

# De la communication

## L'intervention du médecin du travail

### dans l'espace public

Philippe Davezies

*Publié dans Documents pour le médecin du travail, 1995, n° 61, 46-48.*

*Mots clés : médecine du travail, écoute, espace public, espace de discussion.*

Le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise, du personnel et des représentants du personnel pour tout ce qui concerne les conditions de vie et de travail dans l'entreprise.

L'action du médecin est donc située dans le registre de l'information et de la communication. Et cette communication est sensée concerner une série de facteurs vis à vis desquels le médecin possède un savoir.

Présentées de cette façon, les choses sont simples.

Le médecin du travail peut aborder la question de la santé au travail à partir d'un savoir scientifiquement fondé.

Ce savoir lui permet de saisir les relations causales existant entre des facteurs clairement identifiés, mesurables, et des effets sur la santé qui peuvent être objectivement démontrés.

Qui plus est, ce type de savoir indique clairement la direction dans laquelle il faut aller : "Nous savons que l'atteinte des cellules de l'organe de Corti est en gros proportionnelle, au delà de 85 décibels, à la dose de bruit reçue par l'oreille. Eh bien, il suffit de diminuer les niveaux de bruit supérieurs à 85 décibels et nous diminuerons les surdités".

Il suffit... Il n'y a qu'à...

Vous le savez, il y a un hic. Malgré leur caractère incontestable au regard des connaissances scientifiques, dans la plupart des cas, nos conseils ne sont pas mis en application. Et passe encore que les chefs d'entreprise résistent, lorsque l'application de nos recommandations entraînerait une augmentation des coûts de production. Mais il y a plus : bien souvent, les intéressés eux mêmes, les salariés, n'appliquent pas les conseils de prévention.

Alors, si le message est incontestable, on en arrive rapidement à penser que c'est la façon de le faire passer qui n'est pas bonne. Ce constat conduit souvent les collègues à mettre en question leurs qualités personnelles.

"Nous ne sommes pas bons, nous ne savons pas nous vendre, nous ne savons pas communiquer". La voie est connue. Elle a été parcourue par toutes les professions qui se préoccupent de prévention. On va chercher à améliorer une communication exclusivement orientée vers un objectif : faire passer le message. Le modèle est celui de la communication publicitaire.

En réalité, l'expérience montre qu'il ne suffit pas de travailler la forme du message pour lever les résistances qui s'opposent à la mise en place des mesures préventives.

Il est possible de proposer une autre interprétation, à mon avis plus crédible, à ces difficultés. Interprétation qui consiste à considérer que le problème est mal posé. En psychologie cognitive, on dirait que l'espace de problème, tel qu'il a été défini ne permet pas d'aboutir à la solution. En d'autres termes il n'est pas sûr que l'on puisse avancer sur la santé au travail en nous cantonnant à un discours préventif exclusivement orienté sur les facteurs de la situation de travail au détriment des dimensions subjectives et sociales de cette situation.

Il faut en être bien conscient. Il s'agit là d'un problème général. C'est une des caractéristiques des demandes humaines de toujours mêler une dimension d'appel véritable, au déploiement d'un réseau d'obstacles qui interdisent la prise en compte réelle de la demande. Ce sont les paradoxes de la communication décrits par l'école de Palo Alto. Le prototype de demande paradoxale c'est : "Dis moi que tu m'aimes". Sous entendu : "Dis le moi spontanément". Demande à laquelle il est difficile de donner une réponse satisfaisante.

Plus près de notre problème professionnel, la demande oriente pratiquement toujours sur une dimension dans laquelle, si on s'y laisse enfermer, il sera très difficile d'apporter une réponse : "Docteur, j'ai mal à la tête, je voudrais que vous me prescriviez une radio", "Docteur, nous constatons une augmentation des manifestations dépressives chez les infirmières d'hémato-cancérologie. Pouvez vous faire une étude de la charge physique dans le service ?". "Docteur, les infirmières du service de réanimation sont stressées par les alarmes. Pouvez vous faire une étude du niveau sonore ?". Selon l'expression des gens de Palo Alto, "le problème, c'est la question". C'est pourquoi, l'ensemble des

disciplines qui interviennent dans l'entreprise accordent une importance décisive à l'analyse de la demande.

C'est probablement là une des origines de nos difficultés : la tendance à nous laisser enfermer dans la définition du problème proposée par le demandeur.

Et pourtant, si le demandeur était capable de poser le problème correctement, la plupart du temps, il l'aurait résolu. Car de toutes façons, la recherche de la solution relève de sa compétence et non de celle du médecin du travail.

