

ACTES du Colloque du VENDREDI 14 decembre 2012



Colloque E-PAIRS-SNPST(Paris)



Coopération clinique en sante au travail

Focus TMS et RPS

Après un premier colloque de ce type le 9 décembre 2011 qui a principalement traité des traçabilités (actes sur le site), E-pairs s'associe à nouveau avec le SNPST pour évaluer les réalisations et les potentialités de cette coopération sur deux atteintes à la santé parmi les plus fréquemment rencontrés : TMS et RPS, Troubles Musculo Squelettiques et Risques PsychoSociaux.

Les premiers acteurs évoqués de la coopération clinique en santé au travail sont les médecins du travail et les infirmières en santé au travail qui constituent les intervenants de cette journée. Mais aussi des collaborateurs proches dans les services et les professionnels de santé externes comme les médecins généralistes et des spécialistes peuvent devenir aussi des coopérateurs cliniques précieux.

Quatre séquences sont prévues où la présentation explicite de situations de coopération clinique sera suivie d'échanges avec les participants de la salle. L'objectif est de questionner la place d'une clinique partagée et complémentaire de la santé au travail. Par exemple, le recours de plus en plus fréquent à des questionnaires et des protocoles fermés semble banaliser des divisions de tâches et restreindre une clinique compréhensive pour l'action. Un double fil rouge médecin et infirmier du travail tentera d'aider à l'émergence de repères. Titre des séquences à venir..."

Un fil rouge est composé d'un médecin et d'une infirmière seniors qui réagiront après les débats qui suivront chaque cas clinique.

Fil rouge Joëlle Milliez

Fil rouge Dominique Huez

Conférence : concepts et historique des coopérations cliniques en santé au travail

Fabienne Bardot, Catherine Robida

Possibilités de la collaboration médecin-infirmière en médecine et santé au travail.

La survie de la médecine du travail tient au maintien de l'approche clinique individuelle des salariés. Ce sont les connaissances des liens entre les effets du travail sur la santé (et inversement), fines et cumulées, qui orientent vers les projets préventifs, avec l'aide technique des IPRP. Cette connaissance n'est obtenue que grâce à l'investigation clinique. Or cette approche clinique très particulière risque de s'appauvrir,

voire de disparaître avec la raréfaction des médecins du travail. D'où l'idée de faire appel à l'assistance d'infirmières spécialisées en médecine et santé au travail pour maintenir l'accès à l'analyse clinique de la relation « santé-travail ».

Pour autant, le travail de récolte de ce matériau clinique demandé aux infirmières diffère de ce que font les médecins du travail (ou faisaient, pour certains). Il ne s'agit pas d'une substitution, les deux métiers ne sont pas les mêmes. Mais ils sont complémentaires et leur mise en commun transforme par enrichissement le diagnostic sanitaire dans une entreprise et augmente les capacités d'action, préventive ou autre.

La collaboration médecin-infirmière s'organise autour des rôles de chacun des acteurs socialement définis dans le Code de santé publique:

Les médecins font partie des professions médicales et de ce fait sont exonérés du principe de protection de l'intégrité corporelle,

Les auxiliaires médicaux (les infirmières en font partie) n'y sont autorisés que dans le cadre de leur décret d'actes (décret du 29 juillet 2004 retranscrit dans le CSP à partir de l'article R 4311-1 et des suivants).

Ce décret d'actes infirmiers propose la notion de « rôle propre infirmier » (article R 4311-1 du CSP) et définit la notion de « diagnostic infirmier » (article R 4311-3 du CSP). Ce sont ces deux compétences qui vont permettre le travail d'assistance du médecin du travail et du travail coopératif. Leur immense utilité est d'être une aide au diagnostic médical du médecin (article R 4311-2 du CSP).

La spécificité de la clinique infirmière serait donc caractérisée par une approche globale dans la perspective du « prendre soin, de porter attention à la personne » dans sa situation de travail ; ce qui correspondrait à la notion de « care » en santé au travail et ce qui fait la différence avec l'approche médicale du « cure », même en médecine du travail.

L'Entretien Santé Travail Infirmier (ESTI) n'est pas un examen médical. Il s'appuie avant tout sur une approche très globale du salarié dans son environnement complet de vie, sur sa parole au sens clinique du terme, désignant la capacité à organiser et à mettre en lien les déclarations de la personne avec les situations de travail et les rapports sociaux de travail connus du professionnel. L'infirmière doit être en capacité d'en faire une synthèse au médecin. Et ce dernier consolide ainsi son diagnostic médical en s'appuyant sur ses connaissances propres médicales des situations individuelles ou collectives.

L'ESTI est réalisé sous la responsabilité du médecin (article R 4623-14 du Code du travail), il s'agit d'une prescription du médecin. La perspective d'une collaboration introduit l'idée d'une relation de confiance obligatoire alors que les partenaires sont dans un rapport hiérarchique asymétrique. L'enjeu de ce rapport est donc central pour une relation de coopération réussie : il s'agit de tout faire pour échapper à une relation de subordination ou, à l'inverse, de « copinage », lorsqu'on se trouve de fait dans une relation asymétrique, non paritaire. La qualité des compétences à acquérir est donc primordiale pour l'infirmière. La formation théorique doit être de grande qualité. Et le médecin doit participer à une formation pratique de terrain de l'infirmière de type compagnonnage.

