

# Les infirmières et infirmiers de santé au travail : une réforme inachevée

par Nathalie FERRÉ, Maître de conférence en droit privé  
à l'Université Paris 13 - IRIS

## PLAN

- I. La présence des infirmiers et infirmières de santé au travail
- II. La formation en santé au travail
- III. Le statut de l'infirmière et de l'infirmier en santé au travail

Depuis de nombreuses années, le législateur français poursuit son chantier de reconstruction de la médecine du travail (1) : de la naissance des services de santé au travail (2) à une redistribution des rôles, l'ensemble, accompagné de l'apparition de nouveaux acteurs, comme les intervenants en prévention des risques professionnels (3) en 2003 (4) ou les assistants de service de santé au travail à l'occasion de la dernière réforme (5). Tout paraît alors en place et la loi du 20 juillet 2011 (6) semble annoncer, à première vue, la fin des travaux (7). Mais, à regarder de près, les changements opérés, dictés, pour une large part, par le manque de médecins du travail en France (8), laissent un goût d'inachevé.

En effet, le statut des infirmiers de santé au travail, ou plutôt leur absence de statut, pose problème, *a fortiori* depuis que ces derniers se sont vu confier de nouvelles missions pour parer justement à l'insuffisance des médecins du travail.

En pratique, et encore plus depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, de nombreux infirmières et infirmiers feraient l'objet de licenciement, souvent sous couvert d'une rupture conventionnelle ou de versement d'une forte indemnité transactionnelle (9). L'employeur fait alors le choix de se séparer du professionnel en place jusqu'à trouver celle ou celui qui correspond

à ses attentes, et qui se borne à offrir les premiers soins et à transmettre les déclarations d'accident du travail en suivant les consignes patronales. En revanche, la personne qui a pris à bras le corps ses fonctions préventives s'expose à être évincée.

Infirmier de santé au travail constitue un vrai métier, un nouveau métier, devrions-nous dire, depuis la réforme de 2011, comportant des respon-

(1) C'est la loi du 11 octobre 1946 qui rend obligatoire la médecine du travail dans toutes les entreprises du secteur privé. Nombreuses sont les grandes entreprises qui avaient déjà leur propre médecin.

(2) La médecine du travail prend le nom de « services de santé au travail » avec la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale. Ce changement de nom rend compte de la volonté de promouvoir une autre façon d'appréhender les questions de santé en milieu de travail. Le législateur veut renforcer l'action préventive du médecin du travail en dégageant du temps médical (v. décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail). V. Lionel Doré, « Évolution de la médecine du travail », Droit Social 2004, p.931 ; Matthieu Babin, « Les perspectives de la médecine du travail », Droit Social 2005, p.563.

(3) Ces nouveaux acteurs participent de la mise en place de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail, approche impulsée par le droit communautaire et, plus précisément, par la fameuse directive cadre 89/391 du 12 juin 1989. Ce sont des intervenants professionnels qui font valoir des compétences techniques (hygiène industrielle, ergonomie...) et/ou organisationnelles (sociologie des organisations...) les rendant aptes à diagnostiquer et à prendre en charge certains risques. V. les articles R.4623-37 et R.4623-38.

(4) Décret n°2003-546 du 24 juin 2003, pris pour l'application de l'article L.241-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail.

(5) Les assistants de service de santé au travail viennent ainsi remplacer les secrétaires médicaux présents dans les services interentreprises de santé au travail. Ce changement s'accompagne d'un élargissement de leurs tâches, notamment dans les entreprises de moins de 20 salariés.

(6) La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail sera suivie de deux décrets d'application - n°2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012. La réforme est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012. Pour une analyse globale de la réforme, v. Marc Véricel, « La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail - Renforcement de la protection des salariés ou renforcement de l'autorité patronale sur les services de santé au travail », RDT 2011, p.682.

(7) D'autres modifications s'annoncent. Ainsi, parmi les « 50 nouvelles mesures de simplification pour les entreprises », présentées le 30 octobre 2014, certaines concernent la médecine du travail (« simplifier la visite médicale », et « clarifier les notions d'aptitude et d'inaptitude professionnelles »). Sous couvert de « simplification », elles entendent enterrer les examens médicaux d'embauche et les visites périodiques. Reste à savoir si le gouvernement reprendra ces mesures dans un projet de loi.

