

PROBLÈME DU CADRE D'EXERCICE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

De la compassion

De son action dans l'espace public interne

Le médecin du travail est un sujet bien seul.

A son chevet, beaucoup se manifestent pour lui administrer potions et remèdes divers, pour dénoncer sa tendance à la compassion trop prononcée, (spécificité de genre féminin ?), sans capacité d'action visant au changement. Sommes-nous sommés de prendre en charge « le changement » et lequel ? et au nom de quoi ?

On salue notre capacité de témoignage, mais on regrette notre « silence radio » dans l'espace public interne à l'entreprise.

Dans le but d'apporter une modeste contribution au débat, je voudrais aborder deux aspects de notre métier qui mériteraient une réflexion plus approfondie dans un deuxième temps. Il s'agit de l'attitude compassionnelle et du ou des « cadres » dans lesquels nous sommes investis.

Le « cadre » peut être entendu comme ce qui va nous permettre d'exercer notre métier, dans un espace et un temps établi, avec des limites, et aussi ce qui nous fera connaître cette réalité que l'on ignore et qui est explicitée par le salarié qui vient nous voir. Nos règles et principes qui nous animent peuvent ici être dits. Le problème est que le cadre dans lequel nous travaillons au sein des entreprises est en général très flou, en dehors de l'aspect règlementaire du code du travail. Sommes-nous, comme une première enquête de l'ARAPDT (Relations avec les directions 1995) l'avait montré, des inspecteurs du travail déguisés ? des ergonomes ? des médecins « d'entreprise », des médecins « du travail », des assistants sociaux, des syndicalistes... ?

Voici à nouveau posé le problème, dans un contexte très particulier, qui est celui d'une grave crise sociale, de situations fréquentes de conflits et de situations de violence dans l'entreprise.

Dans la relation individuelle lors des visites médicales, la parole se noue bien souvent autour de ces conflits en relation directe avec l'organisation du travail. Et s'exprime alors la souffrance qui, lorsque les défenses psychiques sont débordées est souvent dramatique.

L'écoute « compréhensive » est une première attitude dont la proposition revient à C. Dejours. L'écoute « compassionnelle » dont on parle beaucoup est-elle une autre attitude ? L'écoute « active » de Ph. Davezies paraît être une troisième voie.

La mise en travail et en mots de ces notions est encore à faire me semble-t-il en médecine du travail.

La question du cadre en rapport avec notre intervention dans l'entreprise lors de conflits violents entre salariés, collectifs ou collectifs-direction devient alors essentielle.

L'image que l'on pourrait avoir de nous et qui nous est souvent renvoyée est celle du « Chevalier Lancelot » qui va sauver l'homme ou la femme en péril, contre les méchants, armé de sa seule « puissance » de paroles.

Tous les partenaires nous tirent de leur côté : salariés, délégués syndicaux, responsables (j'insisterai ici sur la difficulté inhérente aux milieux de soins somatiques ou psychiatriques dans lesquels le « diagnostic » posé sur le salarié en cause ne supporte aucune contradiction et où tous sont persuadés d'agir « pour le bien » de ce dernier). Tout est ainsi mélangé, l'affectif, la situation, et le réel du travail. Or, bien sûr, notre analyse, n'est en général pas la même, parce qu'elle incorpore les données fondamentales du travail, et de son organisation, ainsi que la psychodynamique.

Le médecin est ainsi écartelé entre les actions de luttes syndicales, de défenses du bon droit et notre objectif principal, qui est entendons-nous bien, l'aide à penser et la recherche du sens des conduites dans lesquelles se trouve emprisonné notre salarié en difficulté qui vient dans notre cabinet.

Car, il s'agit bien pour lui, d'éviter de basculer dans la décompensation psychique ou somatique. Il s'agit bien, dans la démarche préventive qui nous anime de lui permettre de demeurer dans le monde de la « normalité » et de la société. Sans parole libératrice, donneuse de sens, pris parfois dans des logiques de luttes de ceux qui pensent à sa place et pour son bien, l'homme ou la femme qui est en face de nous, s'expose à la maladie et l'exclusion. Il me semble que nous touchons là notre **responsabilité première**, de médecin et d'humain.

L'écoute du « récit » et l'élaboration qui peut en découler ne peut se faire que dans la « compassion » c'est-à-dire la confiance, le respect, le souffrir « avec », non-inutile, et qui n'est pas souffrance « pour rien ». La compassion n'est pas la pitié, elle n'est pas passive, mais active. Elle n'est pas non plus vouée à la répétition, parce qu'elle nous ouvre (dans l'intersubjectivité) à l'Autre, Autre qui nous arrache à la tentation de l'enfermement, de la totalité, de la finitude, et qui par là a un devenir.

Or, comme nous l'avons signalé, tout est souvent mélangé et doit être clarifié. Il faudrait peut être mettre en place un cadre

qui permettrait de repérer, pour le médecin, comme pour les salariés de l'entreprise, **en quelles places et lieux, les choses peuvent être dites, à qui, et dans quel but, ou pour quel usage.** La parole du médecin, dans l'espace public serait alors entendue dans un autre cadre défini et compris par tous, cadre du respect de la déontologie médicale et sorti de celui de la parole confidentielle du patient.

Le médecin, alors « médecin-citoyen », pourrait maintenant être un révélateur des distorsions de l'organisation du travail entraînant des atteintes à la santé. Sa parole, qui serait sienne, pourrait s'ajouter à celles des autres partenaires de l'entreprise, sans être prise dans une fusion ou une opposition, et dans le respect des fonctions de chacun.

Une clarification et une mise en réflexion des apports théoriques et des modalités requises, ainsi que de nos points de vues nous permettraient d'apporter par notre place originale dans l'entreprise, notre contribution au changement.

La position de Témoin ne nous épargne pas la Violence des situations, même si nous ne les avons pas vécues. Elle peut apporter une contribution active à condition qu'elle entre dans un cadre défini et reconnu, qui permette une élaboration de la pensée, condition à l'initiative de l'action.

*Marie-Hélène Celse
mars 1997*

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et Médecine du Travail (89) - (épuisé) -
- N°2 Éthique et Pratique en Médecine du Travail ; introduction aux débats (90) - (épuisé) -
- N°3 Évaluation en Médecine du Travail (nov. 90) - (photocopie) -
- N°4 Éthique en Médecine du Travail (mars 91) - (photocopie) -
- N°5 Précarité et Sous-traitance en Médecine du Travail (mai 92)
- N°6 Médecine du Travail et Santé Publique (mai 93)
- N°7 Souffrances et précarités au travail. *Paroles* de médecins du travail (mai 94) Editions Syros, 160 F en librairie
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95)
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)

Ce Cahier n°10 m'a intéressé(e) :

✓ Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 100 F à titre de soutien et de réservation du Cahier n°11 (à paraître courant 98)

✓ Je demande des exemplaires gratuits (port 30 F)

numéro(s) :

nombre :

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

Chère lectrice, cher lecteur,

- Vous avez reçu gracieusement ce cahier, par cooptation, connaissant votre intérêt pour ce qui touche la santé au travail. Tiré à 3 000 exemplaires, ce numéro revient à environ 35 000 F (impression et routage), ceci à la charge exclusive de l'association SMT. L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste ce coût de revient, ce qui risque de remettre en cause l'existence d'un Cahier n°11...
- Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion (voir p. 37) ou par abonnement (cf plus haut).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT