ici une position charnière entre la dimension biographique (narrative) de l'identité et les dimensions collectives. Les salariés n'apparaissent plus seulement comme victimes. Ou plutôt, s'ils sont victimes, c'est par le biais de leur engagement dans le travail. Cet engagement est orienté par des valeurs sur lesquelles ils engagent leur identité et qui confèrent une dimension dramatique à leurs récits. Ces valeurs, que l'organisation rend difficilement tenables et dont la répression se paie en termes d'atteintes à la dignité, à l'identité et à la santé, émergent de l'analyse du récit sous une forme potentiellement universalisable. En tant que telles, elles peuvent être communiquées, reconnues et partagées. Leur vocation est d'être réintroduites dans le débat social sur l'organisation du travail au nom de ce qu'Habermas appelle l'éthique de la communication (23). L'histoire des victimes peut ainsi retrouver sens et place dans l'histoire commune.

5°) Un moment essentiel de la démarche clinique : l'évaluation de l'intervention.

La formalisation de ce processus, le fait de laisser des traces écrites des différentes étapes de ce travail, permet d'évaluer les résultats, d'analyser les résistances rencontrées. C'est le deuxième niveau de la clinique : l'analyse des effets produits par l'alerte du médecin. L'analyse vise ici les défenses individuelles et collectives spécifiquement construites pour permettre de tenir au travail : stratégies de défense contre la souffrance du travail chez les victimes potentielles (13) et stratégies de défense contre la souffrance éthique chez les responsables (15).

Pour cette analyse, le médecin dispose de deux sources d'information absolument spécifiques. D'une part, les entretiens individuels au cabinet médical ; d'autre part, le décalage entre les prises de positions publiques et l'expression en tête-à-tête. Ce décalage renseigne sur le travail de répression personnelle imposé par l'organisation du travail.

Un tel travail permet de faire la part entre les problèmes qui peuvent être résolus localement et ceux dont il est manifeste qu'ils ne peuvent trouver une solution dans le cadre de l'entreprise. Ceux-ci relèvent alors d'une intervention régulatrice du pouvoir politique. Est alors posée la question du témoignage public, individuel ou collectif. Ces dernières années, les médecins du travail ont eu recours à différentes formes de témoignage collectif pour faire face à la montée de la souffrance au travail (1,2,33). Mais ne peut-on penser qu'appuyés sur un travail d'analyse approfondie du matériel clinique, ces témoignages ne pourraient que gagner en efficacité ?

III - Conclusion.

Aucune discipline ne peut prétendre embrasser l'ensemble des problèmes posés par la prévention des atteintes à la santé par le travail. Cependant, en travaillant dans la direction que nous avons évoquée, en essayant de mieux comprendre les liens entre situations de travail et atteintes à la santé, il est possible d'apporter, à partir de la position spécifique de médecin du travail, un éclairage très précieux sur les questions de santé au travail, un éclairage différent et complémentaire de ce que produiraient l'épidémiologie, l'hygiène industrielle, l'ergonomie ou la psychodynamique du travail.

Il y a cependant une difficulté : le travail que nous évoquons est incompatible avec les formes actuelles de la visite médicale. La nécessité de se prononcer sur l'aptitude dans un temps réduit constitue un redoutable obstacle à un abord véritablement professionnel des problèmes de santé au travail. Elle tire la pratique vers la répétitivité et le formalisme. Elle interdit de consacrer aux salariés en difficulté le temps nécessaire à l'analyse et au traitement de leur cas.

Construire la médecine du travail comme une spécialité dotée d'un point de vue et d'une clinique spécifiques implique donc de mettre en place un cadre adapté et de redéfinir la mission au regard des exigences de santé contemporaines.

Bibliographie :

