

MÉDECINS DU TRAVAIL ET INFIRMIÈRES DU TRAVAIL UNE ÉQUIPE À CONSTRUIRE

La question des équipes médecins et infirmières émerge par défaut dans un contexte de pénurie de médecins qui ne touche pas seulement la santé au travail, mais également la médecine générale, c'est-à-dire les médecins de première ligne. Dans d'autres pays, les tâches sont différemment partagées entre médecins et infirmières ; la formation des infirmières est différente. Il convient donc d'examiner dans quelles conditions un suivi médical en santé au travail, respectant les missions réglementaires assignées à ce jour au seul médecin du travail, alors que les services de santé au travail n'ont toujours pas de mission clairement définie sur le plan juridique, pourrait voir le jour

Un peu d'histoire

Dans l'Antiquité, il était impossible de distinguer l'infirmier du médecin. La construction de deux métiers différents qui partagent de longue date, des fondements et des valeurs similaires, s'inscrit dans l'histoire de l'homme, tant la souffrance physique est aussi vieille que l'histoire de l'homme.

L'action de soigner aurait deux origines*. La première serait « d'assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce » par un ensemble d'actes quotidiens, d'habitudes de vie et de soins du corps ; tous soins qui relèvent des compétences des femmes (déjà « le care » !). La seconde serait représentée par des soins réclamant une force physique ou l'utilisation d'outils (incision ou suture). Ces soins seront le fait des hommes, essentiellement en temps de guerre. Plus tard, dans un univers où le poids du religieux est considérable, ce seront les ordres religieux féminins qui assumeront l'essentiel du soin aux nécessiteux dans les hôpitaux créés par l'Église dans les Hôtels-Dieu.

L'histoire des soins (et donc du métier d'infirmière) est liée à l'histoire des femmes qui seront pendant très longtemps exclues de l'accès à la médecine (la première femme française docteure en médecine sera diplômée en 1875). La construction des rapports entre ces deux métiers sera donc longtemps liée à l'histoire des rapports sociaux de sexe.

À partir du 18^{ème} siècle, les travaux de Jenner, puis au 19^{ème} siècle ceux de Pasteur et de Claude BERNARD annonceront l'ère de la médecine scientifique.

C'est aussi au 18^{ème} siècle que Florence NIGHTINGALE, infirmière anglaise, contribuera à l'élaboration des soins infirmiers, spécifiques du métier, alors que jusque là, les infirmières ne travaillaient que sur prescription médicale (ce dont il est légitime de douter, à travers les connaissances constituées depuis sur le travail invisible du soin). « *L'activité infirmière est donc dirigée vers la personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement des modes de vie sains et le contrôle des conditions sanitaires* »* Presque un siècle plus tard aux Etats-Unis, au début du 20^{ème} siècle, Virginia HENDERSON développera une seconde conception du métier et une définition différente des soins infirmiers « *Ils consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien-portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance, de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible...* ». Elle pense qu'« *il sera difficile de se débarrasser de cette conception qui considère les soins infirmiers comme dépendants de la médecine* ».

Les évolutions du métier d'infirmière

Ces théories du « soin infirmier » aboutiront selon les pays à des définitions réglementaires différentes, à des formations différentes, et en France à une définition en 1946 (J.O. du 9 avril 1946) qui subordonne totalement le soin infirmier à la prescription médicale : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin* ». D'autres étapes, et sans doute l'influence de l'Europe, seront nécessaires pour aboutir à la loi du 31 mai 1978 qui confère au métier d'infirmière une fonction triple :

- une fonction indépendante par laquelle elle apporte une contribution particulière au développement de la santé : c'est le « rôle propre » ;
- une fonction dépendante lorsque l'infirmière applique les prescriptions médicales ;
- une fonction interdépendante, lorsque l'infirmière travaille avec d'autres professionnels.

