

## Compte rendu de la journée régionale du GIT Rhône alpes du 5 avril 2011.

- 2 Thèmes :
- Prise en charge d'une personne en état de stress aigu
  - Consultation infirmière

Cette journée a été organisée en collaboration avec ADECCO médical de Grenoble.

Elle a eu lieu au Bourget du lac au groupe formation entreprise CCI de la Savoie de Technolac (près de Chambéry)

Elle a réuni 50 participants ce qui est un record !! (dont 12 nouveaux adhérents et 2 étudiants infirmiers)

### I / présentation du GIT

Catherine Chazette et Françoise Guillaud ont présenté le GIT aux nouvelles adhérentes, ainsi que le programme des prochaines Journées :

- Journées Régionales : en Juin sur le travail posté à Annecy, en Novembre à la Centrale EDF de l'Ain
- Le GIT est reconnu comme prestataire de formation, par conséquent les Journées Régionales ou Nationales peuvent entrer dans le cadre de la formation continue, et une convention de formation sera désormais envoyée avec le programme des journées d'études.
- Informations sur le projet d'inscription en ligne en 2012
- Journées Nationales du 12 au 14 Octobre 2011 à Issy les Moulineaux. Le programme est en ligne ainsi que les inscriptions. N'hésitez pas à visiter le site : <http://jef.git-france.org/accueil>

### II / 1<sup>er</sup> thème : prise en charge d'une personne en état de stress aigu

**A : Françoise Brunot, Infirmière dans une entreprise de Métallurgie a présenté 2 cas clinique de Stress aigu :**

- MH 50 ans, chaudronnier entré à l'âge de 26 ans puis usineur ; suite à la fermeture du site est muté et affecté à la logistique comme manutentionnaire cariste. Traité pour HTA et arthralgie.  
Un matin il arrive à l'infirmierie accompagné par son agent de maîtrise qui laisse M H. M H est tremblant, visage figé, silencieux, un sentiment de peur, il explique avec colère et agitation « la perte de son métier lui fait mal aux tripes », il ne dort pas depuis 2 jours et son dos le fait souffrir.  
L'IST le rassure, l'écoute avec empathie, l'aide à s'exprimer. M H accepte de s'asseoir, Françoise lui prend les constantes et lui donne des antalgiques. M H sort fumer, à son retour l'infirmière l'informe qu'il peut rentrer chez lui avec l'accord de la DRH avec laquelle il a un RV l'après midi même, il verra aussi le médecin du travail.



- M G âgé de 48 ans, embauché depuis 1998 comme ingénieur au bureau d'études électriques, en charge de la normalisation et de la sécurité des machines. Pendant 10 ans, c'est un salarié sans histoire très investi dans son travail, son niveau d'expertise est reconnu et apprécié. Depuis 2004, lors des différentes visites médicales périodiques ou à sa demande, il évoque un stress lié au travail et à la responsabilité. Apparition de troubles du sommeil nécessitant des somnifères ;

En 2005 des troubles de la mémoire apparaissent, son médecin lui a prescrit des antidépresseurs. En 2007, des acouphènes suivis d'une hyperacousie très invalidante au plan social entraîne un aménagement de poste par le médecin du travail (pas de déplacement en train ou avion). En 2010, suite à un accès d'angoisse aiguë, à sa demande, appuyée par le médecin du travail il est déchargé de la sécurité des machines. Demande officialisée par la DRH en septembre 2010. Toutefois son expertise est parfois sollicitée oralement par son responsable.

Un matin, M G arrive à l'infirmerie accompagné par un collègue et son responsable, il a fait un malaise sans perte de connaissance. M G est très agité, parle fort, est très en colère, évoque son traitement antidépresseur ; A la question de l'infirmière « que s'est-il passé ? » il explique qu'il a reçu un mail de son responsable avec en copie tous les collaborateurs pour un avis sur la sécurité des machines, alors qu'il n'est plus responsable de la sécurité des machines.

Il ne lâche pas son collègue, très vite il se plaint de douleurs thoraciques, il s'allonge, sa TA est à 20/12 et son pouls à 100. L'infirmière appelle le SAMU, tente de l'apaiser. A la lecture de l'ECG, le médecin du SAMU préfère l'hospitaliser.

