

## **Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail.**

Philippe Davezies

Octobre 2010

*Article publié dans la Revue du Journal des Professionnels de Santé au Travail, numéro 5, mai 2010, numéro spécial, p 14-16.*

Le développement de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail est très généralement envisagé sur le mode de la simple addition des contributions, sans prise en compte des tensions et des conflits potentiels qu'implique nécessairement la collaboration entre professionnels de formations et de métiers différents. Le cas de l'intégration des ergonomes en est une illustration particulièrement nette. La conception que se fait le médecin du travail de l'ergonomie est le plus souvent centrée sur l'analyse des conditions de travail et sur la prescription d'améliorations ; elle relève en fait de l'hygiène industrielle. En réalité, l'intervention de l'ergonome est centrée sur l'analyse de l'activité et le repérage des ressorts de la transformation. Les perspectives et les modalités d'intervention sont très différentes. C'est précisément cette différence qui fait tout l'intérêt de la pluridisciplinarité. Or, dans les services de santé au travail, les ergonomes sont très souvent amenés à travailler sur la base de prescriptions médicales qui ne valorisent pas leur spécificité. Ils peuvent ainsi se retrouver cantonnés dans des fonctions de métrologie qui correspondent à l'idée que le médecin se fait de l'ergonomie. La non-prise en compte des différences de perspectives constitue alors un facteur d'appauvrissement de l'activité de chacun.

Dans le cas de la coopération entre médecins et infirmières, il semblerait, au premier abord, que ce type de problème ne se poserait pas. Il serait dans la nature de l'infirmière d'exécuter les prescriptions du médecin. C'est ainsi que le Conseil de l'Ordre des médecins<sup>1</sup> n'envisage l'activité des infirmières qu'en termes de tâches déléguées : recueil d'informations en vue du dossier médical, actes médicaux, action en milieu de travail, à chaque fois dans le cadre d'un protocole établi par le médecin. D'une façon générale, le Conseil national de l'Ordre des médecins estime nécessaire que les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail n'interviennent auprès des salariés et des entreprises que sur la base d'une prescription du médecin du travail. Il s'agit bien là d'une conception dominante dont il est facile de percevoir la rationalité : dans le contexte conflictuel de l'entreprise, la perception des différences dans les prises de positions et les orientations sera instrumentalisée, au risque d'un éclatement et d'une paralysie de l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, il serait naïf de penser que l'édiction de principes tels que ceux énoncés par le Conseil de l'Ordre pourrait suffire à l'établissement d'une collaboration harmonieuse entre médecins et infirmières. Il faut reconnaître la

---

<sup>1</sup> La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 25 juin 2010.

contribution propre de chacun. Ce qui signifie essentiellement, le médecin étant en position dominante, s'interroger sur la contribution propre de l'infirmière.

Pour alimenter cette réflexion, les textes qui définissent la fonction infirmière constituent un point de départ incontournable, mais il est aussi possible de tirer des enseignements des expériences de contribution des infirmières dans le cadre de coopérations avec les médecins.

## 1°) Les textes de référence

Le champ de l'activité infirmière est défini par le Code de santé publique.

Selon l'article R4311-1 ; l'exercice de la profession d'infirmier comporte :

- l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation,
- la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques
- et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Ces grandes lignes sont très rassurantes. Elles correspondent bien à l'idée que beaucoup de médecins se font de la contribution infirmière et de la division des tâches au sein des services de santé au travail.

Cependant, à côté de l'exécution des prescriptions médicales, le code définit de façon très explicite tout un champ d'activité dans lequel l'infirmière agit de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité.

L'article R4311-3 stipule : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [...]. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ».

L'article Article R4311-5 précise la fonction en détaillant une très longue liste d'activités qui relèvent en propre de la responsabilité infirmière. Parmi celles-ci, nous relevons :

*Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;*

*Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;*

*Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;*

*Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;*

*Aide et soutien psychologique ;*

*Observation et surveillance des troubles du comportement.*

Enfin, l'Article R4311-6 énonce les responsabilités infirmières dans le domaine de la santé mentale : *entretien d'accueil du patient et de son entourage, activités à visée*

*socio-thérapeutique individuelle ou de groupe.*

Le champ de responsabilité est donc très large, et finalement très directement adaptable à la santé au travail : « *En fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans le domaine du dépistage, de la prévention et de l'éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité* » (Article R4311-15).

