

**TOULOUSE
CAPITOLE**
Publications



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de
l'Université Toulouse 1 Capitole.

**« Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20
Juillet 2011,
incertitudes et ambiguïtés »**

Par
Catherine Higounenc
Infirmière du travail à l'Université de Toulouse
et
Jean-Michel Lattes
Maître de Conférences à l'Université Toulouse 1 Capitole
Chercheur à l'Institut de droit privé (IDP – EA 1920)

Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,
contacter portail-publi@ut-capitole.fr

« Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 Juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés »

Par

Catherine Higounenc

Infirmière du travail à l'Université de Toulouse

et

Jean-Michel Lattes

Maître de Conférences à l'Université Toulouse 1 Capitole

Chercheur à l'Institut de droit privé (IDP – EA 1920)

INTRODUCTION

La distinction entre les tâches confiées aux médecins et celles dévolues aux infirmiers et infirmières* s'est construite dans l'histoire de la santé, les deux fonctions ayant été longtemps confondues sous l'antiquité. Progressivement cependant, les soins prodigués par les deux professions vont pouvoir être distingués. Les médecins vont traiter de la mise en œuvre de soins et de la dimension opératoire des cas à traiter alors que les infirmiers s'inscrivent peu à peu dans la pratique de soins plus quotidiens destinés à accompagner le patient dans la régularité. Cette séparation des tâches demeure approximative et, de fait, la frontière entre les deux métiers reste aujourd'hui encore incertaine. Si des complémentarités apparaissent¹, dans certains cas, les interventions médicales sont liées voire même identiques.

La médecine du travail apparaît plus tardivement du fait de l'émergence au XIX^{ème} siècle d'une nouvelle société organisée autour de structures industrielles, les manufactures, la France étant auparavant dominée par une population essentiellement rurale. Le regroupement d'hommes, de femmes voire même d'enfants dans le contexte de nouvelles activités et, de fait, l'apparition de nouvelles problématiques de santé permettent de justifier la création de la médecine du travail². Les premiers textes évoquant cette nouvelle spécialité médicale sont liés à l'exercice de certaines activités rendant nécessaire un avis médical. La loi du 13 Juin 1893 relative à l'hygiène et la sécurité des travailleurs constitue une première étape juridique alors que la loi du 9 avril 1898 pose les fondements de l'assurance des risques professionnels en engageant la responsabilité de l'employeur du seul fait qu'il procure du travail à un salarié³.

Le droit international accompagne à cette évolution. En 1919, la Conférence de la Paix, à Paris, crée l'*"Organisation Internationale du Travail"*, avec une Conférence Internationale annuelle ayant comme secrétariat permanent le *"Bureau International du Travail"*(B.I.T.)⁴. Par suite, des congrès internationaux sont organisés

* Pour en simplifier l'écriture, nous utiliserons le mot « infirmière » dans la suite de notre article. Si la langue française peut nous amener à choisir le masculin, la très grande féminisation de la profession nous conduit à choisir le terme le plus couramment utilisé.

¹ Dans la pratique de soin courante, les médecins réalisent le diagnostic médical, assurent les prescriptions, réalisent des actes chirurgicaux. De son côté, l'infirmière accomplit les soins pour préserver et/ou améliorer la santé des patients.

² Bernardino Ramazzini, auteur du « *Traité des maladies des ouvriers* » (1700) est généralement considéré comme le précurseur de la médecine du travail. De son côté, le docteur Louis-René Villermé publie en 1840 « *Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de laine, de coton et de soie* ». Il est considéré comme un des pionniers de la médecine du travail et est à l'origine de la mise en place de la première loi sociale: la loi du 22 mars 1841 destinée à limiter l'âge et la durée du travail des enfants dans l'industrie. Cf. R. Barthe, Histoire de la Médecine du travail, Le concours médical 1955.

³ Entre 1914 et 1918, la médecine préventive se développe dans les usines où existe le risque saturnin et charbonneux alors que la loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies professionnelles les règles relatives aux accidents du travail en permettant d'en obtenir réparation. En 1917, on note l'existence d'une expérience à la fois ambitieuse et éphémère avec la création des « surintendantes d'usines » parfois considérées comme des pionnières en matière de gestion des risques professionnels (C. Omnes, Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ?, *Connaissance de l'emploi*, n°42, Centre d'Etudes de l'Emploi, mai 2007). A la veille de la seconde guerre mondiale, la pratique de la médecine en milieu professionnel demeure limitée et reste très dépendante de la taille des entreprises et de leur secteur d'activité (*mines, charbonnages, aviation, compagnies de transport...*).

