

Rédaction SNPST

12, impasse Mas

31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

Fax : 05 61 62 75 66

courrier@snpst.org

<http://snpst.org>

n° de la commission :

1011 S 05549

Directeur de la publication :

Gilles ARNAUD

Rédactrice en chef :

Marie-Christine LIMAME

Ont participé à ce dossier :

A LE MAULT

V BACLE

S MARTIN

G LUCAS

PH DAVEZIES

D MARTINEZ BUTHAUD

G ARNAUD

F BARDOT

S GAUDE

C GILLOT

F BEGOT

P DOMINGUEZ

Publicité :

SHUTAFEL

82 rue de l'Etoile

93000 Bobigny

Téléphone : 01 82 28 94 61

Télécopie : 01 72 70 31 48

shutafel.jst@hotmail.fr

SOMMAIRE

Du côté de la santé ...

- 1/** Quelle complémentarité entre médecins et infirmiers dans un service de Santé au travail ? Quelques repères juridiques et sémantiques. *A. Le Mault* 8
- 2/** Délégation, transfert, coopération... où en est-on après le rapport Berland ?
V Bacle 9
- 3/** Ce que les équipes de psychiatrie ont à nous apprendre : témoignage de Dominique Meslier, infirmier psychiatrique. *S. Martin* 10

Et en santé travail

- 4/** La coopération dans des équipes de santé au travail ...écueils et perspectives.
Essai par Gérard Lucas. 12
- 5/** Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services de santé au travail. *Ph Davezies.* 14
- 6/** Une expérience d'intégration d'Infirmière Santé Travail : Poitiers.
D. Martinez Buthaud et G. Arnaud. 17
- 7/** Pratiques coopératives médecins-infirmières en santé au travail dans un service interentreprises. *F. Bardot, S. Gaude et C. Gillot.* 22
- 8/** Une infirmière de santé au travail au service des soignants. *F. Bégot.* 28
- 9/** Enquête en Seine Saint Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail. *P. Dominguez.* 29

Les pratiques coopératives en santé travail

Le SNPST s'est mobilisé en force depuis l'automne dernier contre l'amendement 730 et le projet de réforme de la santé au travail : les photos des délégations régionales du syndicat aux manifestations en sont l'illustration. Mais cette mobilisation ne doit pas nous faire oublier le débat de fond sur l'avenir de notre discipline : la gestion de la pénurie médicale devient un vaste fourre-tout. Alors que le point de départ de la réflexion devrait être : quelle nouvelle prestation en santé travail pouvons-nous mettre en place grâce aux coopérations ?

Il y a souvent confusion entre les concepts de délégation et transfert, coopération et collaboration ou encore tâches et compétences. Il nous faut prendre de la hauteur et clarifier ces points de sémantique afin de développer d'autres projets que des pratiques substitutives.

La méconnaissance des champs de compétences des différentes professions au sein des services de santé au travail entraîne phantasmes et représentations. Elle est parfois à l'origine de frilosités corporatistes. Plus que jamais, la communication est nécessaire ...

Des métiers sont en construction : les ateliers « métiers » organisés par le SNPST le 27 octobre 2010 et le 2 avril 2011 sont un premier pas vers des échanges entre pairs et entre professions.

L'objectif de ce numéro est d'apporter des éléments de réflexion, de débat, des pistes de travail aux professionnels concernés. Le syndicat a porté la réflexion sur l'équipe coopérative en élaborant un projet théorique. Il nous faut à présent nous confronter à la pratique ...

M. CHEVALIER et M.C. CABRERA LIMAME



QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS DANS UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ? QUELQUES REPÈRES JURIDIQUES ET SÉMANTIQUES.

Anne LE MAULT, infirmière de Santé au Travail, diplômée en « Audit, Expertise et Soins », Master 2 de l'Université de Paris 12

Présentes dans les entreprises depuis fort longtemps, les infirmières sont embauchées aujourd'hui dans les services interentreprises. Si la Santé au travail pense à recourir à la profession infirmière pour renforcer ses équipes, c'est sans doute parce que la voie était ouverte depuis de nombreuses années dans d'autres disciplines médicales. En effet, suite au rapport Berland, plusieurs expérimentations avec des infirmiers furent lancées depuis 2004¹ dans des services aussi variés que la diabétologie, la gastroentérologie, l'hémodialyse, l'oncologie... Ces expérimentations venaient donner une réalité juridique à des pratiques déjà existantes sur le terrain.

Très vite, il apparut que certains points nécessitaient un éclairage réglementaire ou juridique. La HAS², qui était chargée par le ministre de la Santé d'assurer le suivi de ces expérimentations, mobilisa un groupe d'experts associant juristes et professionnels de santé. Ce groupe eut pour mission de faire une analyse approfondie des aspects juridiques lors de ces coopérations entre professionnels de santé et de produire des recommandations³. Nous pouvons nous servir de ces travaux pour répondre à nos interrogations sur certaines difficultés rencontrées aujourd'hui dans des services interentreprises.

PARLER LE MÊME LANGAGE

La première nécessité fut de se mettre d'accord sur un vocabulaire commun. Le groupe d'experts recommanda par exemple d'éviter les vocables « délégation » et « transfert des tâches et/ou actes professionnels »

D'après le dictionnaire Robert, la délégation est « la commission qui donne à quelqu'un le droit d'agir au nom d'un autre ». On comprend, dans ce contexte, que c'est le déléguant qui est à l'initiative de la délégation.

D'après le même dictionnaire, le transfert est « l'acte par lequel une personne transmet un droit à une autre ». Le transfert implique le pouvoir de celui qui transfère sur l'obligation en cause.

Or, le droit français, très attaché à la notion de respect du corps humain et donc à la protection de l'intégrité physique des personnes, ne donne qu'aux médecins une habilitation générale et monopolistique à intervenir sur le corps d'autrui.

Et seule la loi peut organiser l'atteinte licite à l'intégrité corporelle.

La HAS souligne donc que la « délégation » ou le « transfert de tâches/actes » correspondent à une « situation rigoureusement impossible au regard du droit actuel mais surtout source potentielle de confusion pour les professionnels (par exemple médecins) qui pourraient se croire habilités à autoriser d'autres professionnels (par exemple infirmiers) à pratiquer certains actes, sous prétexte qu'ils peuvent eux-mêmes régulièrement les effectuer. »

Dans cet esprit, il est également recommandé de parler de « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » : toujours d'après le Robert, la coopération est l'« action de participer à une œuvre commune ». Le rapport de la HAS indique que cette idée est très proche des questions factuelles envisagées, notamment la participation de plusieurs professionnels appartenant à des professions différentes à la meilleure prise en charge possible du patient ainsi qu'à la poursuite d'objectifs de santé publique : « Il s'agit bien de travailler sur les relations et les articulations entre les différents professionnels de santé, qui coopèrent dans le but de fournir les meilleurs soins possibles mais sans que cette coopération puisse s'inscrire dans des schémas intellectuels et juridiques de transfert ou de délégation ».

CULTURES PROFESSIONNELLES

Si le groupe d'experts de la HAS a perçu le besoin de préciser des notions juridiques liées au vocabulaire, nous constatons également dans nos pratiques coopératives en Santé au travail des problèmes liés à la sémantique. Médecins et infirmiers ont souvent été associés dans leur travail. Leurs missions, qui sont complémentaires, restent hiérarchisées. Or, curieusement, l'incompréhension qui existe parfois entre ces professionnels ne vient pas de ce rapport d'autorité mais d'une différence de logiques, de culture, d'histoire de la profession et donc de vocabulaire lié à celle-ci.

Un des mots posant problème est tout simplement « soin ». Pour le médecin, le soin est forcément curatif, alors que pour l'infirmier, d'après son décret de compétence, « les soins infirmiers (sont) préventifs, curatifs ou palliatifs, (ils) intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade »⁴. Un

infirmier prodigue donc des soins préventifs lorsqu'il exerce en Santé au travail. Les professionnels de langue anglaise n'ont pas ce problème car il existe deux mots pour traduire « soin » : « cure » pour les médecins, avec une notion thérapeutique et « care » pour les infirmiers, se rapprochant de l'idée de « prendre soin de ».

Le même décret⁵ précise que « selon le secteur d'activité où il exerce, en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité, dépistage des maladies professionnelles ».

« Protocole » est également un mot qui peut porter à confusion. Les infirmiers connaissent ce terme qui figure souvent dans leur décret. Le protocole est ici une prescription médicale pouvant concerner plusieurs patients. Il est écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin⁶ et permet à l'infirmier de pratiquer des actes techniques. Par ce décret, la loi autorise donc l'infirmier à faire un geste violant l'intégrité physique d'une personne à condition qu'un médecin l'ait prescrit.

Or, le mot « protocole » apparaît, depuis quelques temps, dans les services interentreprises pour parler de l'utilisation de questionnaires de recueil de données lors des entretiens infirmiers.

Il apparaît donc nécessaire de repréciser le sens des termes utilisés, d'échanger entre professionnels de santé pour savoir ce que l'on attend les uns des autres et comment l'approche infirmière peut venir compléter l'expertise médicale, dans le seul objectif de préserver la santé des salariés.

Dans les années quarante, les infirmières américaines que l'on envoyait dans les campagnes pour pallier la baisse de la démographie médicale avaient un slogan :

« Not mini doc, but maxi nurse ! »

Aujourd'hui les infirmières de Santé au travail pourraient le traduire ainsi :

« Pas mieux que le médecin, pas moins bien que le médecin, juste autrement ! »

1. Expérimentations permises par la Loi d'orientation de la santé publique du 9 août 2004.

2. Haute Autorité de Santé.

3. HAS, « Les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé : aspects juridiques », décembre 2007.

Disponible sur :

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

4. Article R. 4311-2 du code de la santé publique.

5. Article R. 4311-15 du code de la santé publique.

6. Article R. 4311-7 du code de la santé publique.

DÉLÉGATION, TRANSFERT, COOPÉRATION... OÙ EN EST-ON APRÈS LE RAPPORT BERLAND ?

par *Véronique BACLE*

En Octobre 2003, la mission confiée au Professeur Berland¹ par le Ministre de la Santé était « de faire des propositions touchant à l'organisation des soins et notamment aux coopérations à développer entre les différents professionnels de santé », en s'appuyant sur l'analyse de ce qui se faisait dans d'autres pays (essentiellement Etats-Unis, Canada et Royaume Uni).

Cette recherche a montré qu'au niveau des soins primaires, les infirmiers ont étendu leurs compétences en direction de trois actions :

- La promotion de la santé,
- La consultation infirmière dédiée,
- La consultation infirmière de première ligne.

Les propositions du rapport, en ce qui concerne les infirmiers, mettent en avant la pertinence des coopérations entre professionnels de santé et les conditions de leurs réussites : la formation (initiale et continue), la définition du champ de compétences de chacun des acteurs et les liens nécessaires entre eux, la valorisation de l'investissement intellectuel au détriment de l'acte médico-technique.

Suite à ce rapport, cinq expérimentations se mettent en place au niveau du suivi de patients atteints de pathologies chroniques². En Juin 2006, la conclusion de l'évaluation de celles-ci précise : « Ces expérimentations sont exemplaires et marquent une **étape historique** dans l'organisation du système de soins en France. Elles démontrent souvent que les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle ».

Si le plus souvent, de la part des pouvoirs publics, la démarche de réflexion sur ces coopérations est venue d'une pénurie médicale, les études ont montré un enrichissement de la pratique pour les

professionnels de santé, rejoignant en cela le souhait de reconnaissance des compétences des « paramédicaux ». Et, plus important, ces études ont démontré tout le bénéfice que peut en tirer la population. En Avril 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie une recommandation de 62 pages³, réalisée avec l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS)

D'autres expériences ont vu le jour, permises par la loi HPST de Juillet 2009, le Ministère de la Santé ayant apporté par arrêté du 21 Juillet 2010 des précisions sur les protocoles de coopération entre professionnels de santé.

La présidente de l'Ordre National Infirmier, Dominique LEBOEUF, préfère, à la notion de délégation ou de transfert de compétences, « celle de compétences partagées qui correspondent mieux à ce que les infirmiers vivent sur le terrain »⁴

QUELQUES EXEMPLES, DANS D'AUTRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES...

Médecins généralistes et infirmiers

En Novembre 2008, sont publiés les principaux résultats de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)⁵, qui associe dans le département des Deux-Sèvres 41 médecins généralistes et 8 infirmiers, afin d'améliorer la qualité des soins de patients atteints de maladies chroniques, notamment de diabète. L'une des conclusions de cette étude est que la consultation infir-

mière d'éducation thérapeutique améliore l'équilibre glycémique des patients suivis. Cette expérimentation n'en est plus une, puisque le travail se poursuit depuis cinq ans maintenant.⁶

En gastro-entérologie

Le suivi infirmier de patients atteints d'hépatite C⁷, en milieu hospitalier, a pour but de permettre le maintien de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge, durant tout le traitement. La consultation infirmière a permis de mieux répondre à la demande des patients, de les accompagner, d'éviter les arrêts de traitement, de donner du temps, ce que le médecin ne peut pas toujours faire.

En psychiatrie

Les consultations infirmières en psychiatrie existent depuis de longues années, et sont reconnues pour leur pertinence en éducation santé et aide à l'observance du traitement des patients.⁸

Bien d'autres exemples pourraient être présentés, en milieu de soins, en éducation du patient, en santé scolaire..

Toutes les évaluations, et tous les rapports insistent sur un point essentiel : la formation, indispensable⁹. Outre les trois spécialités actuellement reconnues, une réflexion est en cours sur les infirmiers «en pratiques avancées», notion anglo-saxonne, qui nécessite un réel parcours universitaire, et non un arrêt en « grade licence » !

1. « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ». Rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon BERLAND. Octobre 2003.

2. « *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé* ». Professeur Yvon BERLAND et Docteur Yann BOURGUEIL. Juin 2006

3. « *Délégation, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ?* ».

4. www.ordre-infirmiers.fr

5. « *La coopération médecins généralistes-infirmiers améliore le suivi des patients diabétiques de type 2* ». Questions d'économie de la santé n° 136-Novembre 2008.

6. « *Education thérapeutique : une coopération médecins-infirmiers qui fonctionne* ». Laure MARTIN. 13 Octobre 2010. www.actusoins.com

7. « *Rapport BERLAND, l'expérience vue par une infirmière* ». www.infirmiers.com

8. « *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe* ». Rapport n° 328 (2008-2009) de Mr Alain MILON. www.senat.fr

9. « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et mieux soigner* ». Rapport présidé par le Professeur Yvon BERLAND. 2009.

CE QUE LES ÉQUIPES DE PSYCHIATRIE ONT À NOUS APPRENDRE :

Rencontre du 21 Mai 2010, avec Mr Dominique MESLIER, infirmier psychiatrique coordinateur département 86 du CUMP, cellule d'urgence médico-psychologique.

par Stéphanie MARTIN

POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER VOTRE COLLABORATION AVEC LE PSYCHIATRE ET COMMENT S'ORGANISE-ELLE A CE JOUR ?

En psychiatrie de liaison (urgences) il y a une très forte demande de la part des médecins pour collaborer avec des infirmiers. Le médecin psychiatre avec lequel je collabore me laisse une large autonomie et une grande marge de manœuvre autant lors de mes entretiens infirmiers qu'avec mes collaborateurs externes (SAMU, Police, médecin du travail, médecin scolaire...) Il ya une véritable reconnaissance des mes compétences professionnelles.

J'ai trois cadres d'intervention :

- La cellule d'urgence psychiatrique médico-psychologique : les catastrophes de tous types, les événements à forts retentissement émotionnels (décès en cours d'EPS, agression dans une banque, suicide sur lieux de travail...)
- La collaboration externe pour la mise en place de plans de secours d'urgence : la préparation de plan de secours en cas de catastrophe aérienne, industrielle, naturelle, etc ... mais aussi en cas de crises post-événement en milieu scolaire, ou encore de prise en charge de personnes impliquées dans un accident de la voie publique collectif.
- L'enseignement aux collaborateurs (IFSI, SAMU, médecin du travail ou scolaire...) Je les sensibilise et les forme au psychotrauma des personnes. Qu'est ce qu'un psychotraumatisme ? Je présente les missions des CUMPS. Je contribue à la réflexion sur les stratégies à mettre en œuvre suivant les corporations.

Je peux recevoir la demande directement ou parfois c'est le médecin qui la reçoit. Je suis contacté par le SAMU, les pompiers, l'inspection académique, des DRH, des médecins du travail. D'une manière générale, par des institutions (excepté les médecins traitants).

Il y a alors 2 protocoles prévus : soit le médecin

décide une intervention et l'assure et/ou me la transmet ; soit je propose une stratégie d'intervention qui est discutée puis validée par le médecin. Cela se fait toujours dans un délai très court. Les critères sont les indications auxquelles doivent répondre les CUMP (cadre juridique 28 mai 2003). Néanmoins, chaque situation requiert une réponse réfléchiée même dans l'urgence. La validation médicale est extrêmement importante dans notre collaboration. Ainsi il n'y a aucune ambiguïté pour le suivi et/ou les entretiens avec les patients victimes. Un rapport est toujours rédigé au médecin et s'il y a besoin de la mise en place d'un traitement ou d'un certificat médical, alors le relais est pris par le médecin.

