

COOPÉRATION MÉDECIN/INFIRMIÈRE – EQUIPE SANTE-TRAVAIL

Un point de vue sociologique

Blandine Barlet

Université de Nanterre/IDHE - INRS

9 décembre 2011

Plan

- ▶ Collaboration médecin infirmière : l'influence des contextes
- ▶ Les débuts des infirmières santé travail
- ▶ Une coopération entre médecins et infirmières qui se construit

1. L'influence des contextes

Les facteurs qui rentrent en compte

- ▶ Les relations médecins / infirmières doivent être replacées dans un double contexte
 - > Le contexte global
 - > Le contexte organisationnel

Il existe des contraintes dues à la situation en médecine du travail d'une part et à l'organisation du travail d'autre part

1. L'influence des contextes

Le contexte d'émergence du binôme : un déficit de main d'œuvre médical

Le discours ambiant : « **Pas des ressources substitutives, mais des ressources complémentaires** » !

... est partiellement démenti par le contexte d'introduction dans les services des infirmières :

- Elles sont embauchées quand on n'arrive plus à recruter de médecins
- Leur arrivée dans les services s'impose aux médecins

C'est dans un contexte démographique très spécifique (« pénurie ») que les médecins sont encouragés à collaborer avec les infirmières

1. L'influence des contextes

Le contexte organisationnel

- ▶ L'histoire du service est primordiale dans la construction des relations infirmières/médecins
 - ▶ Les infirmières y sont-elles présentes depuis longtemps?
 - ▶ Les médecins ont-ils pris l'habitude de travailler avec d'autres acteurs (par ex AST introduites plus tôt) ?
- ▶ L'actualité du service également, les choix en termes de management :
 - ▶ Le service est-il en train de fusionner avec d'autres dont les « histoires » sont différentes ?
 - ▶ Les équipes ont-elles la possibilité de « se choisir »?
 - ▶ Les salaires sont-ils harmonisés ?

2. Les débuts de l'infirmière santé travail

Un manque de reconnaissance qui dure

Les IST disent elles-mêmes : « les IST n'existent pas » !

- ▶ Le statut des IST et leurs missions ne sont pas définies par la loi (pas de statut juridique)
 - ▶ Mais de plus en plus d'instances locales se penchent sur ce métier et des fiches de poste précisent les missions de chacun
- ▶ Les ESTI ne représentent pas une pratique reconnue
 - ▶ Mais leur pratique amène une reconnaissance des salariés/des entreprises
- ▶ IST n'est pas une spécialité infirmière
 - ▶ Mais ce mode d'exercice est listé dans les différents « métiers » infirmiers par le COI
- ▶ La formation n'est pas encore obligatoire
 - ▶ Mais elle est de plus en plus souvent demandée par les services inter et acceptée par les entreprises, et elle se structure de plus en plus

2. Les débuts de l'infirmière santé travail

Des obstacles dus à une arrivée précipitée

- ▶ Les services et les médecins ne sont pas toujours prêts à accueillir des infirmières fraîchement formées
- ▶ Un décalage parfois rude entre
 - ▶ des médecins :
qui connaissent mal les infirmières et le travail en équipe (habitude du binôme avec les secrétaires, très différent)
qui sont parfois très hostiles à l'arrivée d'infirmières dans les services, pour diverses raisons.
 - ▶ Et des infirmières
qui sortent de leur formation avec l'envie de mettre en pratique leurs nouvelles connaissances dans le domaine de la santé au travail

2. Les débuts de l'infirmière santé travail

Des obstacles parfois très concrets

- ▶ Des problèmes d'ordre logistiques se présentent :
 - ▶ Y a-t-il assez de bureaux disponibles dans le centre pour que médecins et infirmières organisent leurs consultations en même temps?
 - ▶ les infirmières sont-elles prévues par les RH (on voit apparaître un tout autre intitulé de métier sur la fiche de paye)
 - ▶ Disposent-elles des conditions matérielles, notamment informatique (logiciel adapté) qui leur permettent de faire leur travail d'IST?

Lassitude, démissions, sont le fruit de ces débuts difficiles...

2. Les débuts de l'infirmière santé travail

Quelques questions qui se posent...

- ▶ Quel ratio médecin/infirmière? (1 pour 1; 1 pour 2...)
- ▶ Comment organiser les entretiens?
 - ▶ en présence du médecin en cas de problème ou indépendamment du médecin?
 - ▶ Avec une trame prédéfinie ou pas? Trame par risque/secteur/métier? Avec des questions ouvertes?
 - ▶ En englobant un questionnaire type EVREST?
 - ▶ En englobant des examens complémentaires?
- ▶ Comment organiser l'AMT?
 - ▶ Comment éviter les concurrences avec AST, ergonomes?
 - ▶ Les infirmières peuvent-elles décider seules de leurs AMT ou dépendent-elles de l'aval du médecin et/ou de l'AST pour avoir accès à l'entreprise?

3. La construction d'une coopération

L'infirmière « à tout faire »? Une division des tâches à négocier

- ▶ Assister le médecin du travail dans toutes ses activités... Une mission floue!
 - ▶ la secrétaire, l'AST, les IPRP... assistent également le médecin du travail
- ▶ Quelles sont les spécificités de la collaboration médecin/infirmière? Où se situent les limites de ce qu'elle peut/doit faire?
 - ▶ Débats, négociations au niveau national, régional, au niveau des services (fiches de poste, fiches métiers...)
 - ▶ Négociations au quotidien dans la collaboration

Où commencent/où s'arrêtent les limites des métiers de chacun ?