⁴ Le B.I.T. rédige une *"Encyclopédie d'hygiène et de pathologie du travail"* réunie en deux volumes en 1930 et 1932.

autour du thème de la maladie au travail comme la IV^{ème} réunion internationale sur les maladies professionnelles de Lyon en 1929.

L'organisation de la médecine du travail en France se précise au cours de la seconde guerre mondiale, avec la circulaire du 1er Juin 1940 prévoyant l'organisation de services médico-sociaux et de sécurité dans certaines catégories d'établissements⁵ et la loi du 28 Juillet 1942 qui institutionnalise ce dispositif en rendant la médecine du travail obligatoire autour de l'organisation du service médical, du service social et des comités d'hygiène du travail et de sécurité⁶.

L'Ordonnance du 4 octobre 1945 met en place la Sécurité Sociale alors que le 11 octobre 1946 est votée la loi instituant la médecine du travail. L'organisation des services médicaux du travail s'étend désormais à toutes les entreprises sous la forme d'une médecine exclusivement préventive au profit de tous les salariés et placée sous la responsabilité des employeurs qui en assument la charge⁷.

Simple auxiliaires du médecin, les infirmières sont, de leur côté, devenues de véritables professionnelles de la santé⁸. Si leur rôle ne cesse de s'élargir au cours du XX^{ème} siècle, elles demeurent cependant considérées comme de simples exécutantes sous l'autorité d'un praticien leur octroyant la possibilité d'actes techniques dont il contrôle la bonne réalisation⁹. L'émergence de la notion de « *savoir propre* » amène le législateur à instituer la notion de « *rôle propre* » de l'infirmière avec la loi du 31 mai 1978¹⁰. Désormais, l'activité de l'infirmière est centrée sur la prise en charge globale de la personne et se définit comme la juxtaposition de deux fonctions majeures : « *le rôle prescrit et le rôle propre* ». Si le rôle prescrit est induit par la prescription médicale, le rôle propre suppose que soit reconnu à l'infirmière à la fois une véritable autonomie, une réelle capacité de jugement et, de fait, la possibilité de prendre des initiatives. La relation hiérarchique organisée historiquement pour définir les fonctions des médecins et des infirmières est désormais insuffisante pour qualifier les mutations induites par le rôle propre. De nouvelles relations se mettent en place dans lesquelles les infirmières trouvent une part d'autonomie que les médecins se doivent de respecter dans leurs pratiques de soins¹¹.

La loi du 20 Juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail¹² réorganisant les services de santé au travail évoque l'existence d'équipes pluridisciplinaires et la responsabilité des médecins dans leur fonctionnement¹³. La présence d'infirmières dans ces équipes amène à s'interroger sur la relation susceptible de se mettre en place avec les médecins du travail non seulement dans le contexte du droit médical (*Partie 1*) mais aussi dans celui du droit du travail au sein des services de santé (*Partie 2*).

⁵ On parle à l'époque du rôle joué par des médecins d'usine ou d'établissement intervenant, sous l'autorité du chef d'entreprise, dans le cadre de services médicaux d'entreprise.

⁶ Le STO (Service du travail obligatoire) comme les activités liées à la production nationale bénéficient de cette ambiguïté avec le contrôle renforcé des personnes sans activités et orientées malgré elles vers le STO lorsque leur aptitude est reconnue. On notera cependant que – dès sa création – la médecine du travail va permettre de lutter efficacement contre les épidémies comme, par exemple, la tuberculose. Les employeurs sont au cœur de ce dispositif leur permettant de « sélectionner » leurs salariés dans le contexte ambigu de la politique menée par le gouvernement de Vichy.

⁷ Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *La santé au travail* (1880-2006), La Découverte 2006.

⁸ M-F Colliere, *Promouvoir la vie*, Inter Editions Masson 1982 – G. Charles, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Ed Le Centurion 1984 – Y. Knibielher et O. Hess, *Histoire des infirmières au XX^{ème} siècle*, Ed. Pluriel 2008.

⁹ La loi du 8 avril 1946 donne la première définition de l'infirmière : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillers par le médecin* » (Art. L.473 du Code de la Santé Publique).

¹⁰ A. Marechal, T. Psiuk, *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*, Lamarre 1995.

