

7^{ème} Colloque E-PAIRS du 5 juin 2015 En partenariat avec ass.SMT et SNPST

Compte-rendu des débats

« LA COOPERATION MEDECIN ET INFIRMIER EN SANTE AU TRAVAIL ET LE DPC »

1 - Première séquence : Clinique médicale du travail et ESTI : la clinique médicale du travail doit être le moteur de l'ESTI

Alain Grossetête MDT, Chantal Colliot IST, Alain Randon MDT

1.1 – **EXPÉRIENCES PRAXIQUES** : Clinique médicale du travail et ESTI

1.2 - **APPORT DE REPÈRES POUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** :

1.3 - **DISPUTE PROFESSIONNELLE**

1- **Place de la clinique médicale du travail pour l'équipe médicale :**

- ✓ *Approche du clinicien du travail (médecin ou infirmière) en santé au travail : approche par la clinique ou approche par les risques.*
- ✓ *L'ESTI est-il cantonné à une approche par les risques ? Et sinon, comment peut-il être une approche par la clinique ?*
- ✓ *Le décret confère à l'infirmière du travail un rôle clinique avec la pratique de l'ESTI. A quelles difficultés l'infirmière se heurte-t-elle dans son activité clinique ?*

2- **Activité clinique du médecin et de l'infirmière :**

- ✓ *Si on avance qu'elle n'est pas identique à celle du médecin, en quoi diffère-t-elle ?*
- ✓ *Que serait une consultation d'infirmière en santé au travail ?*

DEBAT SEQUENCE 1 :

IST en SST : pour faciliter le récit du salarié : il faut poser le cadre de la confidentialité et du travail en équipe en l'informant des échanges entre l'IST et le MDT. Le salarié peut avoir le sentiment que l'enjeu est différent car avec l'infirmière, il n'y a pas la sanction de l'aptitude et pas le rôle de sachant. La formation différente de l'IST favorise la prise en charge.

MDT : je travaille avec une IST depuis 5 ans et j'ai rencontré beaucoup d'hostilité de la part de mes collègues. J'avais apprécié l'information de ce qu'est une infirmière par les principes de Virginia Henderson. Cela n'a pas été évident au départ de travailler avec une IST car on ne sait pas

comment travailler avec une infirmière. Nous nous sommes formées sur le tas par compagnonnage. Il faut comprendre la compétence de l'autre et c'est essentiel. Pour construire la collaboration, il faut du temps pour se comprendre. Les IST qui viennent de la Psychiatrie ont plus de facilités. Ma question : comment mon IST peut se former à la clinique médicale du travail ? Comment sont formées les autres infirmières à la clinique médicale du travail ?

IST : il faut se positionner sur la confidentialité et l'absence d'aptitude, mais il est difficile de faire reconnaître le métier dans les SST et par les instances. Importance de la formation. Les IST qui viennent de la Psychiatrie ont plus de facilités mais il faut aller au delà pour prendre en compte l'ensemble du travail.

IST : évoque la difficulté des infirmières de construire la clinique du travail sur la formation de base de la clinique infirmière. Les GAPEP infirmier sont importants pour la formation en clinique du travail.

IST : l'écueil principal : c'est le manque de visibilité de notre action au développement de notre profession. La licence permet de développer une pratique en santé au travail. Il ne faut pas psychologiser le travail car il ne faut pas perdre de vue le lien santé travail.

D Huez : première question : comment étayer nos pratiques : quelles différences entre le MDT et l'IST ?

MDT : je suis médecin hospitalier depuis 25 ans : je travaille sur différents hôpitaux. Dans un hôpital, je travaille avec une IST. Cet hôpital ne permet pas la collaboration avec l'IST. La difficulté à l'hôpital c'est de faire reconnaître cette collaboration MDT/IST dans le milieu médical.

MDT : je suis médecin du travail passé par le concours européen et un internat en SST. Je viens de la psychiatrie. Pendant ces 2 ans de formation, je n'ai pas eu de formation à la clinique médicale du travail. Je pense que les IST sont mieux formées avec la licence que le MDT.

