

La consultation médico-psychologique : expertise et/ou thérapie.

Docteur Pierre LAFFON, Médecin psychiatre, Tarbes (65)

Introduction

De la place du psychiatre en consultation libérale pris à parti par cette question de la souffrance au travail et de la précarisation, je me suis demandé en quoi mon intervention pourrait intéresser l'auditoire de l'ALEPH et éventuellement, lui être utile. J'ai pensé transmettre une information, témoigner de ce qui peut s'y passer, dans plusieurs registres, en sachant que d'un praticien à un autre, les choses peuvent se présenter et se prendre en compte différemment. Il s'agit d'un état des lieux, à un moment donné de mon avancement, où j'ai l'opportunité d'explorer cette problématique clinique. Elle comporte actuellement pour moi plus de questions que de réponses.

Le psychiatre peut donc être un des acteurs du dispositif sanitaire qui se constitue plus ou moins spontanément en espace de traitement parfois décisionnel de la souffrance caractérisée au travail. Celle qui sonne à la porte de la maladie et des moyens d'assistance institués sous la gouvernance des ministères de tutelle et donc dépendants d'une politique orientée de santé publique. Dans le cadre de ma pratique, ce dispositif opérationnel, potentiellement interactif, peut se repérer par la mise en action d'une triade de médecins, voire de services spécialisés. Elle se compose : du médecin traitant, du médecin du travail, du médecin contrôleur CPAM.

Le psychiatre peut y intervenir aussi, s'il est sollicité, soit en position diagnostique et d'indication, c'est-à-dire d'expertise, soit en position thérapeutique d'un syndrome psychopathologique souvent réactionnel. A ce titre, il s'inscrit dans une demande typiquement médicale à l'initiative des partenaires. Cette intervention peut conditionner le devenir socio-professionnel du patient de manière cruciale. Ce mode de recours apparaît de très loin majoritaire dans le domaine de la souffrance au travail. Mais il n'est pas sans conséquence sur l'aboutissement de la démarche entreprise de par le contenu des réponses apportées, mais aussi en ce sens qu'il inscrit la plupart du temps la demande dans un bénéfice attendu et participe à l'enfermer vers la victimisation. Au psychiatre qui a une orientation psychothérapeutique et de surcroît psychodynamique, ce qui devient chose rare, donc préférentiellement hors dispositif sanitaire structuré, le patient vient à la rencontre dans une démarche plus personnelle, certes à partir d'une symptomatologie de souffrance mais à la différence qu'elle reste potentiellement ouverte à un travail de questionnement d'une autre nature, celui qui permet d'accéder à une rectification subjective, processus de prise de conscience de sa propre responsabilité. Force est de constater que ce type de démarche gagne à être suffisamment précoce avant une fixation des positions conflictuelles. Elle est bien plus rare que le précédent recours car, dans cette problématique, il est souvent difficile ou trop tard pour le patient de se dégager des enjeux subjectifs et institutionnels qui se verrouillent dans la démarche compensatoire. Ces modes de positionnement et leurs conséquences ne vont pas

sans poser de questions méthodologiques. Si elles peuvent paraître à priori évidentes, elles méritent d'être explorées dans la particularité des conduites des patients car celles-ci peuvent éclairer les enjeux et stratégies du traitement de ces situations de souffrance au travail. C'est à partir de ces difficultés significatives de mobilisation, que l'argument de mon intervention a pu se dégager. La plupart du temps dès le stade de la première consultation, l'inaptitude se présente comme la porte de sortie résolutive et pragmatique d'une situation subaiguë peu favorable à un éclairage du positionnement personnel. Encore faut-il savoir en analyser les enjeux. Après cette introduction, puis l'abord de quelques considérations phénoménologiques, j'ai pensé exposer, en respectant les processus de confidentialité, quatre cas cliniques sous forme de chroniques en les proposant à la discussion.