¹¹ M. Formarier, G. Poirier-Coutancais, *Initiation à la recherche en soins infirmiers*, Lamarre Poinat, 1994.

¹² Loi n° 2011-867 – *JORF* du 24.07.2011, p. 12677.

¹³ Art. L. 4622-8 du Code du travail. « *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.* »

PARTIE 1.

Le droit médical, instrument de régulation des interventions des professionnels de santé dans l'entreprise.

Si le Code du travail comporte plusieurs dispositions relatives à l'exercice infirmier renforcées par la loi du 20 Juillet 2011, l'essentiel du cadre juridique applicable figure dans le Code de la Santé Publique.

A. La déontologie médicale et le partage des tâches.

Le rôle dévolu aux infirmières constitue une des bases de notre réflexion. La notion de « *rôle propre infirmier* » permet, en effet, de distinguer les tâches placées sous la subordination d'un médecin que l'on peut qualifier de « *médico-déléguées* » de celles qui sont mises en œuvre de manière autonome. L'histoire de la profession place, dans un premier temps, l'infirmière dans un rapport de dépendance vis à vis des médecins. Elle reste assimilée à la fonction de simple exécutant soumis aux ordres du médecin¹⁴ dans un rapport souvent comparé aux modèles patriarcaux non seulement en raison du rapport hiérarchique mis en place mais aussi du fait de la division sexuée des deux professions¹⁵.

Ce schéma évolue avec la reconnaissance du rôle propre infirmier dans la loi du 31 mai 1978¹⁶. Progressivement se met en place une relation de collaboration en partenariat, non seulement avec la médecine, mais aussi avec les autres disciplines de la santé. La notion même de « *diagnostic infirmier* »¹⁷ constitue une étape supplémentaire de la construction d'un espace spécifique propre à la profession¹⁸. Le Code de la santé publique permet de caractériser cette mutation. Ainsi, l'article L. 4311-1 indique qu'est « *considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* ». La dualité exprimée précédemment est clairement évoquée dans ce texte complété par le décret du 29 Juillet 2004 donnant la mesure du rôle propre infirmier¹⁹. Le texte confirme sans ambiguïté la compétence de l'infirmier dans la prise de décisions et la mise en œuvre de soins dans le cadre de ce que le décret qualifie de « *diagnostic infirmier* ». La liste des actes reconnus dans cette fonction d'autonomie définie par les textes réglementaires confirme la mesure et l'importance de cette responsabilité²⁰. Cet environnement juridique traduit l'importance d'une évolution qui impacte nécessairement l'évolution de la santé au travail en particulier au regard des textes récents. L'infirmière n'est plus une simple exécutante mais elle apparaît désormais comme une véritable professionnelle de la santé. La notion de « *savoir propre* » émerge progressivement et caractérise la part d'autonomie du métier infirmier²¹.

Ce « *rôle propre* » désormais parfaitement reconnu ne s'exerce pas sans difficulté en raison des frontières étroites existant entre la fonction médicale et la fonction infirmière. L'autorité du médecin, sa

¹⁴ B. Walter, *Le savoir infirmier*, Lamarre 1992.

¹⁵ Les médecins sont « statistiquement » plutôt des hommes alors que les professions infirmières sont majoritairement occupées par des femmes.

¹⁶ Le décret du 12 mai 1981 apporte un certain nombre de précisions dans l'application de la loi de 1978.

¹⁷ A. Marechal et T. Psiuk, op.cit. – Suzanne Kerouac, *La pensée infirmière, conception et stratégies*, Maloine 1994.

¹⁸ Si la loi de 1978 constitue une étape importante, la loi du 12 juillet 1980 relative à l'exercice de la profession, le décret du 17 Juillet 1984 indiquant la liste des actes professionnels, les décrets de 1993 sur les règles professionnelles et la création d'un ordre national des infirmiers en 2006 participent à la mise en œuvre de fonctions autonomes reconnues. Signalons par ailleurs que le Conseil d'Etat apporte une base légale à la distribution des médicaments dans une décision du 22 mai 2002 sur la base du décret de compétence du 11.02.2002 modifié depuis par le décret du 29.07.2004.

¹⁹ Art. R. 4311-1 à R. 4311-5 du Code de la Santé Publique.

Il convient de noter que le nouveau texte regroupe, dans une même codification, compétence et règle de déontologie de la profession.

²⁰ R. Magnon et G. Dechanoz, *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, Amiec 1995.