D Huez : s'il y a des désaccords avec l'approche par la clinique médicale du travail, il faut en parler. Il est important de préciser les termes et parler de clinique médicale du travail et de clinique de l'activité.

MDT : pour ma part, je vois peu de différence entre les 2 métiers si ce n'est la conclusion en termes d'aptitude et les propositions d'aménagement de poste. Il y a une différence entre 2 étapes de l'activité du médecin. Si le salarié n'a pas de pathologie, c'est la même activité, si le salarié présente une atteinte à la santé, l'action du MDT est différente de celle de l'infirmière. Par ailleurs, toutes les licences ne se valent pas et en Midi Pyrénées, on ne parle que de pathologie professionnelle et pas de clinique médicale du travail. Le problème c'est l'organisation des binômes par les directions.

MDT SA : depuis 25 ans, j'ai beaucoup travaillé avec l'INRS sur les risques professionnels et je suis gêné par la dichotomie entre approche risque/clinique. Je pense qu'il faut aussi travailler sur les risques et utiliser la clinique médicale du travail uniquement pour les RPS.

D Huez : il y a une différence entre saisir les facteurs de risque et instruire les facteurs de risque à l'aulne du travailler du salarié, en s'appuyant donc sur la clinique médicale du travail.

MDT des transports : j'ai eu la formation par le DES mais la connaissance du travail a été acquise en dehors par la suite avec beaucoup de temps..... Quand on interroge le salarié, comment l'interroger sur le travail : quels bagages pour le médecin et l'IST ? Comment aller au cœur du travail et faire les liens. Quelles pistes prendre pour trouver le lien santé travail ? Pour aller derrière, il faut remettre en cause le travail ce qui est contraire à la communication de la direction sur le travail. Dans ce cas, la grille de lecture de l'infirmière c'est le travail, mais il faut connaître le travail. On les emmène sur les lieux de travail. Quelles formations ? Pour questionner le travail, il faut connaître le travail.

D Huez : pour se former à la question du travail, l'aspect principal, est-ce seulement d'aller sur le terrain ? Ou est-ce que l'on peut se former sur le travail par l'approche de la clinique médicale du travail lors des consultations ?

MDT : c'est difficile d'adapter la clinique médicale du travail avec les IST et c'est la même chose avec les MDT. Le MDT est empêtré 2 fois : il a une formation initiale à faire des diagnostics et il a l'obligation de l'aptitude.

MDT : le rôle du MDT est aussi de former l'IST, ce qui fait partie de l'apprentissage en cabinet médical par le compagnonnage.

MDT : dans mon SST du sud-ouest, nous intervenons avec une psychologue clinicienne du travail qui ne connaît pas l'entreprise et elle reçoit parfois des salariés. Je me pose la question de l'arrivée des IST dans mon service car l'IST doit connaître l'entreprise.

D Huez : apparemment, il y a une unanimité dans la salle. Est-ce qu'il y a une différence entre la démarche de l'infirmière et celle du médecin. Est-ce que nos deux métiers sont différents même si il y a beaucoup de ressemblances ?

IST : La formation des IST doit être uniformisée et élaborée par les pairs à partir des besoins de santé.

MDT : il y a une interaction sur la façon de travailler et ce n'est pas rien de montrer comment on travaille à quelqu'un, ce qui a modifié ma façon de travailler avec les retours de mon IST avec moins de pression des diagnostics et des conclusions. On a bien cerné nos différences. Travailler avec une infirmière donne beaucoup d'humilité.

MDT : sur ce qui est dit c'est l'aptitude qui pollue. Il y a aussi les écrits collectifs que l'on doit faire à l'employeur qui polluent car il y a toujours cette idée sur ce que l'on collecte c'est qu'il faut en faire quelque chose en temps qu'écrits collectifs.

IST : la différence en tant qu'IST, c'est que l'on n'accède pas au corps des salariés et le fait de ne pas les faire se déshabiller et de ne pas mettre un stéthoscope sur le corps facilite l'entretien IST.

MDT : la question : faut-il faire la consultation avec le patient déshabillé ?