J'interviens aussi dans l'humanitaire, missionné par l'état français ou en ONG. Dernièrement je suis allé au Chili seul, pour une intervention d'urgence suite au tremblement de terre pour aider les ressortissants français.

Aucune ambiguïté n'est tolérée ni tolérable et c'est dans ces moments que je comprends et ressens toute l'importance de ma collaboration avec le médecin ainsi que toute l'importance de notre confiance réciproque.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS DANS CETTE COLLABORATION ?

Avec le binôme médecin/infirmier, la plus grande difficulté est celle des transmissions. Elles sont dans un premier temps orales, mais bien évidemment, chaque intervention avec ou sans déplacement fait l'objet d'une trace écrite. Les bilans sont difficiles, (ces réunions de régulation hebdomadaire permettent de faire d'une part le point sur les suivis en cours et d'autre part le bilan de la gestion des demandes qui ont lieu au cours de la semaine).

J'aimerais que l'on ait plus de temps pour réfléchir sur notre fonctionnement. Il y a un besoin constant d'autorégulation pour ne pas oublier de passer le relais.

La collaboration externe est parfois plus difficile car il faut pouvoir maintenir son réseau, les per-

sonnes changent, les processus de soins évoluent et les textes se modifient.

VOTRE ENTRETIEN INFIRMIER S'INSCRIT-IL DANS LE DOSSIER MEDICAL ?

Pas de façon systématique. L'accord de la part du médecin a été une évidence mais parfois c'est le patient qui préfère que ce qu'il me confie n'apparaisse pas dans son dossier. Je me crée alors un « dossier bis », remis au médecin. Quand la personne ne souhaite pas que ses propos figurent dans un dossier informatique ou plus simplement qu'elle refuse qu'un élément figure, nous réalisons le souhait de la victime, ce qui est d'ailleurs une obligation juridique.

LORS DE VOTRE ENTRETIEN, UTILISEZ-VOUS LES DIAGNOSTICS INFIRMIERS ?

Concrètement je n'ai pas le temps de poser des véritables diagnostics infirmiers. Nous parlons plus facilement d'évaluation. C'est une nuance sémantique qui a son importance. Les entretiens spécifiques menés en consultations de psychotraumatisme ont une dimension de repérage sémiologique en plus de celle habituelle du constat après une investigation où les symptômes pathognomoniques sont recherchés. Si au terme d'un entretien je me forge une idée de la situation psychique de la victime, je me garde bien de dire ou de lui suggérer qu'elle développe un traumatisme psychique. Ceci pour la bonne raison que cette nouvelle science humaine qu'est la victimologie, nous apprend qu'une névrose traumatique ne se développe pas durant les premiers mois, voire les premières années ; de plus celle-ci n'était pas toujours en rapport avec la violence subie. Malgré tout je me sers de cette référence (les diagnostics infirmiers) lors de mes entretiens pour garder cette spécificité « humaniste » de notre profession, plutôt de devenir « technique ». Cela me permet d'aborder mon patient dans sa globalité en le resituant dans un contexte multidimensionnel (psycho-socio-familial...).

POUR VOUS, VOTRE TRAVAIL : DELEGATION OU COMPLEMENTARITE DU MEDECIN ?

Sans aucune hésitation de la complémentarité. Elle s'appuie sur la collaboration habituelle médecin/infirmier avec les champs bien distincts comme l'établissement de certificats médicaux ou la prescription d'un traitement (moléculaire ou autre), la surveillance clinique des effets d'un traitement ainsi que l'évaluation générale de la personne suivie. La recherche d'indicateurs permettant un bon jugement et une bonne décision d'orientation thérapeutique.

Notre rôle consiste à aider la victime pour lui permettre de poser des « mots » sur des « flous ou vides ». Dans le trauma, la parole a été absente au moment de l'effraction, le retour à un processus langagier est une première étape où nous devons accompagner en sécurité. Plus tard, la

victime commencera à mettre des mots sur ce « vide de parole et de sens » cela constituera le début d'une reconstruction ou la victime pourra enfin commencer à élaborer ce qui ne pouvait se faire, faute de socle fondé par la parole.

Mes compétences professionnelles sont reconnues comme de la complémentarité pour le médecin, conscient que sans la présence d'un infirmier, il serait obligé d'abandonner des domaines dans lesquels il n'aurait plus le temps d'intervenir.

La rencontre s'est soldée par une demande de cet infirmier coordinateur. Notre entretien lui a appris l'existence d'un nouveau métier, celui des infirmières en santé travail. Spontanément et avec tellement d'enthousiasme, il a proposé une rencontre avec toutes les infirmières du service inter pour mettre en place des stratégies de col-

laboration. Ce travail serait ensuite rapporté aux médecins du travail pour qu'ensemble nous faisons force d'intervention au service des salariés. Nous deviendrions un renfort mutuel en appréhendant aux mieux les possibilités que chacun peut offrir à l'autre, en définissant des modalités d'intervention, en sachant s'apporter mutuellement des conseils qui auraient un impact sur la santé des salariés par les soins apportés. A terme le souhait d'intégrer les infirmières d'entreprise serait notre objectif.

Le suivi dans le domaine du stress, du harcèlement, de la surcharge de travail, des états pathologiques permettrait de désamorcer des situations. D. MESLIER ajoute « la présence des infirmières en santé travail va offrir un regard enrichissant qui va dépoussiérer l'image de la santé au travail ».



LA COOPÉRATION DANS DES ÉQUIPES DE SANTÉ AU TRAVAIL ... ÉCUEILS ET PERSPECTIVES

Essai par Gérard LUCAS (octobre 2010)

Entre la globalité de la santé au travail que le médecin du travail a été supposé incarner pendant des décennies et la division de tâches des services de santé au travail dont on ne sait plus qui elles servent, la coopération est un terme qui est intéressant à promouvoir.

La construction de ces coopérations et leur régulation sont donc un enjeu primordial.

DES IMPASSES DU PASSÉ. LE MÉDECIN ALIBI OU PIVOT.

Le médecin du travail aurait eu à assurer professionnellement seul à la fois le dépistage de toutes les atteintes à la santé du travail de plusieurs milliers de salariés, le gardiennage de normes relatives éditées par l'INRS, la délivrance d'avis d'aptitude ou de restriction supervisée par les MIRT et souvent tendue avec les médecins conseil, des propositions d'améliorations des conditions de travail dans le compromis avec les entreprises, et la promotion de la santé et de l'hygiène des salariés. Ouf! Les insuffisances ne sont plus à démontrer de cette fonction « alibi » du médecin du travail de part son pouvoir médical, au gré des parcours, des paradoxes et des individualités. Parlons-en au passé, même si certains en auraient encore à faire le deuil.

Nombreux médecins du travail, conscients de leur limite se sont formés dans les années 80 et 90 à d'autres disciplines, les métrologies diverses, l'ergonomie, la toxicologie, la psychopathologie. Ils se sont vite rendu compte que ces enrichissements gagnaient souvent à être mis en application par d'autres professionnels, auxquels ils prescrivaient la réalisation de prestations. Avec l'avènement des services de santé au travail suite à la directive européenne de 1989 et le protocole d'accord de 2000, le médecin du travail était promu et flatté du rôle de « pivot » de l'équipe pluridisciplinaire. Le médecin du travail n'était enfin plus seul sur le terrain. Mais la coordination avec des professionnels internes aux services et des institutions extérieures s'est révélée inégale, aléatoire voire incohérente. Remplaçant à juste titre la médecine du travail, la notion de santé au travail ne se contente pas de prendre en compte les conditions de travail mais englobe des actions de gestions de ces conditions de travail avec leurs compromis qui sont affaires de management et de négociations et non de services de santé au travail. Pour jouer sur les mots, on peut tourner autour du pivot médecin du travail, alors que la prise en compte de la santé au travail, devrait être incontournable.

Cette focalisation sur le médecin du travail pour un large champ de santé au travail suffisamment flou pour servir de garantie médicale au système et englober les conditions de travail relève de la

mission impossible. Le SNPST a tenté au début des années 2000 de faire comprendre que cette fonction de garantie assurantielle du médecin du travail, qui ne se partage pas, retardait et empêchait la constitution de travail d'équipe entre médecins et aussi avec des infirmiers du travail qui auraient du être depuis longtemps des collaborateurs naturels de l'accompagnement en santé au travail.

DES IMPASSES EN COURS : DE LA JUXTAPOSITION À LA HIÉRARCHISATION.

Le décret de 2004 sur les services de santé au travail a préparé la mise en concurrence des médecins du travail avec des IPRP. C'est la juxtaposition des médecins et des autres. Mais l'intégration d'infirmières en santé au travail, revendiquée par le SNPST, a été dans un premier temps très restreinte et canalisée pour pérenniser le système en juxtaposant des actes périodiques à ceux du médecins du travail, ou pour contribuer à des prestations pour les entreprises. De même sont juxtaposées des AST (Assistants en santé au travail) qui vont faire évoluer la fiche d'entreprise vers des prestations de recensement des risques professionnels pour les employeurs.

Regrouper les professions de médecins, d'infirmiers, de secrétaires assistants et autres intervenants en imaginant la complémentarité de leur activité par la juxtaposition de leur spécificité serait un pari aussi hasardeux que la construction d'un mur avec des pierres de différentes tailles sans liant.

Dans cette tentative très avancée tant des services inter entreprises que des services autonomes, de juxtaposer les prestations et les avis légaux, le liant est la hiérarchie administrative (patronale) des services au bon vouloir de la gouvernance et au détriment de l'investigation et du suivi de la santé au travail.

Les Services de Santé au Travail et le CISME offre ainsi aux employeurs à la fois une limite majeure des avis légaux par la formalité impossible, et l'embrigadement gestionnaire de toute synergie entre professionnels de la santé au travail. Ils bénéficient en plus d'une capacité d'interchangeabilité des opérateurs, légitimée par la pénurie des médecins du travail.

L'investigation en santé au travail des spécialistes de la santé de terrain est aussi dévalorisée par la non reconnaissance de leur expertise par le système de soins et de contrôle au profit de la prégnance d'avis de médecins spécialistes délaissant l'interaction travail-santé, de médecins conseil assignés à des objectifs opposés, et pire, d'interventions de médecins au service direct des employeurs.

Le projet de loi refusé par le conseil constitutionnel en novembre 2010 tente de légiférer cet encadrement restrictif de la santé au travail déjà bien en cours par les dérives de gestion des services. Le médecin du travail, désigné comme « animateur » de l'équipe pluridisciplinaire, risque bien de ne devenir que le maître des protocoles.

PERSPECTIVES.

La santé au travail pour qui, pourquoi ? Ces deux questions qui restent enfouies doivent être clarifiées pour construire les coopérations indispensables et pouvoir poursuivre par qui et comment.

Pour qui ? Pour les travailleurs, salariés et autres.

Pour quoi ? « Préserver la santé des travailleurs de toute altération du fait de leur travail ».

Par qui ? Et là il faut distinguer :

Évidemment, par l'amélioration des conditions de travail, qui relève de la responsabilité de l'employeur qui peut s'aider d'IPRP. Mais pas sans des professionnels de santé au travail qui vont avoir pour fonction la veille en santé/travail, l'alerte, la protection et l'accompagnement des salariés, les préconisations aux entreprises et à la société. Bien sûr que les échanges entre les deux sont attendus, mais la confusion des responsabilités et des actions entrave à coup sûr la pertinence de toute investigation en santé et travail.

La coopération dans les services de santé au travail est contingente de la levée des confusions sur les objectifs qui leur sont fixés, ainsi que sur la maîtrise des conflits d'intérêt de leur gouvernance.

QUELQUES IDÉES DE COOPÉRATION.

La veille en santé au travail nécessite la maîtrise des diagnostics médicaux quels qu'en soient leurs auteurs, la connaissance du travail, et la

capacité d'analyser les interactions entre les deux. Les alertes, les accompagnements et les préconisations découleront de la qualité des diagnostics santé travail.

Une approche médicalisée en santé au travail est l'incontournable outil de développement de ces actions, et les coopérations peuvent y avoir des formes riches à confirmer ou encore à inventer.

Pour assurer les diagnostics de santé au travail, les services de santé au travail doivent devenir un pôle de recueil des informations sur le sujet. Pouvoir recevoir les informations sur la santé des salariés, avec leur agrément, doit être garanti par des obligations, de la confidentialité et une potentialité de traçabilité. Être destinataire des informations sur les risques professionnels et les conditions de travail est tout aussi indispensable. Une assistance logistique (secrétariat) est donc nécessaire, intégrée à une équipe médicalisée.

Les diagnostics santé travail doivent être fait à temps, ce qui exige une accessibilité des services de santé au travail à tout travailleur ou à toute interpellation du système de soins ou de l'entreprise. Une telle accessibilité impossible pour un médecin seul relève donc d'équipes médicalisées suffisamment étoffées pour être pérennes, sans une dimension trop importante qui ne permette pas la communication.

La consultation clinique reste une base du suivi de santé et donc de santé au travail. Elle est intrinsèque à l'activité du médecin du travail,

mais n'en est pas l'apanage et l'infirmière en santé au travail en est une actrice possible et confirmée ; les marges d'initiatives ou d'autonomie, avec ou sans protocole, seront proportionnelles aux qualités des échanges et de la confiance. D'autres acteurs peuvent contribuer à cette investigation clinique tant pour des recueils de données, des actes techniques, des écoutes subjectives si la délégation médicalisée est claire.

L'accompagnement, le soin, le soutien, le care, des informations, domaine du rôle propre de l'infirmier, peuvent aussi être partagés.

Les analyses santé travail de l'équipe médicalisée peuvent impliquer tous les acteurs et être l'objet d'échanges avec d'autres partenaires extérieurs (IPRP, institutions...)

Le balayage de l'état de santé de l'ensemble des travailleurs ne doit pas être négligé, mais l'acte systématique annuel ou bi annuel doit être intelligemment reconsidéré pour ne pas rester un cumul d'actes répétitifs, non traités, et non enrichissant pour les individus et les collectifs. La définition des orientations de dépistage et de recherche santé travail et la mise en œuvre gagneront à être partagée aussi dans les analyses et les restitutions pour devenir dynamiques.

Les restitutions et les actions de partenariat, devront trouver du temps d'élaboration et de présentation qui manquent cruellement depuis toujours à la médecine du travail.

POUR UN TRAVAIL RÉFLÉCHI ET CONCERTÉ

Il n'y a pas de coopération dans une équipe médicalisée de santé au travail sans une concertation régulière qui se compte au moins en heure hebdomadaire.

LES COORDINATIONS SONT INÉVITABLES.

Mais si le médecin doit être responsable des diagnostics qu'il signe, il peut aussi en déléguer l'investigation et la communication. Les activités santé au travail d'un service nécessitent la synergie de plusieurs dimensions et plusieurs projets. Le meilleur responsable de chaque projet est souvent autre que le médecin, y compris la représentation de l'équipe dans une coordination de service, tant pour des raisons de formation que de capacité ou de temps. Les coopérations sont attendues...

EN ATTENTE DE CONCLUSION

L'absence dans ce texte d'exemple concret provoquera des frustrations de professionnels de santé au travail, mais ce qu'il semble essentiel de rappeler est que le domaine et les formes de coopération sont potentiellement importants, si les missions sont correctement délimitées, la gouvernance exempte de conflit d'intérêt et les objectifs clarifiés par une organisation dynamique.



INTÉRÊT ET DIFFICULTÉS DE L'INSERTION DES INFIRMIÈRES DANS LES SERVICES INTER ENTREPRISES DE SANTÉ AU TRAVAIL.

par Philippe DAVEZIES, Octobre 2010

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

Dans le cas de la coopération entre médecins et infirmières, il semblerait, au premier abord, que ce type de problème ne se poserait pas. Il serait dans la nature de l'infirmière d'exécuter les prescriptions du médecin. C'est ainsi que le Conseil de l'Ordre des médecins¹ n'envisage l'activité des infirmières qu'en termes de tâches déléguées : recueil d'informations en vue du dossier médical, actes médicaux, action en milieu de travail, à chaque fois dans le cadre d'un protocole établi par le médecin. D'une façon générale, le Conseil national de l'Ordre des médecins estime nécessaire que les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail n'interviennent auprès des salariés et des entreprises que sur la base d'une prescription du médecin du travail. Il s'agit bien là d'une conception dominante dont il est facile de percevoir la rationalité : dans le contexte conflictuel de l'entreprise, la perception des différences dans les prises de positions et les orientations sera instrumentalisée, au risque d'un éclatement et d'une paralysie de l'équipe pluridis-

ciplinaire. Cependant, il serait naïf de penser que l'édiction de principes tels que ceux énoncés par le Conseil de l'Ordre pourrait suffire à l'établissement d'une collaboration harmonieuse entre médecins et infirmières. Il faut reconnaître la contribution propre de chacun. Ce qui signifie essentiellement, le médecin étant en position dominante, s'interroger sur la contribution propre de l'infirmière.

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

1. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

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

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

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

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

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

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

mier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».

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

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique ;
- Observation et surveillance des troubles du comportement.

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

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

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

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

donner cette assistance de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours à l'extérieur aussi rapidement que possible. »²

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

Boire et manger

Éliminer

Se mouvoir et maintenir une bonne posture

Dormir et se reposer

Se vêtir et se dévêtir

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Être propre, soigné et protéger ses téguments

Éviter les dangers

Communiquer avec ses semblables

Agir selon ses croyances et ses valeurs

S'occuper en vue de se réaliser

Se récréer

Apprendre.