M G part avec la feuille du suivi des soins et la feuille d'accident du travail. Dans le cadre de la déclaration d'AT, la CARSAT a demandé une enquête administrative.

Le médecin a reçu son responsable pour qui l'évènement a été traumatisant et culpabilisant. Après 6 semaines d'arrêt, M G a repris son activité au poste de normalisation exclusivement

**B : Elisabeth FONT THINEY, médecin du travail, a présenté le stress aigu**

#### Quelques définitions :

- Anxiété: manifestation émotionnelle; peur face à un danger réel ou imaginaire; entraîne phobies et attaque de panique
- Angoisse: sentiment psychique, inconscient ; au niveau des pulsions, des instances

- Stress: manifestations du corps; désordre neuroendocrinien; perte du contrôle des choses; dépasser par la contrainte.



### **Approche causaliste**

- Pour aborder les risques physiques, il faut explorer l'environnement et le retentissement sur l'individu. Pour cela, identifier les situations qui dépassent les capacités d'adaptation. Quel est le pouvoir d'action entre les contraintes et les ressources? Quelle perception entre environnement et reconnaissance?
- Pour aborder les risques psychosociaux, il faut explorer l'activité mentale

### **Données neurobiologiques**

- Le cortex pré-frontal a les fonctions les plus élaborées de la pensée, de la créativité et du langage.
- Le cerveau des émotions: l'amygdale développe très tôt et stocke les années d'expériences entre 0 et 2 ans.
- L'amygdale est en relation avec les ganglions activant le système sympathique
- Dès que l'amygdale reçoit des infos du thalamus, elle les envoie au pré-frontal (réflexion, décision, action).
- L'amygdale est en lien avec hypothalamus (siège de la régulation des constantes et neuroendocrinien).
- L'hypothalamus est le gardien de l'homéostasie.
- L'amygdale est en lien aussi avec l'hippocampe (mémoire événementielle).

### **Comment se manifeste le stress aigu?**

- S'il y a contrôle de la situation (nora adrénaline), relation avec le pré-frontal.
- Si absence de contrôle (adrénaline), il y a fuite et activation du système sympathique
- Si la personne est soumise à un stress aigu ou répété, l'amygdale, après une période d'adaptation, envoie des infos à l'hypothalamus qui essaie de maintenir l'adaptation.
- L'individu sécrète du cortisol qui détruit les cellules de l'hippocampe (mémoire).
- Les antidépresseurs permettent de reconstruire les cellules.
- Le dosage de cortisol se fait à l'aide de bandelette sous la langue.
- S'il y a augmentation de cortisol, il y a risques d'HTA, troubles du sommeil, diabète...
- CRH(cortico relising hormone) a un effet anxiogène et déprimeur.

- La production de cytokines pro-inflammatoire entraîne des syndromes inflammatoires (tendinites, fibromyalgies, TMS). Les cytokines ont une action sur la sérotonine. Donc il y a prescription d'antidépresseur en cas d'absence de sérotonine.

### **Clinique de l'état de stress**

- Qu'il soit aigu ou post traumatique, la peur intense, la sensation d'horreur et d'impuissance sont là. Il y a menace vitale.
- Les cauchemars et flash-back. Comportements d'évitement Troubles du sommeil. Hyperactivité neurovégétative. Altération du fonctionnement social car peur généralisée du non maîtrise d'une situation.
- L'état de stress aigu(ESA) peut durer 2 jours à 4 semaines. Le cortisol est très élevé. L'ESA est lié avec au moins 3 symptômes dissociatifs (détachement, stupeur, perte de la notion de réalité, troubles du comportement et de la personnalité, amnésie dissociative). Après une phase de latence, une apparition possible d'un syndrome post traumatique.
- Par contre, dans le cas d'un état de stress post traumatique(ESPT), le CRH est élevé mais le cortisol est bas. La phase de latence après trauma peut durer plusieurs mois. L'ESPT est plus fréquent chez les femmes, jeunes et seules.

### **CAT**

- Amener la victime à l'écart
- La rassurer, ouvrir le dialogue, l'écouter avec empathie
- Entretien mené avec prudence; lui permettre d'ordonner sa parole et sa pensée; la réintégrer au monde des vivants.
- Surveillance: TA, sueurs, tremblements, rythme cardiaque
- Adresser en consultation
- Déclaration AT pour éviter la victimisation. Le salarié peut faire lui-même une DAT directement à la CPAM. Il a 2 ans pour la faire et l'employeur doit être informé dans les 48h.