Plus récemment c'est le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de santé publique qui définit le rôle propre de l'infirmier dans ses articles R.4311-1 à R.4311-5 :

Dans l'article R.4311-3, il est précisé :... « *Il (l'infirmier) identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* ». Le diagnostic infirmier est « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable » (définition de l'association nord américaine des diagnostics infirmiers, inscrite dans la réglementation française). **Le diagnostic infirmier identifie les besoins du patient**, afin de mettre en oeuvre les actions appropriées dans l'intérêt de ce dernier.

Dans les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de Santé Publique, concernant l'exercice de la profession d'infirmier, on relève que ce métier comporte « ...*la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ...* », que « ...*les infirmiers ou infirmières sont soumis au respect de règles professionnelles et notamment du secret professionnel* », « *qu'ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ». « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...) recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance (...) participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R.4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage des troubles sensoriels (...) recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanées suivantes, urines et sang (...) entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire (...) aide et soutien psychologique (...) observation et surveillance des troubles du comportement. Selon le secteur d'activité où il exerce, (...) et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants (...) dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité (...) dépistage (...) des maladies professionnelles (...) des pratiques addictives, participation à des actions de santé publique, recherche (...) et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.* »

Le Code de santé publique, dans sa définition la plus récente, affecte à la profession d'infirmier beaucoup de tâches transférables en médecine du travail.

Le Code de déontologie infirmier français est officiel et est intégré au Code de santé publique (articles R.4312-1 à R.4312-49). Un ordre national des infirmiers a été institué en 2006. Il existe également un Code de déontologie international comportant quatre grands volets : l'infirmière et l'individu, l'infirmière et la pratique, l'infirmière et la profession, l'infirmière et ses collègues.

Le Code de déontologie médicale encadre le métier de médecin.

La question de l'indépendance professionnelle pour un exercice dans le champ social

L'existant : dans beaucoup de services de santé autonomes des infirmières sont présentes au côté des médecins du travail. Le Code du travail prévoit un infirmier pour les établissements industriels Dans des entreprises adhérentes à des services interentreprises des infirmières sont présentes (obligation à partir de 200 salariés pour les établissements industriels) à temps plein, alors que le médecin n'intervient qu'un jour par semaine par exemple ; cette obligation n'est pas toujours respectée. Dans ce cas, les infirmières sont souvent rattachées au service Ressources Humaines. À ce jour, il n'y a pas d'infirmière dans les services interentreprises sauf à titre expérimental. Dans les services de santé au travail des hôpitaux, l'équipe comporte déjà une secrétaire, une infirmière, parfois une psychologue clinicienne (ou du travail) et le médecin du travail.

Donc, il y a une alternative possible :

- L'infirmière est directement salariée de l'entreprise sans autre protection que ses règles professionnelles. Elle ne bénéficie d'aucune des protections particulières liées à un exercice dans le champ social.
- L'infirmière est sous la dépendance hiérarchique du médecin du travail et bénéficie alors par son intermédiaire de la protection de ce dernier. Cette situation semble rare.

Se pose donc la question pour les services interentreprises de santé au travail :

- L'infirmière bénéficierait-elle du même statut d'indépendance et des mêmes protections que le médecin du travail ?
- L'infirmière tenue au secret professionnel, pourrait-elle être placée sous l'autorité autre qu'administrative, d'un directeur de service ?
- L'infirmière serait-elle placée sous l'autorité hiérarchique du médecin du travail et bénéficierait-elle indirectement de la protection de ce dernier ? Il paraît pourtant logique, que dans son rôle propre, l'infirmière bénéficie individuellement et directement, d'un statut garantissant son indépendance technique et professionnelle.
- Le métier d'infirmière tel que décrit par le Code de santé publique place l'infirmière dans une relation de subordination partielle au médecin.