3. La construction d'une coopération

Une équipe qui rassemble médecin, infirmière... Secrétaire et AST!

- ▶ Le médecin n'est pas le seul touché par l'arrivée des infirmières, notamment dans les services inter...
- ▶ Les secrétaires doivent :
 - ▶ Convoquer et préparer les consultations du médecin ET de l'infirmière
 - ▶ Parfois, renoncer aux examens complémentaires qu'elles avaient pris l'habitude de faire
- ▶ Les AST doivent aussi apprendre à travailler avec des infirmières
 - ... Dans un contexte où la délimitation du « technique » et du « paramédical » ne va pas toujours de soi

3. La construction d'une coopération

Quelle est la visée de cette collaboration?

- ▶ La collaboration médecin/infirmière :
 - Rend le médecin plus efficace, lui permet de mieux faire son travail
 - Lui rend service, le décharge d'une partie de son travail
- ▶ La collaboration médecin/infirmière :
 - Permet à l'infirmière de jouer un rôle de prévention et d'avoir une utilité auprès des salariés (individuellement dans la relation et collectivement)

Travailler « pour le médecin » ou « pour le salarié »? Ces deux visées sont-elles forcément incompatibles?

3. La construction d'une coopération

Ce que les infirmières apportent en santé-travail La conception d'un médecin...

« Il y a un moment où on finit par douter, on se dit peut-être que mon jugement est faux, je porte un mauvais jugement sur cette entreprise. Et d'avoir quelqu'un qui partage le même effectif avec des pratiques différentes, une vision différente, pas les mêmes missions, pas l'aptitude, pas tout ça, eh ben ça apporte une deuxième vision et c'est très agréable. C'est très agréable, parce que déjà on se sent un tout petit peu moins seul et puis soit ça conforte l'idée et ça permet d'asseoir nos actions. Soit ça conforte pas son idée et c'est très bien aussi parce que ça permet de changer de cap ».

3. La construction d'une coopération

Des attentes très diverses des médecins

- Les médecins ont tous des attentes différentes vis-à-vis de l'infirmière avec qui ils travaillent...(qui leur est subordonnée)
- Cela demande aux infirmières d'être malléables / de s'adapter.
- Et parfois d'agir à l'encontre leurs valeurs professionnelles :
 - « Eponger le surplus d'effectif »; « ersatz d'aptitude »
 - Récupérer les tâches perçues comme relevant d'un « sale boulot »
 - dédouaner le médecin par rapport à un suivi problématique

Comment éviter que l'assistance au médecin ne devienne une fin en soi?

Clin d'œil « historique »

Le docteur Destouches /LF Céline en 1928 développe l'idée d'une médecine du travail proche de la médecine militaire, éloignée de la clinique :

« Je verrai plutôt intervertir les rôles (infirmière visiteuse-médecin) et l'infirmière se charger des consultations médicales le plus souvent platoniques du médecin au dispensaire et le médecin de son côté, par contre, dépister les malades, les aiguiller en bavardant deux minutes avec eux sur les lieux même du travail, où ils se trouvent groupés, condensés, attentifs. Cela n'est ni de la médecine « standard », ni de la médecine d'hôpital, ni de la médecine de cabinet de consultation, c'est la médecine d'expectative et de pratique spéciale et adaptée à une population nombreuse et toujours au travail »

4. Conclusion

Le champ de la santé au travail : un champ de débats et de controverses

- ▶ Médecins et infirmières évoluent dans un domaine dans lequel existent des controverses, des désaccords sur les finalités comme sur les modes d'action.
 - ▶ Il existe des visions différentes, voire divergentes, de ce que c'est que la santé au travail, de ce que sont vos missions.
 - ▶ Or, les métiers et les identités professionnelles (les différentes manières de se positionner dans le métier) se construisent en fonction de ces visions
 - ▶ Flou des missions et des priorités des médecin du travail peut rejaillir sur les infirmières
- ▶ Durant cette période d'ajustement :
 - ▶ Les débats ne doivent pas être étouffés : ils peuvent aider chacun à se positionner

4. Conclusion

« Ce qui est important,
C'est ce qu'on a à faire ensemble! »

Dans les cas de coopération qui fonctionnent, l'idée d'un **objectif commun** à atteindre, d'une mission commune (la préservation de la santé des salariés) prévaut sur les questions d'ordre hiérarchique

L'équipe est une co-construction à laquelle chacun participe

Les modalités de coopération s'ajustent quand le binôme/trinôme a la possibilité de dialoguer sur ses objectifs

4. Conclusion

Une communication nécessaire à deux niveaux

- Dans la coopération : réunions de « staff » (à la condition qu'il y ait une réflexion sur les formes qu'elles peuvent prendre)
- Dans le groupe professionnel lui-même : La construction de la coopération passe aussi par la construction/consolidation des identités professionnelles de chacun : rôle important des groupes de pairs (non seulement pour harmoniser les pratiques mais aussi pour se positionner les uns par rapport aux autres).