

Coopérations et délégations en santé au travail

Quid d'un avis d'aptitude signé par le médecin du travail suite à une « pré-visite infirmiers en santé au travail (IDEST) » ?

Sophie Fantoni Quinton, PUPH Université Lille, Présidente de la Société française de santé au travail (SFST)

Jean François Gehanno, PUPH Université Rouen, Président d'honneur de la SFST

Jean Claude Pairon, PUPH Creteil, Président du Conseil scientifique de la SFST

Bénédicte Clin-Godart, PUPH, Caen, Trésorière et membre du CA/CS de la SFST

Alexis Descatha, PUPH Angers, Membre du CA/CS de la SFST

Pascal Andujar, PUPH Créteil, Président du collège des enseignants de médecine du travail, Membre du CA/CS de la SFST

Catherine Verdun-Esquer, Dr, CHU Bordeaux, Membre du CA/CS de la SFST

Christophe Collomb, Dr, Metz, Président de l'IMTL, Membre du CA/CS de la SFST

Audrey Petit, PUPH Angers, Membre du CA/CS de la SFST

Jean Dominique Dewitte, PUPH Brest, Président d'honneur SFST

Corinne Letheux, Médecin conseil PRESANSE

Yolande Esquirol, MCU-PH Toulouse, Membre du CA/CS de la SFST

I. Introduction

Directeurs des ressources humaines, employeurs, services de prévention et de santé au travail, travailleurs, médecins spécialistes en santé au travail (« médecins du travail ») et infirmiers en santé au travail (IDEST) notamment, s'inquiètent de **ne pas être à jour des visites individuelles de santé au travail** prévues dans le Code du travail.

Aucun service de prévention et de santé au travail ne peut, à ce jour et avec les seuls effectifs de médecins du travail, effectuer la totalité des visites individuelles prévues par le Code du travail dans les délais impartis.

On peut donc aborder cette question sous deux angles.

Le premier est la pertinence des visites prévues dans le code du travail. En effet, une **réflexion est à mener en urgence pour un suivi de santé plus ciblé** et une prévention plus efficace. Ceci, en particulier, avec la transformation de certains suivis individuels renforcés (ou SIR) en suivi individuel de santé, adapté et prescrit par le médecin du travail, car ces SIR sont chronophages et n'apportent pas de plus-value en termes de prévention ou de dépistage. On pourrait ainsi notamment discuter des SIR en lien avec les agents biologiques de classe 3 et 4, le montage et démontage d'échafaudages, les habilitations électriques (a minima H0B0), le recours à la manutention manuelle inévitable, les vibrations ou l'autorisation de conduite.

Le second, qui est lié, concerne le **partage de ce suivi individuel de santé entre les professionnels de santé**, médecins et infirmiers.

Cette réflexion est cruciale car, depuis 2016, ce partage a fait ses preuves, les compétences propres des infirmiers en santé au travail étant utiles et reconnues, et il permet de conserver du temps médical là où l'expertise spécifique du médecin est indispensable.

Depuis la Loi de 2021, la possibilité de confier aux infirmiers en santé au travail une plus large part de ce suivi est conditionnée par l'existence de « protocoles » que le législateur n'a pas voulu standardiser. Cela a permis aux services de réfléchir à leur organisation pour créer des protocoles adaptés et évolutifs permettant le déploiement de ces délégations.

Certains services sont allés plus loin que d'autres dans les coopérations médecins/infirmiers en confiant aux infirmiers en santé au travail la conduite d'un entretien visant à recueillir un ensemble de données permettant ensuite au médecin d'évaluer l'aptitude, sur dossier.



SOCIETE FRANCAISE DE SANTE AU TRAVAIL

L'objet de cette note est de proposer un cadre pour la mise en œuvre de ces pratiques, respectueux du droit et favorable à la préservation de la santé au travail.

II. Cadre juridique des délégations (en annexe figure une proposition de cadre pour la mise en œuvre effective de ces délégations)

La loi n°2021-1018 du 2 août 2021 a notamment prévu que **le médecin du travail peut déléguer**, sous sa responsabilité et dans le respect du projet de service pluriannuel, certaines missions aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire (L4622-8 du Code du travail (CT)). Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, lesdites missions sont exercées dans la limite des compétences des professionnels de santé prévues par ce même code.

