

PRATIQUES ACTUELLES AU REGARD DES CHANGEMENTS LÉGISLATIFS DES COOPÉRATIONS À RÉINVENTER

**Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
30 novembre 2019**

Rapporteurs Benoît DE LABRUSSE, Karyne CHABERT et Jean-Louis ZYLBERBERG

Il s'agit de mettre en débat comment les équipes médicales ont pu s'organiser pour assurer un suivi santé/travail pertinent au sens du métier (prévenir toute atteinte à la santé du fait du travail) dans un contexte dégradé du point de vue des moyens à disposition (moyens humains, redéfinition des missions de santé au travail) et du contexte des services de santé au travail incitant parfois à la confusion entre les obligations de l'employeur (évaluation, traçabilité et gestion des risques) et le sens de la mission des équipes médicales.

Le corps professionnel des médecins du travail étant en perte de vue, nos règles professionnelles risquant de disparaître, ne doivent-elles pas être transmises aux infirmier-e-s en santé au travail ? Mais l'appropriation de la clinique médicale du travail par les IST se heurte :

- ♦ **d'une part à leur sujétion par les directions qui tend à les enfermer dans une pratique protocolisée et une politique du chiffre ;**
- ♦ **d'autre part par le Code de la santé publique qui s'est construit sur le soin.**

À partir d'un exemple de l'activité d'un petit service de santé au travail d'environ 4 500 salariés, il est question de construire un exercice adapté aux besoins de prévention en santé au travail et aux moyens. Le temps médical ne permet pas de rencontrer les salariés à intervalle rapproché. La priorité est donnée aux premières visites, aux visites à la demande de salariés en difficulté dans leur travail, aux salariés soumis à SMR. L'infirmière assure des entretiens infirmiers dans le cadre d'un protocole écrit. Les conditions sont favorables pour que la coopération soit efficace mais faut-il s'en tenir au prescrit ? Le médecin est présent dans le

service à temps très partiel. Comment alors remplir l'objectif de suivi tout en « sécurisant » les conditions d'exercice de l'infirmière pour qu'elle ne se trouve pas en difficulté lorsqu'il n'y a pas de médecin présent physiquement dans les locaux ?

**COMMENT PASSER DU CADRE SÉCURISANT
DES ENTRETIENS INFIRMIERS
AU CABINET MÉDICAL AU CADRE INSÉCURISANT
DES INTERVENTIONS EN ENTREPRISE ?**

C'est la construction commune de la coopération dans le cadre du travail en équipe qui pourra permettre ou non de déterminer un mode de fonctionnement acceptable pour les deux professionnels. Des questions très pratiques pourront se poser : Est-il acceptable (pour le médecin du travail, pour l'infirmier(e) de ne pas faire un retour de tous les entretiens infirmiers au médecin ? L'infirmier(e) peut-il(elle) assurer des entretiens en l'absence de médecin présent dans les locaux ? Comment traiter les demandes de transfert de dossiers médicaux dans un contexte de surcharge de travail ? Comment l'infirmier(e) peut-il(elle) assurer la traçabilité des risques pendant les entretiens ? Quelle est la pertinence d'un questionnaire pour évaluer le risque de dégradation de la santé mentale des travailleurs ? Faut-il organiser des entretiens infirmiers sur les lieux de travail ou au cabinet médical ? Intérêt des consultations en binôme médecin/infirmier(e) dans certains cas ? Comment formaliser l'activité de l'infirmier(e) dans le dossier santé/travail ? Comment passer d'un diagnostic infirmier individuel à une vision collective justifiant d'alerter le médecin sur la souffrance d'un collectif de travail ?

COMMENT FORMALISER LA RESTITUTION DES INTERVENTIONS EN ENTREPRISE ?

L'expérimentation de pratiques « innovantes » et/ou non prévues dans le cadre des protocoles apporte la preuve que la coopération entre les métiers n'a pas fini de se construire : pour exemple, une visite d'entreprise en binôme médecin/infirmier(e) montre que le regard complémentaire des praticiens peut enrichir l'analyse des conditions de travail.

Au contraire, un(e) infirmier(e) en position de devoir argumenter seul(e) un diagnostic santé/travail collectif en instance CHSCT ou de devoir écrire seul(e) un courrier d'alerte collective pourrait se trouver en difficulté par manque d'assise réglementaire. L'expérience montre que certain(e)s se sont trouvé(e)s en difficulté suite à une alerte collective écrite alors que la formation DIUST avait été validée et qu'ils(elles) semblaient avoir les compétences pour agir. (Rôle de l'ordre infirmier ? quel risque de condamnation par l'Ordre infirmier ?).

De la même façon, transférer la responsabilité à un personnel infirmier de rédiger et signer les prescriptions d'exams complémentaires **extérieurs au service** reste périlleux du fait de l'absence de cadre législatif.