La journée s'articulerait autour de ces réflexions qui seraient illustrées par des exemples de pratiques coopératives, de cas pratiques.

Historique du dispositif infirmier au CIHL

Docteur Catherine Robida

Genèse du projet :

Dès 2007, nous avons du gérer un déficit de temps médical qui va aller en s'accroissant avec le départ non remplacé des médecins qui partent en retraite.

Nous faisons l'analyse que si l'approche clinique globale par des consultations systématiques disparaît, faute de temps médical, ne restent que les consultations « urgentes » et d'« embauches » selon les critères juridiques. La conséquence en est la disparition de la vision collective apportée par les informations regroupées de vécus individuels rapprochés et touche la vision clinique globale des relations santé-travail. Donc, le raisonnement est le maintien ou non d'une approche médicale ? Quel serait l'apport d'une infirmière ? L'infirmière assiste le médecin dans son approche clinique de la santé au travail et des liens entre les deux. Sinon, on verra se mettre en place une approche uniquement par les risques et on pourra faire sans les médecins du travail, seulement avec les IPRP. Finalement, les partenaires sociaux ont choisi de maintenir l'approche clinique individuelle

D'où l'idée d'une assistance des médecins du travail par des infirmières formées à la spécialité et à l'entretien santé travail infirmier mais qui nécessitent des conditions obligatoires : une formation universitaire diplômante : DIUST ou licence et une formation concomitante de terrain obligatoire par un système de formation en alternance avec un médecin volontaire.

L'infirmière fera des Entretiens Santé Travail Infirmiers (ESTI), sur prescription du médecin, selon un protocole de cadrage, avec mise en application du « rôle propre » infirmier. D'où l'importance du tutorat ou apprentissage par un système de compagnonnage. L'infirmière assiste aux consultations médicales, rédige des observations (relevant de l'ESTI), elle fait des exercices devant le médecin puis des exercices en vrai, seule, le médecin à ses côtés.

En alternance de cet apprentissage au cabinet, il faut ouvrir la possibilité d'assister à des consultations d'autres médecins, d'assister à des entretiens infirmiers (si possible), d'assister à des interventions de terrain d'IPRP. C'est le médecin qui juge (et qui sait) lorsque l'infirmière peut commencer seule. Elle doit être assistée d'une secrétaire, elle même sous la responsabilité du médecin.

Une fiche d'ESTI avec double signature est remise au salarié et à l'employeur.

Au départ, l'infirmière reçoit les salariés en consultations systématiques et les salariés vus en première consultation, hors « embauches » juridiques. Un staff est obligatoire une fois par semaine pour traiter des dossiers à problèmes et définir les actions de suite.

La visite d'entreprise est obligatoire pour comprendre le contenu du travail (AMTI), l'infirmière en fait toujours un compte rendu détaillé.

L'infirmière participe aux CHSCT, elle sera toujours présentée une première fois par le médecin. Elle en fait un compte rendu écrit. C'est une mission déléguée. Elle aide à la rédaction de la fiche d'entreprise, à partir des comptes rendus de visites d'entreprises. Elle travaille en réseau avec les IPRP, à partir des besoins qu'elle a repérés, après validation des demandes par le médecin. Elle est un relais, l'infirmière n'est pas un IPRP.

Quelles sont les conditions de réussite ? Il faut des médecins volontaires et idéalement une infirmière avec un médecin. Il est déconseillé qu'une infirmière travaille

avec plusieurs médecins dont les pratiques peuvent être différentes, ce qui mettrait l'infirmière en difficultés. Mais il faut qu'un minimum de médecins remplace ceux qui partent, sinon le dispositif ne marchera plus. Une infirmière ne peut travailler sans médecin (pour l'instant: cf R 4623-14 CT). Il est nécessaire qu'une confiance sans faille s'établisse entre le médecin et l'infirmière, d'où la nécessité de la qualité de l'apprentissage. Le tutorat est impératif, la formation théorique n'est pas suffisante. On risque des difficultés, voire des échecs en l'absence d'encadrement serré au départ.

L'histoire du projet : de la conceptualisation à la pratique

La première infirmière a été embauchée en octobre 2007 sous tutorat du Docteur BARDOT sur un secteur en grande pénurie médicale. Le projet présenté au Conseil d'Administration et à la Commission de Contrôle a été validé mais avec un avis non-unanime de la CMT. Deux mois après, un groupe de travail avec des médecins intéressés par le projet a vu le jour. Les premières infirmières ont été embauchées. La dérogation de la DRTEFP a été accordée en 2009 pour l'entretien infirmier santé-travail et l'AMT. Des résistances existaient au sein du service, de la part de certains médecins, ainsi que des secrétaires qui s'inquiétaient de leur rôle et de leur positionnement par rapport aux infirmières. L'avancement du projet fut présenté à toutes les étapes et à toutes les instances, et notamment sous la forme de cas pratiques lors des réunions de service.

Des groupes de travail ont été constitués : médecins-IDEST, réunions avec les secrétaires, réunions des IDEST entre elles afin de créer une base commune de travail, d'harmoniser et débattre des pratiques, de mettre en place des « protocoles », « référentiels guides » en fonction des situations cliniques rencontrées.

En pratique : le médecin détermine avec l'infirmière quelles entreprises sont concernées et lesquelles il va lui déléguer. Les entreprises sont préalablement informées par courrier. Les visites périodiques uniquement (ou première consultation hors embauche juridique) sont déléguées. Le nombre d'entretiens par demi journée est fixé par l'équipe : médecin, infirmière, secrétaire (8 maximum par demi-journée dans notre service).