²¹ Il convient de relever qu'en cohérence avec le droit de la responsabilité, si l'infirmière se voit reconnaître une réelle capacité d'initiative, elle en assume aussi les conséquences.

perception des rôles dévolus aux professionnels de la santé, la qualité des relations individuelles établies au sein d'un même service... tous ces facteurs, et bien d'autres encore, peuvent complexifier un équilibre qu'il convient donc de conforter par le droit²². La notion même de travail pluridisciplinaire amène à s'interroger sur la pratique de soins et, pour les juristes, à en structurer la mise en œuvre. L'écrit prend ici toute sa place en raison de son importance dans la hiérarchie même si la pratique médicale privilégie l'oralité. L'obligation pour l'infirmière d'établir des documents dans le cadre des soins infirmiers²³ a pour corolaire l'obligation pour le médecin de produire un écrit pour confirmer ses prescriptions²⁴.

Il convient de compléter notre analyse par des éléments liés aux spécificités des professions de la santé. Au-delà des relations susceptibles de se mettre en place entre les différents acteurs de la santé au travail, d'autres règles ou principes liés au domaine médical se doivent d'être prises en compte. Si nous avons convenu de distinguer les actes propres des infirmières de ceux issus d'un conseil médical (*prescription ou protocole*), il n'en reste pas moins que ces derniers demeurent des actes infirmiers et non des actes médicaux réalisés par des infirmiers. En cas de difficultés, la responsabilité des infirmières est engagée, ce qui témoigne de leur autonomie²⁵. De fait, la notion de protocoles²⁶ participe à notre analyse. Relevant parfois du rôle propre infirmier²⁷, ils peuvent aussi résulter de l'application d'une prescription médicale. Ainsi, en l'absence de médecin, l'infirmière est habilitée – après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique – à mettre en œuvre des protocoles de soins²⁸. Si l'urgence ne correspond pas aux problématiques de santé au travail, la notion d'équipe pluridisciplinaire permet, dans le protocole, de mettre en valeur l'aspect médical et infirmier.

En matière d'information et au regard du secret professionnel, les règles relatives à la médecine générale ont vocation à s'appliquer dans le cadre de l'entreprise et des services de santé au travail²⁹. Si le Code de déontologie infirmier n'a pas, à ce jour, été publié, il est nécessaire de prendre en compte les articles R.4127-1 et suivants du Code de la Santé Publique reprenant le Code de déontologie médicale. Il en résulte, en effet, que la jurisprudence fait du secret médical un secret général et absolu, l'ensemble des professionnels de la santé étant tenus de ne pas divulguer une information protégée. Les principes déontologiques se combinent avec des règles civiles et pénales permettant d'en organiser la protection. On constate toutefois que deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une même personne au cours de sa prise en charge. Le Code de la Santé Publique reprend ici la notion d'équipe médicale et participe à l'idée que des tâches spécifiques peuvent concerner les infirmières³⁰.

B. Les ambiguïtés de la loi de 2011.

Les orientations données par la loi de 2011 amènent à s'interroger sur la finalité même du texte. Ce n'est pas un rôle « *complémentaire* » qui est affecté aux infirmières mais la réponse à un déficit médical. De fait, elles sont recrutées pour compenser le manque de médecins³¹ et leur recrutement s'impose à ceux qui sont en fonction dans les services. Les décrets d'application de ce texte nous donnent d'intéressantes précisions. Si la

²² En ce sens, et malgré ses difficultés de fonctionnement, la création d'un Ordre infirmier avec la loi du 21 décembre 2006 participe à la consécration de l'autonomie de la profession.

²³ Décret du 16.02.1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

²⁴ Décret du 15 mars 1993 sur l'obligation de prescription écrite du médecin.

²⁵ Notons cependant qu'il demeure possible d'engager la responsabilité du médecin si le conseil qu'il a pu donner se révèle fautif.

²⁶ Le protocole se distingue de la prescription médicale en ce qu'il trouve application à une pluralité de patients. A l'inverse, la prescription médicale est obligatoirement individuelle. Pour les protocoles de soins infirmiers, voir : Art. R. 4311-3, 4311-7 et 4311-14 du CSP.

²⁷ Art. R. 4311-3 du Code de la Santé Publique.

²⁸ Art. R. 4311-14 du Code de la Santé Publique.

²⁹ Art. L. 1110-4 al. 1 et 2 du CSP : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».

³⁰ Art. L. 1110-4 alinéa 3 du Code de la Santé Publique.

