

L'INFIRMIERE DE SANTE AU TRAVAIL

Quel rôle ? Quelle place ?

par Anne Carrière-Gautié

Comme l'a précisé le Code du travail, il y a déjà bon nombre d'années, dans son article R 241.36 et à la suite de plusieurs décrets - en 1979, 1986 et 1988 - relatifs à l'organisation et au fonctionnement des Services médicaux du travail, l'infirmier(e), dans ce secteur d'activité, a pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités.

Bien avant d'ailleurs, en 1975 une circulaire de la région Champagne Ardenne, plus connue sous le nom de circulaire Oheix, ainsi que d'autres textes et notes avaient bien préfiguré les actions possibles de l'infirmier(e) en milieu du travail.

Par ailleurs, le Code de la santé publique a conféré à l'infirmier(e) un rôle plus élargi en lui reconnaissant «un rôle propre», une capacité à «participer à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement», et le décret du 17 juillet 1984 va plus loin encore en indiquant que «selon le secteur d'activité où il exerce et en fonction des besoins rencontrés, l'infirmier(e) propose, organise, participe ou collabore à des actions de prévention (...), de dépistage (...), de formation (...) et de recherche. Enfin, il est dévolu à l'infirmier(e) une fonction de recherche «en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité».

La législation prépare certainement depuis longtemps l'avenir de la médecine du travail et son adaptation européenne, il est vrai que cette dernière reconnaît que de nombreuses tâches du médecin du travail ne peuvent être menées à bien sans la coopération de l'infirmier(e) du travail, mais malheureusement, force est de constater que dans de nombreux endroits encore, ce n'est pas connu ni reconnu.

Et pourtant...

Nous sommes aujourd'hui en pleine contradiction.

Le système est prêt pour mieux fonctionner, le cadre législatif existe, il est seulement mal ou pas utilisé. Les blocages divers, les polémiques, se situent à un niveau de lutte pour un pouvoir quelconque, de corporatismes divers, alors que

l'objectif commun de tous les intervenants en médecine du travail est le même : l'optimisation de la santé de l'homme au travail, sans oublier les problèmes concrets et réels des entreprises aujourd'hui et notamment des PME, qui sont aussi les nôtres indirectement puisque nous vivons grâce à elles et à leur dynamisme et auxquels nous devons nécessairement nous adapter.

N'est-ce pas là un formidable sujet de rassemblement ?

Cette adaptation nécessaire passe par une obligatoire remise en cause de l'organisation existante. Ne faut-il pas tout simplement savoir mieux gérer les compétences qui sont déjà présentes dans l'entreprise ?

TECHNICIEN DE PREVENTION

Voici vingt ans maintenant que la profession se prépare à cette adaptation et cela fait dix ans maintenant qu'elle s'est structurée pour mieux y répondre.

Voici vingt ans que les infirmier(e)s ont commencé à se former pour être aptes à remplir des missions autres et plus élargies que celles que l'on veut bien leur laisser (elles ont dépassé la limite de l'analyse d'urine, des soins aux blessés et des examens complémentaires), des missions au-delà de leur simple rôle de soignant(e)s que leur confère leur formation initiale médicale et hospitalière, en fait des missions de *technicien(ne)s de prévention* à part entière.

Et je ne parle pas de formations au rabais - «une semaine dans l'année...» - je parle de formations sérieuses, dispensées par des spécialistes compétents (éclairagistes, acousticiens, médecins du travail, physiologistes, toxicologues, ergonomes...), complétées par des applications *pratiques* de terrain, car c'est ce dont les entreprises ont besoin en premier lieu (et non de dissertations philosophiques et théoriques), par des stages en entreprise, et sanctionnées après réalisation d'un mémoire ou d'une thèse par un diplôme universitaire au bout de deux ans ou trois ans selon les cas.

Formations que le Groupement des Infirmier(e)s du Travail n'a cessé de demander, de promouvoir et de défendre, dans la mesure où elles étaient capables de fournir de véritables *technicien(ne)s de prévention*, c'est-à-dire des praticiens de terrain capables d'étudier et d'analyser des postes de travail à un premier niveau, capables d'éviter de tomber dans des pièges grossiers lors de relevés et de métrologie par exemple, parce que conscient(e)s de l'ampleur des connaissances nécessaires, capables d'améliorer leur technique de façon continue et donc capables d'assister le médecin du travail dans son *tiers-temps*.