L'IDEST remet une fiche de suivi infirmier. L'IDEST ne doit pas indiquer de restrictions, mais orienter le salarié vers le médecin du travail si c'est nécessaire. Par contre, il est possible de reconduire les restrictions, le médecin du travail en sera informé en STAFF. Des conseils de prévention peuvent y être notés, le port d'EPI, ainsi que les principales expositions, ou autre si prescription du médecin du travail.

En conclusion : le dispositif s'est mis en place et s'est développé avec un recul de 5 ans. Les équipes fonctionnent en autonomie. Tutorat et formation demandent un fort investissement des participants. Il n'y a pas ou peu de résistance chez les employeurs et les salariés. Cela a permis de maintenir des consultations périodiques et de pratiquer un travail en réseau plus efficace. Le nombre de demandes faites aux IPRP a augmenté ainsi que la participation aux CHSCT.

Catherine ROBIDA

Fil rouge Joëlle Milliez

Le cadre législatif de l'intervention de l'infirmière de santé au travail a bien été précisé par Fabienne Bardot.

La mise en place des entretiens santé infirmiers demande l'élaboration de nouvelles modalités de travail et de coopération entre médecin et infirmières dans le cadre d'une organisation orientée vers la continuité du suivi de santé des salariés.

Même si cette nouvelle organisation s'inscrit dans un contexte démographique difficile, la mise en place des ESTI n'a pas pour objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale, mais elle est sous-tendue par le souci de conserver une qualité du suivi de santé du salarié.

Le binôme médecin-infirmiers est capital, il faut travailler en confiance et dans un respect mutuel. Il faut bien préciser le rôle de chacun.

Sa mise en œuvre demande réflexion et volontarisme,

Cette pratique coopérative participe d'un repositionnement du médecin sur des activités médicales requérant une expertise dont lui seul est détenteur, et d'un positionnement nouveau des infirmiers dans des champs peu ou pas investis par le médecin ainsi les activités mises en œuvre par les infirmières sont complémentaires à celles du médecin..

Nous devons mutualiser nos compétences pour que perdurent les services de santé au travail

Fil rouge Dominique Huez

Il faut noter la clarté de cette intervention qui met bien à plat le cadre et les règles de coopération infirmier - médecin du travail. Elle essaie de caractériser la spécificité du rôle propre de l'infirmier du travail, pour une fois du point de vue du métier de l'infirmier du travail. L'importance d'un protocole élargi pour la pratique de l'entretien infirmier y est réaffirmée. Il est clair qu'il ne s'agit pas d'une activité de substitution du médecin vers l'infirmier, mais d'un enrichissement de pratiques médicales « à deux lignes musicales », à métier, droits et devoirs spécifiques différents, réglementairement définis. La défiance légitime pour des tâches vides de sens confiées à l'infirmier, de « remplissage de questionnaire », est soulignée.

L'aspect très concret des modalités en situation du compagnonnage formateur de l'infirmier du travail avec le médecin du travail est un acquis précieux. Un chantier à ouvrir sera le dépassement du rôle propre infirmier tel qu'il est défini dans le code de la santé publique. Ceci pour le spécifier en médecine du travail, en y intégrant les déterminants sociaux du travail afin ne pas être enfermé dans une conception de l'éducation sanitaire et des facteurs de risque exclusivement individuels. Y intégrer la prise en compte du travail, ouvre à une meilleure compréhension des difficultés pour les salariés de leur « travailler » et « travailler ensemble ». Au-delà de la novation des staffs de synthèse et de transmission, comment inventer une coopération clinique réactive. Quelle place alors pour l'écriture au dossier médical de l'infirmier, déléguée par un médecin du travail et de sa seule responsabilité.

La délégation médecin - infirmier du travail est dépendante de la confiance professionnelle réciproque, assise sur des valeurs et règles professionnelles partagées qui font sens en prévention de la santé au travail. Préciser du point de vue du métier, le cadre réglementaire de l'intervention infirmier, protégera ce dernier d'un risque juridique majeur. Il ne peut en effet hors rôle propre, intervenir en absence de médecin en responsabilité pour un « secteur professionnel déterminé ».

L'infirmier du travail après un ESTI ne peut reconduire des restrictions médicales antérieures, ni déclencher en autonomie l'action d'un IPRP, ni nourrir sans le médecin du travail la « fiche d'entreprise » de ses données, ni intervenir en « rôle propre » en CHSCT, toutes activités relevant de la mission réglementaire du médecin du travail et engageant sa responsabilité personnelle.

Le débat devra continuer pour ne pas enfermer le médecin du travail coopérant avec un infirmier pratiquant des ESTI, à ne traiter exclusivement que les pathologies aiguës ou

le maintien dans l'emploi. Malgré les ESTI, le médecin du travail devra continuer à exercer une médecine de prévention individuelle de première ligne ouvrant à la prévention primaire collective, en articulant veille médicale et alerte médicale si nécessaire.