Dans le cas de **service autonome** où l'infirmier(e) a eu un rôle d'« infirmier(e) d'entreprise » pendant des années, c'est-à-dire accueil des travailleurs, prise en charge des soins d'urgence, accompagnement aux démarches administratives de déclarations d'AT ou de MP, **mais ne pratique pas les « entretiens infirmiers »**. Il s'agit de mettre en place progressivement des outils permettant d'explorer le lien santé travail. Ce peut être par l'analyse des « risques professionnels », officiellement sous l'angle très réglementaire d'une liste de risques, qui permettrait à l'infirmier(e) de disposer d'un cadre ou d'un repère sur lequel il(elle) pourrait se baser pour interroger l'activité de travail. Cette approche aurait l'avantage de répondre à la fois à la notion de traçabilité dans le dossier médical santé/travail et au besoin d'examiner comment le travailleur construit son équilibre (ou pas) dans le travail.

À partir de là, l'infirmier(e) pourrait se sentir légitime de compléter son analyse et son action par des recommandations préventives ou par des études de poste sur les lieux de travail.

L'idée est bien de faire évoluer le lien de subordination entre personnel infirmier et médecin (historiquement lien de fonctionnement dans les services de santé au travail autonomes par analogie à la médecine de soins) à une coopération en santé au travail faisant intervenir

plusieurs acteurs de santé au travail de spécificité complémentaire. Pour cela il **serait nécessaire d'envisager** une reconnaissance juridique des compétences et donc du statut d'infirmier(e)s en santé au travail (certains évoquent un Master de pratiques avancées en santé au travail ?).

Mais la montée en compétence peut être source de danger pour l'IST (Par exemple si une procédure d'alerte était envisagée pour les IST). C'est pourquoi un statut officiel de salarié protégé paraît indispensable pour l'action en faveur de la prévention.

La question de l'évolution du métier va se poser pour les infirmier(e)s de la **fonction publique** à l'occasion des modifications à venir du décret de 1982 encadrant le suivi des agents de la fonction publique.

L'instauration d'entretiens infirmiers sous-entend de prévoir une formation solide et une évolution progressive car beaucoup sont ancien(e)s dans la fonction et dans l'institution et l'évolution de leur métier devra être accompagnée. Cette nouvelle fonction devra s'accompagner d'un statut qui empêcherait les institutions d'intervenir directement sur les missions des infirmier(e)s

En résumé, il est raisonnable de s'appuyer sur un certain nombre de bases pour la construction d'une coopération efficace quel que soit le contexte d'exercice :

- ♦ Tenir compte des repères juridiques mais construire un fonctionnement adapté au contexte pour des actions complémentaires et synergiques.
- ♦ Le référentiel « métier » doit être commun aux professionnels médicaux et doit s'appuyer sur la clinique médicale du travail, l'écoute de la souffrance et la recherche d'une compréhension du vécu au travail.
- ♦ Définir un fonctionnement qui respecte le rôle propre des infirmiers et qui permet de développer/reconnaître les compétences spécifiques (notion de diagnostic infirmier et pratiques avancées).
- ♦ **Nécessité pour les IST de développer elles-mêmes leurs règles professionnelles.**
- ♦ Il est nécessaire de s'assurer et garantir des moyens adaptés (formation, locaux, organisation et mise en place de colloque singulier médecin/infirmier(e), indépendance de l'ensemble des professionnels, logiciels adaptés et sécurisés...).
- ♦ Prévoir un espace dans le dossier santé/travail pour garder trace de l'activité infirmier(e).

**MÊME SI LES CONDITIONS D'EXERCICE
DU MÉDECIN DU TRAVAIL ÉVOLUENT,
IL EST NÉCESSAIRE DE CONSERVER
UNE FRACTION DE VISITES PÉRIODIQUES
QUI PERMETTANT DE CONNAÎTRE
UNE « NORMALITÉ » DU TRAVAIL**

Même si les missions des médecins évoluent plus vers la préservation et la sauvegarde des droits individuels du salarié pour les travailleurs les plus en difficulté (inaptitude, procédures de reconnaissance de maladies professionnelles...), et que les infirmiers soient plus investis du côté des missions de prévention **et d'écoute**, un enjeu important est de pouvoir garder l'équilibre entre ces deux axes pour que le médecin du travail ne perde pas le sens de sa mission **de préservation de la santé du fait du travail** et garde une vision

de la « normalité » du travail (en opposition à la psychopathologie).

La réflexion est à poursuivre pour articuler l'activité de l'équipe médicale avec les autres acteurs de santé au travail (ergonomes, psychologues= **équipe pluridisciplinaire...**).

- ♦ Est-il possible de transformer l'alerte médicale en alerte pluridisciplinaire en fonction des situations ?
- ♦ Est-il envisageable de rassembler des arguments de champs spécifiques pour alerter sur les risques pour la santé dans le cadre de la prévention primaire ?

L'objectif de l'équipe médicale, qui a accès aux éventuels effets délétères du travail sur la santé n'est il pas de nourrir les actions de l'équipe pluridisciplinaire ?