2- **Deuxième séquence** : Confiance et cadre réglementaire : métier d'infirmière et métier de médecin, quels projets communs ?

Gérard Lucas MDT, Véronique Bacle IST, Huguette Martinez MDT

2.1 – **EXPÉRIENCES PRAXIQUES** : Travailler en confiance, dans un cadre règlementaire connu et analysé au regard des pratiques

2.2 - **APPORT DE REPÈRES POUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** :

2.3 - **DISPUTE PROFESSIONNELLE**: Travailler en confiance, dans un cadre règlementaire connu et analysé au regard des pratiques

- ✓ *Comment articuler les codes du travail et de la santé publique dans le seul intérêt de la santé des salariés*
- ✓ *Quelles conditions pour la confiance : compréhension partagée du cadre règlementaire, valeurs professionnelles partagées, donner à voir de ses pratiques entre IST et M du T ?*
- ✓ *Quelles formes et rythmes d'échanges de son ESTI entre IST et M du T, selon la gravité d'une situation, la demande pressante du salarié, la difficulté ressentie ?*
- ✓ *Quelles sont les éléments d'une collaboration respectueuse dans le cadre de l'ESTI entre IST et médecin du travail ? Quelles règles pour un compagnonnage réussi ?*
- ✓ *Les membres de l'équipe médicale relèvent du code de la santé publique. Y-en-a-t-il d'autres que l'IST et le médecin du travail ?*
- ✓ *Quelles disputes professionnelles, les IST pourraient discuter en priorité en groupe de pairs collaboratifs avec les médecins du travail ?*

DEBAT SEQUENCE 2 :

MDT : cela dépend de la maturité du directeur du service de santé au travail pour préserver l'espace et le temps de collaboration et de sa mise en œuvre. Les temps de réunions et d'échanges...

IST : il y a un fossé entre ce qui s'entend ici et ce qui s'observe dans mon SST « *les IST c'est une catastrophe...ce n'est pas rentable* » « *les IST sont une charge* ».

MDT : il y a 3 ans, le service a recruté 8 IST ensemble avec une bonne mise en œuvre progressive du fonctionnement. Nous nous sommes heurtés à un manque de programmation de visites pour les IST car un médecin a un effectif de 3600 salariés.

IST (service autonome 1 MDT et 2 IST) : nous avons un bon cadrage dans l'équipe mais nous avons eu une dispute sur le rôle propre, le médecin ayant refusé que je participe à une campagne de santé publique sur le cancer du sein.

D Huez : qu'est ce que le rôle propre de l'IST en santé au travail? Est-ce que c'est le déploiement des compétences de tout le savoir faire infirmier ? Ou le déploiement du positionnement spécifique dans le cadre de la mission de santé au travail.

MDT : la question sur le rôle propre de l'IST c'est la nécessité de se recentrer sur la mission de la santé au travail.

MDT : le salarié est-il obligé de se soumettre à l'ESTI ?

D Huez : rappel de l'exigence de respecter la confiance... et non l'obligatoire. Dissocier le débat des règles professionnelles.

IST : lors du renouvellement de l'agrément du SST, un courrier à l'employeur a été instauré en cas d'absence de ses salariés aux ESTI et l'obligation de 3 médecins joignables par l'IST

D Huez : quid de médecins joignables, sans responsabilité au regard de leur mission réglementaire ?

MDT : je suis étonné par l'irruption de la DIRECCTE dans les protocoles IST/MDT. Les moyens viennent du rapport de force.

A Deveaux : c'est la particularité du rapport Infirmier /médecin en milieu hospitalier.

IST : intérêt du recours possible à un tiers médecin en cas de difficulté. Exemple d'une IST interpellée par un employeur pour inquiétude au sujet d'un salarié dans le cadre d'une urgence.

D Huez : comment les SST et les MDT gèrent-ils les urgences médicales ? Je mets en garde sur l'engagement de pseudo remplacement sans responsabilité.

IST : est-ce que l'alternative c'est de formaliser le remplacement par l'écrit du MDT lui-même.

MDT : interrogation des IST sur le rôle propre avec des actions plutôt de santé publique. Mais il faut s'interroger sur l'intérêt d'une place du rôle propre du care dans le cadre de la mission santé travail.