Faute d'un minimum de suivi médical individuel systématique par le médecin du travail pour des travailleurs réputés en bonne santé, la médecine du travail clinique de première ligne disparaîtra et la clinique médicale du travail sera appauvrie d'un regard médical essentiel sur « la normalité » qui ne sera plus possible

Coopération sur les TMS entre une infirmière et un médecin d'un SIST dans une entreprise de fabrication d'accessoires,

Mireille Chevalier, MdT, Katia Wanquet, IST

Présentation :

Dans une entreprise de fabrication de produits de consommation courante en matière plastique, le médecin du travail a été amené à faire une alerte pour les troubles musculosquelettiques dans les ateliers et pour les RPS dans le service commercial.

L'entreprise décide de mettre en place avec la collaboration du service de santé au travail et de la CARSAT une action d'amélioration, un groupe de travail dédié à l'étude et l'amélioration d'un poste de découpe plastique est mis en place.

Le suivi du groupe de travail se fait en alternance entre le médecin du travail et l'infirmière, en fonction des besoins du groupe, des spécificités professionnelles du médecin ou de l'infirmière mais aussi des disponibilités de chacune.

Afin d'effectuer au mieux cette action et le suivi de l'entreprise, il a été nécessaire de mettre en place des outils et une méthodologie efficaces entre le médecin et l'infirmière.

Connaissance de l'entreprise pour l'infirmière, communication orale régulière mais aussi des transmissions écrites.

Les actions en entreprise et le suivi des salariés sont ainsi partagés par le médecin et l'infirmière afin de maintenir le lien avec l'entreprise, les salariés, et agir pour le mieux dans cette entreprise difficile

Texte de La présentation

Coopération entre une infirmière et un médecin d'un SIST, exemple d'une entreprise fabriquant des objets de coiffure

Plan détaillé

Présentation de l'équipe :

ASSTV

Equipe : 2 médecins – 2 secrétaires – 1 IST

Secteur : polyvalent avec un peu d'industrie, beaucoup de BTP et de centres d'appel.

1. L'entreprise :

o contexte

Suivie par le médecin du travail depuis 10 ans.

Fabrication de barètes pour cheveux avec attache métallique, en perte d'activité constante (a eu 400 salariés), actuellement 80.

Rachat en 2005 par un groupe de vente d'articles en hypermarché.

Restructuration : recentrage de l'activité sur les produits finis importés (produits plastiques), fabrication locale en continuelle diminution.

Redressement de l'entreprise au prix :

D'une pression constante sur le service commercial

D'une exigence de productivité et de polyvalence dans la production

D'un accroissement de l'activité du service picking.

Conséquence : apparition des TMS avec quelques points spécifiques à l'entreprise :

Moyenne d'âge élevée

Charge de travail croissante

Machines vieillissantes

Dans ce contexte, le médecin du travail a fait 2 alertes auprès du CHSCT :

- RPS au service commercial : 3 inaptitudes + courriers, surcharge de travail, burn-out, injonctions.
- TMS à la production et à la logistique : déclarations de MP (épaules et coudes), augmentation de la productivité sur des machines vieillissantes et développement du picking sur ancienne organisation.

o Réponse de l'entreprise concernant les TMS

Décision de mettre en place une action d'amélioration, en collaboration avec la CARSAT et le service de santé au travail.

Pilotage : responsable de sécurité, secrétaire du CHSCT

Création d'un groupe de travail : étude et amélioration d'un poste de découpe plastique (plusieurs déclarations de MP, coudes et épaules dans cet atelier, poste considéré comme particulièrement pénible).

2. L'action de l'équipe médicale :

• Organisation :

Le médecin propose à l'infirmière une collaboration sur ce groupe de travail uniquement centré sur les améliorations techniques du poste.

Il est décidé :

o Apport de l'équipe :

Conseils et connaissances sur

les mouvements

l'organisation du travail

les facteurs de TMS

Accompagnement du groupe lors de la recherche des améliorations techniques du poste.

Apport d'expérience concernant les modifications choisies.

Pistes pratiques.

o Organisation de l'équipe :

Participation aux réunions :

Commune pour la première réunion

Puis en alternance, selon les disponibilités et l'avancement (ordre du jour)

Le médecin : plutôt connaissances théoriques

L'IST : plutôt aspects pratiques et vécu pour les salariés.

- Contexte de l'action de l'équipe :
 - o Connaissance du terrain (l'entreprise)
 - Pour l'IST arrivée en 2010 :
 - Visite de l'entreprise avec le MDT
 - Participation à une étude toxico (peinture) avec IPRP du service
 - Participation à plusieurs CHSCT avec le MDT évoquant TMS et RPS

- o ESTI
 - Début à la même période

- o Etude de poste
 - Problème de maintien dans l'emploi (suite TMS) à la logistique.
 - Etude réalisée en commun IST et MDT.

3. Les moyens :

L'équipe a mis en place une organisation adaptée aux besoins de cette entreprise qui comporte 80 salariés exposés à de nombreux risques et qui sollicite régulièrement le SST.

- Suivi individuel : ESTI

Suite à la prise de connaissance de l'entreprise par l'IST les trames d'ESTI sont réalisées en coopération entre le MDT et l'IST.

Elles sont basées sur les risques professionnels des salariés : RPS ; TMS ; risques chimiques notamment.

La planification de ces ESTI (suivi périodique) est faite en alternance avec le MDT.

L'effectif est réparti entre les différents types de rendez-vous par la secrétaire du secteur.

Cela nécessite une gestion et une préparation en fonction des demandes et des besoins.

La secrétaire doit être impliquée dans l'équipe avec une compréhension du rôle de chacun et des choix de l'équipe.