(8) Cette raison promue par les acteurs (législateur, organisations patronales...) est contestée par certains médecins, considérant que l'objectif est, en réalité, de supprimer, à terme, la médecine du travail, à tout le moins une certaine conception de cette médecine préventive. V. P. Frimat et F. Guillon, « La médecine du travail est-elle menacée ? », RDT 2011, p.86.

(9) Selon le groupement des infirmier(e)s du travail, ces situations demeurent pour l'heure invisibles, notamment parce que les professionnels retrouvent vite un emploi. Mais elles existent et plusieurs histoires sont remontées aux responsables du groupement.

sabilités importantes sans toutefois le bénéfice d'une revalorisation (10). Or, le législateur se trouve enfermé dans une forme de contradiction : promotion « obligée » des infirmiers pour cause, *a priori*, de déficit de médecins, mais promotion sans reconnaissance. La machine ne semble pas aller tout à fait dans le bon sens, aux dépens, au-delà du personnel infirmier mobilisé, de la

prise en charge optimale des questions de santé et de sécurité dans les entreprises. Trois éléments doivent être analysés à la lumière du nouveau contexte : la présence des infirmières et infirmiers de santé au travail, leur formation et, enfin, leur statut, ou plutôt l'absence de statut, au sein des structures où ils sont intégrés.

## I. La présence des infirmiers et infirmières de santé au travail

La présence d'infirmières et d'infirmiers dans les entreprises n'est pas nouvelle (11). Pendant longtemps, ils et elles se sont formés « sur le tas » aux risques professionnels. Cela reste, pour partie, toujours le cas.

En lien avec l'organisation des services de santé au travail, la présence d'un personnel infirmier peut s'opérer selon trois modalités, indépendamment du recours possible à des prestations « infirmiers » en dehors d'une relation salariale.

Trois cas de figure alternatifs se dégagent :

- l'infirmier est engagé par une entreprise qui ne dispose pas de service de santé au travail autonome ;
- l'entreprise qui l'emploie compte un tel service, et donc un médecin du travail, qu'il va accompagner dans ses différentes missions ;
- il est directement engagé par un service de santé inter-entreprises pour lequel il exerce son activité.

Dans le premier cas évoqué, l'entreprise employeur a obligatoirement adhéré, en vertu du principe adopté en 1946, à un service « inter ». C'est cette dernière situation qui est la plus fréquente : l'infirmier, salarié de l'entreprise, travaille alors seul dans un établissement. Nous reviendrons sur ces modalités lorsqu'il sera question de l'exercice des missions et du cadre dépendant dans lequel il s'exerce. Notons que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, les employeurs ne sont plus tenus de créer un service autonome dès lors que leur entreprise dépasse un certain seuil et que le nombre de salariés à surveiller, ainsi que celui d'examen médicaux à dispenser, atteignent un certain niveau. C'est désormais la liberté qui règle en la matière. En deçà, toutefois, de 500 salariés, l'employeur ne peut pas mettre en place un service autonome (12).

Le Code du travail prévoit donc la présence d'infirmier(s) lorsque l'entreprise atteint un certain niveau d'effectif. Si les seuils d'effectif n'ont pas été modifiés en tant que tels par la dernière réforme, certains changements substantiels sont intervenus. Le premier a trait au fondement contractuel de l'intervention du personnel infirmier.

Autrefois, l'article R.4623-51 du Code du travail disposait : « *Les établissements industriels de 200 à 800 salariés emploient au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés. Les autres établissements de 500 à 1000 salariés emploient au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés* ». Autrement dit, les grandes entreprises disposent de leur propre personnel infirmier, qui, généralement, connaît bien les conditions et les postes de travail.

Selon l'article R.4623-32, modifié par le décret du 30 janvier 2012 (13), « *Dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés. Dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés* ». L'interprétation littérale du texte conduit à révéler une situation moins contraignante pour les employeurs : ils ne sont plus obligés d'employer un ou des infirmiers ; il faut qu'un ou des infirmiers soient présents ; « présence » ne signifie pas engagement. Quelles sont, dès lors, les conséquences pratiques de ce changement ? Cela signifie clairement que les entreprises ne sont plus tenues d'embaucher ; elles peuvent donc, en premier lieu, recourir à des entre-

(10) On remarquera, au passage, là encore, le changement de nom opéré – l'infirmier du travail devient l'infirmier en santé au travail – de nature à rendre compte de la place nouvelle prise (ou à prendre) par ces acteurs dans la promotion de milieux de travail garants de la santé et de la sécurité.