Remarques générales

Il est vrai que les demandes de consultations s'articulant autour de la souffrance au travail par adressage des médecins ou par sollicitation directe des patients prennent une ampleur nouvelle et préoccupante. Manifestement, il se passe quelque chose de symptomatique et d'extensif dans les pratiques sociales actuelles, évoquant même l'allure d'une épidémie... Chacun peut être tenté d'en expliciter les rouages avec ses propres arguments d'expériences, voire ses positions socio-politiques personnelles, essayant par là même d'apporter sa part de vérité en réponse à un phénomène plurifactoriel souvent complexe et qui a déjà fait l'objet de très nombreuses publications inter disciplinaires de qualité. Mais, pouvoir se repérer sur le phénomène de manière évaluative si cela est possible à partir d'une pratique clinique, nécessite de disposer d'une file active suffisamment large et fournie laquelle n'en restera pas moins soumise aux aléas de sa distribution qualitative en fonction de l'origine des adresses, des caractéristiques des bassins de population, etc...

L'implication clinique attentive permet de découvrir la grande singularité des situations et leur diversité, la nécessité de prendre le temps des repérages essentiels mais aussi de faire une place aux révélations inattendues. La règle du cas par cas s'illustre particulièrement ici, et on peut observer combien chacun conjugue sa réalité socio professionnelle à ses aléas de vie dans le rapport aux enjeux subjectifs. Cela invite le praticien à cheminer d'énigmes en découvertes et d'en apprendre par chacun toujours un peu plus sur ces figures de la confrontation sociale.

Le médecin traitant apparaît assez souvent dans le discours des patients, et avec une adhésion qui m'a surpris, comme un compagnon de route incontournable et sollicité, voire instrumentalisé dans ce cursus personnel et social. Il est vrai qu'il connaît leur personnalité, leur histoire et leurs vicissitudes de vie. Il se signifie par son écoute, sa prescription sédative et particulièrement par la délivrance de l'arrêt maladie qui constitue une pièce essentielle du scénario évolutif souffrance au travail. Il est un recours dans la difficulté ou la crise, parfois un refuge, il est aussi un témoin privilégié des réaménagements de l'après-crise...

La spécialisation vers la technicité des généralistes, la nouvelle organisation des soins qui précarise la permanence du lien, peuvent mettre à mal cette place de référent médicosocial très utile. Toutefois il semblerait que quelque chose de l'intervention précoce n'arrive pas à fonctionner de façon suffisamment opérante dans le lien avec le médecin du travail. Il paraît

évident que par cette sollicitation de la souffrance au travail qui constitue quand même un moyen de revendication, le corps médical est invité à entrer dans le clivage risqué de la lutte des classes où règne une tension structurale.

La symptomatologie présente la particularité de s'articuler à la conflictualité avec les responsables professionnels mais aussi avec les collègues. C'est d'abord une histoire de personnes ! La confrontation prend des expressions différentes avec attentes, déceptions, blessures narcissiques, revendications, enjeux divers et risques de victimisation, un deuil souvent impossible hors règlement procédural, voire dédommagement. Cette notion est souvent centrale à un stade d'affrontement avancé avec conduites rétives de refus, atteintes insurmontables. L'âge du travailleur nous apparaît comme un facteur de risque.

Ainsi de nature réactionnelle, elle se marque de manière variable entre le pôle de l'angoisse et celui de la dépression. La plainte, le stress, le préjudice, la culpabilité, l'insomnie, l'angoisse phobique avec évitement des représentations professionnelles sont omniprésentes pouvant aller jusqu'à la panique et la claustrophobie. Si le burn out devient une terminologie galvaudée, il n'en reste pas moins que l'abattement dépressif avec vacuité de l'élan vital et aboulie manque rarement au tableau clinique.

La thérapeutique antidépressive est souvent mise en échec par l'auto-activation réactionnelle du processus. Mais les sédations anxiolytiques et hypnotiques instaurées en première intention par le médecin traitant s'avèrent précieuses à limiter les dommages.