³¹ Il convient de noter que cette compensation s'accompagne aussi – bien sur – de la volonté du législateur de renforcer le recours à des compétences pluridisciplinaires du fait des manques de la réforme de 2004. Un des enjeux de la réforme de 2011 est de repenser les modes d'intervention en matière de santé au travail pour les rendre plus efficaces.

fonction du médecin du travail est à nouveau définie dans ces textes³² en particulier comme « *animateur et coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire* »³³, il lui est cependant reconnu le droit de confier certaines activités – sous protocole écrit – aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et, en particulier, aux infirmières³⁴. On caractérise par cette voie la mesure de la délégation du médecin. Ce protocole qui maintient sa responsabilité médicale ne se met en place que dans le cadre de certaines de ses activités et dans la limite des compétences des professionnels de santé. Les applications règlementaires de ce dispositif laissent supposer que les missions propres des infirmières ne sont pas pour autant remises en cause sous réserve du respect du Code de la Santé Publique³⁵.

Par suite, la liste des missions dévolues à l'équipe pluridisciplinaire témoigne de l'importance de sa participation aux actions des services de santé au travail. Les décrets évoquent, en particulier, « *...les visites sur les lieux de travail, les études de postes en vue de l'amélioration des conditions d'emploi, la délivrance de conseils, l'identification des risques professionnels, la participation aux réunions des CHSCT, la formation aux risques...* »³⁶. L'équipe se voit reconnaître l'accès à tous les documents obligatoires au même titre que le médecin du travail sous couvert du respect du secret professionnel³⁷.

La question essentielle est de mesurer les enjeux de cette évolution. S'agit-il d'assister un médecin ou de rechercher une amélioration de la situation des salariés ? Si ces deux objectifs ne sont pas nécessairement incompatibles, la santé au travail constitue un droit fondamental pour les salariés. Le constat aujourd'hui est que, dans de nombreux services de santé, les visites périodiques ne sont pas assurées. De fait, si l'on peut comprendre que les médecins du travail tiennent à leurs prérogatives et au respect de leurs fonctions, l'analyse est plus complexe lorsque les infirmières interviennent pour compenser leur absence.

Les règles applicables aux relations « *médecins / infirmières* » présentent un certain nombre de particularismes lorsque l'on se place dans la perspective de la santé au travail dans un contexte de prévention. Nul doute que le « *rôle propre* » a pleinement sa place dans le suivi individuel des salariés en vue de prévenir les risques professionnels. Le contenu du décret de 2004 permet d'en mesurer l'importance au-delà même de la seule fonction de soins : « *... surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire, dépistage et évaluation des risques de maltraitance, utilisation d'un défibrillateur, recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne, entretien, aide et soutien psychologique, observation et surveillance des troubles du comportement...* »³⁸.

Le diagnostic infirmier basé sur l'entretien infirmier complète, sans y porter atteinte, les diagnostics médicaux et participe à l'action des équipes santé-travail dans le contexte de la mise en place de ce qu'il convient de qualifier de nouvelle spécialisation de la profession³⁹. On parle désormais du « *prendre soin* » qui caractérise les fonctions infirmières en permettant de proposer aux salariés un suivi individuel de prévention des risques professionnels sans remettre en cause le diagnostic médical et l'orientation placés sous la responsabilité du médecin du travail⁴⁰.

L'analyse de la loi de 2011 comme celle des décrets d'application de 2012 ne lève pas toutes les ambiguïtés nées de la rédaction du texte⁴¹. La forme utilisée par la circulaire d'application du 9 Novembre 2012 accentue cette difficulté en évoquant « *les inquiétudes et malentendus liés à l'indépendance des médecins du travail* »⁴². Le texte – loin de lever ces difficultés – y participe par l'usage de termes bien éloignés de certitudes juridiques. « *... Chef d'Orchestre... rôle central d'animateur et de coordonnateur... garant d'une médecine du*

³² Décret n° 2012-135 du 30.01.2012.

³³ Art. L. 4622-8 et R. 4623-1 et s. du CT.

³⁴ Art. R. 4623-14 du CT.

³⁵ Art. R. 4311-1 et s. – Art. R. 4623-14 du CT.

³⁶ Art. R. 4624-1 à R. 4624-9 CT.

³⁷ Art. 226-13 du Code pénal.

³⁸ Art. R. 4311-3 CSS op. cit.