(11) Les infirmiers en santé au travail représentent aujourd'hui environ 4 000 professionnels, soit à peu près 0,8 % de la population infirmière en France (v. *La santé au travail – vision nouvelle et professions d'avenir*, C. Delacherie, P. Frimat, G. Leclercq, Rapport

remis aux ministres du Travail, de la Solidarité, de la Fonction publique, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Santé et des Sports, avril 2010).

(12) Art. D. 4622-5 du Code du travail : *Un service de santé au travail de groupe, d'entreprise ou d'établissement peut être institué lorsque l'effectif des salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés.*

(13) V. art. 1 du décret 2012-135 précité.

prises intérimaires. Mais alors se pose un problème de justification quant aux cas de recours autorisés au travail temporaire, d'autant que le travail temporaire n'est pas adapté aux formes d'intervention recherchées. On voit mal comment respecter cette même réglementation. Les employeurs ont largement recours à un personnel infirmier intérimaire, mais dans le cadre des hypothèses légales de recours à cette forme d'emploi (principalement dans le cadre de remplacement). Certaines formes de mise à disposition auraient été envisagées par le ministère du Travail (et sa Direction générale du travail) en concertation avec le CISME (le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise), qui fédère les services de santé au travail interentreprises et qui, à ce titre, constitue un interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics (14). Mais, là encore, il aurait fallu instaurer une forme de mise à disposition autorisant le CISME à recruter des infirmiers et à les mettre à disposition des entreprises concernées. Le CISME aurait alors fonctionné comme une forme de groupement d'employeurs... Le ministère y a renoncé.

La formule légale autorise des emplois à temps partiel, s'agissant de la première tranche. Elle autorise aussi, et surtout, les établissements à recourir à des « prestations infirmières » par le canal de structures associatives, soit le recours à des prestataires extérieurs. Selon la circulaire du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail (15), la loi met en place une seule « obligation de présence ». Cette obligation sera, par nature, intermittente ; on ne connaît ni son organisation, ni son rythme, ni ce qui peut être justement presté. Il paraît clair que, dans ce cadre, la connaissance des lieux et des locaux de travail peut s'avérer lacunaire. Or, l'un des principaux enjeux de la réforme des services de santé au travail est de développer les axes préventifs. À cet égard, la réforme fait même machine arrière : il fut un temps – et ce temps n'est, heureusement, pas encore entièrement révolu – où les infirmières figuraient parmi les personnes connaissant le mieux l'entreprise, les locaux et les postes de travail. La réforme entraînera, à terme, une augmentation des mises à disposition de personnels infirmiers (16). Cette

forme d'emploi fragilise ces salariés et interroge avec davantage d'acuité l'absence de statut protecteur.

Le deuxième changement tient à l'intervention, ou non, du médecin dans le recours à un personnel infirmier. Dans les établissements où la présence d'une infirmière est obligatoire, le médecin du travail n'a plus à donner son avis (17). Peu important que l'entreprise ait son propre service ou qu'elle ait adhéré à un service « inter ». Cet effacement du médecin est, pour partie (mais pour partie seulement), lié aux modalités possibles d'intervention de ce professionnel de santé. Le médecin n'a pas davantage à se prononcer sur la faculté de faire appel à des prestations infirmières par le biais de structures associatives.

Parallèlement, les services interentreprises de santé au travail peuvent disposer également d'infirmières et d'infirmiers. Historiquement, le personnel infirmier était peu nombreux dans ce type de service, la figure dominante étant l'infirmière d'entreprise. Mais cette situation a vocation à évoluer. Depuis la loi du 20 juillet 2011, les services « inter » sont tenus de recruter au moins un infirmier compte tenu de la composition imposée de la ou des équipes pluridisciplinaires instituées en leur sein : « Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail, comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire » (18). Les médecins du travail du service donnent un avis sur le recrutement (19). Celui-ci n'est que consultatif (20). Le personnel infirmier recruté fait partie de l'équipe salariée.

