



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS  
Conseil National de l'Ordre

Rapport adopté lors de la session du Conseil national  
de l'Ordre des médecins du 17 juin 2011

## Nouvelles coopérations en santé au travail : Recommandations du Cnom

Lorsque le Conseil national de l'Ordre des médecins publie ses statistiques démographiques, en juin 2007, il met en lumière la situation globalement alarmante des effectifs médicaux dans plusieurs spécialités, dont la médecine du travail qui fait figure de spécialité sinistrée ; le constat est là : moyenne d'âge élevée, un gros contingent en départ dans les 5 ans, des postes d'internat non pourvus ... L'Atlas 2011 de la démographie médicale en France <sup>1</sup> confirme ce tableau avec 30 % des effectifs de 60 ans et plus et uniquement 76 nouveaux inscrits dans la spécialité en 2010.

Plusieurs missions d'information et rapports se sont succédé ces dernières années alertant le ministère du travail et sa Direction Générale du Travail.

Les services de santé au travail continuent cependant d'être destinataires d'« injonctions » des instances ministérielles à effectuer pleinement leurs missions ... mais n'en ont plus les moyens humains !

Plusieurs orientations ont été évoquées :

- le recours à des médecins issus d'autres spécialités, notamment la médecine générale : le Conseil national de l'Ordre des médecins a déjà communiqué sur les conditions à respecter si cette voie était retenue mais nous savons dès à présent que cette option ne suffirait pas et qu'elle risque de déstabiliser d'autres spécialités médicales sous tension démographique.  
On doit cependant regretter, une fois de plus, que la suppression par les pouvoirs publics en 2004 de la faculté pour l'Ordre des médecins de délivrer des compétences aux médecins généralistes et spécialistes après passage devant une Commission de qualification ait tari le recrutement de médecins du travail alors que ce système des compétences permettait aux médecins et notamment aux médecins généralistes une activité complémentaire en médecine du travail. Le Conseil national de l'Ordre des médecins demande d'ailleurs le rétablissement des compétences ordinales qui réintroduira une souplesse indispensable pour faire face à la pénurie médicale.
- un nouvel espacement de la périodicité des visites médicales à 3 ans voire 5 ans comme dans la fonction publique, mais cette mesure pourrait s'avérer préjudiciable au suivi médical des salariés,
- l'appel à de nouvelles ressources, telles que la « *coopération technique* » par l'embauche d'infirmières dûment formées et appelées « *infirmières de santé au travail (IST)* » et par le développement de nouvelles formes de coopérations médecins-infirmières (cas des services autonomes).

---

<sup>1</sup> Atlas de la démographie médicale en France, page 124 – CNOM 2011

C'est cette dernière orientation qu'ont choisi certains services de santé au travail, au travers d'expérimentations « autorisées » par la Direction Générale du Travail ... ou d'autres dites « sauvages ».

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, informé de ces expérimentations et interrogé par les confrères médecins du travail sur le bien-fondé de ces pratiques (embauches d'infirmières par les services), a décidé de constituer un groupe de travail chargé d'analyser les retours d'expériences qui lui ont été présentés. Ses travaux permettent aujourd'hui au Conseil national de l'Ordre des médecins d'élaborer des recommandations sur le contenu et le fonctionnement de ce partage des tâches.

Il est important de préciser que les hypothèses envisagées ne sont pas celles d'une coopération entre professionnels de santé au sens des articles L.4011-1 et suivants du code de la santé publique. La coopération entre professionnels de santé, telle qu'elle est issue de la loi HPST, implique qu'un professionnel soit amené à réaliser une activité ou des actes n'entrant pas dans son champ de compétence.

---

### **Recommandations sur les nouvelles missions des infirmières en santé au travail**

---

Elles assurent des **entretiens infirmiers** assortis de recueil d'observations et de paramètres (hors examen corporel médical). La réglementation prévoit déjà un entretien d'accueil effectué par l'infirmière (article R.4311-5 42° du Code de la santé publique).

Les outils mis à leur disposition sont des grilles d'entretien réalisées selon les branches ou les risques professionnels. Tous les expérimentateurs insistent sur l'importance des protocoles mais également des arbres décisionnels (exemple : travail de nuit, HTA ...) destinés aux infirmières en santé au travail, comportant des grilles d'entretien communes... ainsi que des compléments par branche professionnelle ou métiers particuliers. La grille d'entretien doit intégrer le dossier médical.

Il importe de laisser au médecin du travail la latitude décisionnelle du choix des salariés et des populations susceptibles de bénéficier de l'entretien infirmier.

A l'issue de l'entretien, l'infirmière rédige une attestation de suivi infirmier à destination de l'employeur qui n'a pas vocation à se substituer à l'avis d'aptitude qui relève de la compétence exclusive du médecin du travail.

Les visites d'embauche, de préreprise, de reprise et toutes autres visites à la demande du salarié ou de l'employeur sont du domaine exclusif du médecin du travail mais elles peuvent être préparées par l'infirmière en santé au travail (préparation du dossier et constitution du cursus professionnel et médical, réalisation des examens complémentaires).

La mission des infirmières en santé au travail ne doit pas se limiter à l'entretien infirmier. Elles doivent pouvoir **agir sur le milieu de travail** : visites d'entreprise avec ou sans le médecin du travail, préorientées par des instructions bien précises et discutées au préalable avec le médecin du travail, participation aux comités d'hygiène, sécurité et des conditions du travail (CHSCT) suivant les mêmes modalités.