Les entretiens psychologiques permettent au patient d'assouplir ses défenses et parfois de prendre une certaine distance avec la conflictualité, beaucoup plus difficilement à réellement mobiliser ses positions subjectives. La médiation constitue un recours d'indication complexe et de réalisation délicate probablement sous utilisée. La question du temps de ces interventions, dans leur précocité paraît déterminante et renvoie au dispositif de vigilance dans l'entreprise. Parler avant, parler après, ce n'est pas pareil.

L'expertise constitue un tournant décisionnel important mais non indispensable. De manière ordinaire, elle ponctue la conflictualité, contribue à l'orientation de la procédure de traitement en apportant des éclairages à la médecine du travail sur les cas difficiles, légitimant aussi ses décisions. Du constat à la discussion, elle doit se garder de vouloir rendre la justice.

La dureté croissante et l'extension du système de judiciarisation avec les menaces qu'il engendre, ont un effet dissuasif sur les experts via le conseil de l'ordre des médecins. Consigne est donnée au praticien d'en dire le moins possible, voire d'utiliser strictement des mots clés, car le risque devient grand de se retrouver convoqué et condamné par les juridictions.

Ainsi cette expertise strictement psychiatrique déplace et évacue l'éclairage psychopathologique du côté du psychologue clinicien. Malgré tout, certains praticiens de l'école médico psychologique soutiennent la nécessité de s'impliquer dans les argumentations cliniques.

L'inaptitude est souvent indiquée comme porte d'extraction d'une conflictualité déjà ou trop fixée, d'une souffrance dommageable, d'un mouvement d'exclusion trop avancé. Il est vrai

que cette décision paraît spectaculairement résolutive sur l'état de mal être du patient et à ce titre d'indication médicale légitime. Toutefois elle n'est pas gratuite. La sauvegarde de l'emploi et de l'intégration amène les services de santé au travail à prioriser un traitement en amont de type préventif à l'adresse des partenaires. Une tâche particulièrement ambitieuse. Un vrai défi médico-social face à l'évolution tendue des pratiques du marché et la fragilisation précarisant des situations personnelles dans l'espace social. Mais la prévention peut-elle prioritairement tenir compte de l'humain, de la valorisation du sujet dans les contreparties et se dégager de la question du profit ?

Les services de santé au travail dans leurs rouages et leurs orientations de santé publique restent plutôt méconnus des généralistes qui se basent pour leur appréhension sur des suppositions ou des faits de pratique plus que sur des informations argumentées et communiquées. Cela limite la portée des interactions collaboratives. Il paraît exister une différence, voire une disparité entre le secteur privé et le secteur public, dans l'opérationnalité des dispositifs d'assistance appliqués au traitement des problématiques médico psycho sociales du travailleur.

Paradoxalement, le public paraît accuser les hypothèques de services de santé au travail moins présents et moins réactifs, de collaborations plus distantes, de procédures complexes et bureaucratiques qui diluent l'efficace des effets dans le temps. (Comité médical).

Cela affaiblit les qualités adaptatives indispensables à la prise en compte des difficultés socio professionnelles de chaque patient et établit une inégalité. Cela pose la question de la structure d'un dispositif de référence pour un traitement optimal.

L'inspection du travail est la plupart du temps absente dans le propos des patients.

Le positionnement des services du contrôle médical de l'assurance maladie organisme payeur est un facteur qui se révèle particulièrement important pour un traitement optimal de ces états de crise. Il a une potentialité préventive de l'enlisement dans l'impasse, voire la chronicité. Longtemps ceux-ci sont apparus fermés, dans un rôle d'adversité coercitive oscillante au gré des gouvernances politico-économiques. Pouvoir s'appuyer sur une position vigilante et régulatrice de l'assurance maladie, malgré un facteur de contrainte désagréable, paraît permettre aux praticiens de la santé de structurer un accompagnement plus maîtrisé et sécurisé dans le rapport aux risques des sollicitations manipulatoires ou revendicatives. Encore faut-il que les intérêts cliniques ne paraissent pas escamotés par les préoccupations économiques des caisses.