V Bâcle : importance du rôle propre infirmier en SST, mais pas de confusion avec l'autonomie et l'indépendance, plutôt comme savoir faire de restitution au salarié.

IST : je rappelle que le rôle propre c'est tout ce qui n'est pas prescrit, dans l'entretien en face à face, les interventions en santé publique...

MDT : il faut séparer la ligne managériale et le rôle du binôme IST/MDT. L'entreprise prône le rôle propre de l'infirmière pour des actions de santé publique qui les éloignent de la santé au travail. Il faut être très vigilant sur le management.

IST : l'ESTI ne doit aborder la santé publique qu'en cas de demande du salarié. Le saucissonnage est à rejeter mais les infirmières sont toujours en rôle propre.

IST : le rôle est davantage acté par rapport au travail par exemple problème veineux et travail debout.

MDT : il faut se recentrer sur la préservation de la santé à cause du travail.

D Huez : il existe un cadre réglementaire pour ESTI. Le métier d'IST est une spécialité en construction avec le MDT. Il faut respecter l'indépendance du métier. Les directions escomptent cette indépendance pour manipuler des envahissements et des dérives de la mission.

3- Troisième séquence : Coopération de l'équipe médicale et protocoles. Qu'est ce que ça veut dire de travailler ensemble ? Quel serait le rôle du protocole pour cela ?

Hélène Ruck MDT, Joëlle Milliez IST, Chantal Colliot IST

3.1 – **EXPÉRIENCES PRAXIQUES** : Collaborations en médecine du travail, quels protocoles pour « travailler ensemble » dans un cadre de droit

3.2 - **APPORT DE REPÈRES POUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** :

3.3 **DISPUTE PROFESSIONNELLE**: Collaborations en médecine du travail, quels protocoles pour « travailler ensemble » dans un cadre de droit

- ✓ *Quelles pratiques et règles professionnelles déployer : Du médecin, De l'infirmière santé au travail, Du binôme*
- ✓ *Comment rédiger un protocole pour l'ESTI, support de l'engagement de responsabilité du médecin, et de la coopération entre nos deux métiers*
- ✓ *Qui rédige un protocole ? En quoi l'existence de protocoles protège-t-elle l'exercice professionnel de l'IST ?*
- ✓ *A quels questionnements devrait répondre le protocole ? Quels éléments du contenu professionnel de l'ESTI intégrer dans son Protocole ?*
- ✓ *Dans le métier d'IST, quelle place pour le « care », le « prendre soin » ; quelle articulation spécifique avec le « travailler » ?*
- ✓ *Comment expliquer la dimension du « care » dans un travail d'ESTI où le soin, selon les représentations que l'on peut en avoir, paraît absent ?*

DEBAT SEQUENCE 3

IST : l'IST ne serait pas en capacité de mener un curriculum laboris de façon exhaustive, pourquoi ?

MDT : ce n'est pas au niveau de la compétence mais au niveau du temps : l'IST n'a pas suffisamment de temps pour le faire quand le salarié a exercé de nombreux métiers différents avec des expositions professionnelles différentes et les dossiers médicaux ne sont pas toujours d'une grande aide.

IST : si dossier médical correctement rempli, c'est rapide à faire.

D Huez : quelles sont les spécificités et les limites pour le Curriculum Laboris (CL) de l'IST. Dans le CL le médecin engage sa responsabilité et il n'est pas sûr que pour tous les facteurs de risque l'IST ait toutes les compétences nécessaires. Ce n'est pas qu'une question de temps. C'est une dispute de savoir si on peut substituer par l'IST l'activité d'un CL de la responsabilité du médecin. De même le care ne doit pas shunter la prévention collective.

IST : ces règles doivent s'aborder dans le binôme.

MDT : il existe des guides permettant, comme FAST, de décrire le métier. Si je suis perdu dans mon entretien infirmier cela permet de me recentrer sur le travail. Mais ce guide ne prend pas en compte la clinique médicale du travail.

D Huez : dans le débat entre l'éducation pour la santé, le care et la clinique médicale du travail : on ne peut pas faire abstraction de la réglementation du travail.