Le décret n° 2022-679 du 26 avril 2022 a prévu la possibilité de délégation de certaines visites conformément à la Loi : la visite de pré-reprise (article R. 4624-29 CT), la visite de reprise (article R. 4624-31 CT), la visite à la demande (article R. 4624-34 CT) et la visite de mi-carrière (nouvel article R. 4624-33-1 CT) par le médecin du travail aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire participant au suivi individuel des travailleurs

Aussi, les examens médicaux d'aptitude, ou la visite post exposition n'ont pas été ouverts à la délégation (ces délégations sont « à l'exclusion de l'examen médical d'aptitude et de son renouvellement »).

Pour autant, cela ne signifie pas que les infirmiers en santé au travail n'ont pas de rôle à jouer en la matière.

Certains services de prévention et de santé au travail déploient de nouvelles coopérations pour effectuer des entretiens santé/travail avec l'IDEST, en vue d'un avis d'aptitude décidé en aval par le médecin du travail.

III. Nouvelles coopérations : Focus sur les « Pré-visite SIR » confiées aux IDEST

1. Contexte et process : consiste à confier aux infirmiers en santé au travail la conduite d'un entretien visant à recueillir un ensemble de données permettant ensuite au médecin d'évaluer l'aptitude médicale sur dossier. Le médecin délivre ensuite l'avis qui est transmis au salarié.

1.1. L'infirmier en santé au travail, dans le cadre de ses compétences :

- Recueille le consentement du salarié à bénéficier d'une visite présenteielle avec l'infirmier puis d'un avis sur dossier par le médecin (il est également informé qu'il peut rencontrer à sa demande ou sur orientation de l'IDEST le médecin du travail)
- Recueille des données de santé sur protocole et les consigne dans le dossier médical en santé au travail ou DMST
- Interroge les conditions de réalisation du travail (en utilisant tous les outils disponibles, l'interrogatoire, la connaissance directe des conditions de travail, la fiche d'entreprise, le Document unique d'évaluation des risques professionnels, les matrices emploi-exposition le cas échéant, ...)

1.2. Concertation organisée entre infirmiers en santé au travail et médecin du travail (en télé-médecine via la télé-expertise¹ par exemple ou de visu)

1.3. Le médecin du travail

- Dispose alors des informations concernant :
 - le poste occupé et les contraintes/risques de ce poste,
 - l'état de santé du salarié.
- Il analyse la compatibilité entre les deux types d'informations.
- Le médecin a trois possibilités :
 - Propose un avis sur l'aptitude médicale, sur dossier : le médecin rédige et signe alors l'avis qui est envoyé au salarié (de façon différée par rapport à la visite).
 - Provoque une téléconsultation avec le salarié
 - Reconvoque le salarié pour une consultation en présentiel.

NB : Il ne s'agit donc pas d'une délégation confiée à l'infirmiers en santé au travail, mais d'une coopération dans laquelle le médecin confie des tâches à l'infirmier en santé au travail dans le cadre d'un entretien : l'infirmier en santé au travail pose les questions pour le médecin, effectue un recueil des constantes de base (poids, taille, pression artérielle, performance visuelle, auditive...).

¹ *Télé-expertise* : elle permet à un professionnel de santé, dit « requérant » de solliciter à distance l'avis d'un médecin, dit « requis » en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient, même en l'absence du patient.
Les professionnels de santé non-médicaux peuvent demander une télé-expertise à un professionnel médical.

2. Cadre juridique et déontologique

En préambule, il convient de rappeler que les examens médicaux d'aptitude ne sont pas ouverts à la délégation.

Cette organisation de la coopération respecte toutefois bien le cadre juridique et déontologique car :