Consultation infirmière et consultation médicale

La consultation médicale et la consultation infirmière ont des finalités différentes. Le diagnostic infirmier est un diagnostic de besoin (diagnostic symptomatique), conseil, orientation, éventuellement vers une consultation médicale. L'accès au corps, tel qu'il est actuellement enseigné dans la formation des infirmières est orienté vers la mesure de constantes ou la pratique de prélèvement, ce qui n'est pas une pratique fréquente en médecine du travail. Un exercice protocolisé, avec questionnaires adaptés en fonction des risques au poste de travail est envisagé par d'aucuns. Pour d'autres le travail infirmier consisterait en la conduite d'entretien médico-professionnel, moyennant une formation professionnelle adaptée. Des entretiens menés auprès des différents salariés d'une entreprise permettraient alors d'établir un diagnostic de besoin collectif ou individuel avec études de poste, intervention d'IPRP, etc. Dans ce mode d'exercice, quels seraient les rapports entre médecins du travail et infirmier(e)s : intervention de l'infirmier(e) en responsabilité propre ou en délégation de responsabilité.

La consultation médicale se doit, dans certains cas, d'aboutir à un diagnostic étiologique ; l'entretien clinique et l'examen du corps sont indissociables, les données de l'un enrichissent l'autre et vice versa même si l'examen du corps n'est pas toujours indispensable. Le résultat de la consultation pour un individu donné, isolé, pourra aboutir à l'établissement de certificats médicaux faisant un lien entre la symptomatologie et la situation de travail (certificat constatant une maladie professionnelle ou à caractère professionnel) : il s'agit là d'une obligation liée à l'exercice médical (Code déontologie-article 50 : *« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables »* et Code de la Sécurité Sociale dans son article L.461-6 *« En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. »*

Les obligations médico-légales des médecins du travail ne peuvent pas être considérées comme partie négligeable de leur exercice. Par exemple des symptômes évocateurs de TMS des membres supérieurs, pour prendre en exemple une pathologie très fréquente, nécessitent un interrogatoire précis à la recherche de symptômes souvent décalés des horaires de travail, un examen somatique rigoureux. Il convient, bien sûr, d'y associer l'entretien clinique qui permet de comprendre le contexte de survenue des manifestations pathologiques pour que soient élaborée la stratégie de prise en charge individuelle et l'intervention éventuelle en prévention primaire.

L'équipe médicale comprend aussi les secrétaires assistantes en santé au travail. Comment faire évoluer l'équipe, avec l'adjonction d'infirmier(e) sachant que les fonctions tenues par les assistantes sont très variables d'un service à l'autre, en fonction des formations dont elles ont bénéficié au cours de leur trajectoire professionnelle.

La tenue du dossier médical : Le dossier médical serait partagé, les infirmier(e)s noteraient leurs observations personnelles, leur hypothèses.

La participation au CHSCT : Dans les hôpitaux, les infirmières participent aux CHSCT, à côté du médecin du travail. Quelle pourrait être leur participation aux CHSCT en service interentreprise, où il n'est déjà pas possible, à l'heure actuelle, au médecin du travail, d'être présent. Il ne peut pas y avoir de délégation de tâches pour cette mission très particulière du médecin du travail. La participation de l'infirmière au CHSCT ne peut se concevoir qu'en responsabilité propre, responsabilité qui actuellement n'est pas reconnue par le Code du travail, responsabilité qui renvoie à la question de son statut, de son indépendance et de la protection dont elle bénéficie.

Un exercice en équipes médicales comportant des infirmières en santé au travail nécessite que soient préalablement définies clairement les missions des services de santé au travail. À ce jour, celles-ci se confondent

avec les missions du médecin du travail. Les évolutions actuelles laissent imaginer une évolution des SST vers des fonctions de prestataires de service (cf. les textes proposés par le MEDEF aux négociations actuelles) : quelles seront alors les missions des médecins du travail et des infirmier(e)s ? Quelle complémentarité construire pour une meilleure prise en charge des questions de santé au travail en prévention primaire ?

Annie DEVEAUX, Josiane CREMON
(Compte rendu enrichi des débats du Congrès de décembre 2008)

BIBLIOGRAPHIE

M.-F. COLLIÈRE, *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Éditions, 1982, p 24

*S.KEROUAC et co-auteurs, *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*, Paris, Éd. Maloine, 1994, p.4