IST : Dans le débriefing, on pourra l'aborder. Mais le rôle de l'infirmière est aussi d'aborder l'éducation pour la santé en reprenant les règles de bases de l'hygiène.

D Huez : selon les formations, on va aborder de façon différente les problèmes de santé : il faut les reprendre dans l'équipe.

MDT : comment la réponse individuelle de l'IST au salarié peut cautionner des attitudes de certains salariés (comme faire laver ses vêtements souillés de plomb ou de cadmium à son domicile) ?

MDT : le médecin a déjà vu le salarié donc l'identification de la prévention collective doit être déjà écrite dans le dossier.

IST : si SMR avec risques chimiques, normalement les risques et les examens doivent être notés dans les dossiers.

IST : il faut une connaissance de l'environnement de travail par l'infirmière : elle interroge avec son rôle propre mais ce n'est pas cautionner, c'est pour rappeler les règles et notamment donner l'information au salarié en disant que c'est à l'employeur de prendre en charge le nettoyage des vêtements de travail. Le dossier doit passer en staff avec le médecin du travail pour faire de la prévention collective au poste et mettre en place les recommandations.

MDT : Dans ce cas concret, l'infirmière était débutante et n'avait eu de formation.

MDT : il y a une complémentarité du care et de la prévention collective.

J Milliez : importance du débriefing car à partir du lavage des mains du salarié, on peut atteindre la prévention collective.

MDT : mon IST venant de la santé publique, à chaque fois qu'elle rapportait quelque chose, je lui disais « *est-ce que vous croyez que c'est dû au travail ?* ».

MDT : j'ai une pratique ancienne avec l'IST. On avait mis au début des barrières et l'IST ne faisait pas les visites tant qu'elle ne connaissait pas le terrain. Au début, nous faisons un débriefing avec les dossiers avant et après les visites. Les visites sur les lieux de travail c'est indispensable. L'IST est présentée dans l'entreprise et après elle se débrouille.

D Huez : il y a une dispute sur les protocoles avec 2 notions : le lean protocole, protocole maigre !, où il n'y aurait que le minimum, et le protocole riche. Quels sont les éléments indispensables à

mettre dans un protocole ? D'un côté un processus discuté sans être écrit et de l'autre un processus obligatoirement écrit.

IST : est-ce que le protocole doit être daté ?

MDT : nous avons un protocole très riche à partir des recommandations du CNOM, de la HAS et du logiciel stétho. Le protocole n'est pas signé, donc ce n'est pas un protocole. C'est seulement un guide pour élaborer un protocole. Actuellement le protocole est « obligatoire » mais ce ne sera peut être pas le cas dans quelques années avec les infirmières cliniciennes.

IST : on entend parler de protocole. Qu'est-ce qu'un protocole ? C'est comme une ordonnance à l'hôpital avec la date et la signature du médecin?

MDT : l'ESTI doit être protocolisé avec un protocole daté et signé.

IST : c'est une sécurité pour les IST.

IST : est ce que les protocoles doivent être montrés au directeur ?

MDT : l'employeur ne doit pas interférer dans la rédaction d'un protocole. Le protocole ne doit pas être négocié avec la direction, mais le protocole doit être signé par le MDT pour l'IST et il n'est pas un secret.

MDT : le protocole doit comporter le nom du médecin et le nom de l'infirmière, la date et le secteur de l'infirmière (entreprises, effectifs, objectifs, déroulement, niveau de planification). Il faut se battre en permanence contre les directions et ce sont les médecins qui doivent se battre pour les infirmières.

IST : la délégation se fait sous le logiciel stétho. Le médecin délègue à l'IST.

D Huez : au sens réglementaire, ce n'est pas l'informatique qui dirige : il faut un protocole écrit, daté et signé.

MDT : le protocole doit être fait en équipe, daté et signé par le MDT et l'IST.

MDT : dans mon service, nous avons une bonne expérience : les protocoles ont été élaborés en co construction et signés par le médecin.