- Aucune visite ou examen médical n'impose strictement de colloque singulier présentiel avec le médecin du travail sur le plan déontologique, les seuls critères requis étant la qualité de prise en charge (R.4127-32 du code de la santé publique)² et l'indépendance professionnelle (R4127-5 du Code de la santé publique) qui permet à chaque médecin de juger de la façon dont il peut construire son avis d'aptitude. Cela a notamment rendu possibles certains avis d'(in)aptitude médicale posés *via* la télémédecine.
- Le déploiement du recours aux outils de télésanté au travail a été ouvert à l'ensemble des visites et examens prévus dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé (Article R4624-41-1 à R4624-41-6 du Code du travail).
- Le diagnostic infirmier permet, dans le cadre de ses compétences propres, à partir d'une analyse, auprès et avec la personne soignée, de cerner ses ressources et ses limites puis d'en conclure un diagnostic de situation et des soins personnalisés. (...) L'infirmier en santé au travail peut dans ce cadre-là uniquement recueillir des observations susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne (constantes, poids, pulsations, état de conscience, dépistage troubles sensoriels, observation troubles comportements etc.) (Cf R4311-5 Code de la Santé Publique).
- Les outils de télésanté au travail peuvent être mobilisés pour l'échange prévu par l'article L. 4624-5 CT pour la mise en œuvre de propositions d'aménagements de poste ou suite à un avis d'inaptitude.
- **La prise de décision médicale peut s'appuyer sur un recueil d'éléments assuré par un autre professionnel de santé dans la limite de ses compétences prévues par le code de la santé publique.**
- **Le médecin du travail reste juge de la nécessité éventuelle de voir en consultation la personne.**

² Article R.4127-32 du code de la santé publique :

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

3. Intérêt de ces nouvelles coopérations au regard des objectifs du suivi de santé = Rappel sur l'intérêt en matière de prévention des examens systématique ?

Il convient de rappeler que peu d'examens cliniques ou paracliniques systématiques, non orientés par un symptôme ou une exposition professionnelle, ont fait la preuve de leur intérêt en dépistage, en santé au travail comme plus généralement en santé publique.^{3,3}

Comme nous l'avons rappelé en préambule, il convient de raisonner sur ce qui est utile en termes de prévention de la désinsertion professionnelle ou de la survenue d'affection liées au travail ou pouvant poser un problème de sécurité, puis dans un deuxième temps d'allouer à ce suivi de santé le temps médical ou infirmier de façon optimale.

Un certain nombre de suivis de santé peuvent être assurés par des infirmiers en santé au travail formés en libérant ainsi du temps médical pour les situations les plus complexes ou nécessitant un examen clinique. Le temps médical ainsi libéré ne doit toutefois pas être affecté à une augmentation du nombre de consultations à réaliser mais à la préservation des actions sur le terrain dans le cadre du tiers temps.

Il convient de dissocier la notion d'aptitude médicale de celle du suivi de santé. Si la détermination de l'aptitude (et bien sûr de l'inaptitude) doit rester un acte médical, elle ne devrait être nécessaire que dans certaines situations. Un suivi individuel renforcé, s'il reste nécessaire, pourrait être dans certains cas être assuré par des infirmiers en santé au travail formés (exemple du suivi de salariés exposés à certains agents cancérigènes). Si une aptitude est indispensable, elle peut comme nous l'avons rappelé, être réalisée par le médecin sur la base de l'entretien réalisé par l'infirmiers en santé au travail.

Pour rappel, le médecin du travail peut décider d'appliquer un suivi rapproché pour des salariés ne relevant pas en théorie d'un suivi individuel renforcé s'il estime que sa compétence est requise.

Conclusion : Au total, le débat ne devrait pas porter sur les prérogatives du médecin du travail et de l'infirmier en santé au travail ni sur des mesures supposer palier une démographie médicale défavorable mais sur une analyse au cas par cas de la situation médicale et professionnelle du salarié, des compétences requises pour le suivi et d'une juste allocation du temps de chacun en gardant en mémoire que la prévention primaire reste le moyen le plus sûr pour réduire l'impact du travail sur la santé.

³ Schaafsma FG, Mahmud N, Reneman MF, Fassier JB, Jungbauer FH. Pre-employment examinations for preventing injury, disease and sick leave in workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jan 12;2016(1):CD008881. doi: 10.1002/14651858.CD008881.pub2.

