

A propos de l'apport infirmier sur la santé au travail

Philippe Davezies

Contribution aux Journées Franco-Européennes des Infirmier(e)s de Santé au Travail,
Strasbourg, 25-27 octobre 1995

S'interroger sur la pertinence de l'apport infirmier en matière de santé au travail implique de définir préalablement la nature des problèmes auxquels nous devons faire face sur le terrain. Or, de ce côté, la situation est plutôt déconcertante. Les deux dernières décennies ont été marquées par d'importants progrès du côté des possibilités techniques de **maîtrise des facteurs traditionnels de maladies professionnelles et d'accidents du travail**. Mais, dans le même temps, nous avons assisté à une dégradation des conditions de travail. La proportion de gens dont le rythme de travail est assujéti à celui d'une machine a augmenté, nous avons vu exploser la pathologie des gestes répétitifs, les difficultés d'articulation de la vie familiale et de la vie professionnelle se sont accrues. L'évolution des formes d'emploi a été marquée par un développement de la précarité dont on peut penser qu'il n'est pas encore arrivé à son terme. Nous avons vu se développer des modes de management qui - selon l'expression d'Yves Clot - visaient à "mettre au travail l'âme des salariés" tout en manifestant à ces mêmes salariés que la réduction des effectifs constituait le critère par excellence d'une bonne gestion. Ces contradictions ont porté à un niveau inconnu dans la période antérieure les questions des valeurs et du sens du travail, du lien social et de la coopération, de l'identité et de la santé mentale. Ainsi, nous avons assisté, au sein des cabinets médicaux et des infirmeries, à une **montée en puissance de l'expression de la souffrance au travail** - souffrance référée par les salariés à la remise en cause de leurs systèmes de valeurs par les transformations du travail ; souffrance dont on perçoit bien aujourd'hui qu'elle n'est plus seulement l'apanage de la base ni de l'encadrement de terrain, mais qu'elle frappe aussi les cadres jusqu'à des échelons très élevés au sein des entreprises. Pour une grande part, la rumeur qui, aujourd'hui, monte des cabinets médicaux, témoigne du coût individuel et collectif de l'impressionnante mise en tension du monde du travail à laquelle nous avons assisté.

Dans ce contexte, **deux perspectives peuvent être proposées**. La première consiste à enregistrer l'évolution des capacités techniques en matière de maîtrise des risques physico-chimiques et à prôner un **renforcement de l'action sur les risques professionnels**. Dans cette perspective, on peut imaginer qu'un médecin, éventuellement un peu plus éloigné du terrain, pourrait surveiller des effectifs plus importants à condition d'être doté de deux sortes d'assistants : d'une part des infirmiers et infirmières qui assureraient la surveillance clinique et biologique de premier niveau, d'autre part des techniciens qui se chargeraient des tâches de métrologie et d'analyse du milieu de travail. Un tel mode de coopération implique une focalisation des efforts sur les risques susceptibles d'objectivation voire de quantification. Il y a plusieurs avantages à une telle approche. D'une part, elle est cohérente avec la conception traditionnelle de la prévention définie en terme de risques et d'organes cibles. Elle peut donc, dans une certaine mesure, se réclamer d'une rationalité scientifique forte : celle des sciences expérimentales. Elle rapprocherait, de plus, la médecine du travail française des systèmes en vigueur chez nos voisins européens qui ne surveillent les salariés des petites entreprises que s'ils sont exposés à des risques particuliers. Enfin, et ce n'est pas le moindre des arguments aux yeux des promoteurs de ce point de vue, elle permettrait de diminuer les coûts. En revanche, en limitant la médecine du travail à la surveillance des expositions aux toxiques et à quelques

facteurs d'ambiance physique, on passerait de la **surveillance de la santé des salariés** à la **surveillance des risques professionnels**.

En face de ces propositions, il est possible de développer un autre point de vue. Nous pouvons raisonnablement soutenir que les problèmes de santé au travail relèvent autant, sinon plus, d'une dégradation des possibilités de débat et de communication dans l'entreprise que d'un déficit du savoir sur les risques professionnels. Dans bien des cas, parce que leur statut est précaire, parce qu'ils sont isolés, parce qu'ils ont peur, les salariés n'expriment plus qu'au service médical les problèmes du travail. Or ces problèmes, qui sont portés par chacun comme des problèmes individuels, ne peuvent trouver d'issue qu'au niveau collectif. Dans un tel contexte, la responsabilité du service médical n'est plus limitée à l'analyse des risques professionnels. Il faut écouter, pour tenter de **comprendre** et pour **renvoyer au débat public** dans l'entreprise les questions qui, si elles sont portées par chacun dans sa sphère privée se payent en terme de santé et de rigidification des relations de travail. Cette attitude se heurte cependant à de nombreuses difficultés. Nous insisterons sur trois niveaux de difficultés qui concernent la question de l'engagement personnel, celle de la technicité et enfin celle de l'indépendance.