2. L'EXPÉRIENCE DES CONSULTATIONS INFIRMIÈRES

Cette dimension du rôle propre a connu un développement particulier avec l'apparition, à partir des années 80, des consultations infirmières. Les premières ont été mises en place pour assurer le suivi des patients auxquels avaient été placées des stomies digestives ou urinaires. Il s'agissait d'assurer une fonction d'accompagnement et d'éducation que les chirurgiens ne pouvaient pas prendre en charge. Rapidement, il est apparu que le champ d'intervention était très large : acceptation de la prise en charge, adaptation instrumentale, hygiène, diététique, autonomie, expression des angoisses, vie sexuelle, ... Puis des consultations infirmières furent mises en place pour assister des patients confrontés à d'autres types de problèmes (asthmes, diabète, consultations antitabac, sida, ...). L'importance de ces consultations infirmières s'est accrue en proportion du raccourcissement des durées d'hospitalisation.

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

Dans les centres médicaux psychologiques des secteurs psychiatriques, afin de pallier l'allongement des délais de réponse médicale, des entretiens infirmiers de première intention ont été mis en place. J. Merklings, lui-même infirmier en secteur psychiatrique, décrit cette activité³.

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

Le souci affiché par le rédacteur de l'article est de ne pas empiéter sur l'activité propre des psychia-

tres : ni diagnostic médical, ni travail thérapeutique. L'entretien d'accueil porte sur la situation, sans visée d'interprétation d'arrière-fond. Il en détaille les étapes :

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

Des expérimentations de consultations infirmières sur prescription médicale ont aussi été mises en œuvre dans les cabinets de médecine générale (ASALEE : Action Santé Libérale En Équipe. De nombreux documents concernant cette expérience sont facilement accessibles sur internet). Là encore, l'activité infirmière ne s'est pas déployée uniquement sur la base de fragments de tâches médicales dont l'infirmière aurait déchargé le médecin (dépistage individualisé, repérage de patients à risque, suivi des dossiers, classement des résultats, relance, réponses téléphoniques). Les infirmières ont développé une activité propre, moins exclusivement centré sur la pathologie, plus ouverte à la situation globale du patient. De cette expérience, il ressortait que la contribution infirmière améliorerait la qualité de la prestation beaucoup plus qu'elle ne faisait gagner du temps. En effet, outre que l'infirmière introduit des dimensions de prise en charge nouvelle, cette organisation implique un temps de discussion, transmission, coordination important. Comme l'évaluait un médecin généraliste participant à l'opération « ça permet que des choses qu'on ne faisait pas soient faites, mais ça ne fait pas gagner de temps »⁴. L'évaluation de cette expérience débouchait sur une question cruciale : doit-on considérer la consultation infirmière comme un prolongement de la consultation médicale ? Ou bien s'agit-il d'une consultation d'une autre nature ? La collaboration doit-elle être envisagée comme délégation de tâches ou comme association de compétences ?

3. DÉLÉGATION DE TÂCHE, ASSOCIATION DE COMPÉTENCES, CONFLITS DE TERRITOIRE ?

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

Dans la situation de pénurie et de surcharge du système, il est tentant de réduire l'activité des infirmières à une assistance à l'activité médicale se traduisant concrètement par la mise en œuvre

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

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

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

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

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

Il faut s'adresser non pas à des individus passivement exposés aux risques mais à des sujets mobilisés pour tenter de satisfaire leurs besoins vitaux. Le développement de la clinique médicale du travail⁵ conduit donc à prêter une grande attention aux besoins, à la façon dont ils se développent sous l'effet de l'activité et à la capacité qu'ont les individus de les satisfaire. C'est en effet dans cette direction que réside le potentiel de transformation de la situation.

Cette attention aux besoins a connu un développement considérable avec la montée de la souf-

2. http://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson

3. Jacky Merklings *Entretiens infirmiers de première intention en psychiatrie. Soins*, 694, avril 2005, 20-24.

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

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

France au travail et l'arrivée au devant de la scène des « risques psycho-sociaux ». En effet, les modèles de Karasek et de Siegrist, universellement sollicités pour caractériser les situations de stress professionnel, ne font rien d'autre qu'évaluer la capacité des situations de travail à permettre la satisfaction d'un certain nombre de besoins fondamentaux.

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

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

Mais les infirmières peuvent aussi faire l'effort de saisir la forme spécifique que prennent les besoins fondamentaux en situation de travail et se construire réellement comme infirmières de santé au travail, à l'intersection de leur héritage historique et des approches cliniques

de l'activité. Sur cette base, elles seraient bien équipées pour aborder les questions centrales qui se posent aujourd'hui en matière de santé au travail et pour apporter une contribution spécifique.

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

développement de l'approche infirmière peut aggraver leur malaise.

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

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

La Haute Autorité de Santé⁶ a souligné que, dans tous les cas, l'intégration de nouvelles formes de coopération entre médecins et infirmières ne pouvait pas se faire par simple addition mais qu'elle impliquait une transformation des fonctionnements et des pratiques.

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

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



6. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

UNE EXPÉRIENCE D'INTÉGRATION D'INFIRMIÈRE SANTÉ TRAVAIL POITIERS

Dolorès MARTINEZ-BUTHAUD – Gilles ARNAUD

Dans la société actuelle, performante dans de nombreux domaines, les attentes en matière de santé au travail sont de plus en plus fréquentes et importantes. La population n'accepte plus d'être malade à cause du travail. Le milieu de l'entreprise évolue vite et de nouveaux mécanismes doivent être pris en compte: le vieillissement de la population active, le développement des emplois précaires et les modifications des rythmes et des conditions de travail, dans un contexte économique difficile. Les salariés et les entreprises ont de nouvelles attentes et le médecin du travail ne pourra plus faire face, seul, à ces nouvelles demandes.

Les professionnels de la prévention en Santé Travail sont confrontés à la demande de prise en charge des atteintes de la santé des salariés. En effet, de nombreux rapports et plusieurs études statistiques pointent l'augmentation des déclarations et reconnaissances des maladies professionnelles, ainsi qu'un accroissement des déclarations de cancers d'origine professionnelle. D'autre part, les risques psychosociaux à l'origine de suicides sur les lieux de travail doivent maintenant faire l'objet de plans de prévention.

Le service de Santé au Travail de la Vienne a mené en 2006 une réflexion visant à promouvoir la prévention en lui consacrant de nouveaux moyens. Les solutions retenues visent à maintenir l'activité clinique, voir à la développer, et parallèlement à créer et développer des pôles techniques pluridisciplinaires. Afin de répondre aux besoins en prévention par le biais de l'activité médicale, trois infirmières de santé au travail ont été intégrées en décembre 2008 au sein de trois équipes médicales coopératives. Ces intégrations ont été possibles grâce à un groupe de médecins qui avait travaillé et réfléchi en amont, à la possible coopération médecin-infirmière. Ces équipes médicales ainsi constituées ont pour objectif d'assurer une meilleure efficacité du service de santé au travail interentreprises, une complémentarité d'actions avec l'équipe pluridisciplinaire, une adaptabilité aux effectifs des salariés pris en charge.

Dans le cadre de cette expérience, un retour est proposé sous forme d'une analyse et d'une évaluation. Enfin des propositions sont suggérées.

LES INFIRMIERES

La profession d'infirmière a montré tout son apport et son efficacité du côté des équipes soignantes. En prévention, il semble que des marges de progrès aussi bien du côté des missions que des moyens ou de la coopération soient à trouver.

L'EXERCICE INFIRMIER EN SANTE AU TRAVAIL

La réglementation n'impose pas d'infirmière dans les services de santé au travail interentreprise. Mais depuis 2006, des expérimentations de coopération médecin/infirmière ont été autorisées en France avec dérogation du ministère du travail. Les infirmières pratiquent des entretiens santé travail infirmier avec une approche personnalisée adaptée à chaque salarié. Elles participent au dépistage des maladies professionnelles et recueillent des données cliniques ou épidémiologiques.

LE RECOURS AUX INFIRMIERES SANTE TRAVAIL

Un protocole a été réalisé actant la délégation de tâches aux IST dans le cadre d'équipes médicales coopératives de prévention.

Cette orientation élaborée en partenariat avec la direction a été présentée et validée par la Commission de Contrôle et la Commission Médico-Technique. Elle a fait l'objet d'une information auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

En décembre 2008, afin de maintenir l'activité médicale clinique et pour répondre aux besoins de prévention en santé travail, trois infirmières ont été intégrées dans le service sur des sites différents.

CADRE DE L'EXPERIMENTATION INFIRMIERE

ETAT DES LIEUX

Le schéma initial comporte le recrutement de trois IST intégrées dans des équipes médicales volontaires composées de deux médecins, deux secrétaires médicales et une IST.

L'IST partage son temps de travail entre les deux secteurs médicaux. Elle travaille à temps plein du lundi au vendredi, elle a deux demi-journées de « tiers temps » par semaine, les consultations infirmières et le temps connexe sont répartis équitablement entre les deux médecins.

MISSIONS ET OBJECTIFS DES NOUVELLES EQUIPES MEDICALES

Les missions du médecin du travail sont régies par le code du travail, son rôle est exclusivement préventif. Dans le contexte de pénurie médicale à venir, il va de plus en plus devoir être accompagné par d'autres professionnels de santé qui travailleront avec lui en complémentarité dans la prise en charge et la surveillance des salariés de son secteur.

Les équipes médicales ont été voulues et créées dans un souci de renforcement de l'efficacité du système de santé au travail suite au vieillisse-

ment de la population active, du développement des emplois précaires et des modifications des rythmes et des conditions de travail, dans un contexte économique difficile.

Pour travailler en équipe médecin/infirmière, le médecin devra accepter que son travail devienne un travail d'équipe. Ce n'est pas toujours évident pour des médecins habitués à travailler seul dans leur cabinet sans regard extérieur. C'est le nouveau défi lancé par la direction de l'ASSTV, les médecins volontaires, les secrétaires médicales et les IST.

Après une première phase transitoire, cette expérimentation doit permettre de passer aux étapes suivantes, qui en termes organisationnels se feront selon le schéma d'évolution suivant : un médecin du travail, une infirmière et une secrétaire médicale. Puis la phase ultime sera la mise en place d'équipes médicales coopératives constituées de : un médecin du travail, une secrétaire médicale, une assistante médicale du travail et deux IST.

Ce projet intègre toutes les compétences interdisciplinaires qui permettront aux équipes médicales d'être plus efficaces et plus réactives sur le terrain sachant que le médecin du travail reste le point central dans ce nouveau fonctionnement.

La pluridisciplinarité ne doit pas être un palliatif à des difficultés de démographie médicale mais elle doit permettre de conserver un équilibre entre le maintien d'une approche individuelle et le renforcement de l'action en milieu de travail.

Elle doit compléter les visites systématiques par des actions ciblées.

Le projet pour les IST de l'ASSTV sera d'adapter leurs compétences acquises lors de leur formation initiale et grâce à leur expérience professionnelle aux besoins nouveaux du métier d'IST, tout en respectant la réglementation et les règles déontologiques de leur métier de base.

RÔLE PROPRE DE L'INFIRMIÈRE SANTE TRAVAIL

Dans l'expérience de Poitiers, l'IST dans un premier temps a eu en charge des salariés du secteur tertiaire : un centre d'appel, des restaurants (restauration rapide), une grande entreprise de ménage, des coiffeurs, des boutiques, des entreprises de grande et moyenne distribution, des entreprises de services (ménages, entretien espaces verts, couture). Ce secteur s'est vite agrandi et s'est diversifié en fonction de l'expérience acquise (peintres, maçons, façadiers, menuisiers, garagistes, centre de dialyse, maisons de retraites, centre de formation, IME...). Actuellement, le secteur est composé de 225 entreprises du secteur tertiaire et secondaire, l'infirmière à un effectif de 2743 salariés à suivre en alternance avec le médecin du travail. Elle ne voit que des salariés en visite systématique, en SMR ou non SMR.

Au moment du recrutement des IST, le service s'était interrogé sur le fonctionnement du binôme médecin / infirmière et sur le rôle de l'infirmière, ses latitudes décisionnelles, ses responsabilités, la nature et la qualité des transmissions avec le médecin du travail.

Les infirmières ont un rôle propre et un rôle prescrit profondément intriqués dans leur pratique professionnelle. Dans le décret d'actes infirmiers de 29 juillet 2004, il est stipulé dans l'article n° 1 que l'exercice de la profession 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 dépistages, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'article n° 5, il est précisé que dans le domaine de la santé mentale l'infirmier accomplit en outre les actes suivants :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage
- Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe.

Dans une approche coopérative, l'IST travaille à la fois en délégation de tâches protocolisées et en démarche clinique infirmière qui relève de son rôle propre infirmier.

Dans la clinique infirmière, l'Entretien Santé Travail Infirmier ou ESTI est un élément

important de la pratique infirmière, la qualité de l'écoute, la notion de confiance qui s'instaure entre le salarié et l'IST facilitent la mise en place d'actions personnalisées (conseils, éducation, étude de poste, suivi particulier).

L'entretien infirmier est aussi un outil privilégié pour aider le salarié à se réapproprier son histoire à partir des effets du travail sur sa santé, en

lui redonnant une forme de pouvoir d'agir, grâce aux liens qu'il pourra faire entre son vécu, son travail réel qu'il aura verbalisé et débattu avec l'infirmière et sa santé. L'issue d'une consultation infirmière pourrait ouvrir le chemin à une possibilité de penser la situation par l'acteur lui-même, le salarié, et par-là même de la transformer. Ce modèle de santé au travail est défendu par Yves Clot et Philippe Davezies (clinique de la subversion).

Afin d'adapter l'ESTI à la santé au travail, un protocole de base a été réalisé en accord avec les médecins du travail pour donner dans un premier temps un cadre général de travail aux infirmières.

MISE EN PLACE DE L'ENTRETIEN SANTE TRAVAIL INFIRMIER

A Poitiers, l'équipe médecin /infirmière fonctionne par compagnonnage et tutorat. Dans un premier temps, l'infirmière a assisté en observatrice à des consultations du médecin, puis des ESTI ont été réalisés par l'infirmière en présence du médecin et ensuite l'infirmière a pu assurer seule des consultations infirmières. Celles-ci comportent l'observation et la recherche de symptômes, leur compréhension, leur cadre nosologique et la prise de décision relevant du domaine de compétence de l'IST.

Dans ce cadre, les protocoles ou les conduites à tenir sont validées avec le médecin du travail. Ils sont nécessaires permettant de transmettre des données et des informations et de leur donner un sens. Les médecins et les IST doivent parler un langage commun mais aussi maîtriser des règles minimales d'émission et de réception des données. C'est le rôle d'un protocole de s'assurer de tout cela.

Chaque équipe médicale volontaire propose donc un « suivi de santé » pour les salariés de son secteur comprenant des actions collectives et des actions individuelles pour les salariés.

Les ESTI « protocolisés » sont un aspect des multiples champs d'action possibles de l'infirmière en santé travail dont le rôle propre dépasse largement ce cadre. Ils ont pour vocation d'insérer une méthodologie à ces entretiens tout en facilitant leur transmission aux médecins. Dans le service, les équipes médicales ont fait le choix de ne pas imposer systématiquement un questionnaire type ce qui permet à l'IST d'avoir un vrai champ d'action infirmier. Cependant le recours à ceux-ci reste possible dans le cadre d'une enquête ou de recueils de données statistiques.

La durée de l'entretien infirmier a fait aussi l'objet de discussions car dans l'observation clinique infirmière, l'entretien occupe une place prépondérante. L'infirmière est d'abord dans l'écoute et le care « le prendre soin », la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes et la maladie. Sa démarche est orientée vers une prise en charge globale de la personne. Il a donc été décidé que l'ESTI durerait 30 minutes (ce qui permet à l'infirmière de prendre le temps de s'informer de l'état de santé général du salarié, de préciser la demande de santé, de recueillir les données pertinentes relatives aux conditions de travail, d'assurer une traçabilité des expositions à des risques professionnels, d'apporter une réponse individualisée au

salarié et de contribuer à l'alerte et à la veille sanitaire. La périodicité des ESTI a été décidée en amont par les médecins en fonction des risques professionnels de chaque entreprise. Ils peuvent être programmés tous les 2 ans ou tous les 4 ans en alternance avec la visite du médecin.

L'ENTRETIEN SANTE TRAVAIL INFIRMIER PROTOCOLISE

Systématiquement, un rendez-vous est pris avec chaque entreprise. Cela permet à l'équipe médicale de se présenter et d'expliquer le travail du binôme médecin/infirmière. Il est précisé que l'IST ne remplace pas le médecin mais qu'elle travaille en coopération avec lui, le médecin restant l'interlocuteur principal et le pivot de l'équipe. Cette rencontre permet de visiter l'entreprise, découvrir les locaux, les conditions de travail et les postes de travail. C'est très important pour l'infirmière car à la suite de ces observations, elle pourra mieux appréhender les ESTI et identifier les risques professionnels auxquels sont soumis les salariés. C'est aussi l'occasion de mettre à jour la fiche d'entreprise, ou de la créer si elle est absente. Ce document est un élément de travail supplémentaire, il peut permettre l'élaboration de fiches de poste par métier. L'approche par les risques professionnels constitue une prise de connaissance du milieu du travail, il faut la compléter par une approche clinique.