Elles auront aussi un rôle dans l'éducation pour la santé : son contenu et le choix des thèmes seront à préparer par le médecin du travail avec l'infirmière en santé au travail.

La répartition du temps médical et du temps en milieu de travail est la même que celle du médecin.

---

## **Recommandations sur la formation des infirmières en santé au travail**

---

Outre leur diplôme de base, elles possèdent un diplôme universitaire en santé au travail (DIUST) ou une licence ou une validation d'acquis de l'expérience (VAE).

Cette formation est complétée et finalisée par un tutorat avec le médecin du travail lequel décide ensuite, au constat des acquisitions, de la confiance à lui accorder (cette confiance est un élément « essentiel » du bon fonctionnement du binôme).

---

## **Recommandations sur le binôme médecin du travail /infirmière en santé au travail**

---

Le contenu du travail de l'infirmière en santé au travail dépend exclusivement du médecin du travail, d'où la nécessité d'un binôme (dans l'idéal 1 temps plein pour 1 temps plein) : 1 médecin = 1 infirmière, au plus 1 médecin = 2 infirmières, chaque médecin ayant son mode d'exercice personnel, l'infirmière ne peut s'y retrouver si plusieurs médecins la sollicitent !

Cette condition est aussi considérée comme « essentielle » par les services et les médecins expérimentateurs.

Dans les services autonomes, une plus grande stabilité des effectifs et une plus grande homogénéité des risques permettent que ces coopérations s'établissent entre plusieurs médecins et infirmières.

**Le staff hebdomadaire** est obligatoire, pris sur le temps de travail du médecin du travail et de l'infirmière en santé au travail.

Il doit donc être programmé et **institutionnalisé** (environ l'équivalent d'une demi-journée par semaine).

Il comporte une partie médicale (étude des dossiers singuliers vus par l'infirmière en santé au travail et présentant des problèmes) et une partie intéressant l'action en milieu de travail (analyse des actions en milieu de travail, programmation de l'activité de l'infirmière en santé au travail ...).

L'infirmière en santé au travail doit toujours pouvoir réorienter le salarié vers le médecin du travail. Tous les expérimentateurs estiment à 15% environ le pourcentage de salariés vus en entretien par l'infirmière repris et étudiés en staff.

Ainsi le médecin gère son équipe et supervise l'activité. En l'absence du médecin tuteur (congés, maladie de courte durée...), un protocole est établi pour les cas urgents et un médecin du travail de deuxième « ligne » reste toujours accessible.

Dans les services autonomes, ces staffs hebdomadaires, obligatoires et institutionnalisés seront adaptés à la composition et à l'organisation des services de santé au travail.

L'orientation vers le médecin généraliste passe obligatoirement par le staff (parfois, l'orientation se fera avant le staff ce qui nécessite un respect des protocoles et la confiance envers l'infirmière : c'est le cas de l'urgence où sur la base de protocoles préalablement définis par le médecin du travail, l'infirmière peut alors orienter vers un service ou un médecin adéquat. Un document sert de liaison et précise si l'orientation est faite par le médecin du travail ou l'infirmière en santé au travail.

Le médecin du travail exerce une autorité fonctionnelle sur l'infirmière en santé au travail responsable de ses actes sur le plan technique.

Dans tous les cas, l'infirmière en santé au travail doit toujours avoir la possibilité de joindre un médecin du travail.

---

## **Recommandations sur les moyens indispensables à la coopération technique**

---

Il appartient au médecin du travail de mettre en place et d'organiser son binôme en toute indépendance professionnelle, sans interférence de l'employeur ou de la direction du service de santé au travail.

L'infirmière en santé au travail doit pouvoir se consacrer effectivement et exclusivement à ses nouvelles missions et doit disposer du temps nécessaire pour mener les entretiens infirmiers dans de bonnes conditions.

L'architecture des locaux doit être adaptée : chaque infirmière doit se voir attribuer un bureau correctement équipé qui doit respecter la confidentialité.

Le système informatique pertinent devra également comporter des adaptations à ces nouveaux « acteurs » (module infirmière) dans des conditions de sécurité et de confidentialité strictes.

Un tableau des compétences de chacun doit être stabilisé par les fiches de poste afin d'éviter les confusions des rôles et le télescopage des tâches, sources ultérieures de potentiels conflits.

---

## **Recommandations sur les liaisons avec les autres intervenants: intervenants en prévention des risques professionnels, assistantes de santé au travail, secrétaires...)**

---

Il y a collaboration et échange d'informations notamment avec les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) : les informations collectées par l'intervenant en prévention des risques professionnels peuvent être transmises à l'infirmière en santé au travail, des visites communes peuvent même être réalisées.

L'infirmière en santé au travail ne peut communiquer des données médicales.

Il y aura bien sûr interactions des rôles entre l'intervenant en prévention des risques professionnels, l'assistante en santé au travail et l'infirmière en santé au travail : c'est pourquoi ces rôles doivent être définis préalablement lors de staffs de l'équipe et sous l'autorité du médecin du travail avant d'être traduits dans les protocoles. Des coopérations techniques entre l'infirmière en santé au travail et l'assistante en santé au travail doivent aussi être envisagées à l'instar de celles qui se mettent en place entre le médecin du travail et l'infirmière en santé au travail.

**Au final, cette nouvelle forme de coopération permettra de conserver un "suivi individuel médicalisé» qui, selon les retours d'expérience que nous avons, donne satisfaction à la fois aux salariés et aux employeurs ; mais surtout, cette coopération permettra également aux médecins de parfaire ce suivi médical dans son rôle de spécialiste et d'expertise de la santé au travail.**