Comme nous l'avons rapidement évoqué dans les propos liminaires, le législateur, depuis plusieurs années, s'est donné pour objectif de réformer la médecine du travail, poussé par deux facteurs principaux : un contexte démographique défavorable et contraignant, se caractérisant par un manque de médecins du travail (21), et le contexte juridique de promotion de la prévention et des obligations

(14) La circulaire DRT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé.

(15) Disponible sur le site [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir\\_36058.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36058.pdf).

(16) Il existe aujourd'hui deux structures prestataires de service, le SSTRN, très présent dans le Nord et qui existe depuis fort longtemps, et l'ACTIS, installé à Lyon. Les deux mettent à la disposition des entreprises des assistants de service social et des infirmiers en santé au travail dans le cadre d'une convention de prestations de service.

(17) Dans les établissements en deçà des seuils d'effectif – 200 salariés pour les établissements industriels, 500 pour les autres – un infirmier peut être présent si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande (art. R. 4623-33).

(18) Art. L. 4622-8 du Code du travail.

(19) Les médecins du travail ne souhaitent pas la présence d'infirmiers dans les services « inter ».

(20) Art. R. 4623-35 du même code.

(21) Et de médecins tout court du reste – la courbe de l'âge des médecins de travail est plus qu'inquiétante : beaucoup arrivant à l'âge de la retraite, certains étant « rappelés » pour faire des vacations, 70 ans passés...

en découlant à la charge des employeurs (22). Nous verrons comment cette réforme s'est traduite en ce qui concerne les missions des infirmières du travail au regard de la dernière loi en date – celle du 20 juillet

2011 déjà mentionnée – et des textes réglementaires qui l'ont accompagnée. Toutefois, c'est l'articulation entre ces missions et la question de la formation en santé au travail qui retiendra surtout notre attention.

## II. La formation en santé au travail

Un sujet sensible, lors des négociations avec le ministère de la Santé, a été la question de la formation des infirmières et des infirmiers en santé au travail. À côté d'infirmiers ayant acquis, par leurs expériences, de solides compétences et connaissances dans le champ de la santé et de la sécurité au travail, d'autres ignorent tout (ou presque) des risques professionnels et des pathologies produites par le travail et l'exposition à des substances et produits dangereux. Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ne forment pas à la santé au travail et aux pathologies liées à l'exposition professionnelle (23).

Dans la nouvelle configuration des missions confiées aux infirmières, cette situation de fait, où chaque infirmier-ère est libre de se former ou non (24), ne pouvait pas prospérer. Aussi, leur formation a-t-elle été d'emblée envisagée. Certaines organisations professionnelles, comme le groupement des infirmier(e)s du travail (GIT), défendaient l'idée d'une formation qualifiante, à même de revaloriser leur profession et leurs conditions salariales (25), mais le ministère du Travail – plus précisément la Direction générale du travail – a fait blocage (26). Le décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail évoque rapidement cette formation, certes en imposant le principe, mais sans poser d'exigence sur sa durée, son niveau et son contenu : « *Si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue* » (27).

Les différents partenaires – au premier rang duquel le collègue des professeurs de médecine du travail – se sont entendus pour mettre en place une formation de 150 heures, reprise par plusieurs universités et proposée dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) (28). Cette formation ne permet pas de prétendre à une autre qualification que celle d'infirmier, même si son nom est différent et ses missions éloignées, pour une large part, de celles prévues par le Code de la santé publique. Les « *perspectives d'évolution de carrière positives* », comme l'indique la DRT dans la circulaire précitée de 2012, semblent bien ténues. En conséquence, d'énormes disparités de compétences et de connaissances persistent sur le terrain. Des jeunes fraîchement sortis de l'école se trouvent confrontés au monde du travail et à ses maux, investis de missions importantes sur le plan de la prévention et du suivi médical, sans être pourvus des armes leur permettant de les prendre réellement en charge.