L'approche clinique

Le diagnostic infirmier s'élabore à partir de l'observation clinique du salarié. L'infirmière observe les besoins satisfaits ou non de la personne à partir des 14 besoins fondamentaux de Virginia HENDERSON. La méthodologie de ce modèle conceptuel des soins infirmiers permet de réaliser un recueil de données, d'assurer une analyse de la situation et de formuler des diagnostics infirmiers. Un ESTI bien réalisé avec une écoute sensible pose la question du sens et permet de recueillir des informations pertinentes et individualisées sur le salarié :

- Connaissance de son environnement (social, familial, professionnel)
- Point sur la santé du salarié (identification de ses besoins)
- Identifier son exposition aux risques professionnels

Ce recueil de données aide l'IST à évaluer l'état de santé du salarié, et lui permet de faire une analyse de la situation en identifiant les répercussions du travail sur sa santé physiologique, psychologique et sociale. Ce qui permet de formuler des diagnostics infirmiers et de déterminer les objectifs de santé et les actions à mener pour y parvenir.

La trame d'un Entretien Santé Travail Infirmier

Le salarié est reçu dans un premier temps par la secrétaire médicale qui met à jour son dossier administratif et réalise les examens complémentaires : analyse d'urines, visiotest, EFR, audiogramme. Puis le salarié est reçu dans le bureau de l'infirmière.

L'IST recueille et note dans le dossier médical, les antécédents récents (pathologies et traitement médical, arrêts de travail), questionne sur les évolutions ou les modifications du poste de travail (horaires, charge de travail, machines et outils, ambiance de travail...), elle se préoccupe

du sommeil, de la prise ou de la perte de poids, d'une éventuelle addiction, elle interprète les examens complémentaires et les explique au salarié, elle donne des conseils de prévention en fonction de l'exposition à des risques professionnels du salarié, elle recommande le port des EPI, se préoccupe de la santé mentale du salarié et répond à ses questions.

Dans le service, les équipes médicales ont fait le choix de remettre au salarié un document que l'on appelle une fiche de suivi infirmier. A la fin de l'entretien, l'IST remplit la fiche d'attestation de suivi infirmier qu'elle date et signe et sur laquelle elle inscrit « pas d'élément nouveau ». Si au cours de l'ESTI, elle juge que le salarié doit être revu rapidement par le médecin du travail elle note « sera revu par le médecin du travail », elle a aussi la possibilité de revoir le salarié pour un suivi personnalisé en cas de mal être, de conflits au travail, de problèmes personnels retentissant sur sa santé ou son travail, elle note à ce moment là « sera revu par l'infirmière » et donne un nouveau RDV. Ce document est fait en 3 exemplaires. Il ne remplace pas la fiche d'aptitude du médecin mais un exemplaire est gardé dans le dossier médical, un autre est transmis à l'entreprise et le troisième est remis au salarié.

LES TRANSMISSIONS

Il y a plusieurs modes de transmission.

- Les transmissions écrites :

Le Dossier Médical en Santé Travail est tenu par le médecin du travail mais il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l'accord de celui-ci dans le respect du secret professionnel. Dans le service les médecins et les IST notent dans le dossier médical du salarié toutes les informations recueillies pendant la consultation. Elles servent de base au cours des échanges au sein de l'équipe médicale. Il est précisé sur le dossier le motif de la consultation « ESTI » et le nom de l'IST.

- Les transmissions orales : sont très fréquentes

- Soit un dossier est préoccupant et nous en parlons directement avec le médecin après l'ESTI. Nous décidons ensemble de la conduite à tenir : convocation avec le médecin, suivi par l'infirmière, observation du poste, examen complémentaire, préconisations, etc.
- Soit lors d'un rendez vous hebdomadaire programmé, médecin-infirmière. C'est l'occasion de parler du secteur pris en charge, nous échangeons sur les cas particuliers de salariés qui posent problème, nous évoquons les risques détectés dans une entreprise et les actions individuelles ou collectives à mettre en place.
- Soit lors d'un rendez-vous mensuel avec les deux équipes médicales, c'est un moment d'échange sur nos pratiques et notre questionnement, cela permet de mettre en place les réajustements nécessaires. C'est aussi un temps consacré à l'élaboration du planning de chacun des membres de l'équipe.

- Réunions de coordination du projet de service :

Elles réunissent les 3 équipes médicales coopéra-

tives avec pour objectifs la coordination entre les équipes, la mise en débat des observations et des constats de chacun et les réajustements nécessaires à l'évolution du projet. Au départ, elles ont eu lieu tous les mois, puis tous les 3 mois. Au mois de mai 2010, nous nous sommes réunis pour présenter le bilan de notre expérimentation et accueillir les 3 nouvelles équipes médicales ayant fait le choix de travailler en équipes coopératives avec des IST.

LES ACTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

- Les visites des entreprises

Chaque nouvelle entreprise attribuée à l'infirmière fait l'objet d'une visite avec le médecin du travail. Lors d'un problème constaté à l'occasion d'un ESTI concernant l'organisation du travail, les conditions de travail ou un risque psychosocial, l'infirmière en accord avec le médecin va observer les postes de travail et propose des actions concrètes. Si le problème est important le médecin du travail et l'infirmière rencontrent ensemble les responsables ou les dirigeants des entreprises concernées.

- Les réunions de CHSCT

Cette instance représentative du personnel, a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés dans l'entreprise. Le CHSCT participe à l'amélioration des conditions de travail et il contribue à la prévention des risques professionnels. Au début de son intégration, l'infirmière a assisté à différents CHSCT en présence du médecin du travail. Lorsque le médecin n'est pas disponible, l'infirmière peut participer seule à des CHSCT, à condition de respecter des critères précis : Elle a un ordre de mission du médecin. Elle transmet oralement l'avis ou les préconisations du médecin. Un compte-rendu est fait lors des échanges hebdomadaires.

- Les actions ciblées

A la suite de nos entretiens santé travail avec les salariés l'IST a proposé quelques actions ciblées. Après en avoir discuté avec les médecins elle a demandé à un IPRP de faire une étude de poste pour une secrétaire d'accueil dans un centre de santé, a été acheté un fauteuil ergonomique pour un agent d'accueil dans une agence de voyage, a été réalisée une étude de poste chez les pâtisseries d'une entreprise de grande distribution.

L'IST a aussi participé et suivi des actions mises en place par les médecins du travail. Principalement sur les risques psychosociaux dans 2 entreprises de plus de 100 salariés.

Avec l'expérience accumulée pendant 18 mois, l'IST se sent prête à proposer aux médecins du travail des actions ciblées surtout pour les petites et moyennes entreprises (le bruit, le travail sur écran, le travail de nuit, le port des EPI, le travail du bois, les solvants, la prévention des risques psychosociaux, etc...) qui ont le plus besoin d'aide et de conseils.

Quelle réponse peut-on apporter à cette question : En intégrant des infirmières de santé au travail, la prise en charge de la santé au travail des salariés sera renforcée, les entretiens santé travail infirmier seront pérennisés et des actions de prévention construites à partir de la santé

individuelle ? Pour cela, il faut dresser un bilan qualitatif et une enquête ad hoc a été menée.

- Bilan qualitatif

Les résultats purement comptables ne sont pas significatifs en matière de prévention en Santé Travail. En effet, la prise en compte du nombre de visites, d'ESTI ou d'actions en milieu de travail ne signifie pas que la mission d'éviter l'altération de la santé des travailleurs a été remplie. Deux exemples peuvent illustrer ce propos :

- Une alerte psychosociale.

Dans un atelier de mécanique automobile en service rapide, les visites périodiques ont été réalisées sous forme d'ESTI par l'infirmière. Une souffrance psychique débutante a été mise en évidence chez les salariés. Des entretiens infirmiers et des consultations médicales supplémentaires ont pu préciser l'origine de cette souffrance. Suite à un rachat de l'entreprise, une nouvelle organisation du travail a été mise en place entraînant une modification des fiches de poste, des méthodes de travail, des plannings et une dégradation de l'ambiance de travail.

L'étude concomitante du milieu de travail, de l'état de santé des salariés et des procédures prescrites a permis d'alerter le directeur sur les dangers de la nouvelle organisation du travail. Le constat partagé des deux professionnels et leur demande conjointe ont ainsi favorisé une meilleure qualité d'écoute et motivé la direction pour faire évoluer les conditions de travail. Le dossier est bien avancé à ce jour. L'IST et le médecin du travail constatent qu'ils ont été reconnus par les salariés comme des éléments déclenchant de l'amélioration des conditions de travail. On peut constater que l'apport de l'IST a été déterminant en termes d'alerte précoce du fait de deux données, qui sont d'une part la possibilité de consulter précocement en assurant un suivi plus régulier et d'autre part le double regard du diagnostic et du prendre soin. Le dossier est toujours en cours.

- Une nouvelle communication.

Une importante entreprise de nettoyage pose depuis de nombreuses années des problèmes de communication avec les médecins du travail, créant des situations de tensions et de blocages.

Une approche différente des dirigeants, une écoute compréhensive et notre volonté de nous impliquer auprès des salariés, pour la majorité en précarité sociale, a permis de renouer le dialogue avec la direction. Au cours des ESTI nous avons pu mettre en évidence des problèmes d'organisation du travail ainsi que des problèmes relationnels dans l'entreprise. Certains salariés en souffrance ont été revus par le médecin du travail. A cette occasion, les regards croisés et complémentaires de l'IST et du médecin du travail ont pu mettre en évidence des questions d'organisation du travail inappropriées. L'équipe médicale a depuis une plus grande implication dans les réunions de CHSCT et un recours au pôle psychologie du travail de l'ASSTV a été demandé.

Au final, le médecin du travail seul dans des situations difficiles peut arriver à des blocages préjudiciables à sa mission auprès des salariés. Le travail en équipe médicale coopérative permet un potentiel augmenté de rencontres des salariés au cabinet médical, un accroissement

des possibilités d'actions en milieu de travail, un regard nouveau sur les relations avec l'entreprise et la mise en commun des analyses.

Dans cette situation, la présence de l'IST a permis de renouer avec les fondamentaux des missions des médecins du travail, ceux-ci étaient entravés par la communication très difficile entretenue par l'entreprise.

Une enquête d'opinion auprès des différents acteurs (les médecins du travail, les infirmières santé travail, les entreprises et les salariés) a été menée.

Enquête d'opinion auprès des médecins du travail :

Tous les médecins du travail participant à « l'expérience » d'intégration des IST ont été sollicités et un médecin des équipes intégrées en 2010 a également répondu. Un guide entretien leur a été envoyé par mail et un complément d'information a été réalisé par des entretiens téléphoniques ou en tête à tête.

Ils remarquent et c'est le point central, que cette manière d'aborder la prévention médicale en santé travail représente une potentialisation des moyens mis à disposition des salariés. Ils signalent tous, la complémentarité des approches médecins et infirmières et observent une synergie préventive. « La démarche habituelle de l'individuel vers le collectif est renforcée par la confrontation et la synergie des deux points de vue » ou encore « les actions de prévention construites par l'IST à partir de la santé individuelle contribuent au bien être au travail. Pour autant, il ne faut pas exclure d'éléments de type ergonomique, toxique ou organisationnel et de leur impact sur la santé car cela nous confine dans une pratique purement réglementaire bien trop étroite ».

En synthèse, on peut dire que le parti pris de ne faire entrer dans le champ de l'enquête que les médecins du travail participant à l'expérience est une force pour la qualité des résultats mais ne permet pas de retenir l'opinion de ceux qui ont négligé voir refusé de participer à ces expériences. Néanmoins, cette nouvelle approche coopérative est considérée comme très positive par les médecins volontaires qui notent que cette pratique coopérative n'est pas substitutive mais complémentaire.

ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES INFIRMIÈRES SANTÉ TRAVAIL

Les IST recrutées souhaitaient participer à ce projet innovant d'équipes médicales coopératives, elles venaient déjà du monde de l'entreprise. L'organisation mise en place avec un temps de tutorat et d'accompagnement des médecins a permis une meilleure formation des IST et a facilité leur intégration.

Les missions des IST ont été clairement définies au départ : prise en charge de la santé des salariés, faire de l'information et de la prévention et participer à la vigilance en santé travail. Les entretiens santé travail infirmier se déroulent selon les protocoles standardisés validés par les équipes médicales. Les infirmières sont autonomes et ont une latitude décisionnelle pour le suivi de l'état de santé des salariés. Dans l'observation clinique infirmière, l'entretien occupe une place prépondérante. Les infirmières n'ont pas eu

de difficultés à mettre en place les entretiens santé travail, « l'entretien infirmier permet au salarié de se réapproprier son histoire à partir des effets du travail sur sa santé », « les salariés sont en confiance et ils ne disent pas la même chose à l'infirmière et au médecin » Il ne faut pas négliger la dimension action en milieu de travail qui est importante car il ne peut pas y avoir d'ESTI sans connaissance et intervention sur le milieu du travail : « nous faisons le lien entre l'activité professionnelle et l'altération de la santé » L'équipe médicale telle qu'elle est constituée, deux médecins, deux secrétaires et une infirmière semble répondre aux besoins. Elle permet de nombreux échanges sur les pratiques, les cas particuliers de salariés ou des problèmes spécifiques.

La présence des IST n'a pas permis d'augmenter significativement le nombre de visites périodiques des salariés mais la qualité des ESTI a permis de détecter précocement de la souffrance au travail et des problèmes de santé au travail. En accord avec les médecins, les IST ont réalisé des études de postes et mis en place des actions individuelles ou collectives permettant de réduire les risques professionnels et de faire de la prévention et du conseil. Régulièrement les IPRP sont sollicités pour travailler ensemble sur des dossiers. L'équipe pluridisciplinaire fonctionne.

Au final, « le travail en équipe est une évidence pour les infirmières mais pas forcément pour les médecins qui ont dû s'adapter et apprendre à partager, à communiquer et à transmettre les informations en toute confiance et dans le respect du secret médical » Les IST sont pleinement dans leur rôle en réalisant des ESTI, elles ont pu montrer la complémentarité de ceux-ci avec l'approche médicale du travail par un médecin du travail.

On pouvait craindre un phénomène de rejet de la part des salariés ou des chefs d'entreprise mais cela n'a pas été le cas. Les salariés, leurs représentants et les employeurs déclarent être satisfaits de ce fonctionnement.

En conclusion, l'intégration des IST s'est faite dans d'excellentes conditions puisque le protocole de l'expérience avait été réfléchi et élaboré en amont par des médecins volontaires. Les infirmières étaient attendues et il n'y a pas eu de frein à la délégation puisque le rôle et les missions avaient été clairement définis au départ. Le travail en coopération s'est installé progressivement car il nécessite une confiance mutuelle. Quelques difficultés sont apparues avec la gestion du temps de secrétariat et la modification d'une des équipes médicales en cours d'expérience. Le bilan après plus d'un an de mise en place des ESTI et d'actions de terrains des IST est encourageant. L'approche infirmière est un plus en santé travail permettant de travailler en complémentarité avec le médecin du travail au bénéfice d'une meilleure prise en charge de la Santé Travail.

ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES ENTREPRISES

Il a paru nécessaire d'interroger les responsables des entreprises. Quelle perception ont-ils du service de santé au travail de la Vienne, ont-ils intégré l'arrivée des IST et quel est leur point de vue sur la complémentarité médecin/infirmière ?

Une majorité d'entreprises a une bonne perception de l'arrivée de l'IST en santé travail et pense que cela va permettre d'améliorer le suivi médical des salariés et d'améliorer la prévention des risques professionnels. La complémentarité de l'équipe médecin-infirmière est reconnue. Par contre, les entreprises ont des attentes fortes en matière de mises en place d'actions de prévention et désirent être informées et conseillées.

Le rôle des IPRP est peu connu et la complémentarité IPRP et IST ne semble pas évidente. Nous constatons par ailleurs que dans les entreprises où l'IST est intervenue (visite de l'établissement, réalisation de la fiche d'entreprise, présence au CHSCT, étude de poste) la relation et la reconnaissance du rôle infirmier est plus évidente. Dans les biais à retenir pour cette enquête d'opinion auprès des entreprises, on remarque le peu de mobilisation des entreprises. Il a fallu faire 2 relances pour obtenir 19 questionnaires exploitables sur 35 envoyés. Parmi les entreprises sélectionnées, certains responsables ou chefs d'entreprises n'ont jamais rencontré l'IST ce qui peut expliquer la méconnaissance du fonctionnement de l'équipe médecin-infirmière.

ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES SALARIÉS

Méthodologie de la recherche

Un questionnaire qualitatif destiné aux salariés des entreprises, toutes catégories socio professionnelles confondues a été élaboré. Ce questionnaire a été validé par les deux médecins du travail, il porte sur la complémentarité médecin/infirmière et sur la perception de l'entretien santé travail infirmier. Cette étude s'est déroulée du 28 juin au 30 juillet 2010.