Pour cette entreprise, sur une même période, certains salariés sont vus en ESTI par l'IST pendant que d'autres sont reçus en VP par le MDT. S'ajoute à ça toute l'année les VE, les VR et les V. à la demande qui sont réalisées par le MDT.

Les ESTI sont construit sur la base d'un entretien semi directif, afin de mener une recherche de signes et symptômes. Il s'agit d'interroger le travail : vous faites quoi ? Comment ? Et quel est votre ressenti ?

Pour les TMS en particulier le MDT utilise la méthode Salsa qu'il a soumise à l'IST pour qu'elle puisse adapter sa recherche de symptômes en fonction de ses compétences propres.

- ? Amplitude gestuelle
- ? Fréquence et intensité de la douleur
- ? Prise de traitement et efficacité

Les ESTI et les visites réalisées par le MDT permettent de recueillir des informations sur la santé des salariés, les conditions de travail et le climat de l'entreprise.

Ils permettent également de prodiguer des conseils auprès des salariés sur la prévention des risques professionnels, la prévention de leur état de santé et les aides multiples du médecin du travail en fonction de leur besoin.

Tous ces éléments peuvent permettre une prise de conscience du salarié sur les risques et la réalité du travail.

Les résultats de ce travail sont basés sur un échange croisé des différents points de vue et recueils d'informations qui nécessitent des moyens d'échanges.

La pluridisciplinarité exige des outils de continuité.

o Transmissions écrites :

Sur les DMST des salariés, les fiches de poste, les CL.

Sur le tableau de suivi de l'entreprise classé dans un fichier informatique partagé par le MDT, IST et SM.

o Transmissions orales ou staff :

Réunions communes de l'équipe du secteur : MDT, IST et SM qui permettent des échanges, sur les questionnements de chacun, sur les problèmes rencontrés ou sur les éléments marquants recueillis.

Permettent également la gestion des DMST complexes et les orientations

Toutes ces données relevées et transmises au MDT en staff et dans les DMST doivent lui permettre de conserver un lien avec le salarié, de poser un pré-diagnostic et d'adapter son suivi.

Des réunions de l'équipe élargie sont également nécessaires (2MDT+2SM+1IST) pour la gestion du planning, la mise en commun des différents outils utilisés et la mutualisation de la méthode de travail.

• Suivi collectif :

Le suivi de l'entreprise nécessite également la participation de l'équipe aux différentes réunions du CHSCT, des groupes de travail mis en place dans l'entreprise. Parfois également des études de poste sont nécessaires au maintien dans l'emploi des salariés en difficultés.

Ce suivi peut se faire en équipe avec une participation partagée entre le MDT et l'IST, ce qui n'est réalisable que si les moyens d'échanges efficaces sont mis en place.

o Transmissions orales :

Staff de l'équipe MDT + IST + SM

1/3 temps communs entre le MDT et l'IST

o Transmissions écrites :

Toujours sur le fichier informatique partagé.

Tableau de suivi de l'entreprise complété aussi bien par le MDT que l'IST (voir la SM) en fonction des informations recueillies.

Compte-rendu des différentes réunions (groupe de travail et CHSCT)

Courriers

Fiche d'entreprise

Tous les éléments concernant l'entreprise : tableau de suivi des FDS, résultats d'études ou d'analyses.

4. Finalité :

Efficacité du travail complémentaire du MDT et de l'IST.

Lors du suivi individuel :

Evaluer les répercussions éventuelles de l'aménagement de poste sur le vécu et l'état de santé du salarié.

Vigilance sur les autres postes (picking)

Associer les points de vue et les éléments repérés par l'une ou l'autre pour pousser plus loin le CHSCT et pouvoir interroger l'organisation du travail

Pour le salarié : alterner MDT et IST : plus d'éléments de compréhension, enrichissement de son point de vue.

5. Les difficultés :

- L'organisation des équipes dans le SST :

- 1 IST pour 2 médecins :

- Equipes lourdes.

- Réunions d'équipes nécessitent de torturer les plannings.

- Possible que si les MDT arrivent à travailler de façon proche, avec les mêmes outils.

- Nécessite des stratégies communes (charge de travail, effectifs...)

- Le contexte actuel des SST :

- La situation actuelle fragilise les équipes :

- Augmentation des effectifs

- Changements de secteurs

- Pression de la Direction vers une vision de rentabilité et de réalisation des VP.

- Tenir bon :

- Volonté de l'équipe de maintenir le cap sur la clinique médicale du travail et l'intérêt de la santé des salariés :

- Avec un suivi individuel

- Une action en entreprise

En résumé cette façon de travailler permet d'améliorer la qualité du suivi des salariés, en obligeant les professionnels à questionner leur positionnement et leur pratique. Cela demande une organisation nouvelle et complexe qu'il ne faut absolument pas sous estimer.

Katia Wanquet,

Fil rouge Joëlle Milliez

Voici un bel exemple de coopération avec deux regards partagés sur une problématique de TMS

On voit ici l'importance des pratiques associées avec un protocole indispensable

L'infirmière dans le cadre de son rôle propre intervient dans la prévention et l'information

La question du rapport au corps du salarié a été soulevée, mais il ne s'agit aucunement de faire un examen médical mais bien de repérer les signes de souffrance et donc d'alerte en rapport avec le travail. L'infirmier dans sa formation et sa pratique a accès au corps du malade, ce ne doit pas être un problème du moment que l'on reste

dans notre rôle infirmier. Dans le cadre de la santé au travail et en cas de besoin pour affiner un avis on peut tout à fait avoir ce regard sur le corps avec l'accord du salarié.