IST : des IST dans mon service se retrouvent à faire des ESTI pour les effectifs de médecin parti à la retraite et non repris par leur confrère.

D Huez : il faut un médecin remplaçant. Sinon c'est un exercice illégal de la fonction de l'IST pour l'ESTI.

MDT : dans mon service c'est le cas. Les confrères refusent de prendre l'effectif car ils sont déjà en sureffectif.

D Huez : les IST vont devoir déployer des règles professionnelles pour traiter ces problèmes.

MDT : que se passe-t-il si un salarié refuse un entretien avec un infirmier ?

D Huez : un salarié peut demander à voir le médecin du travail.

IST : dans un service, les convocations sont stoppées pour une demande de consultation par le MDT. Où est la place de l'ESTI ? C'est de la responsabilité du médecin de valider la confiance et la délégation qu'il fait à l'IST. Ce ne doit pas être l'employeur qui doit exiger...

MDT : dans mon expérience, je n'ai pas donné suite car j'ai dit qu'il y avait des protocoles écrits et que l'IST devait faire l'ESTI.

MDT : Il faut faire attention que des tâches abusives ne soient pas confiées à l'IST. Dans les protocoles, il doit être notifié ce que l'on fait des dossiers médicaux si le MDT est parti à la retraite et qu'il n'y a pas de remplaçant. Les clés des classeurs où sont rangés les dossiers doivent être données au MIRT et en son absence au MIRT de la région voisine.

MDT : le MDT est protégé par le cadre de son exercice et doit protéger l'exercice de l'IST. Les protocoles sont individuels.

IST : il faut le soutien du MDT. Certaines ne font que de l'abattage et du secrétariat sans travail de terrain.

A Grossetête : le protocole est forcément singulier donc signé par le médecin.

IST : il y a encore beaucoup d'ESTI sans collaboration réelle avec leur médecin.

4- **Quatrième séquence : Métier d'infirmière en santé au travail : les écrits infirmiers et le dossier médical (DMST)**

Mireille Chevalier MDT, Katia Wanquet IST, Bernadette Berneron MDT

4.1 – **EXPÉRIENCES PRAXIQUES** : Le métier d'infirmière du travail, les Ecrits en médecine du travail et l'écriture pour chaque métier, le DMST

4.2 - **APPORT DE REPÈRES POUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** :

4.3 - **DISPUTE PROFESSIONNELLE**: Le métier d'infirmière du travail, les Ecrits en médecine du travail et l'écriture pour chaque métier, le DMST

- ✓ *Quelle écriture de l'infirmier au DMST ?*
- ✓ *Quelles règles professionnelles pour les différents écrits de l'IST ?*
- ✓ *Comment peut-il tracer par écrit sa responsabilité professionnelle propre en cas de besoin ?*
- ✓ *Quelle place pour les groupes de pairs entre IST ?*

DEBAT SEQUENCE 4

D Huez : est-il possible de faire un ESTI sans que cela leur soit « confié » par le MduT et d'écrire dans le DSMT ?

MDT : pour moi, c'est très dur de signer des écrits que je n'écrirais pas comme ça même si je suis d'accord avec les écrits.

MDT : dans mon binôme, le choix de mon IST est de faire un dossier de suivi infirmier, elle n'écrit pas dans le DSMT. Elle a fait le choix d'avoir une grille différente avec un diagnostic infirmier.

D Huez : est-ce dans les protocoles ? Le dossier infirmier fait-il partie du DSMT ? Est-ce que le diagnostic infirmier est prévu ?

MDT : c'est protocolé et le dossier de suivi infirmier est dans le DSMT.

IST : j'écris dans le dossier médical. Mais il faut que les MDT fassent des efforts pour écrire de façon lisible dans le DSMT

MDT : il faut se réinterroger sur ce que l'on inscrit dans le dossier et ne pas penser que ce que l'on ne note pas, on s'en souviendra. Maintenant, il y a 2 personnes qui suivent le salarié. Il faut donc transcrire tout ce qui va être utile pour le suivie du salarié.