³⁹ Véronique Bacle, « Entretien santé-travail infirmier, un nouvel aspect d'un métier en construction », *La revue de l'infirmière*, Nov. 2011, n°175, p. 26.

⁴⁰ L'attestation de suivi infirmier ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou à l'inaptitude médicale du salarié.

⁴¹ Joëlle Maraschin, La situation ambiguë des infirmières du travail, *Santé & Travail*, n°077 – Janvier 2012.

⁴² Circulaire DGT n° 13 du 9.11.2012.

travail de qualité... », la circulaire sensée donner des clés d'application en renforçant, au contraire, les ambiguïtés dénoncées en s'en remettant – sans plus de précision – aux acteurs des services de santé susceptibles de « *s'approprier les différents leviers d'actions mis en place par la réforme* » et évoquant la responsabilité des partenaires sociaux dans sa mise en œuvre sur le terrain.

PARTIE 2.

Le droit du travail, outil de responsabilisation des médecins du travail dans l'entreprise.

Les médecins du travail, comme les infirmières légalement intégrées dans l'équipe pluridisciplinaire depuis la réforme de 2011, sont des salariés des Services de santé au Travail. On retrouve, de fait, dans leurs relations professionnelles, les fondamentaux des relations de travail. L'immunité civile attachée à la relation commettant-préposé concerne l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire mais le directeur du service de Santé dispose de l'ensemble des droits et obligations d'un employeur ordinaire.

De fait, selon les services, le médecin du travail sera un simple manager... alors que dans d'autres il exercera des fonctions hiérarchiques caractérisées⁴³. La fonction du directeur du service sera importante dans les deux situations, soit pour exercer pleinement son pouvoir d'employeur, soit pour réguler le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. Dans les deux cas, l'autonomie nécessaire et protégée des personnels de santé devra être prise en compte.

A. La responsabilité des médecins.

La loi de 2011 et de ses décrets d'application amènent à replacer le médecin dans le contexte de l'entreprise au sens social du terme. Si la composition de l'équipe pluridisciplinaire est présentée dans sa globalité⁴⁴, les médecins du travail s'en voient confier « *l'animation et la coordination* »⁴⁵. Par suite, le Code ajoute que le médecin du travail définit des missions pouvant être confiées aux infirmiers en complément de leurs missions propres⁴⁶. La mise en œuvre d'un protocole⁴⁷ pour organiser les missions déléguées à l'infirmière présuppose l'organisation d'un rapport d'autorité de type « *supérieur/subordonné* ». Le droit du travail trouve alors pleinement application, le médecin étant assimilable à un chef de service organisant une activité dans le service de santé au travail auquel il appartient dans le cadre des missions dont il a la responsabilité.

L'organisation d'une entreprise suppose la mise en place de délégations de pouvoirs au profit de responsables de services devant bénéficier d'une réelle autonomie dans leurs actions quotidiennes. La loi de 2011 conforte cette orientation en matière sociale en définissant le rôle du médecin du travail dans la direction de l'équipe pluridisciplinaire. Le fait qu'un médecin soit en charge « *de l'animation et de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire* » ne permet pas cependant de garantir la réalité de cette fonction même si d'autres éléments comme « *le protocole écrit* » ou la notion de « *missions confiées* » caractérisent un véritable pouvoir hiérarchique. Au-delà des doutes pouvant naître de ces ambiguïtés⁴⁸, c'est le fonctionnement de l'équipe entreprise par entreprise qui déterminera le rapport juridique établi.

⁴³ Jean-Michel Lattes, Les incertitudes managériales de la médecine du travail : le nouveau cadre juridique, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, Juin 2012, vol. 73, p. 374. .

⁴⁴ Une équipe pluridisciplinaire comprend : « *des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers* ».

⁴⁵ Art. L. 4622-8 du Code du travail.

⁴⁶ Art. R. 4623-30 du Code du travail.

⁴⁷ Art. R. 4623-14 du Code du travail.

⁴⁸ J-M Soulat et F. Hérin, *L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail : un management impossible ?*, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, Juin 2012, vol. 73, p. 364.