Aux dires des patients, cette convocation paraît leur donner souvent la perception d'un signe de reconnaissance plutôt positive qui fait guidance, si l'accueil est bienveillant, et qu'il s'agira d'intégrer obligatoirement dans leur trajectoire médico-sociale. Elle paraît fonctionner comme une instruction conditionnelle et responsabilisante dans leur situation.

Les configurations socio professionnelles pourvoyeuses de recours à notre consultation paraissent se distribuer pour le moment en 5 facteurs respectivement caractérisés par :

- Le management inadapté, c'est-à-dire sous une pression incorrectement régulée par une compétence d'encadrement (interventions absentes ou inappropriées : 40% des consultations)

- Le management toxique c'est-à-dire sous injonctions déstructurantes d'organisation ; celui-ci apparaît en probable expansion compte tenu de la rationalisation des entreprises, d'une généralisation de leurs fusions et de la pression concurrentielle du marché (20% des consultations).
- La conflictualité entre salariés, pas forcément dépendante de la pression du milieu. (20% des consultations).
- Les situations de fragilisation existentielle décompensatoires souvent causes d'arrêt maladie. (Accidents somatiques, ruptures affectives ou familiales, perturbations psycho affectives. 15% des consultations)
- Les incapacités personnelles à soutenir les vicissitudes d'un poste de travail dans la continuité (troubles de la personnalité, précarisations. 5% des consultations).

A noter que les facteurs s'intriquent très souvent dans des parts variables et qu'ils peuvent être probablement différents selon la pratique du clinicien, les circuits d'orientation et aussi le milieu socio- professionnel local.

Par exemple, nous ne recevons pratiquement pas de précaires comme s'ils se situaient en deçà des problématiques productives du travail ou en dehors de certains circuits de consultation.

A remarquer l'apparition à la consultation de petits entrepreneurs indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants) souvent en position de rupture, ne pouvant compter sur un dispositif compensatoire pour les aider à assumer certains deuils cruels.

Les responsables d'entreprise ou les services DRH ont beaucoup à nous apprendre sur les contingences de gestion et les modes de positionnement des salariés.

Psychopathologie

Comme le décrit le Pr Pascale Molinier dans son ouvrage *Les enjeux psychiques du travail*, historiquement, l'invention de la psycho dynamique du travail date de 1980 par la parution du livre de Christophe Dejours : *Travail, usure mentale*. Mais, on en trouve les racines dans le champ de la psychiatrie avec la conceptualisation de la psychopathologie du travail : Isabelle Billard, *Santé mentale et travail*, 2001.

Krestchmer au début des années 1900 pose l'interaction de trois causalités. Louis Le Guillant a le souci de constituer un tableau des maladies mentales professionnelles ; il aborde la question de la névrose des téléphonistes et des mécanographes qui interroge l'organisation du travail. La question « le travail peut-il rendre fou ? » s'inscrit dans le débat plus large qui divise la psychiatrie à la fin de la deuxième guerre mondiale avec le colloque de Bonneval. Dans un article de Paul Sivadon des années 50, la psychiatrie sociale conceptualise les effets pathologiques et les effets thérapeutiques du travail. Ces derniers sont repris par François Tosquelles qui s'engage du côté de la dimension thérapeutique de l'activité en ateliers à l'hôpital psychiatrique. Dans les années 70 apparaît le concept de « sinistrose » à partir de tableaux cliniques présentés par les ouvriers maghrébins.

Mais les psychiatres n'ont pas élaboré une théorie du travail et ont refusé d'appliquer la théorie du sujet aux maladies mentales professionnelles.