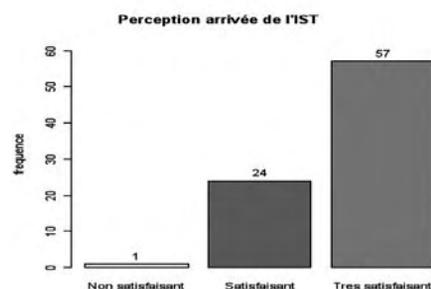
Le questionnaire a été remis et expliqué systématiquement aux salariés par la secrétaire médicale avant chaque consultation infirmière.

Type d'analyse : Les réponses au questionnaire ont permis une analyse statistique de description (méthode simple de comptage en fonction des données). La possibilité d'un commentaire a permis à certains salariés de s'exprimer de façon libre et anonyme.

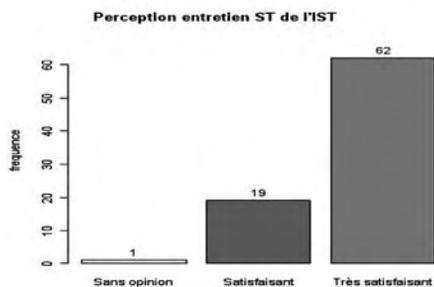
Résultats :

- 82 salariés sur 83 ont répondu au questionnaire
- catégorie socio professionnelle : 10 ouvriers, 57 employés, 15 cadres
- Genre : 46 femmes, 36 hommes

1- A la question, comment avez-vous perçu l'arrivée de l'infirmière en santé travail ?



2- A la question, que pensez-vous de l'entretien santé travail infirmier ?



Nous constatons que 62 salariés sur 82 sont très satisfaits, 19 sont satisfaits et 1 salarié est sans opinion.

3- Perception de la durée de l'Entretien Santé Travail Infirmier (30 minutes) ?

• 36 salariés sont très satisfaits, 44 satisfaits, 1 non satisfaisant et 1 sans opinion.

4- Pensez-vous que l'arrivée de l'infirmière permet une

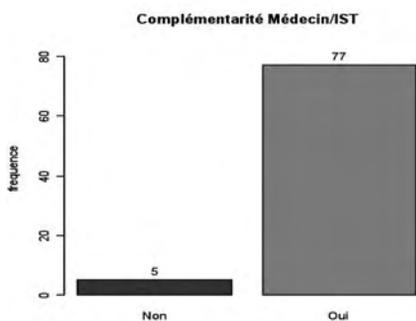
• Amélioration du suivi médical ?

79 = OUI, 3 = NON

• Amélioration des risques professionnels ? :

79 = OUI, 3 = NON

5- L'équipe médicale médecin/infirmière vous paraît-elle complémentaire ?



Nous constatons que 77 des 82 salariés pensent que l'équipe médicale est complémentaire alors que 5 personnes affirment le contraire.

Analyse des résultats

La quasi-totalité des salariés a répondu au questionnaire. La présence de l'infirmière en santé travail semble être acquise et la durée de l'ESTI et son contenu satisfait la majorité des salariés. Ce qui leur permet de penser que l'arrivée de l'IST en santé travail peut améliorer le suivi médical et la prévention des risques professionnels. La complémentarité du travail de l'équipe médicale médecin-infirmière est constatée par un grand nombre de salariés. Les salariés avaient la possibilité de faire un commentaire libre. Nous pouvons retenir qu'une personne « *a regretté de ne pas être vu systématiquement par le médecin et peut difficilement parler du travail d'équipe* », parmi les autres commentaires exprimés nous constatons que dans l'ensemble les salariés sont satisfaits des changements intervenus dans l'organisation du service de santé au travail de la Vienne et apprécient l'arrivée des infirmières comme nouveaux interlocuteurs. En voici quelques exemples : « *j'apprécie d'être vu tous les ans parce que je trouve que la médecine du*

travail est importante », « *infirmière à l'écoute* », « *très bonne approche des risques professionnels* », « *entretien très professionnel et mise en confiance* », « *conseils de l'infirmière très professionnels* », « *infirmière ouverte à la discussion, c'est ça aussi que l'on attend lors de cet entretien. Je me suis sentie plus à l'aise et plus écoutée* », « *l'infirmière m'a alerté sur beaucoup plus de points* », « *cette première visite avec une infirmière s'est très bien passée mais je n'ai pas vu de différences avec les visites du médecin* », « *je trouve vraiment nécessaire d'être entendu et conseillé pour la suite de mon activité* », « *très satisfaite de l'entretien, mise en confiance totale, elle approfondit l'examen positivement* », « *à poursuivre absolument car il y a une vraie complémentarité avec le médecin* ». Plusieurs biais sont à retenir dans l'analyse de ces résultats, il faut tenir compte de l'effet saisonnier du calendrier des convocations. Seuls les salariés de 23 entreprises ont été sollicités et le secteur de l'IST compte beaucoup d'employés, peu d'ouvriers et de cadres. Le questionnaire a été remis aux salariés juste avant l'ESTI, et la consultation infirmière a pu en être modifiée.

SYNTHESE DE L'ENQUETE D'OPINION AUPRES DES SALARIES

Au final, le bilan quantitatif montre une présence accrue des professionnels de terrain et un accroissement de la qualité des résultats des consultations grâce à l'apport des ESTI. Les salariés répondent de manière très favorable et chose inattendue mettent en évidence la complémentarité infirmière santé travail et médecin du travail. Si les employeurs demandent d'avantage d'actions, ils ne rejettent pas cette nouvelle approche et notent lorsqu'ils ont été confrontés à des acteurs de terrain qu'il y a une complémentarité médecin du travail, IST, IPRP concourant à une proposition de prévention globale. Les acteurs, IST et médecin du travail malgré des difficultés rencontrées jugent cette expérience positive pour la prévention santé travail et relèvent de manière générale la complémentarité de l'équipe coopérative médecin du travail – infirmière santé travail.

SYNTHESE GENERALE

Les compétences des infirmières santé travail sont largement reconnues. Nous pouvons donc affirmer que la présence des IST renforce la prise en charge des salariés au travers des entretiens santé travail infirmier et par la mise en place d'actions de prévention construites à partir de la santé individuelle. L'intégration des infirmières en santé travail ne semble pas évidente pour les médecins. Et pourtant en 1995, Philippe DAVEZIES écrivait « *l'urgence n'est peut-être pas de remplacer le service médical du travail par une équipe pluridisciplinaire... Peut-être faut-il avant tout se préoccuper de faire fonctionner, au sein des services médicaux, la complémentarité entre médecins et infirmières. Cela suppose des efforts de la part des médecins. Cela suppose pour les infirmiers et infirmières d'avancer dans la définition de leur métier et dans la constitution de leur point de vue propre. Les questions de santé au travail telles qu'elles se présentent aujourd'hui constituent un appel à la convergence* ».

PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

On peut au travers de tous ces éléments envisager

l'avenir de cette nouvelle approche de la prévention médicale. Soulignons en premier lieu qu'il s'agit d'une « révolution » dans le monde de la prévention avec ses atouts, ses faiblesses et surtout son très faible encadrement national. On a vu que la coopération ne se décrète pas et que lorsqu'elle est bien construite une synergie d'action est mise en place au bénéfice de la prévention Santé Travail. Il convient donc de procéder non pas à la mise en place de protocoles de type qualité, mais à des actions de formation de sensibilisation, de construction de règles de métier entre pairs. Les évolutions des questions de santé au travail nécessitent des exigences supplémentaires de formation pour les infirmières, le DIUST ou la Licence Santé Publique répondent à ses besoins. Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles entre médecins du travail et infirmières Santé Travail sera très certainement un moteur de l'efficacité des actions des équipes médicales coopératives. L'équilibre entre actions en milieu de travail et ESTI est à favoriser. De même, l'articulation entre la prévention médicale coopérative et la prévention technique est à prendre en compte afin d'éviter l'écueil des activités en « tuyaux d'orgue ».

CONCLUSIONS

Les questions de prévention en santé au travail, dans un contexte de pénurie médicale, représentent un enjeu majeur de santé publique. La population n'accepte plus d'être malade à cause du travail. Tous les acteurs de cette expérience apprécient cette nouvelle forme de coopération et les retours des salariés et des entreprises sont également positifs. Le bilan global révèle une intensification de la présence des professionnels sur le terrain, un accroissement de la qualité des résultats des consultations grâce à l'apport des ESTI et des actions de prévention ciblées. Tous ces éléments contribuent à une meilleure prise en charge de la santé des salariés et améliore le « bien être au travail ». A l'issue de 18 mois d'expérience, la prise en compte des résultats de l'enquête d'opinion montre que des pratiques coopératives entre médecin du travail et IST peuvent être mise en place en prévention santé travail. Cette nouvelle approche permet un apport complémentaire et une synergie des acteurs. La clinique médicale du travail est ainsi préservée et un point essentiel est mis en exergue, c'est un apport à la prévention santé travail perçu à la fois par les salariés et les employeurs. Nous pouvons affirmer que les Infirmières Santé Travail au sein d'équipes médicales coopératives ne constituent pas une alternative à la pénurie de médecin du travail mais au contraire un enrichissement de l'offre médicale de prévention. Enfin, il faut souligner un point essentiel qui n'est pas abordé dans cette enquête, c'est la nécessaire indépendance des infirmières Santé Travail. En effet, ce type d'expérience pourrait, dans un contexte différent ne pas conduire à des résultats similaires. Toute commande de direction de Service inter Entreprise reposant sur des enquêtes systématiques sous traitées aux IST ou sur la substitution d'IST aux Médecins du Travail serait de nature à modifier profondément ces résultats. La faiblesse de ce type d'expérience repose sur l'absence de réglementation spécifique permettant de libérer les IST d'une commande hiérarchique administrative et les orientant vers la clinique médicale du travail.

PRATIQUES COOPÉRATIVES

MÉDECINS-INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL

DANS UN SERVICE INTERENTREPRISES.

par F. BARDOT

Le service interentreprises du Loiret a embauché la première infirmière en fin d'année 2007 pour assister un médecin du travail. Cette décision avait été prise à cause de départs effectifs de médecins (non remplacés) et d'une douzaine de départs prévus dans un futur proche. Soit une quinzaine de médecins, non remplaçables par absence de ressources sur « le marché ». D'où l'idée de faire appel à des infirmières pour assister les médecins dans le maintien d'un suivi clinique individuel des salariés grâce à des Entretiens Santé Travail Infirmiers (ESTI).

Pourquoi essayer de maintenir une approche clinique individuelle alors que les textes réglementaires (décret de 2004 sur la médecine du travail, en particulier) les plans « santé », insistent tous sur l'approche préventive collective, globale et, donc, sur l'approche par les risques ? C'est la conviction que l'approche du « travailler » singulier, dans l'intimité et la confidentialité d'un cabinet médical, ouvre des possibilités d'accès au vécu d'une expérience incorporée que toute approche par les risques, soit par l'environnement, entrave de fait. L'approche par les risques serait même un empêchement d'accès à cette dimension puisqu'elle se déroule publiquement¹. À ce propos, on voit bien apparaître cette difficulté dans la question de la gestion du « risque psychosocial », risque qui réfère à la souffrance² individuelle, et qui oblige, lorsqu'on imagine qu'une prévention collective soit possible, d'en passer par « la dénonciation explicite » ou le recensement de « plaintes » (accord du 26 03 2010 sur harcèlement et violence au travail). Une prévention d'un risque appelant à une forme de délation espère atténuer ce qui relève de conflits, quelle qu'en soit la cause et l'origine ! Un tel traitement au lance flamme ne peut que renforcer la nécessité de tentatives de dénouage par des analyses rendant intelligibles et compréhensibles les situations pénibles ou conflictuelles. La clinique médicale et la clinique infirmière peuvent y aider. Envisager la prévention sans accéder au vécu individuel nous semble être une amputation à la réussite de cette action.

Cette option d'intégrer des infirmières a été approuvée par le conseil d'administration sur la

demande d'un directeur de SST convaincu. Le projet consistait à affecter une infirmière à un médecin, sous condition d'un engagement :

- à faire une formation à la spécialité santé-travail (DIUST ou licence),
- à faire une formation de terrain sur le modèle du compagnonnage.

Une formation en alternance, en quelque sorte.

Les infirmières seraient chargées uniquement du suivi régulier des salariés dans le cadre d'entretiens santé travail infirmiers.

LE CONTENU DU PROJET

Le projet était de proposer à des médecins en sureffectif et volontaires d'être assistés par une infirmière. Globalement, l'infirmière apporte une aide dans le suivi périodique individuel de certains salariés en s'appuyant sur l'ESTI et sur l'analyse du milieu de travail. Le suivi individuel est organisé. L'infirmière ne fait pas du rattrapage de visites systématiques qui entraînerait un travail sans action de suite. Son activité doit avoir un intérêt pour elle, c'est à dire qu'elle doit pouvoir accéder au suivi d'une population. Pour cela, le médecin choisit des catégories d'entreprises ou de salariés qu'il lui attribue. Elle lui rend compte de ce qu'elle « découvre ».

L'infirmière dispose d'un temps d'AMT (au minimum une journée et demi par semaine par temps plein) pour s'imprégner du terrain et comprendre ce que les salariés lui rapportent, mais aussi pour se faire un point de vue infirmier sur ce qu'elle peut relever des conditions et situations de travail ; ce point de vue sera aussi rapporté au médecin.

L'infirmière peut être missionnée en CHSCT par le médecin qui lui donne toutes les consignes, aussi bien dans les réponses à apporter aux questions soulevées dans l'ordre du jour qu'aux questions que le médecin souhaite, lui, soulever. En cas de problème non débattu avec le médecin, l'infirmière ne donne aucun avis et annonce la saisine du médecin qui fera une réponse écrite au secrétaire du CHSCT. Ce qui est dit dans le débat est de la responsabilité stricte du médecin. L'infirmière est mandatée par ce dernier et cela

est affirmé. Dans tous les cas, elle rend compte au médecin.

LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

Elle n'a pas été facile. La majorité des médecins s'y opposait sans véritablement apporter d'arguments convaincants, à part affirmer qu'il s'agissait d'une substitution de professionnels. Les souhaits exprimés étaient de disposer d'infirmières comme personnel subalterne réalisant des examens complémentaires à répétition, faisant de « l'éducation sanitaire » dans les entreprises, faisant des prélèvements sanguins, préparant des dossiers pour le médecin, éventuellement faisant un peu de métrologie. La résistance se faisait sur une tonalité relativement violente, toujours très intégriste. Les médecins qui étaient prêts à se lancer dans l'expérience osaient à peine le dire. Les secrétaires médicales exprimaient, d'une manière moins audible, la même résistance à l'arrivée d'infirmières. Elles se les imaginaient devenir des concurrentes. Se sont alors immédiatement mises en place des stratégies collectives de défense³ sous la forme : « je ne travaillerai jamais avec une infirmière ! », avant même que la façon de travailler avec ces infirmières soit élaborée.

Le projet, présenté en Assemblée générale, avait emporté l'adhésion de la cinquantaine de responsables d'entreprises présents. La CMT et la Commission de Contrôle avaient donné leur accord pour passer à l'action. Finalement, au bout de deux ou trois mois, trois médecins, candidates à l'expérimentation, se sont faites connaître. Deux autres infirmières ont été embauchées. Le projet avait pris son envol, mais sans l'accord dérogatoire officiel de la Direction régionale du travail. Cet accord a été finalement obtenu en octobre 2009.

Pour corriger, critiquer et finalement cimenter l'expérimentation que nous inventions au fur et à mesure de l'avancée dans les formations des infirmières, des réunions de synthèse et de critique avaient lieu environ une fois tous les deux mois entre les médecins et les infirmières. Une des infirmières à temps plein travaillait avec deux médecins à temps partiel. Cette expérience-là a

1. Ce qui ne veut pas dire que l'approche par les risques soit à repousser. Au contraire, elle est nécessaire à la pratique de l'équipe médicalisée. Cette connaissance lui est indispensable pour faire des liens en terme de causalité par exemple, entre santé et travail.

2. « Souffrance » au sens de vécu subjectif d'une expérience du travail qui concerne un corps singulier ; vécu qui ne se mesure pas, qui ne se voit pas et qui se dit difficilement.

3. Les stratégies collectives de défenses s'installent pour lutter contre ce qui se met à vous faire souffrir au travail. Ici, la peur de perdre son emploi par l'arrivée de « rivales ». Les défenses sont toujours inconscientes.

été aussi très éducative car la double délégation a très vite mis l'infirmière en difficulté. Puis le nombre de médecins volontaires a augmenté. Les secrétaires médicales ont intégré les réunions de travail sur le fonctionnement de notre dispositif. Elles ont pu parler de leurs difficultés à organiser, au début, les doubles consultations, les obligeant à faire un « tri » rigoureux portant sur le statut des salariés qu'elles programmaient pour le médecin d'un côté, pour l'infirmière de l'autre. Grâce à leur démonstration très fine des impasses de leur tâche modifiée et accrue⁴, le problème a été résolu en affectant une secrétaire médicale à chaque infirmière. La secrétaire qui travaille avec l'infirmière est sous la responsabilité du médecin. Actuellement, nous travaillons avec 12 infirmières, formation terminée, en cours ou en attente.