Par ces textes, la loi enregistre les acquis de la mobilisation de longue durée des infirmières au plan international pour faire reconnaître une contribution spécifique non réductible à la prise en charge de fragments d'activité médicale sous-traités. A l'hôpital, si l'infirmière collabore aux côtés du médecin au traitement de la maladie, sa responsabilité propre concerne les besoins du patient et au premier chef son autonomie. Comme le soutient Virginia Henderson, la grande théoricienne des soins infirmiers : « *Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, 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 à l'extérieur aussi rapidement que possible.* »<sup>2</sup>

Le rôle propre se déploie donc comme assistance vis-à-vis de la difficulté du patient à satisfaire ses besoins fondamentaux. Or, dans la liste des besoins proposée par Henderson, la plupart sont directement applicables au champ de la santé au travail :

- Boire et manger
- Éliminer
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Dormir et se reposer
- Se vêtir et se dévêtir
- Maintenir la température du corps dans les limites de la normale
- Etre propre, soigné et protéger ses téguments
- Eviter les dangers
- Communiquer avec ses semblables
- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Se récréer
- Apprendre.

## **2°) L'expérience des consultations infirmières**

Cette dimension du rôle propre a connu un développement particulier avec l'apparition, à partir des années 80, des consultations infirmières. Les premières ont été mises en place pour assurer le suivi des patients auxquels avaient été placées

---

<sup>2</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](http://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson)

des stomies digestives ou urinaires. Il s'agissait d'assurer une fonction d'accompagnement et d'éducation que les chirurgiens ne pouvaient pas prendre en charge. Rapidement, il est apparu que le champ d'intervention était très large : acceptation de la prise en charge, adaptation instrumentale, hygiène, diététique, autonomie, expression des angoisses, vie sexuelle,... Puis des consultations infirmières furent mises en place pour assister des patients confrontés à d'autres types de problèmes (asthmes, diabète, consultations antitabac, sida, ...). L'importance de ces consultations infirmières s'est accrue en proportion du raccourcissement des durées d'hospitalisation.

Des consultations infirmières se sont aussi développées dans les secteurs où se faisait sentir une pénurie de médecins.

Dans les centres médicaux psychologiques des secteurs psychiatriques, afin de pallier l'allongement des délais de réponse médicale, des entretiens infirmiers de première intention ont été mis en place. J. Merkling, lui-même infirmier en secteur psychiatrique, décrit cette activité<sup>3</sup>.

Le dispositif vise à éviter une évolution vers l'urgence, à favoriser et à optimiser le contact avec le système de prise en charge, à décrypter la demande en aidant à exprimer les éléments qui l'ont suscitée, à commencer le travail d'anamnèse pour y rattacher la demande d'aide.

Le souci affiché par le rédacteur de l'article est de ne pas empiéter sur l'activité propre des psychiatres : ni diagnostic médical, ni travail thérapeutique. L'entretien d'accueil porte sur la situation, sans visée d'interprétation d'arrière-fond. Il en détaille les étapes :

- Se présenter : lever les ambiguïtés sur la fonction, préciser l'offre ;
- Evaluation initiale : anxiété, tristesse, potentiel d'auto-hétéro agressivité.
- Aider à identifier et décrire l'événement déclenchant, ici et maintenant. Aider à redéfinir la situation, à la mettre en mots.
- Explorer les ressources dont dispose la personne, ses adaptations antérieures.
- Evaluer l'orientation souhaitable.
- Un compte-rendu écrit est rédigé pour discussion et analyse collégiale.