### III/2<sup>ème</sup> thème : Consultations infirmières

#### A/ CONSULTATION infirmière en service autonome : intervention de Catherine Chazette.

##### 1/ Présentation de son entreprise : l'ILL

- Centre de recherche nucléaire de 460 salariés, ouvert 24 h/24, 365 jours/365
- Reçoit 5 000 visiteurs scientifiques chaque année
- Service de santé au travail autonome, composé d'un médecin à temps plein autonome et d'une infirmière à temps plein
- Le service est commun à 2 autres instituts, une autre infirmière gère un de ces instituts
- Les risques sont : mécaniques, électriques, incendie, chimiques, biologiques, rayonnements ionisants

##### 2/ Mise en place des entretiens infirmiers :

- Cette démarche résulte de la volonté commune du médecin et de l'infirmière.
- Formations suivies : après un DIUST et la validation d'une licence, Catherine a suivi en 2010 deux modules de Master sur Lille : « la consultation infirmière » et « la collaboration médecin-infirmière »

Le désir de partage des compétences a poussé l'équipe dans ce sens.

##### 3/ La démarche.

- En avril 2010, annonce au CHSCT
- Le médecin a également demandé l'accord des salariés pour une consultation infirmière ; les réponses ont été plutôt positives.
- En décembre 2010, le CHSCT donne son accord
- Un courrier a été également envoyé à l'inspection du travail, pour formalité.
- Mise en place des entretiens en janvier 2011.

##### 4/ La trame de la consultation

Au regard des expérimentations faites sur Lille, deux catégories de salariés ont été retenus pour ces entretiens:

- Le travail sur écran
- Le travail posté
  
- **Le protocole pour le risque écran**, reprend les informations de la formation intranet de l'entreprise, et recherche *les problèmes visuels et posturaux*
  
- **Le protocole pour le risque lié au travail posté**, est axé sur le ressenti de *la vie de famille, la vie sociale, la vie personnelle* (distance entre le lieu de travail et l'habitation, le type

d'habitat, les traitements, les habitudes alimentaires, le rythme des repas, la consommation d'excitant,...). L'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire de Spiegel sont notamment utilisés.

- Les commentaires, la conclusion et l'orientation (si nécessaire) sont consignés dans le dossier médical.

## 5/ Conclusion

Le projet en soi n'a pas été élaboré pour faire face à la pénurie de médecin, mais le but est de montrer que ce projet est réalisable, que cette collaboration est très riche et confirme la complémentarité infirmière /médecin.

**MAIS** le MIRTMO vient de refuser le projet.

Ce dernier semble avoir été interprété comme un remplacement de la consultation médicale, alors que c'est n'est pas du tout le cas.

## 6/ Les questions posées

- La fréquence de ces consultations ?

Pour la surveillance écran, le médecin reçoit les salariés tous les 2 ans et pour la surveillance postée, le médecin les reçoit tous les ans. Le projet prévoyait des entretiens infirmiers intermédiaires.

**A SUIVRE...**



## B/ CONSULTATION infirmière en service inter entreprise: intervention de Valérie Reverchon

### 1/ Présentation de Valérie

Valérie travaille en entreprise depuis 2002, et cumule depuis 2009 avec un poste à l'AST Grenoble. Elle n'a pas de formation spécifique en santé au travail.

## 2/ Présentation de l'AST Grenoble

- 53 salariés dans 5 centres (dont 1 mobile)
- 4500 entreprises adhérentes, soit 55000 salariés
- Soit **2800 salariés /médecin à temps plein**

**Dans ce service inter-entreprise, 1 médecin sur 2 partira à la retraite dans les 5 ans.**



## 3/ Projet concernant les intérimaires

- Valérie a été embauchée 3 jours par semaine pour développer la surveillance spécifique des intérimaires.
- L'aptitude médicale pour ce type de salarié est valable un an s'ils ne changent pas d'agence, sinon elle est renouvelable tous les 6 mois !!
- Le projet a été mené avec des agences d'intérim volontaires.
- Le but de ce projet est de connaître précisément les postes de travail des intérimaires et de proposer une consultation personnalisée.