³Strudwick J, Gayed A, Deady M, Haffar S, Mobbs S, Malik A, Akhtar A, Braund T, Bryant RA, Harvey SB. Workplace mental health screening: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2023 Jun 15;oemed-2022-108608. doi: 10.1136/oemed-2022-108608

ANNEXE : Focus sur un cadre approprié de mise en œuvre des délégations entre médecins du travail et Infirmiers de santé au travail

1. En amont de la construction des protocoles et des délégations :
 - a. Une réflexion approfondie au sein de la Commission médico-technique ou (CMT) quand elle existe, afin de rechercher la cohérence des pratiques.
 - b. Une phase de compagnonnage médecin/infirmier ou au moins un prérequis (formation des infirmiers en santé au travail, coopération antérieure avec le médecin...)
 - c. Le respect de l'indépendance technique des médecins du travail et la confiance dans leur professionnalisme pour qu'ils puissent déléguer lorsqu'ils sont accompagnés par un infirmier en santé au travail formé, expérimenté en qui ils ont confiance et avec qui ils ont le temps d'échanger (formaliser les temps d'échange).

2. Format général des protocoles :
 - a. Un protocole n'a pas de format imposé, il doit s'adapter aux délégations entreprises et aux attentes des équipes.
 - b. Un protocole peut parfois comprendre tout ou partie des rubriques du paragraphe « contenu » ci-dessous (point 5). L'alternative est de faire un protocole par rubrique (par ex. un protocole urgence psy, un protocole vaccination, etc.).

3. Construction/élaboration/adoption et déclinaison des protocoles :
 - a. S'il existe une Commission Médico Technique : elle élabore en général un document cadre décliné ensuite par chaque équipe/binôme médecin/infirmier ou par centre médical de façon optionnelle ou modulée (le périmètre des visites déléguables peut par exemple être fixé par chacune des équipes à partir du protocole cadre)
 - b. Les protocoles en tant qu'acte médical sont signés par le médecin du travail et peuvent mais non doivent être co-signés par le médecin et l'infirmier en santé/travail.

4. Organisation et gestion des vacations autour des protocoles impliquant les gestionnaires de rendez-vous (= professionnels organisant les RV) pour un bon aiguillage des données en fonction des protocoles de délégation, pour éviter les doublons et visites inutiles, pour favoriser l'efficacité des délégations (via grille d'entretien et arbre décisionnel par exemple) : une étape incontournable impliquant le paramétrage du logiciel métier si les rendez-vous sont pris *via* ce logiciel directement par les salariés/employeurs
 - a. Implication du gestionnaire des rendez-vous (avec questionnaire standardisé d'aiguillage vers l'infirmier en santé au travail selon la situation du salarié, ou algorithme décisionnel...)
 - b. Planification des vacations des infirmiers en santé au travail (soit conjointes avec celles du/des médecin du travail (double vacation), soit avec présence d'un médecin du travail, soit avec un médecin du travail joignable) : ceci pour qu'un médecin soit systématiquement joignable et/ ou puisse se voir réorienter sans délai le salarié
 - c. Quand les vacations sont conjointement organisées c'est pour favoriser les échanges immédiats

5. Contenu des protocoles et les différentes rubriques pouvant utilement y figurer :
 - a. Rappels sur cadre juridique et la formation indispensable des infirmiers en santé au travail
 - b. Rappels sur le secret médical et professionnel et les règles d'alimentation et de consultation du dossier médical
 - c. Grille/trame d'entretien selon les différentes visites avec les différentes catégories de recueil de données (en lien avec la santé physique et mentale, le travail, la situation personnelle, familiale et sociale)
 - d. Différentes conduites à tenir face à certaines situations de santé (hypertension artérielle, obésité, consommation de psychotropes, etc.), à certaines situations professionnelles (conduite de poids lourd par ex) ou face à des situations d'urgence...
 - e. Parfois protocoles pour les examens complémentaires
 - f. Situations nécessitant une réorientation vers le médecin du travail (listes indicatives)

6. Focus sur les conclusions des entretiens effectués par les infirmiers en santé au travail : Certains protocoles prévoient différents documents aidant l'infirmier en santé au travail à conclure les entretiens au-delà de l'attestation de visite :
 - a. Courrier type au salarié et à l'employeur si le salarié ne peut retourner au poste de travail et doit aller voir son médecin traitant
 - b. Courrier type clôturant la visite de pré-reprise pour répéter les conclusions et redire au salarié que s'il y a des évolutions avant la visite de reprise il peut rappeler/voir le médecin du travail
 - c. Parfois une liste limitative de propositions d'aménagement du poste et des conditions de travail ne reposant pas sur des éléments de nature médicale (aménagement de type ergonomique justifiés par l'analyse du poste de travail) : Ceci pour ne pas tomber dans l'exercice illégal de la médecine.