D Huez : il faut des choses lisibles pour les autres. Le DSMT est un travail clinique en construction. Il faut faire attention à tracer les interrogations, du factuel ou du subjectif. L'idée principale est que ce qui est écrit doit pouvoir être lu. Généralement les choses se construisent dans le temps et ne sont pas achevées. Pour l'IST et le MDT, il s'agit d'un travail d'interrogation puis d'un travail d'atterrissage diagnostique.

IST : faut-il inscrire le contrat que l'on passe avec le salarié à l'instant T ? Par exemple le respect des horaires de travail pour le bien de sa santé : c'est ce que formule le patient. C'est ce que je trace dans le dossier : c'est l'acte de la décision du salarié par rapport à sa qualité de vie. Est-ce ça dont vous parlez ?

D Huez : c'est une pratique proche du comportemental qui peut faire l'objet d'une dispute en soi. Dans la clinique médicale du travail, nous n'avons pas fait entrer tout ce qui relève de la méthode comportementale.

MDT : est-ce que ça veut dire qu'il faut transcrire ce que le salarié a compris de sa situation et noter dans le dossier si le salarié a récupéré les moyens ? Je crois que le pouvoir d'agir, ce n'est pas la promesse du salarié.

MDT : à qui appartient le dossier ? Le DSMT procède de la mission de délégation du MDT c'est différent de l'hôpital. Si l'infirmier ne peut pas écrire dans le dossier, les IST ne veulent pas faire d'ESTI.

MDT : est-ce possible de travailler sans confiance dans l'équipe ?

MDT : certains médecins ne veulent pas que l'IST écrive dans le dossier. Certains médecins ne veulent pas travailler avec un infirmier et ne peuvent pas donner leur avis sur l'embauche.

IST : comment un médecin peut-il ne pas signer des écrits des infirmière au prétexte que la tournure des phrases ne lui conviendraient pas ?

MDT : pour certains MDT, cela engage leur personnalité et leur personne et ils se sentiraient dépossédés de quelque chose.

MDT : je ne travaille pas encore avec une infirmière mais je travaille avec une AST et un IPRP qui font les fiches d'entreprise et les études de poste. Est-ce que je dois signer ces documents car j'engage ma responsabilité ?

MDT : en quoi le curriculum laboris engagerait la responsabilité du médecin car c'est du déclaratif du salarié.

D Huez : lors de l'entretien médical, est-ce une déclaration du salarié et le médecin un notaire qui transcrit ? Ou est-ce que l'élaboration du CL est une activité en clinique du travail ? C'est une dispute professionnelle.

MDT : on ne connaît pas les anciennes expositions et c'est du déclaratif alors que quand on connaît les entreprises on connaît les expositions.

MDT : je ne suis pas d'accord, on peut tracer l'exposition en s'appuyant sur la clinique médicale du travail. On n'a par exemple jamais vu la fibre d'amiante qui a causé le cancer du poumon et pourtant elle existe.

MDT : il y a les matrices emploi exposition qui peuvent aider. Dire qu'on ne peut pas tracer les expositions qu'on n'a pas vues ce n'est pas entendable.

MDT : il est important que les IST puissent échanger en groupe de pairs sur la façon dont elles écrivent dans le dossier.

IST : je trouve intéressant de confronter nos pratiques en groupe de pairs. C'est la meilleure formation que j'ai eue. Lors de ces réunions, on présente des cas. C'est un enrichissement important. C'est un travail exigeant avec l'écriture de monographies et de compte rendu des réunions. Je pense que c'est la meilleure formation continue qui existe actuellement et que j'expérimente depuis 6 ans d'abord avec les IE puis maintenant avec des IST de SIST.

IST : je faisais partie d'un GAPEP trop gros qui ne nous donnait pas satisfaction et qui s'est dissout. Nous avons constitué un autre groupe sous l'égide de l'APST mais certaines IST ne participent plus car leur direction n'est pas d'accord. On fait des échanges sur des fiches d'entreprise.