*L'entretien infirmier est suivi d'une visite médicale rapide qui donne lieu à une fiche d'aptitude médicale car la dérogation pour le suivi alterné médecin/infirmière a été refusée.*

- Pour l'instant Valérie a stoppé les visites intérimaires, continue les consultations infirmières d'embauche et périodiques.

## 4/ Les questions posées

- Quelle est la valeur juridique de l'entretien infirmier ?

Sur le plan juridique, l'entretien infirmier ne peut remplacer une visite médicale obligatoire. C'est pour cette raison que le médecin voit le salarié et signe sa fiche d'aptitude.

## C / CONSULTATIONS infirmières en service autonome : interventions d'Anne Marie Lacroix et d'Anne Marie Mascolo.

### 1/ Présentation de l'entreprise : La poste de Grenoble

- Depuis mars 2010 devenue entreprise privée à capitaux publics à 60 %
- 4000 agents
- Le service est composé d'un médecin, présent 2 jours par semaine, d'une secrétaire à temps plein et de 2 infirmières à temps plein

### 2/ Réorganisation du service de santé au travail

- Suite départ en retraite d'un médecin en 2008, le MIRTMO a été consulté, le CHSCT a validé la demande et une 2ème infirmière a été recrutée.

### 3/ Mise en œuvre et pratique

- Une attestation d'entretien est délivrée après la consultation infirmière, en présence du médecin.

### 4/ Formation des infirmières de la poste

- Module entretien infirmier en santé au travail de Lille (droit en santé au travail, les relations homme/travail, l'entretien clinique santé -travail, cas pratiques de consultation infirmière)

### 5/ Création des fiches métiers

- Les fiches ont été créées à l'aide des fiches techniques <http://www.bossons-fute.fr/>

### 6/ Création de protocoles en lien avec les risques professionnels

- Travail de nuit, risque routier, travail en zone sensible, travail sur écran, post exposition à l'amiante

### 7/ Création de protocoles d'entretiens infirmiers selon les situations

- Interprétation des tests para-cliniques
- Hypertension
- Post agression
- Suivi ophtalmologique
- TMS et rachis
- Utilisation des échelles Epworth, Spiegel, HAD, Pichot, Fagerström

### 8/ Création de la fiche ESTI : Entretien Santé au Travail Infirmier



- 30 minutes minimum.
- Ce temps est parfois augmenté en fonction du ressenti de l'infirmière
- Cet entretien est suivi d'un débriefing avec le médecin

#### 9/ Difficultés rencontrées

- Chronophage, débriefing, suites à apporter, déplacements

#### 10/ Satisfactions.

- Autonomie, relations, personnel satisfait

#### 11/ Conclusion

- L'équipe semble satisfaite de la relation de confiance installée par la consultation infirmière et reste en attente de la prochaine réforme.



**D/ l'infirmière en santé au travail en entreprise ou en inter entreprise : Catherine Chazette.**

Tableau récapitulatif élaboré à partir du référentiel du GIT (en ligne sur le site internet)

	En entreprise	En INTER entreprise
<p><u>Collaboration médecin/infirmière :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation aux différentes visites</li> <li>• Consultation infirmière qui peut être soit cadrée soit au cours d'une visite autre</li> <li>• Soins infirmiers</li> <li>• Veille sanitaires et épidémiologiques</li> <li>• Partenaire : la secrétaire</li> </ul>	Oui	Oui
<p><u>ACTIONS sur le milieu de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• étude des lieux de travail</li> <li>• démarche prévention des risques professionnels</li> <li>• Accidents de travail et /ou maladies professionnelles</li> <li>• Métrologie</li> <li>• Organisation des secours</li> <li>• Maintien dans l'emploi</li> <li>• <i>Participation</i> au CHSCT</li> <li>• Partenaires : salariés, CHSCT, IPRP</li> </ul>	Oui	Oui
<p><u>ACTIONS de prévention en santé au travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenaires : CARSAT, INRS, ARACT AGEFIPH, DRH autres</li> </ul>	Oui	Oui
<p><u>ACTIONS de prévention en santé publique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INVS, INPES, autres</li> <li>• Partenaires : assistante sociale de secteur et aussi celle de la CPAM, RH</li> </ul>	Oui	Oui
<p><u>Les diplômes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIUST</li> <li>• Licence,</li> <li>• Master</li> <li>• Formation continue</li> <li>• Formation risques spécifiques à l'entreprise</li> </ul>	Oui	Oui

- En fait, il n'y a pas de différence de « savoir faire » mais juste de « comment le faire »

## Conclusion :

- Notre objectif est d'assurer le meilleur suivi médical de tous les salariés.
- Le travail d'équipe est une source de compétences inestimable, permettant de mettre en place une prévention efficace, en respectant les limites de chacun.
- Il est donc nécessaire que tous les acteurs puissent s'organiser pour donner à la santé au travail La NOBLESSE qu'elle mérite.