- [1] Achard M.O., Chastel V., Dell'accio P., Lachenal M., Legrand E. : Le retentissement humain des plans sociaux. Société de Médecine du Travail Dauphiné-Savoie, septembre 1996.
- [2] Antoine Ch., Cellier M., Chapuis O., Chauvin J., Delpuech E. Ghanty Y. Lafarge C, Lauze J.M., Roi D. : Rapport annuel 1997. Conclusion commune de neuf médecins du travail du secteur de Bourg en Bresse. Mars 1998.
- [3] Arendt H. : La condition de l'homme moderne. Presses Pocket, 1988.
- [4] Bensaïd A. : Apport de la psychopathologie du travail à l'étude d'une bouffée délirante aiguë. *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°3, 307-310.
- [5] Boutet J.(Sous la direction de) : Paroles au travail. L'Harmattan. Paris, 1995.
- [6] Clot Y. : Le "garçon de bloc" : étude d'éthnopsychiatrie du travail ? *Education Permanente*, n° 116, 1993, 97- 107.
- [7] Clot Y. : Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie. Editions la découverte. Paris, 1995.
- [8] Clot Y. : Le problème des catachrèses en psychologie du travail : un cadre d'analyse. *Le Travail Humain*, 1997, 60, n°2, 1997, 113-129.
- [9] Davezies Ph. : Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1995, 56, n°4, 294- 306.
- [10] Davezies Ph. : Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail, perspectives et difficultés. Actes du Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail. Laboratoire de Psychologie du Travail du CNAM, 1997, Tome II, 1-27.

- [11] Daniellou F. : Une contribution au nécessaire recensement des "Repères pour s'affronter aux TMS". A paraître à l'Anact sous la direction de Fabrice Bourgeois.
- [12] Dejours Ch : Psychopathologie du travail. I. Introduction clinique. *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°3, 275-282.
- [13] Dejours Ch : Travail : usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Bayard Editions, 1993.
- [14] Dejours Ch. : Il ne faut pas confondre santé des populations et santé des personnes. *Santé et Travail*, 1996, n°17, 16-19.
- [15] Dejours Ch. : Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Seuil, 1998.
- [16] Derriennic F., Pezé M., Davezies Ph. : Analyse de la souffrance dans les lésions par efforts répétitifs : épidémiologie, psychosomatique, médecine du travail. Actes du Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail. Laboratoire de Psychologie du Travail du CNAM, 1997, Tome I, 209-251.
- [17] Ey H., Bernard P. Brisset Ch. : Manuel de psychiatrie, Masson, 1989.
- [18] Goldberg M. : La spécialisation en médecin du travail : médecin du travail ou "expert" ? *Arch. Mal Prof.* 1997, 58, n°7, 615-619.
- [19] Greimas A. J. : Du sens - Essais sémiotiques. Editions du Seuil. Paris, 1970.
- [20] Groupe d'Entrevernes : Analyse sémiotique des textes - Introduction - Théorie - Pratique. Presses Universitaires de Lyon, 1985.
- [21] Guiho-Bailly : Virilité et travail : péril et chances du masculin. *Performances humaines et Techniques*. 1993, n° hors série, 67-69.
- [22] Guiho-Bailly : Présentation au séminaire "Nouvelles organisations du travail et santé mentale" du laboratoire de psychologie du travail du CNAM. A paraître dans "*Travailler*".
- [23] Habermas J. : Morale et communication. Cerf, 1986.
- [24] Llory M. : La sûreté au quotidien et le spectre des accidents *in* Ergonomie et Ingénierie; XXIXe Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Collection de la Direction des Etudes et Recherches d'Electricité de France. 1994, Tome 1, 49-62.
- [25] Llory M. : Accidents industriels : le coût du silence. Opérateurs privés de parole et cadres introuvables. L'Harmattan, 1996.
- [26] Llory M., Llory A. : Description questionnaire et description subjective : des discordances (Le cas d'une usine de montage automobile). *Revue Internationale de psychosociologie*, 1996, 5, 33-52.
- [27] Molinier P. : Féminité et savoir-faire discrets. Actes du Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail. Laboratoire de Psychologie du Travail du CNAM, 1997, Tome II, 335-347.
- [28] Propp V. : Morphologie du conte. Editions du Seuil. Paris, 1965.
- [29] Ricoeur P. : Expliquer et comprendre. Du texte à l'action. Essais d'herméneutique, II. Editions du Seuil, 1986.
- [30] Ricoeur P. : Soi même comme un autre. Editions du Seuil, 1990
- [31] Ricoeur P. : Entre mémoire et histoire, *Projets*, 248, 1996, 7-16.
- [32] Ricoeur P. : Les paradoxes de l'identité, *L'information psychiatrique*, 3, 1996, 201-206.
- [33] Souffrances et Précarités au travail. Paroles de Médecins du travail. Syros, 1994.

- [34] Tatossian A. : La subjectivité. In widlöcher D. : Traité de psychopathologie. PUF, 1994, 253-318.
- [35] Zarifian Ph. : Le travail et l'événement. L'Harmattan. Paris, 1995.