Car enfin, n'est-ce pas du manque de temps pour son tiers temps dont le médecin se plaint toujours ? N'est-ce pas aussi souvent du manque de présence du service médical sur les lieux de travail dont les salariés se plaignent et les entreprises aussi, en particulier les PME de moins de 10 salariés qui représentent la grosse masse des «mal-lotis».

Dé toute évidence, il manque un chaînon, et c'est bien pour cela que le CNPF avait lancé l'idée il y a deux ans de la création d'un nouveau corps de métier dans cette équipe pluridisciplinaire, le TQS (technicien qualifié en santé), idée reprise dans les propositions de l'AFTIM sous la forme de technicien de prévention.

Ces techniciens sont là, ils sont par ailleurs déjà de plein droit dans les textes et dans les entreprises, ils sont prêts pour bon nombre d'entre eux à relever le défi, ils attendent qu'on veuille bien les utiliser à bon escient et selon leurs compétences récemment acquises, ce sont les infirmier(e)s de santé au travail, dont les domaines d'interventions possibles, quelque soit le secteur d'activité, ont largement été diffusés sur une plaquette du GIT dès sa création.

UN ATOUT POUR LES PME

De plus, jusqu'à des temps récents, leur formation souvent acquise dans l'ombre et sur leurs deniers propres, n'a rien coûté à l'entreprise. Croyez-vous réellement qu'aujourd'hui les entreprises - et surtout les PME qui en ont le plus besoin et pour lesquelles les structures d'un service autonome sont irréalisables - ont les moyens de financer et de mettre en place un nouveau corps de métier alors qu'elles n'ont pas encore testé tous les moyens existants ?

Ces techniciens disposent par ailleurs de quatre atouts fondamentaux :

- ils sont qualifiés en santé, connaissent l'homme dans son ensemble, ce qui me paraît primordial lorsqu'on veut parler d'ergonomie par exemple, mais conscients de leur limites,
- ils sont soumis au secret médical et de fabrication,
- de par leur permanence dans l'entreprise, ils connaissent les problèmes concrets qui s'y posent ainsi que ceux plus intimes des salariés, problèmes souvent plus facilement confiés à du personnel infirmier (formé à

l'écoute) plutôt qu'à un intervenant étranger (avec les inconvénients que cela peut générer à un premier niveau) et même parfois qu'au médecin, d'où la nécessaire complémentarité,

- ils se situent à un niveau où ils ne prennent la place de personne, ni du médecin, ni du spécialiste, ni des autres intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, si l'on souhaite pour eux une certaine indépendance dans ce champ d'action (vis-à-vis de qui ? vis-à-vis de quoi ?), il est toujours possible d'exploiter leur *rôle propre* que leur reconnaît depuis 1979 le *Code de la santé*, et de le transposer dans le *Code du travail*, en engageant pour cela différemment leur responsabilité.

Tout ceci est plus facile à mettre en œuvre lorsqu'on parle de *service médical autonome*, et lorsque dans de grandes entreprises l'employeur a su utiliser les compétences de son personnel à bon escient, on constate que cela marche très bien et à la satisfaction de tous. Le besoin est plus difficile à satisfaire lorsqu'il s'agit de PME-PMI en service interentreprise.

O-O-O

A partir du moment où l'on admet qu'il faut combler ce vide, je pose ces questions :

- pourquoi ne pas utiliser différemment ce type de personnel déjà existant dans certains services interentreprises qui avaient compris avant l'heure et sans obligation légale l'intérêt d'employer du personnel infirmier, et qui pour certains l'avaient déjà utilisé dans ce sens (et cela marchait) ?
- pourquoi ne pas essayer de transposer en service inter ce qui marche en service autonome et ceci sans coût supplémentaire, sauf peut-être l'embauche d'un(e) infirmier(e) au lieu d'une secrétaire et ceci, moyennant une répartition intelligente d'effectif et une réorganisation interne. Cela paraît dérisoire comparé à la prestation qu'elle peut fournir ?
- pourquoi ne pas utiliser les secrétaires pour du travail de secrétariat et les infirmier(e)s pour un travail plus médical, surtout lorsqu'on a conscience des erreurs d'interprétations ultérieures générées par la pratique de certains gestes (ex. complémentaires...) mal ou insuffisamment appris, gestes qui, il ne faut pas l'oublier, engagent directement la responsabilité du médecin ? A l'heure où les actions en responsabilité se multiplient, ne faudrait-il pas mieux y réfléchir ?
- d'où vient le blocage et pourquoi ne pas tenter l'expérience ?

* Infirmière de santé au travail
Co-fondatrice du Groupement des Infirmier(e)s du Travail