## D/ point sur la législation par Bégonia Sanchez.

Quel est le cadre légal de la consultation infirmière ?

Ce terme de « consultation infirmière » est de plus en plus souvent employé et cette pratique tend à se développer, notamment en santé au travail.

Justement, c'est bien en santé au travail que cette consultation fait le plus grincer les dents des médecins. Alors que par ailleurs, elle est largement utilisée dans le domaine de l'éducation au patient dans le suivi de certaines pathologies, et cela, avec l'aval affiché des médecins spécialistes.

Alors, l'infirmière a-t-elle le droit de recevoir des patients, et dans le cas présent, des salariés en consultation ? Sur quels textes peut-elle s'appuyer ?

La profession d'infirmière a elle-même évolué depuis des décennies et continue son évolution vers un fonctionnement semblable à celui de nos voisines européennes.

Notre décret de compétences, inscrit dans le Code de la Santé Publique, les expérimentations en santé au travail, et plus près de nous, la prise de position de l'Ordre des Infirmiers nous donnent des pistes, sans pour autant rendre claire la pratique de la consultation infirmière en santé au travail.

En tout cas, voici une partie des textes qui la légitiment.

### **1. Décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (Dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce Code, Livre III, Titre I, Chapitre I, Section I, Actes professionnels**

La consultation infirmière, même si elle n'est pas clairement mentionnée dans certains articles de ce décret, peut se définir ainsi :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. (...) » Or, que fait l'infirmière lors d'une consultation en santé au travail ? Elle recueille des données, les analyse et conseille ou oriente le salarié en fonction des éléments recueillis et des problèmes rencontrés.

C'est le tout premier article de notre décret de compétences : **Article R.4311-1**.

L'article suivant **R.4311-2** décrit les champs des soins infirmiers en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. L'infirmière a donc le devoir de se tenir informée des modifications propres à l'exercice de sa fonction. Pour effectuer des consultations infirmières, il est préférable d'y être formée. L'alinéa 2 de cet article souligne le concours de l'infirmière au recueil des informations utiles aux autres professionnels, notamment aux médecins pour poser leur diagnostic.

L'article **R.4311-3** souligne quant à lui le rôle propre de l'infirmière et sa compétence à poser des diagnostics infirmiers et à mettre en place des actions appropriées afin de répondre aux besoins de la personne concernée.

Nous savons que le mot « diagnostic infirmier » peut irriter certains professionnels et même des infirmières ! Il faut donc clarifier.

Le médecin pose un diagnostic médical. Face à des symptômes et à l'aide d'examens plus ou moins invasifs, il va nommer la pathologie ou le trouble dont souffre le patient. Puis il prescrira un traitement.

L'infirmière, elle, va recueillir les éléments observables ou décrits par le patient, vis à vis de son vécu à la maladie ou à la blessure et proposera des actions visant à améliorer ce vécu.

Diagnosics médical et infirmier se complètent pour peu que la collaboration des deux parties soit efficace et surtout consentie.

Exemple : là où le médecin diagnostiquera une insomnie chez un salarié en travail posté et évoquera avec lui la possibilité de consulter son médecin traitant pour une prescription de somnifères, l'infirmière de santé au travail pourra effectuer un recueil de données sur les habitudes de repos du salarié. Arrivée d'un bébé dans la famille, situation familiale difficile, deuil, difficultés au travail... peuvent être des facteurs déclenchant, favorisant et aggravant. L'infirmière pourra proposer au salarié l'observance de rituels du sommeil, le recours aux méthodes douces, l'absence de sport violent avant le coucher... Il est évident que le médecin du travail peut donner les mêmes conseils, mais souvent, le manque de temps et surtout l'aspect clinico-centré de la consultation médicale seront des obstacles à ce recueil précis.