Cette question de la formation professionnelle doit se mesurer à l'aune des missions confiées aux infirmiers et infirmières du travail. Ces derniers effectuent des missions propres, définies par le Code de la santé publique, et des missions déléguées par le médecin du travail, exercées sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits (29), étant entendu que la liste des obligations et tâches dévolues conserve une part de mystère que la réforme n'a pas résolue (30). En vertu de l'article R.4623-14 du Code du travail, si « *le médecin du travail assure personnellement l'ensemble*

(22) De la consécration de principes généraux de prévention avec la loi du 31 décembre 1991 à la naissance de l'obligation de sécurité de résultats. V. notamment Sophie Fantoni-Quiton et Pierre-Yves Verkindt, « Obligation de résultat en matière de santé au travail : à l'impossible, l'employeur est tenu ? », *Droit Social* 2013, p. 229 ; S. Bourgeot et M. Blatman, « De l'obligation de sécurité de l'employeur au droit à la santé des travailleurs », *Droit Social* 2006, p. 635 ; Marie-Ange Moreau, « L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs », *Droit Social* 2013, p. 410.

(23) Pas plus que les études de médecine généraliste ne forment aux pathologies et aux expositions professionnelles.

(24) Il existe, depuis 1994, un diplôme interuniversitaire de santé au travail et, depuis 2009, une licence en santé au travail, permettant d'acquérir des connaissances sur les risques et les pathologies professionnelles et leurs modalités de prise en charge.

(25) Le personnel infirmier de santé au travail est absent des grilles conventionnelles. Certains infirmiers d'entreprise ont pu accéder au statut cadre, mais cette situation n'est pas la plus fréquente. Dans la convention collective du CISME, qui sert de base à tous les services « inter », un accord avait été trouvé pour donner aux infirmiers en santé au travail un statut assimilé cadre, mais l'AGIRC a refusé au motif que ces derniers ne bénéficiaient pas de

formation réelle, à la différence d'infirmiers pouvant prétendre à des formations vraiment qualifiantes – et reconnues – dans d'autres domaines.

(26) Ainsi le Haut conseil des professions paramédicales, favorable à une formation diplômante, a été consulté par la DGT... après la parution des décrets. Il a rendu son avis le 7 mars 2012 ([www.syndicat-infirmier.com/Santé-au-travail-le-Haut-Conseil.html](http://www.syndicat-infirmier.com/Santé-au-travail-le-Haut-Conseil.html)).

(27) Art. R. 4623-29.

(28) Une formation de 150 heures est également proposée par l'Afometra, qui est l'organisme de formation du CISME. Les employeurs préfèrent généralement envoyer leurs infirmiers se former dans cet organisme professionnel plutôt qu'à l'université.

(29) Voir l'article de Catherine Higounenc et Jean-Michel Lattès, « Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés », *Droit Social* 2014, p. 661. L'article met en évidence les incertitudes levées par la loi de 2011 et proposent des pistes pour les régler.

(30) Les missions ont été décrites en premier lieu par une circulaire dite *OHEIX* du 25 juin 1975, qui n'a pas vraiment été appliquée. Celle, précitée, de 2012 ne définit pas avec précision le rôle attendu des infirmiers.

de ses fonctions, dans le cadre des missions définies à l'article R. 4623-1 », il peut toutefois « confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire ». En particulier, ont été créés les entretiens infirmiers qui poursuivent le suivi médical, mais ne se substituent pas aux examens médicaux, dont les médecins ont seuls la charge. Le terme même d'entretien prête à confusion au regard des représentations habituellement rencontrées dans l'univers salarié. Le législateur a fait ainsi le choix d'emprunter un mot à connotation fortement patronale – entretien préalable au licenciement, entretien d'évaluation, de performance ou entretien d'embauche... – pour parler en réalité d'une consultation infirmière (31).

Il est essentiel de revenir un instant sur la raison d'être de ces entretiens infirmiers. Ils rendent compte des indicateurs démographiques déjà évoqués, et donc du nombre insuffisant de médecins du travail. Ils sont censés, dans le même temps, libérer du temps pour ces mêmes médecins, du temps médical, d'une part, pour s'occuper (autrement) des salariés dont l'état nécessite une expertise plus poussée, du temps pour les actions en milieu de travail, d'autre part. L'existence même des examens périodiques et, par voie de conséquence, leur intérêt ne sont pas directement interrogés, sauf peut-être de façon indirecte, en confiant justement aux infirmiers le soin de s'en occuper.