Des expérimentations de consultations infirmières sur prescription médicale ont aussi été mises en œuvre dans les cabinets de médecine générale (ASALEE : Action Santé Libérale En Équipe. De nombreux documents concernant cette expérience sont facilement accessibles sur internet). Là encore, l'activité infirmière ne s'est pas déployée uniquement sur la base de fragments de tâches médicales dont l'infirmière aurait déchargé le médecin (dépistage individualisé, repérage de patients à risque, suivi des dossiers, classement des résultats, relance, réponses téléphoniques). Les infirmières ont développé une activité propre, moins exclusivement centré sur la pathologie, plus ouverte à la situation globale du patient. De cette expérience, il ressortait que la contribution infirmière améliorait la qualité de la prestation

---

<sup>3</sup> Jacky Merkling Entretiens infirmiers de première intention en psychiatrie. Soins, 694, avril 2005, 20-24.

beaucoup plus qu'elle ne faisait gagner du temps. En effet, outre que l'infirmière introduit des dimensions de prise en charge nouvelle, cette organisation implique un temps de discussion, transmission, coordination important. Comme l'évaluait un médecin généraliste participant à l'opération « *ça permet que des choses qu'on ne faisait pas soient faites, mais ça ne fait pas gagner de temps* »<sup>4</sup>. L'évaluation de cette expérience débouchait sur une question cruciale : doit-on considérer la consultation infirmière comme un prolongement de la consultation médicale ? Ou bien s'agit-il d'une consultation d'une autre nature ? La collaboration doit-elle être envisagée comme délégation de tâches ou comme association de compétences ?

### **3°) Délégation de tâche, association de compétences, conflits de territoire ?**

Il apparaît clairement que l'identité professionnelle des infirmiers et infirmières ne se limite pas à ce que le médecin a tendance à mettre en avant, c'est-à-dire l'exécution de tâches déléguées. A partir de là, la construction de la coopération peut se heurter à de sérieuses difficultés.

Dans la situation de pénurie et de surcharge du système, il est tentant de réduire l'activité des infirmières à une assistance à l'activité médicale se traduisant concrètement par la mise en œuvre répétitive d'examens et de questionnaires standardisés. L'expérience des consultations infirmières dans les cabinets des généralistes montre bien ce qui risque de se passer dans ce cas. Après une phase de familiarisation, il est probable que les infirmiers et infirmières commenceront à répondre aux sollicitations sur la base de leur culture de métier. C'est en tous cas l'évolution souhaitable. Si l'arrivée d'infirmières et d'infirmiers dans les services est susceptible d'enrichir et d'améliorer la prestation, cela passe nécessairement par l'affirmation de leur contribution spécifique. Dans cette perspective, ils risquent fort de se heurter, au même titre que les médecins, au déséquilibre entre les moyens des services et les besoins des salariés.

Ce mouvement peut aussi ouvrir sur un autre type de difficultés dans la mesure où il possède un potentiel de déstabilisation de la position des médecins.

En effet, dans cette affaire, il n'est pas possible de s'appuyer sur le type de division du travail qui prévaut à l'hôpital : aux médecins le diagnostic et le traitement, aux infirmières le soin et la globalité des besoins de la personne, le tout longtemps stabilisé par les structures de la division sexuelle du travail. Dans le cas de la médecine du travail, la population suivie n'est pas malade, la dimension du diagnostic médical est donc réduite et, de toutes façons, en cas de dépistage d'une pathologie, ce n'est pas le médecin du travail qui traite.

La spécificité du médecin du travail tient à sa capacité à faire le lien entre les

---

<sup>4</sup> Daniellou F, Petit J. « ASALEE, c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques ». Ecole Nationale Supérieure de Cognitique - Institut Polytechnique de Bordeaux. Août 2007.

conditions de travail et les effets pathologiques sur les individus. Son activité peut donc être pensée comme un balayage de la population visant à repérer le plus précocement possible ces manifestations pathologiques. Il s'agit alors d'une médecine orientée sur les facteurs de risque du travail. C'est sur ce type de conception que s'est construite l'institution.

Cependant, le drame de l'amiante a contribué à attirer l'attention sur l'insuffisance d'un tel dispositif. L'exigence est de travailler en amont. Seulement, en amont, il ne suffit pas de désigner les facteurs de risque. Pour espérer des transformations, il faut pousser l'analyse du côté des dynamiques qui animent les individus mais qui peuvent aussi les paralyser.

Il faut s'adresser non pas à des individus passivement exposés aux risques mais à des sujets mobilisés pour tenter de satisfaire leurs besoins vitaux. Le développement de la clinique médicale du travail<sup>5</sup> conduit donc à prêter une grande attention aux besoins, à la façon dont ils se développent sous l'effet de l'activité et à la capacité qu'ont les individus de les satisfaire. C'est en effet dans cette direction que réside le potentiel de transformation de la situation.