Les questions cruciales qui viennent au service médical sont des questions subjectives. Elles doivent être entendues comme telles. Le seul instrument à la disposition des professionnels de santé est alors leur propre subjectivité. Aborder les questions subjectives expose donc à un risque important de projection. Il est facile de plaquer ses propres préoccupations sur la souffrance exprimées par les salariés. Cette particularité des questions subjectives a des conséquences directes en terme d'organisation de l'équipe de santé au travail. D'une part, il paraît difficile de fonctionner sur ces questions sur le mode de la délégation. D'autre part, il est nécessaire d'être plusieurs à écouter et de pouvoir confronter ce que l'on comprend. De ce point de vue, la présence dans le service médical de deux sortes de professionnels - médecin et infirmière - est un atout considérable dans la mesure où nous savons que les salariés ne disent pas les mêmes choses aux infirmières et aux médecins. Autrement dit, il n'y a pas d'écoute sans **engagement personnel** et c'est précisément pour cela que la prise de distance, la mise en débat, le **travail collectif** sont nécessaires. Ce travail collectif peut difficilement prendre la forme pyramidale d'une équipe assurant autour d'un médecin des tâches déléguées.

Le deuxième point à trait à la **technicité**. Face à la souffrance, deux voies sont sans issues : d'un côté l'objectivation, de l'autre côté la pure compassion. Le point de vue professionnel est intermédiaire : ni rejet de la souffrance, ni pure réceptivité passive. La voie intermédiaire, c'est celle du travail, de la construction d'une intelligibilité de la souffrance. Or, construire une compréhension de la souffrance exprimée au service médical ne peut relever de la simple mobilisation des connaissances empiriques acquises sur l'entreprise. La compréhension implique la référence à un modèle de l'homme. Il n'y a pas d'écoute et de compréhension sans référence à un modèle. Le modèle n'a pas pour fonction de donner les clefs de la compréhension mais il permet de faire des hypothèses et de poser des questions. Il faut alors que ce modèle soit explicite afin de pouvoir être discuté, modifié, approfondi. Il faut, de plus, qu'il ne soit pas mutilant de son propre objet. Sur ce point, l'exigence d'une prise en compte globale des besoins de l'individu, telle qu'elle est tenue par les infirmières dans les hôpitaux, nous paraît un complément indispensable à la perspective orientée sur les relations entre facteurs de risques et organes cibles qui est bien souvent au coeur de la problématique du médecin du travail. Enfin, il faut que le modèle fasse toute sa place à la question du travail. Les modèles qui nous permettent d'analyser les questions de santé au travail existent aujourd'hui du côté de l'ergonomie, de la psychodynamique du travail. Répondre au niveau de compétence nécessaire implique de se frotter fortement à ces disciplines afin de constituer entre médecins et

infirmier(e)s, le vocabulaire commun nécessaire pour rendre compte et mettre en confrontation deux écoutes différentes. Les évolutions des questions de santé au travail sont donc porteuses d'exigences supplémentaires de formation pour les médecins comme pour les infirmières. La formation aux risques professionnels est aujourd'hui insuffisante.

Enfin, si l'on accepte de prendre en compte les questions subjectives, si l'on accepte, de plus, de considérer leur lien avec les questions du travail, alors on se trouve confronté à une difficulté. De même que les questions de santé physique pointent en première analyse sur des facteurs objectifs, les questions de santé mentale pointent sur des questions d'organisation du travail. Or, les questions d'organisation du travail sont beaucoup plus conflictuelles que les questions qui touchent aux risques professionnels. Evoquer les questions d'organisation du travail suppose donc de bénéficier d'une certaine liberté d'expression. C'est le problème fondamental de l'indépendance. Il n'y a pas convergence absolue entre préoccupation de santé et recherche d'efficacité économique. Les professionnels de santé sont donc régulièrement appelés à prendre leurs distances vis à vis des contraintes de production. C'est ce qui fonde la nécessité d'une indépendance technique. "Un des principes fondamentaux de l'exercice correct de la santé au travail est une **indépendance professionnelle** complète, c'est à dire que les professionnels de la santé au travail doivent jouir d'une indépendance dans l'exercice de leurs missions qui leur permette de formuler leurs jugements et de donner leurs conseils pour la protection de la santé des travailleurs et pour leur sécurité au sein de l'entreprise selon leurs connaissances et leur conscience professionnelle". (*Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail, Commission Internationale de la Santé au Travail, Documents pour le médecin du travail, n° 54, 1993*). Sur ce plan on peut souhaiter une meilleure intégration, en terme de statuts, des infirmiers et infirmières à l'équipe du service médical. En effet, infirmiers et infirmières ne disposent pas de la protection que la loi accorde aux médecins du travail. Infirmiers et infirmières dépendent généralement de la direction du personnel et sont bien souvent professionnellement évalués par le Directeur des Ressources Humaines. Il n'est pas sûr qu'un tel positionnement soit le plus adapté pour contribuer dans l'entreprise à la prise en compte des questions de santé au travail telles qu'elles se posent aujourd'hui.

En conclusion : l'urgence n'est peut être pas de remplacer le service médical du travail par une équipe pluridisciplinaire qui comprendrait à coté des médecins et des infirmières, divers professionnels de la mesure et de l'analyse. Peut-être faut-il avant tout se préoccuper de **faire fonctionner, au sein des services médicaux, la complémentarité entre médecins et infirmières**. Cela suppose des efforts de la part des médecins. Cela suppose pour les infirmières et infirmiers d'avancer dans la définition de leur métier et dans la constitution de leur point de vue propre. Les questions de santé au travail telles qu'elles se présentent aujourd'hui constituent un appel à cette convergence.