Alors nous pouvons discerner deux attitudes. Ou bien nous nous engouffrons dans un problème dont on peut parier qu'il est mal posé. Ou bien nous considérons que la demande témoigne d'une difficulté à intégrer les exigences contradictoires de la situation, en même temps que d'un effort d'interprétation qu'il s'agit de soutenir.

Nous retrouvons la question de l'interprétation dans les suites données à nos conseils. Les salariés n'appliquent pas les conseils de prévention parce que ceux-ci ne cadrent pas avec l'interprétation qu'ils sont en mesure de construire de leur situation.

La demande qui nous est adressée comme le sort réservé à nos conseils nous renvoie donc à la question de l'interprétation et à la difficulté de nos différents interlocuteurs à construire une interprétation qui ne laisse pas de côté des aspects majeurs de la situation..

Il faut s'arrêter un peu sur cette question de l'interprétation. La capacité à se représenter le monde et à s'auto-représenter, c'est ce qui permet à l'homme de se penser libre. C'est ce qui le fait libre. Soutenir sa quête interprétative, c'est soutenir son humanité.

Nous sommes donc conduits à travailler directement au niveau de ce qui apparaît comme obstacle à la dynamique intégrative des interprétations. Et, ce faisant, nous ne pensons pas quitter le terrain de notre responsabilité professionnelle. En effet, cette difficulté de nos interlocuteurs à intégrer certains éléments pourtant incontestables de la situation est la marque des systèmes de défense contre la souffrance au travail. C'est la souffrance des opérateurs et opératrices, la souffrance de la maîtrise, la souffrance de l'encadrement, qui s'opposent à ce que certaines choses puissent être dites et à ce que certaines choses puissent être entendues - la souffrance, mais aussi la mobilisation pour y faire face, la tension individuelle et collective nécessaire pour continuer à travailler.

Pour dépasser une telle situation, il ne s'agit pas de polir une rhétorique plus facile à avaler. Le dépassement ne peut venir que de la construction collective d'un compromis moins coûteux face aux différentes exigences psychiques imposées par la situation de travail.

Nous avons donc été amenés à passer d'une attitude de donneurs de conseils à une attitude nouvelle orientée vers le soutien à l'élaboration, à la prise de conscience et à la mise en discussion des questions du travail.

Alors l'outil principal, ce n'est plus la parole. C'est l'écoute.

Il faut bien mesurer l'ampleur du parcours. Nous sommes sortis des cabinets médicaux. Nous avons appris la métrologie et l'ergonomie. Nous avons investi massivement dans les activités de tiers temps, au point d'avoir pu être tentés à certains moments de considérer que les enjeux de santé ne passaient plus que secondairement par le cabinet médical. Aujourd'hui nous revenons sur le cabinet médical avec une quantité de questions nouvelles concernant la souffrance mais aussi le plaisir dans le travail.

Un certain nombre de collègues ont commencé à ouvrir des cahiers, distincts des dossiers médicaux. Cahiers sur lesquels sont reportés pendant ou à l'issue de la visite, les éléments recueillis qui témoignent des formes à chaque fois particulières de la souffrance au travail. Un certain nombre de collègues présents dans la salle ont tenu ou tiennent de tels cahiers.

Et puis des groupes de médecins, plus ou moins frottés de psychodynamique du travail, ont commencé à se constituer dans différentes villes pour travailler à la construction de nos règles de métier sur ce terrain nouveau de la subjectivité au travail.

Ces regroupements sont un élément absolument nécessaire pour ce cheminement. En effet, entrer dans une écoute de la souffrance au travail n'est pas sans risque. Christophe Dejours a coutume de dire qu'il n'y a d'écoute qui vaille que risquée.

Beaucoup d'entre nous ont pris le risque.

Le risque d'entendre.

Nous sommes amenés à entendre quelque chose dont notre bagage de sciences expérimentales ne nous permet pas de rendre compte. Quelque chose qui échappe à la quantification et à la mesure.

Ce que le médecin entend, il l'entend avec sa subjectivité. Et il en est d'autant moins sûr que, bien souvent, l'écoute de la souffrance semble accroître le volume de souffrance exprimée par les salariés. Les collègues qui sont passés par là disent souvent leur inquiétude de ne pas pouvoir distinguer clairement

ce qui vient du milieu de travail et ce qui est induit par l'attitude du médecin du travail.

Et il est vrai - c'est la dynamique même du processus d'interprétation - que des choses sont alors pensées et dites, que personne n'aurait peut être jamais dites ou pensées si le médecin n'avait pas été à l'écoute.