L'article **R.4311-5** décrit les actes du rôle propre de l'infirmière. L'alinéa 40 cite : « Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ». Si ce n'est pas de la consultation infirmière, cela y ressemble beaucoup.

Enfin, l'article **R.4311-15**, est plus explicite : « Selon le secteur d'activité où elle exerce, l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : (...) 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et

communautaires ; 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ; (...) »

## **Chapitre II, Règles professionnelles**

L'Article **R.4312-3** précise que l'infirmière « n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence (...) »

L'Article **R4312-10** insiste quant à lui sur le devoir de l'infirmière d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles, pour garantir la qualité des soins qu'elle dispense.

Donc, on peut en déduire que certains actes, comme la consultation infirmière peuvent induire une obligation de formation pour pouvoir les conduire efficacement. De même, la relation d'aide, abordée au cours des études, mérite un approfondissement si l'infirmière souhaite la pratiquer de façon régulière auprès de la population suivie.

Enfin, il peut être utile de rappeler que le fait pour l'infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une entreprise ou un service inter-entreprises n'enlève rien à ses devoirs. **Article R4312-49.**

### **2. Expérimentations menées à partir de 2005**

Deux expérimentations « autorisées » ont débutés en 2005 à Bordeaux et à Lille. Voir les présentations ci-dessous.

<http://www.git-france.org/fichiers/JE8brochard.pdf>

<http://www.git-france.org/fichiers/JE8lmhardy.pdf>

Expérimentations dites « autorisées » ou bénéficiant d'une dérogation, car le Code du Travail qui légitime la présence de l'infirmière en entreprise n'aborde à aucun moment cette présence en service inter-entreprises.

La crise démographique contemporaine des médecins du travail, alliée à la souffrance des salariés et à l'augmentation des populations (intérimaires, saisonniers, etc...) qui échappaient jusqu'à présent au suivi régulier de la médecine du travail ont conduit les têtes pensantes de la santé au travail à proposer le « transfert de compétences »

Quel que soit le succès ou les échecs rencontrés par ces expérimentations, les services inter-entreprises se sont engouffrés dans la brèche ouverte d'une législation floue. Ils recrutent à tour de bras depuis le milieu des années 2000. Tous les cas de figures sont présents : entretien infirmier

entre deux visites médicales avec des infirmières titulaires d'une licence et donc formées à cette discipline, mais aussi consultations infirmières protocolisées par le médecin du travail et cantonnant l'infirmière au rôle de « coche-case ».

**A ce jour, aucun texte de loi officiel n'est venu trancher la question.**

### **3. Ce que recommande l'Ordre des infirmiers**

En janvier 2011, l'ODI a publié un rapport de synthèse (voir le lien ci-dessous) dans lequel il rappelle le contexte de la santé au travail.

[http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/Rapport\\_IST\\_Janvier\\_2011.pdf](http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/Rapport_IST_Janvier_2011.pdf)  
<http://www.ordreinfir.org/assets/files/000/positions/>

[Rapport IST Janvier 2011.pdf](#)

Ce rapport insiste surtout sur l'importance de se former à la santé au travail et à la reconnaissance en spécialité de l'infirmière de santé au travail.

En conclusion, toutes les parties concernées par le recours à la consultation infirmière, donnent un avis sur la question et alertent les uns après les autres les instances gouvernementales.

Tout le monde reconnaît la nécessité de légiférer.

Pendant ce temps, les infirmières consultent avec ou sans formation, avec ou sans la collaboration du médecin, avec ou sans effet bénéfique pour le salarié, en attendant le texte de loi qui les confortera dans ce rôle ou les « écartera » de la prise en charge du salarié, en amont ou en aval de la consultation médicale.

En attendant, la Réforme de la santé au travail est toujours en cours de validation au Sénat. L'encre et la salive n'ont pas fini de couler à ce sujet. Le débat reste entier.

**EN CONCLUSION : une journée riche en échanges, dynamisme ... et qui contribue aux liens forts entre les adhérents.**

**Merci à tous ceux qui ont participé à l'organisation de cette journée**

CR : Aude Ziegler, Anne marie Gerfaud, Martine Courbon, Catherine Chazette et Françoise Guillaud