LE COMPAGNONNAGE⁵

Il s'agit d'apprendre à faire des entretiens santé travail infirmiers. L'apprentissage se déroule principalement au cabinet médical. L'infirmière commence par observer la secrétaire médicale (8 à 15 jours selon son degré de connaissance du monde de la médecine du travail et de l'entreprise). Elle a ainsi une idée du panorama des entreprises prises en charge. Elle voit exactement ce que fait la secrétaire. Elle mesure son rôle central dans l'ajustement du déroulement des consultations et de toutes les autres activités satellites (AMT en général, contacts divers...). Ensuite, elle assiste aux consultations du médecin, toujours avec l'accord du salarié à qui on explique systématiquement le contexte. Elle prend des notes. En situation concrète, elle peut repérer ce qui l'intéresse, ce qu'elle ne comprend pas ou ne connaît pas. À partir de cela, elle se programme des lectures sur des métiers, des risques, etc... À la fin de chaque consultation, le médecin discute brièvement du cas ou de l'entreprise. L'infirmière interroge, fait des remarques. À un moment donné, le médecin lui demande de rédiger l'observation d'un cas, sans l'avertir à l'avance. L'infirmière se débrouille donc avec ses notes, avec ce qu'elle a entendu, compris et avec le dossier médical que lui laisse le médecin. Elle doit faire sa rédaction dans les 24 à 36 H afin que les souvenirs de la consultation restent suffisamment présents. L'écriture de la première observation est toujours à retravailler. Surtout, elle n'est jamais très bien construite dans le déroulé de la présentation du cas. Le médecin fait tous les commentaires nécessaires à la reprise et à la correction, allant des erreurs, aux lacunes, aux rédactions maladroites, voire difficiles à comprendre. Il ne corrige pas. C'est l'infirmière qui reprend tout. Les allers-retours se terminent lorsque l'observation est fluide et complète. La deuxième observation est toujours plus aboutie. Ce travail d'écriture d'un cas « santé-travail » a une véritable valeur heuristique pour l'infirmière pour apprendre à cadrer, à maîtriser un entretien médico-professionnel. Il s'agit d'une aide magis-

trale pour mettre en mots ce qui est perçu et pensé dans le désordre mais qui n'est pas pensé d'emblée dans des liens santé-travail. Dans l'intervalle, le médecin emmène l'infirmière sur le terrain pour voir le travail, la technique, pour se rendre compte des risques. L'infirmière en fait toujours un compte-rendu écrit. À un moment donné, lorsque le médecin estime qu'une certaine aisance est acquise (entre une et trois semaines d'observation), il lui demande de faire une consultation infirmière devant lui ; sans la prévenir à l'avance. Le médecin doit alors être très attentif car le fil conducteur est souvent interrompu et le trou de panique doit être immédiatement comblé par le médecin qui, étant là en soutien, recadre discrètement l'entretien. Le réel est toujours différent de ce qui est imaginé...., par exemple, le salarié part sur un autre problème qui le préoccupe, lui, et l'infirmière est mise dans l'embarras, elle perd très vite le fil des questions qu'elle avait bien ordonnées sur son petit pense-bête gardé discrètement à portée d'œil. La première consultation infirmière doit toujours être rédigée ensuite. L'écriture est centrale dans l'apprentissage. Les rédactions d'observations font gagner beaucoup en durée d'apprentissage car elles apprennent à faire les liens automatiques entre événements de travail et de santé. Elles aident à construire la solidité et la densité de l'instruction santé-travail. Durant cette période de découvertes, le médecin tuteur enverra l'infirmière assister à des consultations de quelques-uns de ses collègues volontaires. Chaque médecin ayant « sa » pratique, cela peut ouvrir diverses possibilités de champs d'approches à l'infirmière. De la même façon, l'infirmière accompagnera chacun des IPR sur le terrain de façon à comprendre l'angle d'approche de leur spécialité technique. Comprendre la complémentarité d'une approche clinique et d'une approche par les risques permet d'articuler le futur travail en collaboration.

Au total, il s'agit d'un apprentissage qui permet de réfléchir sur ce qu'on fait et sur ce qu'on aura à faire. Et finalement, c'est le médecin qui décide du moment où l'infirmière pourra commencer seule des entretiens infirmiers, dans un bureau aussi proche que possible du sien. Un commencement en douceur, avec une contrainte de temps très allégée (autour de 3 à 4 consultations infirmières par vacation), permet à l'infirmière de prendre le temps suffisant pour faire une investigation minutieuse des éléments de vie personnelle, de travail, d'effets de résonance, d'en faire le relevé, l'analyse et la synthèse au médecin. Le nombre de consultations est augmenté progressivement pour atteindre un maximum de huit, dans notre expérience. Nous pouvons affirmer que neuf rendez-vous n'est pas tenable pour l'infirmière. Nous l'avons testé et avons constaté qu'alors, elle déborde largement le cadrage horaire, se met à travailler sous tension et a peur de faire des oublis. À la fin de chaque consultation infirmière, un document de « santé au tra-

vail-entretien infirmier-suivi individuel-prévention des risques professionnels » est remis au salarié sur lequel apparaît la prescription par le médecin du suivi infirmier, la catégorie de « surveillance » réglementaire et la nature des expositions professionnelles. L'infirmière date et signe⁶. Elle précise l'échéance de la prochaine consultation.

LA COOPÉRATION

Travailler avec l'assistance d'une infirmière en médecine et santé au travail, c'est organiser une coopération sur le principe du travail délégué, au sens très précis qu'en donnait la HAS en 2007 ; la délégation étant définie comme « l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou de prévention. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégué reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué est engagée dans la réalisation de l'acte » Du fait de cette double mise en responsabilité des acteurs, une confiance réciproque totale est le noeud central qui fait tenir la possibilité de ce « travailler ensemble ». Pour cela, la compétence de l'infirmière doit être solide et le médecin doit s'en être assuré lors de l'apprentissage. Il doit en être convaincu. C'est de cette présence de la responsabilité que découle l'obligation de donner les moyens à l'infirmière de faire le travail d'investigation santé-travail précis et complet, tel qu'il est demandé. Pour cela, elle doit en avoir le temps et les huit consultations infirmières maximum par vacation en sont une sorte de garde fou. C'est aussi ce qui justifie qu'une infirmière ne travaille que pour un médecin afin de ne pas augmenter les risques d'oublis, d'erreurs, de confusions. En revanche dans cette perspective, un médecin peut encadrer deux infirmières⁷.

L'ESTI, qui est *in fine* un acte délégué par le médecin, a fait l'objet d'un protocole, qui est un cadrage prescrit des différents paramètres à repérer, à analyser et à enregistrer dans le dossier médical ; dans ce cadre l'infirmière y intègre son rôle propre.

LE FONCTIONNEMENT

D'un point de vue pratique, lorsque l'infirmière a terminé sa formation et que le médecin considère qu'elle est opérationnelle, il partage avec elle le suivi d'un certain nombre d'entreprises selon des modalités qu'il choisit. C'est le médecin qui décide de cette attribution. Il en est de sa responsabilité. Les choix peuvent être divers selon les caractéristiques des établissements et selon la pratique du médecin. Certains conservent le suivi des personnes exposées à des risques réglementés, certains confient quelques catégories de salariés dans toutes leurs entreprises (travaillant de nuit, au bruit, sur écran, etc...), certains font une attribution d'un groupe d'entreprises⁸. Encore une fois, dans tous les cas l'infirmière ne fait que des consultations infirmières d'entretiens systématiquement renouvelés.

4. Elles se sont mises à quatre pour écrire sur ce qu'elles faisaient réellement. En effet, personne d'autre qu'elles-mêmes ne savait aussi bien ce qu'elles faisaient, comment elles le faisaient et pourquoi elles le faisaient. Elles ont ainsi montré qu'elles avaient leur place à tenir dans la structuration de la nouvelle façon de travailler avec des infirmières.

5. Pour une description très détaillée, lire le mémoire de Sylvie Gaude : www.cihl45.com

6. Le modèle de ce document est validé par l'autorisation donnée par la Direction régionale du travail d'expérimenter ce travail coopératif.

7. Malheureusement, à l'heure actuelle, de nombreux SST embauchent des infirmières « bouche-trou » qui font des consultations périodiques pour six ou sept médecins. Ces médecins n'ont pas peur ! Se rendent-ils compte de ce qu'ils encourent ?

8. La seule exception est l'activité en cabinet d'entreprise disposant d'une ou plusieurs infirmières d'entreprise. Aucune infirmière du SST n'y intervient afin d'éviter tout risque de conflit lié à des différences de statuts introduisant une sorte de rapport de domination de l'une par rapport à l'autre.

L'infirmière dispose d'une AMT de 2 à 3 demi-journées par semaine (selon les nécessités). Elle va dans les entreprises lorsqu'elle en a besoin, pour comprendre le travail qui lui est décrit, ou à la demande du médecin pour faire des études de poste par exemple. Toute cette activité fait l'objet de rapports écrits que le médecin peut reprendre pour compléter une fiche d'entreprise. Les déplacements sont organisés en coopération avec le médecin. Une demi-journée par semaine est prévue pour aborder les problèmes rencontrés. Le médecin ne reprend pas les dossiers de tous les salariés reçus par l'infirmière. Seuls ceux qui ont présenté un problème de santé et/ou de travail sont « staffés ». Discussion et décision d'action de suite autour de chaque dossier constituent le contenu de ces travaux de synthèses. Là, se décide l'échéance des suivis à reprendre par le médecin. Le passage en « staff » est noté et daté dans le dossier médical. Tous les résultats d'examen complémentaires sont vus et signés par le médecin. L'infirmière signale au médecin des situations qui l'ont alertées dans certaines entreprises, que ce soit des risques physiques signalés trop souvent comme gênants (exemple : des symptômes d'irritation des VAS dans la chimie) ou non signalés comme tels mais que l'infirmière juge, elle, peut-être préoccupants (exemple : les vapeurs de bitume), que ce soient des risques « psychosociaux » ou que se soient d'autres catégories de risques. Ainsi, le médecin conserve un lien avec la vie individuelle et collective dans l'entreprise. À cette occasion, il peut décider de reprendre le suivi d'une population sur une durée ramassée pour faire un diagnostic. Il se cale alors avec l'activité de l'infirmière. L'information circule dans les deux sens.

La nécessité de faire intervenir un IPRP se décide souvent à l'occasion de ces discussions. L'équipe médicale commence par lui donner son point de vue et lui propose de bien vouloir se déplacer dans l'entreprise pour avoir sa vision technique. L'IPRP demande des précisions, il peut donner aussi son point de vue, il organise sa façon d'aller aborder le problème dans l'entreprise (qui doit d'abord accepter sa venue⁹). Il peut y aller seul ou accompagné du médecin ou de l'infirmière. Sa modalité d'intervention est discutée avec l'équipe médicale. Une fois son intervention terminée, il fait une synthèse qu'il diffuse au médecin, à l'infirmière et à l'entreprise. Ce mode de fonctionnement enclenche un processus. Une fois qu'un IPRP est intervenu quelque part, il est connu. Il est fréquent que l'établissement fasse à nouveau appel à lui sans passer par le médecin. Dans ce cas, l'IPRP fait son travail et en informe le médecin et l'infirmière. Les échanges se font facilement et se multiplient grâce à un démarrage provoqué au départ. Cela devient un véritable travail en réseau, chacun avec sa spécialité, se nourrissant des connaissances, et de l'un, et de l'autre.

Le médecin n'est pas un manager, il travaille en coopération. Et la prévention peut y gagner ! (quelquefois).

Les infirmières se rencontrent entre elles régulièrement (une demi-journée tous les deux mois). Elles établissent elles-mêmes leur ordre du jour. C'est l'occasion de parler de leurs propres pratiques, de noter les différences, de connaître un document utile qu'elles peuvent ensuite présenter à leur médecin référent. Elles établissent entre elles des règles de métier¹⁰.

ET LA SUBSTITUTION ?

Question perturbante pour le médecin du travail. Il serait donc si facile de transmettre une pratique acquise au prix de tant d'années d'études, de réflexions sur nos pratiques, d'expériences accumulées !

Evidemment, lorsque le médecin débute l'apprentissage de terrain, il ne peut enseigner et montrer que sa propre technique de recherche et d'analyse des données qui lui permettent de comprendre les liens santé-travail chez la personne qu'il reçoit. Il dévoile devant un tiers, apprenti, ce qu'il fait et la manière dont il le fait. Jusque-là, on pourrait parler de substitution. Sauf que le travail du médecin du travail ne se borne pas à cet horizon. Toute sa recherche est orientée vers un diagnostic médical. Cette recherche n'est pas forcément élaborée, c'est à dire pas pensée a priori dans un cheminement bien tracé et lumineux. Il s'agit d'un travail réflexif incorporé par le médecin dans lequel chacune de ses questions met en hypothèse un effet possible sur le corps (physique et psychique) du salarié ; et l'examen clinique corporel devient alors une nécessité « matérielle » rassurante pour situer ce parcours à visée diagnostique. Le corps, alors, distancé, désaffectivé, le corps comme objet. Le médecin pense avant tout « pathologie ». Quelle action, individuelle ou collective, vais-je engager pour « soigner » ce salarié ?

L'infirmière, de son côté, est imprégnée de son expérience apprise qui se situe du côté du soin, du prendre soin, du care¹¹. En médecine du travail, ce qui est demandé à l'infirmière correspond assez bien aux prescriptions réglementaires des actes professionnels infirmiers¹² : « l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation pour la santé ». L'ESTI permet cette approche. Il permet de faire un diagnostic infirmier qui est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé et de travail présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne dans son environnement général et de travail en particulier. L'examen corporel n'est pas son objet d'attention. Elle prendra

pourtant la pression artérielle, acte qui symbolise la matérialité de l'engagement corporel dans le travail. Elle n'ira pas plus loin, sauf demande ou plainte ou sauf question ou signe d'appel ayant de possibles effets corporels (et qui seront, si nécessaire, présentés en « staff ») L'infirmière en santé au travail pense avant tout « autonomie ». Comment vais-je m'y prendre pour que ce salarié puisse continuer à travailler sans peiner, sans souffrir ? Que vais-je transmettre au médecin qui lui sera utile pour faire ou pour asseoir un diagnostic médical ?

En fin de compte, si l'apprentissage est passé par un tronc commun, il est rapidement orienté vers deux voies différentes qui correspondent aux fonctions différentes des deux catégories de professionnels que sont le médecin et l'infirmière. Il faut donc bien en connaître les frontières. Et c'est aussi les nouvelles formes de connaissances apportées par ce diagnostic infirmier qui peuvent être discutées en « staff » ; ce qui permet au médecin de rester en lien avec la vie ordinaire de l'entreprise. De son côté l'infirmière n'a pas qu'un rôle de relais pour le médecin ; le développement de son rôle propre peut être utile aux salariés qu'elle rencontre et il contribue à solidifier et à amplifier le travail en réseau avec les techniciens du SST.

LES PROTOCOLES.

Certaines décisions ou orientations de l'infirmière sont réalisées sur prescription du médecin, dans un cadre protocolé, comme le prévoit l'article R 4311-2 du Code de santé publique. Le premier protocole intitulé « protocole entretien santé-travail et AMT infirmier » a été rédigé par les médecins mettant en place le dispositif actuel.

Ensuite, les protocoles ont été réalisés au fur et à mesure des besoins rencontrés lors des entretiens infirmiers. Si, au cours d'une consultation, l'infirmière se sent en insécurité professionnelle sur un sujet ou dans une situation particulière, si elle s'aperçoit qu'elle serait aidée par un canevas précis, elle propose au médecin référent de travailler sur le thème. À l'inverse, un médecin référent peut être, lui-même, à l'origine de l'élaboration d'un protocole. Par exemple, très rapidement, la nécessité d'un cadrage serré sur l'urgence vitale et non vitale est apparue. D'autres protocoles ont suivi. Comme le modèle de support d'orientation du salarié vers son médecin traitant¹³ ou comme le protocole portant sur la conduite à tenir en cas de chiffres tensionnels élevés, ou encore, comme celui portant sur ce que l'infirmière doit savoir pour pouvoir conseiller un salarié lorsque des symptômes peuvent relever de la maladie professionnelle la plus répandue, le trouble musculo-squelettique (MP 57, MP 97, MP 98) Si le canevas du protocole est rédigé par l'infirmière, il est ensuite corrigé par le médecin référent pour être ensuite proposé à

9. C'est un peu l'affaire du médecin que de préparer le terrain pour que tout se déroule sans refus, ni difficultés.

10. On appelle « règle de métier » tout ce qui n'est ni prescrit, ni normé, mais tout ce qui est inventé par les uns et les autres pour que le travail se déroule au mieux et le plus efficacement possible. Les règles de métier ont besoin d'ombre pour naître, survivre et se modifier. Car elles sont toujours mouvantes. Il y a toujours une trouvaille, une découverte qui améliore « le travailler ». Les prescriptions, elles, ne sont jamais mouvantes. Les règles de métier soudent un collectif et protègent de l'apparition de la souffrance au travail. A l'inverse, les défenses se mettent en place lorsqu'une souffrance existe et qu'il faut s'en protéger. Mais, les défenses peuvent aussi souder un collectif. Néanmoins, il faut toujours du prescrit pour travailler et pour élaborer des règles.

11. Le care est ce qui relève du rôle propre infirmier. Il désigne l'ensemble des soins qui ont pour objectif de maintenir les fonctions vitales et qui assurent le maintien du bien être physique et mental des personnes. Le rôle propre infirmier est défini réglementairement à l'article R 4311-3 du Code de santé publique.