SYNTHESE :

A Grossetête : Notre colloque est à un tournant car la moitié de la salle est composée d'infirmières. Les pratiques professionnelles ne peuvent se construire qu'entre pairs. Des GAPEP médecin existent, des GAPEPS infirmiers doivent se créer. Lors de ce colloque médecins et IST sont entrés en dispute et controverse à partir de la clinique médicale du travail déployée par leurs deux métiers.. Beaucoup de questions restent posées. Par exemple, la discussion de ce matin sur l'activité de l'infirmière « saucissonnée » (c'est le terme que l'IST a employé) entre rôle propre et rôle prescrit ; la discussion sur le care, sont des points à débattre dans une discussion autant inter- qu'intra –professionnelle. Au sujet des protocoles, la teneur globale de la journée laisse à penser qu'au mieux, ils sont évoqués, mais que souvent ils n'existent pas. En l'absence de protocole, les directions de service pourraient reprendre la main et organiser à leur guise les binômes. Le colloque n'a pas vocation à épuiser le questionnement sur les pratiques professionnelles, mais à tenter de le porter un peu plus loin.

D Huez : il ne vous a pas échappé qu'il y a une réforme majeure qui arrive. Il 'est donc pas exclu qu'il y ait une instrumentalisation massive des IST pour démedicaliser la santé au travail. De cela, les IST peuvent tomber dans des procédures défensives : le travail en groupe de pairs infirmiers (GAPEP Infirmier) est primordial pour construire et garder le sens de ce nouveau métier, mais les GAPEP organisés sans garantie d'indépendance seront sans succès. Tout le débat sera sur le site. Le livret du colloque va être complété des vignettes cliniques et sera envoyé à tous les participants.

Post-scriptum E-Pairs

De l'avis très majoritaires des participants et organisateurs de E-Pairs, ce colloque nous paraît être une très belle réussite au regard de son objectif de coopération médecin du travail et infirmière du travail autour de l'ESTI. On a eu l'impression que l'objectif de déployer le moyen pratique de la clinique médicale du travail était bien partagé par une majorité des participants à ce colloque.

La figure d'organisation pédagogique, alternant vignettes cliniques, résumé de Repères professionnels (argumenté par un livret) pour la moitié du temps, et Disputes professionnelles pour l'autre moitié, tout cela en quatre séquences, a montré sa grande efficacité.

Il y a eu de vraies disputes, certaines en réalité permettant de mieux comprendre, d'autres par rapport à des questionnement très spécifiques ou non élaborés antérieurement, parfois de vrais désaccords, mais alors plus sur des interprétations règlementaires.

Les infirmières présentes, la moitié des participants soit 47, étaient totalement partie prenante des débats pour leur majorité. Certaines voyaient très bien le plus par rapport à certaines formations universitaires actuelles. Le discours respectueux et prenant en compte ce qu'était leur métier a été entendu. Certaines ont pu mesurer que le discours sur le diagnostic infirmier n'était plus d'actualité concernant la santé au travail et que l'entraînement à l'ESTI n'était pas qu'un jeu de rôle, mais devait s'appuyer sur un contenu pratique.

La place des GAPEP infirmiers (groupes d'accompagnement des pratiques, que promeut E-Pairs), a bien été mise en évidence et certains en naitront probablement dans la foulée.

La nécessité de prescription personnelle par le médecin du travail pour l'ESTI « confié » règlementairement à l'IST, a déstabilisé certains médecins, comme les protocoles qui les engageraient. Cela discutait ferme en aparté.

Il nous faudra mieux déployer en exemple pour l'avenir, au-delà des RPS des organisations du travail, la clinique médicale du travail, jusqu'à l'exposition aux facteurs de risque, chimiques par exemple. Car ce socle de la spécialité en médecine du travail, pour ces deux métiers, concerne l'ensemble de leurs pratiques respectives.

Les répercussions, pour les deux pratiques des deux métiers que sont les MduT et IST, d'une clinique médicale du travail commune, vers l'amont de leur approche spécifique, soit en clinique médicale, soit par le care, devront être mieux appréhendées.

La place du care pour les médecins eux-mêmes, est probablement aussi une porte d'entrée pour le travail "intercompréhensif" de la clinique médicale du travail. Cela facilitera une meilleure approche compréhensive du travail et non algorithme, approche alors adossée au « travailler », qui devrait être approfondie.