La mise en place des entretiens infirmiers exige de dégager du temps et recadrer les actions de l'infirmière dans son cœur de métier.

Nous pouvons jouer un rôle de veille et d'alerte auprès du médecin. D'où l'importance de la formation spécifique en santé travail, la confiance du médecin envers son infirmier n'en sera que renforcée

La question de la façon d'inscrire les transmissions des entretiens dans les dossiers médicaux a été soulevée et chaque binôme a sa façon de faire, directement sur le dossier ou dans un feuillet infirmier joint au dossier

Fil rouge Dominique Huez

Les coopérations en clinique médicale du travail sont structurées par deux métiers, infirmier et médecin, où la prise en compte du point de vue exclusif de la santé au travail est centrale. D'où l'importance du travail en groupe de pairs spécifiques et staffs médicaux médecins et infirmiers. Le médecin du travail ne sera jamais dédouané de voir cliniquement un salarié devant « des ambiances de travail » se dégradant selon le diagnostic infirmier.

Du point de vue de ce dernier, une coopération d'appui médical au médecin du travail est subordonnée à une compréhension partagée des règles et obligations réglementaires du métier de médecin du travail qui, lui, est comptable d'une mission et responsabilité personnelle d'ordre public social.

Il y a une difficulté professionnelle éventuelle pour un infirmier, à travailler avec deux médecins du travail s'il doit par nécessité, alterner ses coopérations entre deux systèmes de règles professionnelles et normes portées par chaque médecin.

Le rapport de l'infirmier au corps du salarié lui permet d'appréhender la « corporéité » de l'engagement dans le travail et l'ampleur d'éventuels « handicaps de situation » touchant fonctionnellement tel ou tel segment corporel. La compréhension de l'activité de travail du salarié et de ce qui peut faire difficulté dans celle-ci, est pour l'infirmier du travail la grille de lecture essentielle pour appréhender les « traces » du travail sur le corps, dans un objectif de prévention individuelle et collective.

Analyse collective du travail en coopération médecin/infirmière du travail dans une structure médico-sociale,

Exemple de collaboration médecin-infirmière, de l'individuel à l'action collective.

Céline Gillot Infirmière santé-travail

La collaboration médecin-infirmière dans le cadre des suivis périodiques des salariés modifie la « population » reçue par le médecin. Le médecin se retrouve principalement, voire exclusivement, confronté à réaliser des visites de reprise ou à la demande, c'est-à-dire prendre en charge des situations « problématiques ». Cette activité, axée davantage sur les « problèmes », biaise donc la vision globale de l'entreprise. L'infirmière, essentiellement avec son rôle propre, doit appréhender tous les facteurs délétères et constructeurs pour le salarié et le collectif auquel il appartient. Il est donc important que l'infirmière soit une collaboratrice de confiance et sache transmettre au médecin le

contenu de son recueil clinique. Ainsi, le médecin peut conserver une vision « juste » de l'entreprise et proposer des actions pertinentes et en lien avec la réalité de celle-ci.

Je vais illustrer mes propos par un exemple de projet que nous avons mis en place avec le Dr Bardot.

Dans une entreprise qui prend en charge des personnes handicapées, le Dr Bardot a été sollicité par quelques salariés pour l'alerter sur les « risques psychosociaux ». Un CHSCT exceptionnel a été demandé par les élus. Avec les éléments cliniques que nous avons, nous avons choisi de proposer une analyse collective du travail afin de mettre au centre des discussions « le travailler », et leur permettre de dégager des actions pour désamorcer ce conflit naissant. Je présente notre démarche et ses résultats.

Fil rouge Joëlle Milliez

Il est clair que dans cet exemple précis le binôme médecin infirmier partage les mêmes valeurs et qu'il est basé sur la confiance mutuelle. C'est la condition pour que ce genre d'intervention aboutisse

Cette analyse de la psycho dynamique du travail collective est assez rare dans nos pratiques elle peut être facilitée par la population étudiée qui était dans un contexte porteur. ?

C'est une expérience enrichissante et intéressante

Fil rouge Dominique Huez

Pour nourrir un processus de construction de la confiance, le médecin du travail qui peut donner une délégation de tâches à l'infirmier, doit « donner à voir » à l'infirmier avec qui il coopère, ses règles professionnelles clinique et d'intervention.

Le médecin du travail ou l'infirmier peuvent être en difficulté dans leur appréhension des risques psychosociaux des organisations du travail si leur pratique n'est pas nourrie des apports de l'ergonomie de l'activité de travail et de la psycho-dynamique du travail.

La clinique médicale du travail est nourrie de ces deux approches dans le suivi médical clinique individuel. Ainsi peuvent être appréhendés les obstacles au « travailler », à l'engagement subjectif dans le travail, et « décodés » le silence éventuel de la « normalité », quand les processus psychiques défensifs individuels ou collectifs masquent les effets pour la santé en modifiant de façon aliénante le rapport au travail des salariés.

L'absence de plainte perceptible par l'équipe médicale dans une situation qui serait délétère, doit renvoyer à la prudence face à une situation qui nécessiterait de revisiter ce qui fait concrètement difficulté dans telle situation collective de travail.