12. Article R 4311-1 du Code de santé publique (décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004).

13. Tous les cas d'orientations sont discutés en « staff ». Il s'agit le plus souvent d'hypertensions artérielles. Ils ne sont pas très fréquents et ne risquent pas d'engorger les cabinets médicaux des médecins généralistes.

l'ensemble du groupe « médecins-infirmières ». Cette diffusion se fait par messagerie. Chaque membre du groupe peut ainsi apporter ses réflexions et ses corrections dans un délai de 15 jours. Ce mode de fonctionnement permet d'utiliser toutes les expériences du groupe et d'ouvrir sur un débat et un échange. Lorsque le document fait consensus, chacun en prend possession. Cela correspond à un véritable travail en réseau et le nom du binôme médecin-infirmière à l'origine du travail disparaît. Ce détail montre que dans l'équipe, le travail de collaboration prime sur l'individuel. Une conscience collective de partage et d'utilité commune est bien installée. Si le délai de correction est dépassé, trois médecins du groupe valident le protocole. Une infirmière centralise les protocoles. Elle les répertorie et s'occupe de leur mise en page (date de création, date de validation, numéro de version, date de mise à jour, pagination) et les diffuse à l'ensemble du groupe. Pour terminer le protocole sera utilisé par chaque équipe « médecin-infirmière ». En fin de route, le médecin signe le protocole et apporte si nécessaire ses ajustements personnels correspondant aux caractéristiques de sa pratique et au profil de sa population surveillée. Du collectif, nous revenons au particulier. Par ce mode de fonctionnement et d'élaboration des protocoles il est possible de travailler ensemble et de créer une cohésion de groupe, sans rigidité excessive.

CE QU'IL FAUT ÉVITER DE FAIRE.

Quelques faits que nous avons expérimentés.

1° Affecter une infirmière à plusieurs médecins.

Il est prudent d'éviter de mettre une infirmière en assistance de plusieurs médecins. Une infirmière, travaillant avec deux médecins, pourtant très proches dans leurs pratiques, échangeant régulièrement entre eux, a été rapidement mise en difficulté du fait de leurs différences (même minimes) d'approches cliniques. Par exemple l'un la laissait rencontrer des salariés exposés à certains risques et l'autre non, leurs prescriptions d'examen complémentaires différaient dans leur rythmicité, etc... Cette exigence surprend un certain nombre de médecins et n'est généralement pas comprise des directions ; le raisonnement tenu étant, qu'à l'hôpital, les infirmières ont acquis l'habitude de travailler avec plusieurs médecins. Mais à l'hôpital, le contexte est différent. En médecine du travail, il n'y a pas de demande des salariés pris individuellement, et le système est préventif. Un individu, un collectif d'individus, une entreprise et un « portefeuille » d'entreprise sont attribués à un seul médecin (article R 4623-9 du Code du travail). Aucun autre médecin n'intervient sur cette population « attribuée », contrairement à l'hôpital où plusieurs médecins peuvent se partager le cure des malades ; ce qui entraîne le personnel infirmier à suivre les différentes instructions qui en résultent dans le domaine du care. De plus, le malade est de passage. C'est la « guérison » ou la stabilisation qui mettent fin à la relation médicale. En médecine du travail, le suivi dans le temps peut durer sur une longue période d'activité du méde-

cin et du salarié. La fonction de l'équipe médicale est une action dans la durée. L'observation des évolutions est à l'inverse du soin. Elle est longue et discrète. Une infirmière travaillant avec plusieurs médecins n'aura pas accès à un suivi infirmier, donc à une vision globale d'une population cernée. Elle aura des difficultés à faire des liens avec le travail faute de pouvoir connaître suffisamment les entreprises qu'elle n'aura pas le temps de voir. Elle fera des erreurs dans le traçage de ces liens. La délégation partagée par six ou sept médecins peut donc être dangereuse pour eux en terme de responsabilité. De plus, comment peuvent-ils faire fonctionner des réunions de synthèses, de débats sur les « cas » dépistés par l'infirmière ?

2° Imposer à un médecin de travailler avec une infirmière dans un SST.

Pousser un médecin au volontariat pour être assisté d'une infirmière faisant des ESTI est à déconseiller. Le médecin qui s'est trouvé dans cette situation n'a pas su la guider au départ. Elle a démissionné.

3° Donner un travail sans intérêt à une infirmière.

Une infirmière qui coopère avec un médecin doit avoir un travail qui a un sens pour elle. Pour cette raison, elle devrait avoir un certain « portefeuille » d'entreprises (même si elle ne reçoit qu'une fraction des salariés en ESTI) afin d'être assurée d'avoir un retour sur ce qu'elle fait, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif. Même en étant missionnée par le médecin, le fait de revoir les salariés à échéances un peu régulières, de coopérer avec les IPRP, de faire des études de poste ou des visites d'entreprise, est une activité sans ruptures, assurant un réel travail collectif. Et l'infirmière peut en mesurer les effets en terme de prévention, donc de transformation. Une infirmière qui n'a pas une activité propre déléguée, qui n'a aucune perspective de suivi, s'ennuie vite et démissionne.

4° Embaucher une infirmière sortant de sa formation diplômante.

Il vaut mieux prendre la précaution d'embaucher des infirmières qui ont déjà l'expérience du « travailler ». Même si les études diplômantes sont aussi un vrai travail, le contexte social du rapport « enseignant-étudiant » n'est pas le même qu'un rapport contractuel productif de biens ou de services. La notion de rapports de classe n'est pas la même à l'école d'infirmières. Avoir vécu la condition salariale et l'activité de travail aide à comprendre ce qui aura des influences sur les relations santé-travail.

5° Épuiser les médecins en leur demandant de valider toutes les consultations infirmières.

Le médecin, étant lui-même en consultation, est rapidement mis en difficulté si, au milieu de son propre travail, il doit aller écouter la synthèse, valider l'entretien infirmier et signer une « fiche d'aptitude¹⁴ ». Les interruptions brutales d'un processus d'analyse d'une situation d'un salarié pour passer à une nouvelle analyse et une nou-

velle compréhension d'une autre situation—toujours complexe et radicalement différente—bouscule le fonctionnement cognitif et provoque un état de tension qui peut être difficilement tenable à long terme. L'autonomie de l'entretien infirmier doit être l'aboutissement de la formation en alternance de l'infirmière.

LA TRANSFORMATION DU TRAVAIL DU MÉDECIN.

Ce qui vient d'être décrit a été une réorganisation d'ampleur. La première transformation, d'un point de vue matériel, a été l'augmentation notable de l'effectif attribué-5000 salariés par médecin, voire plus dans notre situation. Tout ce qui n'est pas entretien périodique est affecté au médecin. Les consultations d'embauche, de reprise de travail, à la demande des salariés ou des employeurs, de « pré-reprise » et les consultations programmées à l'issue des « staffs », modifient le profil de l'activité de ce dernier. La maladie envahit le cabinet médical. Le médecin est beaucoup plus accaparé par des interventions de maintien dans l'emploi, de négociations avec les thérapeutes, de conseils d'orientations des salariés, de déclarations de maladies professionnelles et de sorties d'emploi par inaptitudes. Au milieu de tout cela, il doit pourtant conserver un lien avec ce qui se passe d'ordinaire dans les entreprises. Et là, le travail en collaboration étroite avec les infirmières et les IPRP est ce qui lui permet de conserver le fil. Lire les rapports, écouter les comptes rendus et les avis des uns et des autres, assister à certains CHSCT¹⁵, est une nouvelle approche qui permet de rester vigilant et de conserver une assez bonne connaissance des situations et des conditions de travail. D'autant plus que l'intervention en entreprise se fait toujours (mais en cas de nécessité justifiée par un problème ponctuel et urgent) et que des consultations systématiques peuvent être organisées lorsqu'une situation de travail se détériore dans une entreprise. Cela se produit sur le signalement de l'infirmière. Il s'agit de consultations périodiques groupées à visée diagnostic, ce qui déterminera la forme d'intervention du médecin (si elle est nécessaire) En fait, l'activité du médecin du travail acquiert une autre saveur. Impression d'être dans l'urgence... Mais épaulé par d'autres professionnels qui font aussi entendre leur voix. Et impression d'être plus efficace, d'être entendu... On voit des transformations se mettre en place dans les entreprises, là où ce petit réseau se met à opérer de concert.

LA PERCEPTION DES ACTEURS.

Il est assez difficile de répondre à leur place. Néanmoins, on peut s'appuyer sur quelques indicateurs. Les consultations infirmières sont pleines. Celles des médecins aussi. Il y a peu d'absentéisme aux convocations. Les salariés semblent appeler le médecin sans retenue et les consultations spontanées augmentent. Le passage des IPRP entraîne la même démarche chez un certain nombre d'employeurs. De là à dire que la médecine du travail va renaître.....

14. Le médecin ne peut signer aucun acte s'il n'a pas vu lui-même la personne concernée.

15. Pas tous puisque cela est matériellement impossible du fait de la taille de l'effectif attribué. D'où l'importance de missionner l'infirmière et d'être attentif à ce qu'elle rapporte.

Le vécu des infirmières.

Pourquoi ça nous plaît ? Pourquoi on reste ?

Première expérience : Sylvie GAUDE

La première chose à dire est que les débuts dans un SST sont toujours difficiles. Avant de se lancer dans ce métier, il faut le savoir. En voici les raisons. D'abord à cause d'un contexte très souvent ouvertement ou insidieusement hostile. L'hostilité des médecins a été pour moi la plus immédiatement perceptible. Dès la première semaine de mon arrivée, je me souviens très bien qu'un médecin m'a dit « on va faire de vous un sous médecin ! » Peur d'une dévalorisation de leur propre métier ? Peur d'une mise en lumière de quelque chose qui devait rester discret ? J'ai senti aussi la réticence des secrétaires qui s'imaginaient que nous allions leur faire perdre leur emploi. Mais l'hostilité est venue aussi des enseignantes infirmières du DIUST. Leur seule référence professionnelle était celle de l'infirmière d'entreprise. Elles craignaient donc bien plus la mort de ce métier plutôt que l'éclosion d'une activité infirmière retravaillée dans le contexte d'un service interentreprises. Cette peur, somme toute, légitime, a provoqué la mise en place de défenses se manifestant sous la forme d'affirmations très stéréotypées, interdisant toute pensée théorico-pratique ; « infirmière bouche trou », « pratique d'abattage », « remplaçante de médecins submergés par leur effectif », « sans activité de terrain ». C'était la mort annoncée d'un métier avant son éclosion. Donc, des doutes, j'en ai eu ! C'est certainement la conviction du médecin avec qui je me formais qui m'a permis de ne pas me laisser couler. En fait, à mon arrivée, les jalons étaient déjà en place. Et il m'a fallu tout apprendre. Dès ma première semaine, le thème de ce qui deviendra mon mémoire m'a été proposé. Il s'agissait de décrire le déroulement de l'apprentissage de l'entretien infirmier, en navigant de l'individuel au collectif. J'ai pu bénéficier d'un apprentissage rigoureux tout comme mes autres collègues embauchées par la suite. Au bout de cinq à six mois de formation au cabinet médical avec le médecin tuteur, mais aussi avec d'autres médecins volontaires (pour apprendre les divers angles et possibilités d'observations cliniques) j'ai commencé à faire des ESTI. Alors, ce qui donne un sens à mon métier, c'est avant tout ce que j'essaie de mettre en pratique et qui relève

de mon rôle propre infirmier. Je m'appuie sur un travail d'écoute, de proximité et j'essaie de « prendre soin » du salarié ; le but, utopique et absolu, étant qu'il soit protégé des risques professionnels au maximum, que les protections soient comprises et donc utilisées et qu'il se sente bien dans son activité et dans son entreprise. Finalement, j'ai l'impression que pour l'ensemble, les salariés se sentent mieux écoutés. En effet, le temps de l'auscultation est remplacé par un temps de parole. Je ne dis pas pour autant que le corps ne tient aucune place. Je m'en préoccupe lorsqu'il y a un point d'appel, une raison particulière qui fait que le corps peut être usé et marqué par le travail (raideur, stigmates, cicatrices...). Je regarde les dos des manutentionnaires, les genoux des maçons... et j'observe aussi beaucoup comment le salarié se meut. Je vais aussi regarder un conduit auditif après un audiogramme perturbé pour voir si le conduit auditif n'est pas obstrué par du cérumen. Des petites choses, un recueil de signes que je transmets au médecin ; mais je ne fais jamais de diagnostic autre qu'un diagnostic infirmier en relevant ces signes perturbés. L'objectif principal du diagnostic infirmier est centré sur les besoins de la personne et sur le fait que cette dernière retrouve ou conserve son autonomie¹⁶. Je ne suis pas invasive, je fais seulement mon travail en restant bien dans mon rôle propre. Les salariés ne se sentent pas gênés, une infirmière est proche des corps, c'est socialement et professionnellement admis. Les salariés savent qu'ils peuvent voir le médecin à leur demande, il n'y a pas de rupture entre le médecin et eux ; d'ailleurs je leur donne systématiquement cette information. Je crois que généralement ils se trouvent mieux soutenus et orientés dans ce système qui inclut plusieurs professionnels. Il en est de même dans le domaine des risques psychosociaux. Les salariés nous parlent évidemment de leurs difficultés car les situations conflictuelles sont parfois très présentes et requièrent beaucoup de temps. L'infirmière ne peut, au mieux, que faire réfléchir sur la situation de travail, et questionner sur les démarches que le salarié aurait faites pour sortir d'une situation qui ne serait plus tenable... Mais, lorsque le cas

est aigu, le salarié est toujours orienté rapidement vers le médecin du travail. Le praticien peut ainsi débattre avec le salarié en s'appuyant sur l'anamnèse de l'infirmière où seront inscrites l'histoire du salarié, la date du début de la dégradation sociale entre ses pairs et/ou la hiérarchie (car, bien souvent il y a eu un événement déclencheur) L'infirmière note le poste, l'activité, le poids, la taille, la prise de médicaments dont les psychotropes et leur dosage, les douleurs, les troubles du sommeil, les habitudes de vie (tabac, café)... Le dossier est nourri, l'infirmière recueille des informations conséquentes qui aideront le médecin à faire un diagnostic. C'est un gain de temps pour lui. Ainsi le médecin du travail utilise son temps médical dans une visée diagnostique et « thérapeutique ». Le médecin se centre sur les vrais problèmes que rencontre le salarié en utilisant le diagnostic infirmier. L'infirmière, par son travail, recentre le médecin au cœur de son activité, il est positionné en tant que spécialiste.

Pour résumer, je fais en sorte que le salarié puisse sortir de la consultation avec la meilleure réponse possible à son problème de santé et, si besoin, il revient pour une consultation médicale. Le staff permet d'établir une stratégie à mener dans telle ou telle entreprise. En fait, avec le temps et un travail assidu, un métier passionnant a émergé. Actuellement, 25 entreprises m'ont été « confiées » (en partenariat avec le médecin). Les métiers, les risques professionnels sont variés, les politiques d'entreprises aussi. Je ne m'ennuie pas. Il y a sans cesse à apprendre. Une dynamique s'est créée et est de plus en plus vivifiante, en particulier avec ma collègue infirmière ; sous la forme de partages de lecture, de réflexions, de questions « et comment tu t'y prends, toi, dans ce cas là... ? » Concomitamment, les ramifications avec l'équipe des IPRP s'enracinent davantage. Toxicologue, métrologue, ergonomiste, sont des ressources dont nous activons les compétences. L'infirmière n'est qu'une pierre dans l'édifice de la prévention, le médecin restant le coordinateur de ce système. Un travail varié, passionnant et, je pense, utile !

16. Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité. Il est complémentaire du diagnostic médical et ne s'y substitue pas. D'une façon générale, il est centré sur les besoins de la personne et non directement sur sa pathologie

Je suis « tombée » dans la médecine du travail par les missions d'intérim ; d'abord comme infirmière d'entreprise. Je n'avais pas fait la formation à la spécialité « santé-travail ». Cette période, qui devait être très courte, a finalement duré quatre ans. J'ai donc acquis une expérience certaine qui m'a ôté l'envie de changer de spécialité. Un peu en vrac, ce que j'ai aimé en entreprise, c'est la relation assez singulière (parfois d'aide) avec les salariés, la collaboration avec les médecins (suivi de leurs prescriptions pour transmission d'évolution) la participation au maintien dans l'emploi avec les diverses institutions, la participation aux choix des équipements de travail, les études de poste, les animations de formations et une certaine autonomie. À mes dépens, j'ai aussi été confrontée aux joutes contradictoires entre différents acteurs aux missions pourtant convergentes... Ce que j'ai le moins aimé a été une charge administrative croissante sans lien avec mon rôle infirmier, une certaine instrumentalisation du service médical et un isolement professionnel assez pesant. Pour des raisons personnelles, j'ai dû quitter ma région. Je voulais rester en santé au travail. J'ai trouvé un poste à pourvoir en service interentreprises. Cette nouvelle perspective m'attirait. J'ai donc été reçue en entretien par la DRH, puis par le médecin initiateur du projet infirmier dans ce service. Le médecin a bien insisté sur la charge de travail qu'allait représenter le couplage de l'apprentissage par tutorat et la formation universitaire que je devais entamer (licence santé-travail). Il m'a également transmis le mémoire de la première infirmière formée. Je l'ai lu avec attention. La charge de travail ne m'a pas particulièrement inquiétée. Je me suis toujours formée depuis que

je suis diplômée professionnellement. Je me suis donc lancée dans l'aventure, sans savoir réellement ce que j'allais y trouver, ou plutôt, comment j'allais m'y retrouver... car, finalement, je ne m'étais pas trouvée si mal en entreprise...