Cette attention aux besoins a connu un développement considérable avec la montée de la souffrance au travail et l'arrivée au devant de la scène des « risques psychosociaux ». En effet, les modèles de Karasek et de Siegrist, universellement sollicités pour caractériser les situations de stress professionnel, ne font rien d'autre qu'évaluer la capacité des situations de travail à permettre la satisfaction d'un certain nombre de besoins fondamentaux.

Il apparaît donc que les approches cliniques du travail présentent une proximité frappante avec la tradition infirmière. Là où Henderson évoque l'assistance visant à « *permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours à l'extérieur aussi rapidement que possible* », les cliniques du travail parlent de *l'assistance à la reconstruction de la capacité à penser, débattre et agir*. Et lorsque Merklings évoque le travail de l'infirmier psychiatrique en veillant bien à le distinguer du travail du psychiatre, l'activité qu'il décrit ressemble beaucoup à ce que met en œuvre la clinique médicale du travail.

Evidemment, cette proximité ne suffit pas et peut même constituer un piège. Aux yeux des employeurs, des infirmières qui se contenteraient de reproduire ce qu'elles ont appris ailleurs et qui traiteraient les salariés sur la base de la tradition des soins hospitaliers seraient probablement une ressource inespérée pour étouffer le risque de mise en cause de l'organisation du travail. Il est probable que des efforts seront déployés pour maintenir l'activité infirmière à distance des questions du travail.

Mais les infirmières peuvent aussi faire l'effort de saisir la forme spécifique que prennent les besoins fondamentaux en situation de travail et se construire

---

<sup>5</sup> Davezies Ph., Deveaux A., Torres Ch, (2006) Repères pour une clinique médicale du travail. Arch Mal Prof 2006 ; 67: 119-125.

réellement comme infirmières de santé au travail, à l'intersection de leur héritage historique et des approches cliniques de l'activité. Sur cette base, elles seraient bien équipées pour aborder les questions centrales qui se posent aujourd'hui en matière de santé au travail et pour apporter une contribution spécifique.

La situation est plus difficile pour les médecins du travail. Aborder les questions du travail en termes d'activité et de besoins implique une prise de distance avec la tradition des sciences expérimentales (relations déterministes entre facteurs et effets, toutes choses égales par ailleurs) qui constitue l'axe structurant de leurs connaissances. Pour les médecins qui restent ancrés sur cette tradition, l'émergence des risques psycho-sociaux constitue un facteur de déstabilisation. Dans ce contexte, le développement de l'approche infirmière peut aggraver leur malaise.

Il n'est pas besoin de beaucoup d'imagination pour percevoir en quoi ce décalage recèle un potentiel important de tensions et de conflits au sein des services de santé au travail.

La contribution potentielle des infirmières est a priori moins déstabilisante pour les médecins du travail qui se sont emparés des acquis de l'ergonomie, de la psychodynamique, de la clinique de l'activité, de la clinique médicale du travail. Cela ne signifie pourtant pas que la collaboration aille de soi.

La Haute Autorité de Santé<sup>6</sup> a souligné que, dans tous les cas, l'intégration de nouvelles formes de coopération entre médecins et infirmières ne pouvait pas se faire par simple addition mais qu'elle impliquait une transformation des fonctionnements et des pratiques.

Cette transformation passe par un effort de formation, mais il nécessite aussi un travail de formalisation. Il est nécessaire d'élaborer des protocoles, non pas dans le but de fixer les activités et la façon de les articuler, mais afin de se donner des points de repère pour penser les nécessaires évolutions du dispositif et des pratiques.

Enfin, si l'introduction des infirmières permet d'offrir un service plus large, il faut aussi considérer que la coordination des différents professionnels implique un temps important consacré au partage de l'information, à la coordination et à l'analyse collégiale des cas et des problèmes. Il faut donc bien considérer que l'introduction d'infirmiers et d'infirmières ne peut pas être pensée comme un palliatif à la pénurie de médecins du travail.

---

<sup>6</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)