La richesse pour l'équipe médicale et le devoir du médecin du travail, sont de thésauriser des situations cliniques qui permettront de nourrir la veille médicale du médecin du travail pour porter un diagnostic médical de situation en responsabilité.

De la réparation à la prévention primaire : exemple de coopération médecin infirmière dans une problématique de TMS.

Docteur Catherine ROBIDA

Dans une PME de plasturgie dédiée à la cosmétologie, dont le médecin du travail a repris la surveillance depuis 12 mois, celui-ci constate dans le service production, une augmentation :

- des déclarations de maladies professionnelles
- des restrictions d'aptitude

- des décisions d'inaptitude définitives

L'entreprise ne paraît pas déterminée à déclencher des actions de prévention car elle est dans le déni d'un lien santé/travail.

L'arrivée d'une infirmière qu'il doit former en « compagnonnage » de terrain va permettre de mener en coopération avec elle, une étude exhaustive sur les TMS à partir des entretiens périodiques menés par l'infirmière pour l'ensemble des salariés du service production. La synthèse des éléments cliniques portant sur le travail et la santé, apportés par l'infirmière permettent de cibler les études de poste à mener, de faire intervenir l'IPRP en ergonomie pour étudier plus spécifiquement les postes concernés et de mettre en évidence les liens avec l'organisation du travail.

La restitution à l'entreprise est accompagnée de proposition d'actions

Fil rouge Joëlle Milliez

Par notre connaissance des postes de travail, des risques professionnels et de leurs effets sur la santé, nous avons une posture d'experte. Nous analysons les situations avec notre regard infirmier. Il est important de se rendre sur le lieu de travail pour comprendre une situation mais nous ne sommes pas ergonomes. Nous contribuons au recueil de données

Cet exemple illustre bien le travail en équipe pluridisciplinaire, IST, médecin, ergonomes

Fil rouge Dominique Huez

Tenir le « point de vue de la santé au travail » spécifie de façon irréductible l'équipe médicale médecin du travail –infirmier du travail.

Par la clinique médicale du travail ils ont accès à ce qui peut faire obstacle à la construction de la santé au travail. Et ils sont porteurs du projet de ré-ouvrir l'action des salariés pour construire leur santé au travail, si ces derniers y sont entravés.

L'équipe médicale du travail n'est pas « experte » au sens de dire ou décider au nom de la seule science en lieu et place de l'employeur, sans prise en compte de l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Si elle doit adosser son intervention à des connaissances scientifiques spécifiques indispensables, elle est aussi riche du suivi clinique individuel en santé au travail.

Ainsi elle est comptable de la prise en compte d'un éclairage pour la prévention, auquel elle a seule accès. C'est cela qui lui permet de déplacer les regards de la prévention, vers ce qui fait obstacle à la santé du point de vue du salarié.

Médecin et infirmier du travail peuvent se coordonner avec les experts de prévention dont les IPRP. Au moins dans l'identification des risques, et pour leur suppression si l'action n'est pas subordonnée à la contrainte économique.

Dans tous les cas l'équipe médicale du travail a pour projet de rendre visible les risques dans l'espace de prévention de l'entreprise pour leur prise en compte par les différents acteurs.

Le médecin et l'infirmier du travail y tiendront un point de vue humaniste, compréhensif, clinique et exclusif de la santé au travail des salariés, conformément au code de la santé publique et du travail.

Coopération clinique en santé au travail ciblée sur les RPS dans une entreprise de métallurgie

par infirmière LEBRETON Christelle et Docteur QUINQUENEAU Marie

Présentation

Dans une entreprise d'assemblage de moteurs, est présente une infirmière qui assiste dans le cadre de ses missions le médecin du travail d'un service interentreprises.

Le médecin du travail étant présent dans l'entreprise une journée par semaine en moyenne, il est vite apparu qu'il était nécessaire de développer des moyens de communication les plus efficaces possibles et de mettre en place des outils qui semblaient pertinents pour faciliter leurs échanges et avoir une meilleure coordination dans l'intérêt même de la santé des salariés au travail.

L'action sur les RPS illustre bien un exemple de coopération entre le médecin du travail et l'infirmière en entreprise.

La confrontation des différents éléments recueillis conjointement concernant des RPS notamment pour une catégorie de salariés a permis au médecin du travail d'affiner son alerte et de pouvoir proposer, en accord avec la direction, des actions dans un premier temps individuelles sur le terrain pour arriver à du collectif en étroite collaboration avec l'infirmière.

Texte de la Présentation

L'action sur les RPS avec sa chronologie décrite ci-dessous, illustre bien un exemple de coopération entre le médecin du travail et l'infirmière en entreprise. Le service médicosocial se compose d'un médecin de service inter entreprises présent en moyenne 1 journée par semaine, d'une infirmière travaillant 5 journées par semaine et d'une assistante sociale faisant 1 permanence par semaine.

Pour faciliter les échanges entre l'infirmière et le médecin du travail et avoir une meilleure coordination dans l'intérêt même de la santé des salariés au travail, des outils de communication pertinents sont vite apparus nécessaires et ont été mis en place tels que :

- Cahier de transmission des informations spécifique pour le médecin
- Cahier de soins journaliers de l'activité infirmerie
- Tableau de suivi mensuel des actions faites par l'infirmière
- Mails d'information et d'échanges
- Temps d'échanges directs
- Fiche de relevé de situation : à chaque entretien nécessitant une action ou un suivi

Cette action a débuté dans un contexte particulier dans l'entreprise marqué par des départs de salariés en 2009 et 2010, des mises en place de nouvelles organisations de travail, de nouveaux moyens de production avec une activité de travail fluctuante, une perte de savoir et de repères, une peur de l'avenir traduisant un certain mal-être.