Si le principe des visites tous les 24 mois demeure, le service peut, dans le cadre de l'agrément délivré par la Directe, y déroger en mettant en place ces fameux entretiens infirmiers. Les textes n'en définissent pas le contenu. Mais il est, sans aucun doute, attendu que ces entretiens ressemblent étrangement aux visites périodiques, sans remise *in fine* du certificat d'aptitude. Les entretiens doivent se construire autour des trajectoires professionnelles et de la santé, en s'intéressant de près aux postes occupés. Plutôt que de mettre en place des grilles ou des protocoles type, le bon déroulement des entretiens induit une collaboration étroite entre le médecin et l'infirmier. Le constat de l'aptitude, ou plutôt de l'inaptitude, demeure de la compétence (exclusive) du médecin,

comme l'est également la surveillance renforcée prévue pour certains travailleurs. Cette question de l'aptitude, souvent discutée (32), se révèle cruciale, eu égard aux conséquences qu'elle emporte sur le maintien dans l'entreprise du salarié concerné ou, au contraire, son éviction. Elle joue aussi un rôle juridico-administratif en signifiant que le salarié est suivi et qu'il continue à voir un médecin. Les médecins ont là entre les mains un pouvoir dont ils abusent parfois, même s'ils ont alors le sentiment « de bien faire » en protégeant le salarié et sa santé (33). Ils sont aussi amenés à constater l'inaptitude à la demande, cette fois, des salariés qui ne supportent plus de rester dans l'entreprise.

Pour en revenir à la réforme, à l'issue de l'entretien, la réglementation prévoit la remise d'une attestation qui viendra nourrir le dossier médical du travail. Cela est de nature, le cas échéant, à constituer la preuve pour l'employeur qu'il a bien satisfait à ses propres obligations. Si « l'attestation de suivi infirmier » ne doit pas formellement parler d'aptitude ou inaptitude, elle peut faire état de constats importants en terme d'exposition aux risques, évoquer la pénibilité du travail ou encore l'usure du travailleur. Ces « entretiens » doivent être l'occasion de faire parler des conditions de travail, entendues au sens large (34). En tout état de cause, si l'infirmier peut alerter l'employeur d'une situation délicate appelant des aménagements de poste ou un reclassement, il ne peut pas, de sa propre initiative, et sur le fondement de la seule attestation, déclencher l'obligation de reclassement patronale. Le bon fonctionnement du service implique une coordination importante avec le médecin.

Ces entretiens infirmiers nous semblent, par ailleurs, poser deux autres questions. La première a trait à la fréquence des visites médicales, la seconde aux relations contractuelles qui lient l'employeur et le service « inter » auquel il a adhéré. Les deux sont, en réalité, liées de façon étroite.

Dès lors que des entretiens infirmiers sont mis en place, à quel rythme le médecin doit-il voir les travailleurs ? Les examens dits périodiques disparaissent-ils ? Le médecin ne voit alors plus les salariés que dans le cadre des visites de reprise (ou pré-reprise) ou s'ils relèvent d'une catégorie particulièrement

(31) En 1946, lorsque la médecine du travail devient obligatoire, le terme de « visites médicales » est imposé plutôt que consultations pour distinguer la médecine du travail de la médecine de ville. Dès lors, l'emploi du mot « consultation » quand il s'agit du personnel infirmier devenait impossible...

(32) H. Gosselin, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, 2007. Plus récemment voir, S. Fantoni-Quinton, « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Droit Social* 2013, p.1023.

(33) Ainsi, des médecins du travail, pour protéger des salariés victimes de pratiques managériales musclées ou encore de mesures harcelantes ou discriminatoires, préfèrent les mettre à l'abri en les déclarant inaptes. Ces médecins se retrouvent alors licenciés pour ce motif, à charge pour eux d'aller devant le juge pour obtenir une indemnisation réparatrice.