Et puis, difficulté supplémentaire, très vite, il apparaît que le matériel clinique recueilli est complexe. Qu'il est difficile de construire des liens même hypothétiques entre les manifestations de souffrance observées et tel ou tel aspect de l'organisation du travail.

C'est là que les groupes jouent un rôle très important. Dans les groupes, les médecins confrontent leurs matériels cliniques, discutent la compréhension qu'il est possible d'en proposer, tentent de repérer ce qui relève de l'expression des salariés et ce qui relève de la projection par le collègue de ses propres problèmes.

Mais ces dispositifs ne règlent pas tout.

L'écoute est risquée aussi parce que le médecin ne dispose pas de la thérapeutique qui pourrait faire disparaître la souffrance. Il est renvoyé à ses limites mais surtout à sa responsabilité.

Responsabilité de renvoyer au débat dans l'entreprise les questions repérées à partir d'une écoute individuelle mais qui concernent la collectivité. La seule issue raisonnable de la souffrance au travail est en effet la socialisation, le retour, dans un espace de discussion publique au sein de l'entreprise, de cette souffrance que chacun s'épuiserait à porter dans son espace privé si elle n'est pas posée publiquement comme un problème commun, si elle n'était pas référée à la difficulté de l'organisation du travail à intégrer l'ensemble des exigences du travail.

Mais c'est une chose de renvoyer au débat dans l'entreprise des questions sur les conditions de travail à partir d'éléments objectifs recueillis dans la surveillance individuelle et dans le tiers temps. C'est autre chose de renvoyer publiquement des questions concernant l'organisation du travail à partir de l'écoute de la souffrance exprimée au cabinet médical.

Les décisions d'organisation du travail qui sont éventuellement à l'origine de la souffrance sont en effet portées par des hommes qui, au même titre que chacun d'entre nous, jouent, sur leur engagement professionnel, leur identité et leur santé. Rien ne garantit dans ces conditions que le débat se développe dans la sérénité et la courtoisie.

Témoigner dans l'entreprise de la souffrance au travail correspond à une exigence éthique. Mais il y a d'autres exigences. Il faut témoigner d'une façon qui permette ensuite de continuer à tenir sa position de médecin du travail.

La restitution publique dans l'entreprise des éléments recueillis au cabinet est une activité à haut risque qui doit faire l'objet d'une préparation soignée.

Ici encore l'élaboration sur les formes et le contenu d'une telle restitution relève de la construction de nos règles de métier. Ici encore, nous travaillons à partir de collectifs de collègues qui servent de référents et auprès desquels le médecin teste préalablement sa restitution, la soumet à discussion, à critique. Chacun s'efforçant, à partir de sa propre expérience, de repérer ce qui pourrait conduire à un dérapage dans l'interprétation.

La restitution elle-même vise à ouvrir un espace de débat. En effet, nous sommes dans le domaine de l'interprétation, de la construction du sens. Et, en la matière, il n'y a pas de critères de vérité, autres que la discussion contradictoire, sur la base d'une libre expression des différents points de vue, et la recherche d'un accord. La restitution à une seule des parties n'a donc pas de sens. Le CHS-CT, quelque soient les défauts de son fonctionnement nous semble la structure ad hoc.

Pour ce qui concerne le contenu, la restitution porte sur deux types d'éléments. D'une part le témoignage, évidemment correctement anonymé, sur ce que nous percevons au cours des visites. D'autre part, des questions sur les liens hypothétiques entre telle ou telle manifestation de souffrance et des éléments de l'organisation du travail.

Cette restitution doit faire l'objet d'un écrit. Il est plus facile d'en peser tous les termes avec les collègues. Sur des questions aussi délicates, il est plus facile de s'engager sur un texte. De plus, le texte constitue ensuite un rempart contre les dérives interprétatives, voire la diffusion d'affirmations fausses vis à vis de ceux qui n'ont pas assisté à la restitution.

Un tel témoignage peut n'avoir aucune suite. Notre interprétation dans ce cas est que la question n'avait pas été assez travaillée et que la restitution n'ouvre aucune piste sur lesquels les différents partenaires puissent penser s'avancer. Dans ce cas nous retournons à l'écoute, au travail collectif et à la recherche d'une compréhension plus fine, à partir de laquelle les acteurs de l'entreprise puissent entrevoir la possibilité d'un autre type de compromis, plus efficace, moins coûteux.