Si une simple fonction d'animation ou de management est organisée, l'application du droit du travail concernera essentiellement le directeur du service. A l'inverse, si le médecin apparaît comme le supérieur hiérarchique direct de l'infirmière, il en assumera les prérogatives mais aussi la responsabilité⁴⁹. Les règles sociales applicables seront alors assez proches de celles que l'on peut mettre en place dans un service ou dans une entreprise ordinaire. Dans cette hypothèse, le médecin du travail aura la possibilité d'exercer un pouvoir hiérarchique voire disciplinaire à condition de se limiter à l'exécution des prescriptions médicales dans le cadre des protocoles établis⁵⁰. A l'inverse, ce qui relève du rôle propre des infirmières ne peut être placé sous l'autorité du médecin⁵¹.

Investi de pouvoirs nouveaux, le médecin conserve la protection juridique liée à ses fonctions médicales mais il se doit d'assumer les responsabilités sociales voire pénales liées à sa nouvelle fonction hiérarchique. Le fait d'être investi de pouvoirs hiérarchiques oblige le médecin du travail à maîtriser ses prérogatives. La dégradation considérable des conditions de travail des salariés placés sous son autorité peut être révélatrice d'un exercice anormal et abusif par celui-ci de ses pouvoirs d'autorité, de contrôle et de sanction⁵². En l'espèce, le durcissement de relations déjà constatées entre médecins du travail et infirmière, traduit le fait que des contentieux en harcèlement sont susceptibles d'être initiés⁵³.

On retrouve dans ce dispositif les caractéristiques classiques de la mise en place d'une délégation de pouvoirs. La possibilité reconnue à l'employeur de déléguer ses pouvoirs à un salarié pourvu « *de l'autorité, de la compétence et des moyens* » correspond parfaitement au profil d'un médecin du travail⁵⁴. Force est de constater que le domaine de l'hygiène et de la sécurité constitue le domaine privilégié de la mise en œuvre de telles délégations et, dans ce domaine, lorsque la délégation est reconnue, elle transfère la responsabilité pénale au délégataire⁵⁵.

La fonction de responsable de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle stratégique du médecin dans cette équipe permettent donc de lui attribuer les mêmes droits et responsabilités qu'à tout autre cadre. L'évolution de la jurisprudence prenant désormais en compte les méthodes de gestion des supérieurs hiérarchiques pour caractériser le harcèlement moral ne lui permet pas de se protéger en invoquant sa seule fonction médicale⁵⁶.

B. Le pouvoir du directeur du service.

Si le médecin peut apparaître dans l'exercice de certaines missions liées à la santé au travail comme le supérieur hiérarchique de l'infirmière, cela ne remet pas en cause une autre relation hiérarchique dans le service liée elle à la fonction de direction. Le rôle médical fait l'objet d'une protection particulière mais un service de santé au travail demeure une entreprise dotée de personnels salariés et offrant de véritables prestations de service. Le directeur du service dispose donc d'un véritable pouvoir d'organisation des tâches et il demeure responsable de la prévention des risques professionnels subis par ses salariés y compris dans une perspective psycho sociale.

⁴⁹ F. Lesage et autres, L'épuisement professionnel chez les médecins du travail, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, Juin 2012, vol. 73, p. 366.

⁵⁰ A. Barrier, L'infirmière du travail – variable d'ajustement ?, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, Elsevier Masson, Juin 2012, vol. 73, p. 370.

⁵¹ Si le rôle et les missions du médecin du travail sont parfaitement établis dans le code du travail, la profession infirmière exercée en santé au travail n'est pas encore reconnue comme une véritable spécialité. La loi de 2011 ne lève pas certaines incertitudes : nature de l'entretien infirmier, formation requise, accès aux lieux de travail, absence de participation aux réunions du CHSCT ...

⁵² Article L.1152-1 du code du travail

⁵³ La jurisprudence relève certains faits pouvant être constitutifs de harcèlement : modifications abusives d'emploi du temps (Cass. soc. du 2.03.2011, n° 08-43.067) – mise à l'écart et humiliations (Cass. soc. du 18.01.2011, n° 09-42481) – isolement du salarié (Cass. soc. du 18.01.2011, n° 09-42.671) - absence d'activités confiées au salarié (Cass. soc. du 2.02.2011, n° 09-66.207)...

⁵⁴ La jurisprudence conforte cette orientation sous réserve que le délégataire dispose de connaissances techniques et juridiques (Cass. crim. du 8.02.1983, n°82-92.644), d'une indépendance suffisante (Cass. crim. du 29.05.1990, n°89-84.177), d'une capacité réelle à décider (Cass. crim. du 31.05.1983, n°82-93.578) et de moyens d'exécution mobilisables (Cass. crim. du 29.10.1985, n° 84.95.559).