Au congrès AFPEP de Reims (avril 2016), le constat était fréquent :

- que l'espace du travail devenait une scène où se déroulaient, s'orchestraient, des conflictualités toxiques de type familial dans un mouvement de déplacement,
- que la victimisation devenait un enjeu et une modalité de traitement avec risque d'instrumentalisation des praticiens,
- que si ce traitement passait idéalement par la réintégration plutôt que l'exclusion (inaptitude), le salarié gagnait toujours à faire un travail de resubjectivation par un questionnement sur ses propres modalités d'engagement. Mais nombre de patients se refusent à entrer dans une dimension psychothérapique surtout si la sortie de crise est pressante. Aux dires de certains avocats, la violence deviendrait insensée.

Il s'agit donc de différencier une clinique de l'activité et une clinique du sujet celle qui peut modifier le dit et permettre un dégagement pour le travailleur souffrant.

Le travail de psychothérapie d'orientation psycho-dynamique ne consiste pas à établir une vérité qui donnerait raison ou tort mais au contraire, se défiant des certitudes, à poser les choses en termes de questionnement personnel et à évaluer davantage ce qui ne se voit pas. Il s'agit donc d'être à l'écoute d'un savoir qui ne se sait pas préalablement. Ce travail doit aussi se démarquer de la démarche adaptative qui se réduirait à l'apaisement de la conflictualité ou à faciliter réintégration ou reclassement.

Le clinicien sait que l'être humain travailleur ou pas est divisé, que le travail a une fonction régulatrice de la jouissance, qu'il n'y a pas d'entreprise sans exploitation car le travail se traduit par la production d'une plus-value, que celle-ci, perte de jouissance non dédommageable instaure un conflit d'intérêt réactivant la lutte des classes. Il sait aussi que la question de l'exploitation n'est pas mesurée à la souffrance et que ce n'est pas forcément celui qui se plaint qui est le plus à plaindre. Il sait encore que la souffrance ne peut pas se réduire au compensatoire, la justice sociale n'étant pas une réponse sur le plan du sujet, l'invalidité pouvant aussi condamner.

Le thérapeute doit appréhender quelle est l'ampleur de la problématique subjective du patient, prendre la question dans sa relativité. Son travail tend à éclaircir quelles sont les causes de la souffrance et comment le sujet se débrouille avec ça, c'est-à-dire comment il se situe dans son rapport avec elle. Il vise à évaluer où se trouve le sujet dans sa plainte du point de vue de sa responsabilité et la favoriser, le restituant ainsi à sa place.

Vignettes cliniques

Lise GAINARD, psychanalyste, qui rend compte de sa pratique dans son livre *Chroniques du travail aliéné*, et Fabienne BARDOT, médecin du travail, ont inventé un genre : la chronique de la souffrance au travail. Il s'agit de restituer la parole de personnes en difficulté dans des narrations singulières qui donnent une épaisseur et un accès direct au drame vécu dans le travail. Ces présentations « parlent de nous, de notre monde ordinaire avec nos mots de tous les jours, des mots directs sur ce monde banal et cruel ».

Ainsi, pour permettre de prendre la mesure de la situation des patients dans l'authenticité de leur témoignage, j'ai choisi cette forme, de la chronique. Celle-ci sollicite l'auditeur directement dans son écoute.

Toutefois les quatre cas présentés ne peuvent figurer à l'exposition en ligne des actes pour des raisons inhérentes à une confidentialité.

Conclusion

La narration témoigne d'une manière saisissante de vérité, elle illustre l'intrication des facteurs configuratifs et leur orchestration tel un puzzle d'agencement toujours singulier. Elle situe les enjeux pour chacun démontrant, au-delà des dispositifs, le caractère déterminant de la position subjective personnelle. Elle indique que « dans ce monde cruel, il vaut mieux s'y regarder dedans et en face. »

La pratique de la thérapie nécessite, à l'expérience, d'être préalable et dégagé des enjeux de l'acte d'expertise.