Depuis quelques mois, je réalise donc des ESTI. La difficulté première a vraiment été de savoir interroger sur l'activité de travail. Quand on demande à un boulanger ce qu'il fait, il répond « du pain ! ». Donc, il faut apprendre à poser les questions qui donnent envie à la personne d'expliquer comment il s'y prend pour le faire, son pain ! Une fois cette aisance acquise, on s'aperçoit qu'on recueille un matériau qu'il faut savoir analyser. Percevoir ce qui est coûteux, pénible, plaisant... Ce sont ces interactions qui se déploient au cours des entretiens qui me satisfont professionnellement. Plus je pratique, plus j'aime observer et comprendre les diversités, les ressemblances, les invraisemblances, les contradictions. L'épaisseur humaine est une énigme sans cesse renouvelée et l'infirmière, en attention permanente, doit pouvoir relever ce qui pourrait être de l'ordre de signaux à mettre de côté et à signaler au médecin. Diagnostic infirmier à l'affût. Je me souviens en particulier d'une visite d'entreprise où je me suis retrouvée transportée dans un autre siècle, au XIX^{ème} peut-être. Fabrication artisanale avec port de charges important, gestes répétés, dans un atelier ouvert à tout vent, donc non chauffé. Et là, stupéfaction ! Pas une plainte au cours des entretiens, pas particulièrement de TMS chez les plus anciens comme chez les plus jeunes, pas de turn-over, pas d'absentéisme. Même si je continue à m'interroger, le fait est que le travail avait du sens pour tous ces hommes qui le faisaient. Une sorte de

travail d'artiste. Pourtant, le face à face est parfois difficile lorsqu'on reçoit des personnes en difficultés, vivant des expériences douloureuses. Mais c'est passionnant d'essayer de trouver un levier pour déclencher une position réflexive et interrogative sur la propre situation du salarié. J'éprouve une réelle satisfaction quand, à la fin d'un entretien, j'observe une lueur dans les yeux d'une personne qui m'a exposé son impasse, sa souffrance et quand elle murmure un merci qui en dit bien long, quand elle semble un peu soulagée d'avoir pu ou osé échanger quelque chose. Et je parle seulement de ce que je perçois. L'entretien serait-il transformateur pour le salarié ? Impossible à mesurer ! L'avantage par rapport au travail au sein d'une entreprise, c'est la distance par rapport au salarié que l'activité en SST impose. Cette distance serait en fait, pour moi, une aide à l'analyse que le côtoiement régulier peut perturber. Cette analyse doit être permanente sur l'ensemble des plans : santé, social, environnemental et professionnel. Elle s'appuie sur différents sens : l'écoute, la vue, le toucher parfois. Si quelque chose me semble discordant je m'interroge, j'observe, je creuse parfois avec prudence, ou bien je laisse passer... À tout cela, en plus de l'entretien lui-même, s'ajoute le travail de traçabilité des risques, la collaboration permanente avec le médecin, la collaboration avec la secrétaire, avec l'équipe infirmière, avec l'équipe des IPRP. Ce travail avec les IPRP qui fait l'objet de mon mémoire. Chaque jour s'enrichit d'échanges, de découvertes. C'est passionnant. Plus je travaille, plus je me découvre l'envie de comprendre l'incommensurable énigme du fonctionnement humain. Une densité à laquelle je n'accédais pas quand j'étais infirmière d'entreprise.

UNE INFIRMIÈRE DE SANTÉ AU TRAVAIL AU SERVICE DES SOIGNANTS

Par Frédérique BÉGOT

En pleine réforme de la médecine de santé au travail, certains services interentreprises se sont précipités pour embaucher des IDE ST (Infirmières en santé travail) sans beaucoup de concertation et de réflexion sur ce poste, et parfois dans un seul but : être précurseurs. Résultat : les IDE ST sont dans l'attente qu'un médecin de santé au travail bienveillant leur « lègue » quelques consultations...

Toute infirmière donne des soins prescrits par un médecin. Le rôle de l'infirmière de santé au travail est essentiellement d'écoute. Elle prend en charge sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins, le suivi de la santé au travail des salariés. Sa fonction est de promouvoir un milieu de travail sain et sûr et d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail : c'est une vraie mission de prévention.

Après avoir passé 7 années dans le service autonome de santé au travail d'un laboratoire de recherche, j'ai eu la chance d'intégrer depuis octobre 2009 un service interentreprises (l'AMEDICLEN) pour aider 4 médecins ayant la charge de la santé de professionnels de soins (soit 3986 salariés appartenant à ce secteur) Mon rôle, défini avant mon arrivée, est sous leur responsabilité.

Être professionnel de soins (ASH, brancardier, aide-soignant, auxiliaire puéricultrice, IDE, secrétaire médicale, sage femme, pharmacien, biologiste, médecin et chirurgien...) c'est être exposé par son travail à une multitude de risques : risque infectieux, risque biologique, risque chimique, CMR, port de charge, stress, contact avec le public etc....

Les séances de vaccination « grippe saisonnière

et grippe A H1N1 » m'ont permises de me mettre dans le « bain » rapidement et d'avoir un premier contact avec les salariés. Depuis, mon activité s'est diversifiée : consultations avec les médecins, suivi des vaccinations obligatoires et recommandées, suivi de la dosimétrie pour le personnel exposé aux rayonnements ionisants, suivi de contact tuberculeux et coqueluche, étude de postes, recherches dans la littérature, formation binôme au GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants) participation à des groupes de travail soit au sein des établissements hospitaliers, soit au sein de mon entreprise, participation à diverses conférences : médecine de l'Ouest, ANMTEPH, congrès de médecine du travail à Toulouse..., présence aux CHSCT et autres réunions (COVIRIS : Coordination des vigilances et des risques sanitaires, CLIN : Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ...) et à des enquêtes.

Plusieurs projets sont en cours : campagnes de prévention pour le risque infectieux (AES : accidents d'exposition au sang) et de sensibilisation aux vaccinations coqueluche et rougeole en collaboration avec le médecin de santé au travail et l'hygiéniste des établissements de soins.

Lors des consultations avec le personnel hospita-

lier j'insiste sur différents points : déclaration des AES et explication des protocoles, port des EPI, recommandations vaccinales, gestes et postures lors de port de charge, conseil d'alimentation en fonction de différentes pathologies...

Ma présence dans l'un des centres a donné l'idée à un médecin du travail n'ayant pas à suivre la santé de personnel de soins, de me charger des conseils aux voyageurs et de faire les vaccinations nécessaires en sa présence.

Pour résumer, l'IDE ST d'AMEDICLEN, que je suis, remplit pleinement la mission d'une infirmière : écoute, prévention et promotion de la santé, éducation.

Je peux ajouter que sans la confiance totale des médecins de santé au travail qui me délèguent un grand nombre de tâches, et grâce à un minimum d'affinité sans quoi rien n'est possible, je ne pourrai pas m'épanouir pleinement. D'autre part je souligne l'importance du travail en équipe avec les assistantes et les IPRP.

Pour conclure : on peut être une IDE ST heureuse dans un service interentreprises, il suffit d'y trouver sa place tout en privilégiant l'intérêt des salariés et de leur entreprise.

(Cette réflexion n'engage que moi)

ENQUÊTE EN SEINE SAINT-DENIS SUR LES VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

Par Patricia DOMINGUEZ, secrétaire médicale

Cette enquête fait suite à une demande de la commission « Harcèlement sexuel au travail » de Seine Saint Denis, dans laquelle notre service est représenté par le Docteur Sterdyniak, médecin du travail. Celui-ci a souhaité que je sois associée à part entière à cette enquête totalement novatrice sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail. Il a en effet, estimé indispensable la présence d'une secrétaire médicale, compte tenu de notre place dans l'accueil des salariées. Projet pleinement soutenu par Madame Gielen Directeur de l'Amet, qui nous a octroyé tous les moyens nécessaires pour le mener à bien. Elle m'a libéré du temps de travail, et donner la possibilité de m'impliquer totalement. Je remercie ma direction de m'avoir permis d'aller jusqu'au bout de cette enquête, de m'avoir fait confiance. Ce projet a été validé par le commission médico-technique du service. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué (voir encart).

Je dois ajouter qu'à aucun moment je ne me suis sentie en porte à faux ou mal à l'aise durant ces deux années de travail et de réunions régulières. J'ai appris à connaître des femmes formidables qui partageaient les mêmes valeurs que moi, avec l'envie de « faire bouger les choses ». Nous avons pu établir un constat sur un sujet totalement occulté concernant les violences faites aux femmes dans le cadre du travail. Le but de cette étude était d'« évaluer ces violences, les dénoncer, les faire connaître aux institutions politiques et au grand public, » mais, également de faire savoir aux femmes leurs droits en matière de justice.

La rédaction de cette enquête a demandé beaucoup de réflexion pour formuler les questions et le soutien des statisticiens a été essentiel. Nous avons pris comme base de rédaction l'enquête ENVEEF (2000) Une information-formation des secrétaires et médecins du travail a été organisée dans le service avec la participation de l'AVFT (Association contre les Violences Faites aux Femmes) et la DDDFE93 (Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité en Seine Saint Denis)

Les questionnaires anonymes ont été distribués. Lorsqu'ils étaient complétés et mis sous enveloppe, la salariée le déposait dans une urne. Les assistantes des médecins ont aidé, toujours avec discrétion les personnes qui les sollicitaient. Nous n'avons rencontré que très peu de refus de la part des salariées qui venaient pour leur examen médical. Ce questionnaire était découpé de la visite médicale proprement dite. La totalité des mes collègues secrétaires médicales a pleinement collaboré et avec sérieux à ce projet. Je pense que nous sommes toutes concernées en tant que femmes, car nous avons, toutes, été confrontées, à un moment donné dans le cadre de notre activité professionnelle, à des degrés différents, de la simple blague sexiste ou plaisanterie grivoise jusqu'à de la violence caractérisée. Pour quelques médecins, cette enquête n'allait pas de soi. Sujet inhabituel et difficile. Manque de formation, d'approche psychologique sur un sujet aussi tabou. Position par rapport aux employeurs, à la parole des femmes. Remise en question sur des violences cachées mais bien existantes. Crainte de réactions de salariées pendant la consultation ou de questionnements d'employeurs. Que dire de ce médecin qui a critiqué mon engagement, mes compétences et plus ou moins empêché la tenue de l'enquête dans le centre où il exerçait ?

Et oui, la violence faite aux femmes touche tous les secteurs d'activité.

Pour aider les salariées consultées et mes collègues, des plaquettes avaient été mises en place sur les bureaux où les questionnaires étaient remplis :

- « Agir face aux agressions et harcèlement sexuels au travail. »

- « Femme d'ici ou d'ailleurs, nous avons toutes des droits face à la violence »

- « Plaquettes sur les droits des femmes face à la violence conjugale. »

Ces plaquettes nous avaient remises par la Délégation Régionale aux Droits et à l'Égalité des femmes. Les salariées prenaient connaissance du contenu de celles-ci, sélectionnaient ou emportaient les trois plaquettes.

Les femmes ont participé massivement à cette enquête : seulement 5.5% ont refusé de répondre ou ont rendu un questionnaire vierge. Je voulais justifier ce peu de refus. Car tout le mérite en revient à mes collègues qui en tant que femmes ont su motiver toutes ces salariées. On était dans le registre de la complicité féminine, de la solidarité et l'implication fut grande. Les salariées ont

répondu facilement aux secrétaires qui leur présentaient l'enquête car je nous crois quelques fois bien plus accessibles que les médecins. Les femmes avaient enfin droit de parole par l'intermédiaire de ce questionnaire anonyme et elles ont saisi l'occasion d'exprimer les violences auxquelles elles

avaient dû faire face au sein de leur cursus professionnel. Beaucoup ont regretté que ce questionnaire ne porte que sur les douze derniers mois. Car pour la catégorie des plus de 40 ans, beaucoup de femmes ont dit avoir subi ce genre de violences plus jeunes. Si le statut marital protège, l'âge aussi..... sans commentaire.

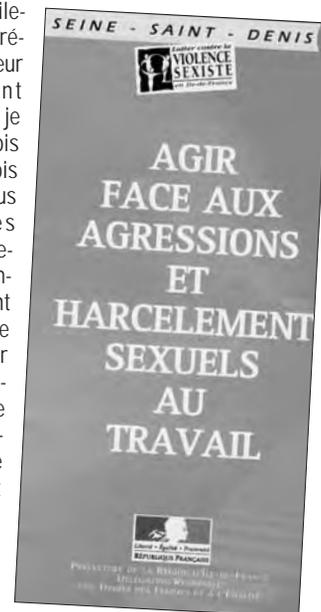
D'autre part, et chaque fois que cela a été possible (certaines de mes collègues parlant plusieurs langues) les directives pour cette enquête ont été donné dans la langue d'origine de la salariée (espagnol, portugais, grec, arabe...) Mais peut-on parler ... les résultats de l'enquête confirmeront que la loi du silence pèse lourd sur les femmes.

Paroles de femmes :

Tant que c'est la petite dernière arrivée, jolie de surcroît, seule avec enfant, qui devient l'objet des attaques ciblées et qu'il nous laisse nous, les autres tranquilles, on ferme les yeux. Elle représente « la proie idéale ». Celle qui va arrêter de se maquiller, de se coiffer, de s'habiller, jolie sans que cela ne préoccupe personne, qui va tomber en dépression, démissionner car elle ne pourra plus supporter cette pression. Victime et doublement punie. Le plus insoutenable, même si je ne juge pas et peux le comprendre, c'est ce manque de solidarité face à ces violences. Et toujours la peur de parler, et à qui ?

Une évidence : le statut marital protège, une alliance fait la différence.....

Un exemple sur le centre dans lequel je travaille : une salariée est repartie avec le petit document sur la définition des violences et les risques





encourus par leurs auteurs. Lors d'une visite l'année suivante, elle m'a dit l'avoir posé sur le bureau de la personne concernée et que cela avait suffi pour que ce harcèlement cesse. Il avait compris le message, les agresseurs minimisent toujours leur comportement.

Tous les participants à l'enquête ont été interloqués par l'ampleur de ce phénomène.

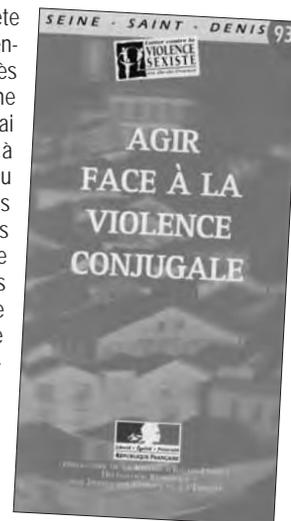
Pour rappel, quelques chiffres de notre enquête :

- Harcèlement sexiste fréquent : 56.5% disent avoir été victimes de ces faits au cours de l'année,
- Harcèlement sexuel : 22.3%
- Exhibitionnisme, pelotage, baisers forcés ; attouchements sexuels, viols 4.6% des salariées.

Nos résultats ont été présentés à la Commission d'Action contre les Violences Faites aux Femmes en séance plénière du 17 mars 2008 en présence des Préfets de la Seine- Saint- Denis, des représentants des corps constitués (police, justice, université, conseil de l'Ordre et du mouvement associatif) J'ai assisté à des présentations de notre enquête et j'ai pu en mesurer l'impact sur l'auditoire à chaque fois. Les résultats ont vraiment interpellés, ceux qui ne pensaient qu'il ne s'agissait que « d'exceptions ». De ce fait, des réunions supplémentaires ont été programmées pour établir une plaquette à l'attention des femmes sur la définition exacte des violences et les peines encourues par leurs auteurs.

Notre enquête a été présentée au congrès de Médecine de Tours et j'ai été invité à me joindre au cercle très fermé des médecins. Je ne suis pas intervenue lors de cette présentation, je ne le souhaitais pas, mais je crois savoir qu'il existait aussi une réticence de certains médecins .

Le métier de secrétaire médicale évolue, la pluridisciplinarité devient nécessaire, nous pouvons être encore plus efficaces en matière de santé au travail et devenir des assistantes à part entière.



Composition du groupe de travail :

G.AMOUSSOU, juriste (AVFT)
 PDOMINGUEZ, secrétaire médicale (AMET)
 D.FOUGEYROLLAS, sociologue (IRISES- CNRS)
 A.GILLET, MIRTMO (DRTEFP IDF)
 S.LE CLERC, Déléguée Départementale (DDDFE 93)
 M.C. MARGEOT, directrice Adjointe du travail (DDTEFP 93)
 F.RAGEAU et C. STEPIEN, statisticiens (DRTEFP IDF)
 J.M. STERDYNIAK, médecin du travail (AMET)
 C.THOMASSIN, MIRTMO (DRTEFP IDF)

A VOS AGENDAS !

Le SNPST organise un colloque sur le thème de

“ l'approche clinique des équipes coopératives en santé travail “

le 9 décembre 2011 à Paris.

Retenez dès à présent cette date dans l'attente du programme définitif !