⁵⁵ Signalons que – même sans délégation – le salarié demeure responsable en matière de délits intentionnels et que ceux-ci sont souvent liés à des relations hiérarchiques et à des rapports d'autorité (discrimination, harcèlement...).

⁵⁶ Cass. soc. du 20.06.2012, n° 11-18408.

La fonction de directeur des Services de Santé au Travail Interentreprises (S.S.T.I.) est désormais établie dans le Code du travail⁵⁷. L'article L. 4622-16 précise, en effet, que « *le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet pluriannuel* ». Il est donc pleinement responsable de la bonne adéquation des moyens mis en œuvre dans le service au regard des orientations stratégiques définies par son conseil d'administration. A ce titre, il est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel du SSTI sous réserve du respect des règles déontologiques s'imposant aux médecins du travail et aux autres professionnels de santé et, cela, en conformité avec le principe d'indépendance reconnu aux médecins dans leurs actes et pratiques médicales.

La loi de 2011 évoque le fait que le médecin « *peut* » confier des tâches à une infirmière. Tout en soulignant le fait que cette latitude ne concerne que les fonctions déléguées et ne peut impacter *le « rôle propre »* infirmier, il convient de noter que le directeur du service ne peut se satisfaire de l'éventuelle inactivité de ses infirmières salariées et qu'il lui est possible de leur affecter des fonctions n'impactant pas les fonctions réservées aux médecins. Il exerce alors son pouvoir d'organisation de l'activité sans pour autant toucher aux prérogatives des médecins du travail. En conformité avec les objectifs fixés par son Conseil d'administration, le directeur peut mettre en place de multiples actions destinées à optimiser ses résultats et développer l'activité propre et indépendante de son personnel infirmier. On retrouve ici tous les enjeux du « *rôle propre infirmier* » sur lequel le directeur peut s'appuyer pour élargir son action.

En outre, du fait de son statut et de ses pouvoirs délégués, le directeur du service est responsable de son personnel. Il ne peut rester neutre face à la dégradation des relations pouvant se produire au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il est responsable d'une véritable obligation de résultat en matière de santé et de sécurité et ne peut s'exonérer du seul fait que le médecin dispose de son propre pouvoir hiérarchique. La jurisprudence l'incite à prendre les mesures nécessaires pour prévenir le harcèlement lorsque le médecin dépasse les limites de la relation normale d'autorité⁵⁸. La protection contre les risques – y compris psycho sociaux – subis par ses salariés lui donne toute autorité pour intervenir.

CONCLUSION

Nul doute que la loi de 2011 est de nature à générer des difficultés relatives à la nature de la relation qui doit s'établir entre les médecins du travail et les infirmières participant à l'équipe pluridisciplinaire. Si les décrets d'application du texte ne permettent pas de lever ces incertitudes, d'autres outils juridiques peuvent être exploités pour clarifier cette situation. Le partage des fonctions médicales dans le respect du rôle propre infirmier et les règles issues du droit du travail organisant hiérarchie et responsabilité nous donnent les clés de relations professionnelles devant s'exercer dans un cadre renouvelé sur des bases et orientations qui restent à expérimenter.

Si les conflits entre médecins et infirmières sont plus fréquents qu'auparavant, cela résulte de l'évolution des fonctions des soignants rendant nécessaire de nouvelles formes de coopération⁵⁹. La loi de 2011 implique une véritable transformation des fonctionnements et des pratiques. La lecture hiérarchique des relations professionnelles est désormais insuffisante et les personnels médicaux doivent élaborer un véritable partenariat basé sur une réelle prise en compte des complémentarités de compétences.

L'enjeu est essentiel... il est d'améliorer la santé au travail des salariés. Si, à l'origine, les risques physiques apparaissent majeurs dans la législation sociale, désormais les risques psychosociaux participent aux difficultés des salariés. Il faut aujourd'hui prendre en compte les modes d'organisation et associer étroitement les enjeux humains et professionnels aux enjeux économiques et financiers dans la pensée managériale. L'équipe pluridisciplinaire peut jouer, dans un tel contexte, un rôle majeur si elle arrive à valoriser pleinement ses acteurs et ses compétences.

⁵⁷ Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2013.

⁵⁸ Cass. soc. du 6.01.2011, n° 09-66.704.

⁵⁹ Philippe Davezies, Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services interentreprises de santé au travail, *Journal des Professionnels de Santé au Travail*, N° 5, Mai 2010, pp.14-16.