Mais, il faut aussi être averti du fait qu'un tel travail, justement parce qu'il produit une meilleure compréhension par les différents acteurs de ce qu'ils vivent dans l'entreprise, peut révéler un désaccord de fond et déboucher sur un conflit. Le conflit est en effet un des modes de débat et de résolution des questions dans l'entreprise. Dans ce cas, le médecin est particulièrement mal placé. Il risque d'être accusé d'être à l'origine du conflit. C'est ici encore une raison supplémentaire pour ne pas travailler seul. Les groupes auxquels je participe essaient de faire en sorte que la dimension collective du travail préalable à la restitution soit toujours suffisante pour ne pas laisser un collègue dans la situation dangereuse d'avoir raison seul.

Je terminerai sur quelques éléments de formalisation concernant la structure et les espaces de communication dans lesquels le médecin du travail est amené à intervenir.

A partir d'un certain nombre d'éléments recueillis au cabinet médical mais qui, par leur convergence, semblent ne pas pouvoir être ramenés à une série de questions privées, le médecin tente d'ouvrir un débat dans l'entreprise.

Le cabinet médical du travail fonctionne donc comme un crible qui permet de faire la part entre les questions purement personnelles qui doivent demeurer du domaine privé et celles qui relèvent du débat public.

Nous utilisons pour décrire l'espace de débat que nous tentons d'ouvrir, le concept d'espace public repris de Arendt et d'Habermas.

Il nous faut cependant nuancer l'usage que nous faisons de la notion d'espace public. Ce concept s'applique au fonctionnement politique des sociétés démocratiques. La nature du débat dans l'entreprise est assez différente. Dans l'entreprise, les salariés ne sont pas citoyens. Les directions ont le pouvoir de trancher sur les moyens, sur les effectifs, elles ont le pouvoir de mettre fin aux discussions, le pouvoir de licencier. Cette dissymétrie impose une retenue dans la mise en visibilité des éléments recueillis sur la souffrance au travail. Cette retenue s'impose évidemment lors de l'utilisation des matériaux recueillis au cabinet médical mais la question resurgit sous une forme moins balisée lorsque l'alerte du médecin entraîne l'ouverture d'un débat.

Une solution peut consister à mettre en place des groupes de travail rassemblant l'ensemble des partenaires. C'est insuffisant. Le débat public sur la souffrance psychique et les questions d'organisation du travail qui lui sont liées suppose au sein des différents collectifs de travail, une élaboration, une mise en mots une prise de conscience. Une telle élaboration ne doit pas être

engagée dans des groupes mixtes du type opérateurs-encadrement. Seule l'intimité d'un groupe relativement homogène peut permettre la liberté de parole nécessaire à un véritable travail d'élaboration collective.

De plus en plus fréquemment, nous sommes amenés à soutenir la réflexion de collectifs de travail. Nous ne nous y engageons que s'il est convenu à l'avance avec l'ensemble des partenaires que, pendant la période d'élaboration, le travail de ces groupes bénéficie d'une absolue confidentialité et qu'à l'issue du travail il ne sort du groupe que ce que ses membres ont décidé de rendre public.

Nous distinguons donc espace public et espace de discussion.

Nous nommons espace public, l'espace de mise en confrontation des exigences portées par les différents groupes dans l'entreprise. L'espace de discussion est au contraire un espace d'élaboration de valeurs et de sens qui, pour pouvoir fonctionner, ne peut être public.

Enfin la communication dans l'entreprise comporte une autre particularité. Nous avons dit que la responsabilité et le pouvoir de décision y sont détenus en propre par la direction. Nous sommes cependant confrontés de plus en plus fréquemment à des questions vis à vis desquelles l'espace de décision pertinent ne se situe plus dans l'entreprise. Des situations dramatiques sont aujourd'hui vécues par certaines directions aussi passivement que par les autres salariés. Certains de nos collègues ont estimé qu'il était de leur responsabilité, dans ce cas, de témoigner au niveau de la société et de lui renvoyer en tant qu'espace politique les problèmes de santé dont il n'est plus certain que la solution se situe dans l'entreprise. Le livre "Souffrances et précarités dans le travail. Paroles de médecins du travail" (Syros, 1994) est exemplaire de ce point de vue.

La structure de la communication a donc pas mal évolué pour les médecins du travail ces dernières années. Aujourd'hui, l'action du médecin du travail, son "agir communicationnel" pour reprendre l'expression d'Habermas peut être référé à quatre espaces distincts et articulés : l'espace du cabinet médical, l'espace de discussion au sein des collectifs de travail, l'espace public de l'entreprise, et l'espace politique. Chacun de ces espaces est régi par des règles particulières. L'articulation de l'intervention entre ces différents espaces suppose, elle, la mise en oeuvre de règles dont l'élaboration relève de la discussion au sein de notre communauté professionnelle.