Cette action s'est tout d'abord appuyée sur les relevés de situations faits par l'infirmière.

L'infirmière a pu apprécier le mal-être du personnel :

- suite à des entretiens avec des salariés de la production lui faisant part de leurs difficultés rencontrées dans leurs zones de travail de travail.
 - et suite à ceux des managers N+1 qui lui ont confirmé les informations fournies par les salariés et ont verbalisé progressivement leurs propres difficultés dans la réalisation de leur travail de manager avec des situations bien particulières concernant l'usine en général.

Le déroulement des entretiens avec ces managers a eu lieu dans leurs secteurs d'activité, de façon informelle, soit à l'initiative de l'infirmière lors de visites quotidiennes dans les ateliers, soit en réponse aux sollicitations de ces managers, sous forme de questions ouvertes et d'une durée de 30 minutes.

L'infirmière a fait un résumé écrit des entretiens, un compte rendu informatique dans un dossier bien spécifique et un signalement dans le cahier de transmission du médecin du travail

L'infirmière et le médecin du travail ont discuté ensemble de la perception et du ressenti des situations en confrontant leurs données.

Le médecin du travail a pu ainsi affiner son alerte auprès du CHSCT et de la direction avec proposition de rencontres individuelles et collective des managers N+1.

Ces entretiens individuels d'1 heure à 1h30 ont été réalisés, en allant sur le terrain, par le médecin du travail seul ou avec l'infirmière ou l'infirmière seule, en s'aidant d'une grille et avec prises de notes.

Une retranscription informatique a été faite selon les items de la grille et les résumés des entretiens.

Une discussion orale entre l'infirmière et le médecin, en s'aidant du support écrit, a permis d'organiser la réunion collective des managers .

Cette réunion collective s'est déroulée en présence de l'infirmière et du médecin qui ont pris des notes qui ont été ensuite retranscrites informatiquement et discutées pour aboutir à un compte rendu, validé ensuite par les managers N+1. Un questionnaire a été remis lors de cette réunion et récupéré ultérieurement par l'infirmière pour être exploité par notre IPRP psychologue du travail.

L'action décidée a été :

- d'alerter la direction, les responsables N+2 avec remise du compte rendu écrit et le CHSCT lors d'une réunion pour aboutir à la mise en place d'actions sur le terrain,
- de proposer des actions de sensibilisation des managers N+2 et de la direction,
- de faire une réunion de retour vers les managers N+1.

En conclusion la confrontation des différents éléments recueillis conjointement en s'aidant d'outils de communication efficaces mis en place a permis au médecin du travail d'affiner son alerte pour la replacer dans un contexte collectif et d'aboutir à la mise en place d'actions.

La réalisation de cette action sur les RPS n'a pu être menée à bien que grâce à l'étroite coopération entre le médecin du travail et l'infirmière en entreprise.

Dr Marie QUINQUENEAU - Christelle LEBRETON

Fil rouge Joëlle Milliez

On voit bien ici le rôle de l'infirmière en entreprise qui connaissant bien les salariés et les postes de travail peut faire verbaliser les plaintes, et être le relais du médecin qui est peu présent dans l'entreprise .On voit aussi les limites et les dérives éventuelles auxquelles il faut être vigilant pour ne pas se mettre dans une situation délicate, l'infirmier alerte le médecin qui lui-même fera la démarche auprès de l'employeur.

L'infirmier agit sous la responsabilité du médecin

Il est le mieux placé pour effectuer les ESTI dans l'entreprise à condition que le protocole soit bien clair et bien expliqué par le médecin à l'employeur et au CHSCT et CE

Nous allons être confrontés à des situations très difficiles dans les entreprises si le médecin du service interentreprises arrive avec son infirmier pour effectuer les ESTI dans les entreprises ou se trouve déjà un infirmier

Il n'y a pas deux sortes d'infirmiers du travail, à partir du moment où nous avons été formés à la licence santé travail et avons les mêmes compétences. Notre champ d'action est différent.

Il faut recentrer les actions des infirmiers en entreprise et les libérer des charges qui ne sont pas de leur spécificité.

Fil rouge Dominique Huez

L'infirmier du travail qui exerce en entreprise peut maintenant construire son métier « abrité » par le cadre juridique d'exercice du médecin du travail avec qui il coopère en médecine du travail. Ce nouveau cadre lui permettra de sortir si nécessaire de situation de collaborateur d'un service de ressources humaines.

L'exercice d'un infirmier en entreprise ne peut avoir deux finalités, ressources humaines et médecine du travail. Du fait d'une délégation d'intervention en « médecine du travail », ce cadre clarifiant vaut alors pour tout son exercice professionnel. A ce moment, le rôle propre de l'infirmier relève aussi des obligations des deux codes, de la santé publique mais aussi du travail.

C'est au médecin du travail qui est réglementairement protégé par le cadre de sa mission, de faire respecter le cadre d'exercice, alors clarifié, de l'infirmier travaillant en entreprise.