(34) On sait déjà que la remise des attestations donne lieu à des pratiques variées. Certains documents ressemblent fortement à des décisions d'aptitude et d'inaptitude.



surveillée. La réglementation laisse place à une incertitude, en ce sens qu'elle ne le dit pas formellement (35). Pour autant, c'est bien ce que le législateur a voulu. En conséquence, un salarié, sans arrêt de travail de 30 jours (36), peut ne jamais voir le médecin du travail. Si tel est le cas, les employeurs pourraient vouloir renégocier leurs relations contractuelles « à la baisse » avec leur service « inter ». Depuis la réforme intervenue, le service doit remettre à l'employeur un certain nombre d'informations, et en particulier la grille des cotisations. Selon la circulaire de 2012 précitée, il s'agit là d'un document essentiel qui permet d'avoir une visibilité sur le montant et les

modalités de calcul des cotisations et de leurs contreparties, avec l'idée d'aboutir « à une offre de services répondant pleinement aux besoins en matière de santé au travail identifiés dans l'entreprise ». Si, en lieu et place de visites médicales, le service propose des entretiens infirmiers (qui peuvent, du reste, être effectués par l'infirmier de l'établissement et pas nécessairement par celui du service), on comprend les réticences d'employeurs à devoir payer des cotisations d'un certain montant, quand bien même ils ont la possibilité de faire intervenir les équipes pluridisciplinaires pour des diagnostics.

### III. Le statut de l'infirmière et de l'infirmier en santé au travail

L'infirmier, qu'il fasse partie de l'équipe pluridisciplinaire d'un service « inter » ou qu'il travaille pour un employeur doté de son propre service de santé au travail, est investi de fonctions importantes, tant sur le plan du suivi médical – avec l'émergence des entretiens infirmiers – que sur celui des actions en milieu de travail. Ce professionnel doit contribuer à prévenir les risques professionnels, se montrer apte à les identifier et à les prendre en charge. Ses domaines d'intervention – évaluation et identification d'un risque, préconisations, mise en place de campagne d'actions médicales, suivi des accidentés du travail, déclaration des accidents du travail... – peuvent le conduire à s'opposer à l'employeur, comme peut l'être le médecin, même si la responsabilité que la loi donne à ce dernier est plus importante (c'est le « pilote ») (37). Il n'en demeure pas moins que la réalisation des actions rapidement rappelées l'expose à des pressions, voire à des représailles.

Même si les infirmiers en santé au travail ne bénéficient pas d'un statut protecteur au sens du Code du travail, faisant intervenir l'administration et/ou une instance de contrôle ou une institution représentative du personnel, le Code de la santé publique consacre leur indépendance dans l'exercice de leur art. Ainsi, selon l'article R. 4312-49 dudit code, « *le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un*

*employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels* ». Toujours en application de la même disposition, l'exercice de la profession, quel que soit son cadre, doit faire l'objet d'un écrit. L'infirmier ne peut pas, enfin, de façon valable, aliéner son indépendance (38). Ces règles autorisent le professionnel à s'opposer, le cas échéant, au pouvoir hiérarchique, dès lors qu'il le fait au nom de ses propres devoirs. Dans une entreprise, cela pourrait s'analyser comme le droit de désobéir, ou plutôt de résister au pouvoir de direction de l'employeur, en raison de ces mêmes impératifs (39). Mais, pour une efficacité réelle, il faut que ces règles soient relayées par des normes sociales directement liées au rapport d'emploi. Cela nous ramène inévitablement à la question évoquée de l'absence de statut en droit du travail.

Dans l'exercice de leurs missions, les infirmiers peuvent être confrontés à des ingérences ou des pressions patronales, entravant l'indépendance consacrée par le Code de la santé publique. Ainsi, l'employeur peut réclamer des informations sur les causes des absences des travailleurs ou sur leur état de santé, confier au personnel infirmier le soin de remplir les déclarations d'accident du travail en brimant dans le même temps leur liberté (40), ou encore chercher à limiter les initiatives des uns et des autres dans les recherches de reclassement et de réinsertion profes-

(35) Si les visites médicales devaient être remises en cause (voir n. 7), le rôle du personnel infirmier pourrait s'en trouver encore renforcé.

(36) Cette durée de 30 jours, au lieu de 21 sous l'empire de l'ancienne réglementation, a été pensée par le législateur. Il s'agit, compte tenu des pratiques médicales, de faire baisser sérieusement le nombre des visites médicales de reprise.

(37) Voir C. Higounenc et J.-M. Lattès, préc.

(38) Art. R. 4312-9 du Code de la santé publique.

(39) On peut ici se rapprocher d'une décision de la Cour d'appel de Paris du 25 mars 2004, commentée dans cette revue (Dr. Ouv. 2004, p. 530, obs. M. Miné) où les juges ordonnent la réintégration

d'une salariée, ingénieure chargée de la prévention des risques professionnels, licenciée pour avoir critiqué la direction lors d'une réunion du CHSCT. Selon la Cour, la salariée était bien la personne désignée par l'employeur pour s'occuper de la santé et de la sécurité dans l'entreprise et ne devait, à ce titre et en vertu de la directive cadre 89/391 du 12 juin 1989, subir aucun préjudice en raison de son activité. Notons que la loi du 20 juillet 2011 a bien transposé la directive en prévoyant la désignation d'un « référent sécurité » dans toutes les entreprises, mais n'a rien prévu s'agissant de sa protection. La directive peut être invoquée utilement devant le juge.

(40) Sachant que c'est en principe aux employeurs de les signer et d'en prendre la responsabilité.

sionnelle. Les situations dans lesquelles s'opposent impératifs de santé et logiques économiques et managériales, fort nombreuses, exposent les infirmiers au risque de représailles. Elles ont assez vite été perçues par les partenaires sociaux et les professionnels du champ. La protection est jugée comme indispensable, surtout lorsque l'infirmier exerce dans une entreprise qui ne dispose pas d'un service de santé au travail autonome, et donc qui a recours à un service « inter ». Ce professionnel est moins exposé lorsqu'il travaille en service autonome, du fait de la place prépondérante alors prise par le médecin. Dans le premier cas, et pour reprendre une des conclusions du rapport établi par l'ordre national des infirmiers en 2011, « *considéré comme potentiellement le meilleur dispositif dans le contexte actuel, ce mode d'exercice supposerait un statut de salarié protégé et un repositionnement hiérarchique et fonctionnel* » (41).

Or, le législateur, à l'occasion de la dernière réforme, n'a pas senti le besoin de les protéger. On pourrait, si l'on voulait, déceler la marque d'un mépris

dans l'absence de prise en compte de leur exposition au pouvoir de l'employeur : le personnel infirmier demeure « quantité négligeable » par rapport au médecin. Notons qu'en 2011, la protection du médecin a été, en revanche, renforcée. Ainsi, force est de noter une forme de déséquilibre que met en évidence la circulaire du 9 novembre 2012 : « *Aux côtés du médecin du travail qui voit son indépendance, sa protection et ses missions confortées par la loi, la réforme accroît et renouvelle les missions de l'infirmier, ce qui participe d'une reconnaissance de cette profession et de son rôle dans les services de santé au travail* ». Au défaut de reconnaissance réelle s'ajoute ainsi une fragilité de statut : l'infirmier en santé au travail n'est pas protégé par la loi. Ainsi, il peut changer d'affectation, être muté, licencié, passer d'une entreprise à une autre dans le cadre de prestations de service, sans aucun contrôle extérieur. La seule protection offerte par le Code de la santé publique, et que rappelle la DRT dans sa circulaire, semble bien illusoire.

**Nathalie Ferré**

(41) Ordre national des infirmiers, Rapport de synthèse, « De l'infirmier du travail à l'infirmier spécialisé en santé au travail », janvier 2011.

## LE DROIT DES COMITÉ D'ENTREPRISE ET DES COMITÉS DE GROUPE

par M. Cohen, L. Milet

**SÉCURISATION DE L'EMPLOI**

De nouveaux développements appréhendés, illustrés par les premières décisions des tribunaux, sur la loi dite de « sécurisation de l'emploi » du 14 juin 2014, qui a impacté de façon importante l'accès à l'information du comité d'entreprise et ses attributions économiques.

**NOUVELLES DISPOSITIONS DES LOIS DE 2014**

Les diverses lois de 2014 : obligations comitales des comités d'entreprise applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 ; renforcement du rôle du comité d'entreprise de la société ciblée en cas d'offre publique d'acquisition ; prérogatives du comité en cas de recherche d'un repreneur.

**L'OUTIL INCONTOURNABLE**

Toujours rédigé dans un style accessible à tous les publics, l'ouvrage intègre désormais une numérotation par paragraphe qui facilite les recherches. Un classique et un instrument de travail indispensable à tous les acteurs de la vie sociale, juristes et non-juristes.



117€

Parution le 15 décembre 2014



COMMANDEZ SUR [WWW.NVO.FR](http://WWW.NVO.FR)