



**Association Fédérative des Groupes de Pairs**  
Pour **Le Développement Professionnel Continu En Médecine du Travail**

---

# **10<sup>ème</sup> Colloque association E-Pairs**

## **Paris 5 octobre 2018**

**Avec l'association santé et Médecine du Travail (ass SMT)  
et le soutien du SNPST, et des médecins et infirmier(e)s du travail CGT**

### **Coopération infirmier - médecin du travail, de l'individuel au collectif par la clinique médicale du travail**

**2 exemples :**

**la prise en charge des souffrances au travail (RPS) et  
la contribution à la traçabilité des expositions**



Association loi de 1901 - déposée le 6 novembre 2006

Enregistrement OGDPC 2849

N° de déclaration d'activité de FPC : 24 37 02517 37

N° SIRET : 494 421 514 00014

Site : <http://www.e-pairs.org>

N° de dépôt : 2006 0048 889

Code APE : 9499Z

Adresse électronique : [e-pairs@e-pairs.org](mailto:e-pairs@e-pairs.org)

Adresse Postale : E-Pairs, 6 rue des coudriers, 86100 CHATELLERAULT

# PLAN du COLLOQUE

## Introduction

9h00 Alain GROSSETETE - secrétaire du Groupe Projet de E-Pairs

## Matin

Pratiques cliniques et règles professionnelles en médecine et santé au travail. Expériences de groupes de travail médecins du travail et infirmiers en santé au travail en clinique médicale du travail : présentations de cas cliniques individuels et collectifs plus ou moins partagés ou de carence de coopération (45 minutes par communication avec questions) :

- Quelles règles de coopération dans le but d'être utile à la santé du patient ?
- Comment se construit la coopération ? Quels sont les éléments favorisant la coopération ?
- Comment construire la confiance pour coopérer ensemble ?
- Quel travail clinique pour l'infirmière ? Quel travail clinique pour le médecin ?
- Urgence psychopathologique du fait ou au travail
- Quelles coopérations pour le maintien au travail du salarié et y construire sa santé ?
- Quelle différence entre collaboration et coopération ?
- **Communications** 9h45 – 11h ; 45 minutes par communication avec questions

*Binôme animateurs : Sophie RABATEL (IDEST), Odette Tencer (MDT)*

*Fil Rouge : Chantal Colliot (IDEST), Magdeleine Ruhlmann (MIRT)*

1. L'infirmière confrontée au risque suicidaire, en l'absence de coopération  
*Isabelle LUYTEN, infirmière en santé au travail, GAPEP 16001, AMET, Rosny-sous-Bois*
2. Construction d'une coopération au sein d'une équipe médicale avec une IST et une infirmière d'entreprise  
*Hélène Ruck, médecin du travail, GAPEM 17001, ASSTV, Poitiers*

## Discussion sur le thème et ses possibles disputes professionnelles dans l'équipe médicale

11h15 – 12h15

## Après midi

Pratiques cliniques et règles professionnelles en médecine et santé au travail. Expériences de groupes de travail médecins du travail et infirmiers en santé au travail en clinique médicale du travail : pour la contribution à la traçabilité des expositions à partir de la présentation de cas cliniques individuels ou collectifs plus ou moins partagés, ou de carence de coopération (45 minutes par communications avec questions)

- Quels ressorts pour la coopération entre infirmiers et médecins du travail ?
- Comment rendre compte de plusieurs entretiens d'un même salarié patient, menés successivement par les deux métiers de la clinique ?
- Construire en coopération un protocole
- Quelles pratiques pour délibérer dans un staff ? Qu'est-ce qu'un staff en pratique de soin préventif ? Pose-t-il problème ?
- Comment travailler en coopération sur le lien santé travail ?
- Quels sont les freins et les blocages pour la construction de la coopération ? La résistance aux changements ? L'organisation du travail ? La réglementation ?
- Quelles règles de fonctionnement pour le staff en tant que temps collectif et en tant que période d'élaboration entre 2 métiers qui se respectent ?
- **Communications** 13h45 – 16h30 ; 45 minutes par communication avec questions

*Binôme animateurs : Katia Wanquet (IDEST), Gérard Lucas (MDT)*

*Fil Rouge : Chantal Colliot (IDEST), Magdeleine Ruhlmann (MIRT)*

3. Coopération dans l'accompagnement santé travail d'une équipe d'assistantes commerciales : d'une plainte de TMS individuelle au risque RPS collectif,  
*Marie Christine LIMAME, infirmière en santé au travail, AST Lyon*

4. Etude de 57 observations cliniques collectées en 2017 : un exemple de coopération médecin du travail /infirmière dans la traçabilité des RPS,  
*Dounia BAKKARI, médecin du travail, SISTNI*

## Conclusion du colloque :

*Mireille Chevalier, présidente d'E-Pairs*

# COLLOQUE

## 1-Introduction au colloque

**Alain GROSSETETE**, *secrétaire du groupe projet de l'association E-Pairs*

-Trois colloques E-Pairs ont porté sur les fondements de la coopération entre le métier de médecin du travail et le métier infirmier en santé au travail :

2011 : défendre l'approche clinique pour médecins et infirmières dans le soutien à la santé des salariés ; exploration du rôle de l'infirmière en santé au travail.

2012 : sur « l'équipe coopérative » médecin+ IDEST, lors de la mise en place des entretiens infirmiers ; sur le socle d'une clinique partagée, la Clinique Médicale du Travail (CMT) étant le thème unique du colloque de 2013 ;

2015 : coopération entre les deux métiers (médical et infirmier) de l'équipe médicale à partir d'une même approche de la santé au travail : l'approche clinique. Dans la clinique médicale du travail des médecins et des infirmières (IDEST), l'approche de la santé par la clinique explore le lien santé-travail en prenant le travail et plus précisément le « travailler » du salarié comme grille de lecture. L'approche est donc à la fois individuelle et peut rendre compte d'une dimension collective : préventive ou d'alerte. La clinique médicale du travail articule l'individuel et le collectif. Le colloque sur la coopération entre les deux métiers porte en 2015 également sur la question des écrits, et aborde celle des protocoles.

-Alors, pourquoi un quatrième ?

-le colloque de 2018, sur la coopération entre les deux métiers infirmier et médical explore le « travailler ensemble » dans l'équipe médicale au travers de deux activités rencontrées au quotidien : la traçabilité des expositions ; la souffrance au travail.

L'exploration de cette coopération du côté des pratiques professionnelles de l'équipe médicale, dans les progrès de ce qu'elle peut amener pour un meilleur soutien à la santé au travail des salariés, est donc l'objet central du colloque.

Notre colloque est amené à penser la question « coopération » à la fois dans les conditions d'une situation actuelle (profondément dégradée), mais aussi dans un avenir qui donnerait toute sa place à la surveillance individuelle des salariés, en articulant préventions individuelle et collective au lieu de les opposer, et, qui, espérons-le, inciterait les jeunes médecins à choisir à nouveau la spécialité de médecin du travail !

. Ainsi le colloque n'aura pas à traiter d'un quelconque état des lieux. Ni de dispositions organisationnelles, ni de conduites à tenir. Seulement d'exposer des pratiques professionnelles de l'équipe médicale : comment la coopération se déploie (ou pas) entre médecin et IDEST. Sur le fond, Le travail des groupes d'analyse des pratiques entre pairs (GAPEP) ou « mixtes (GAPEM) reste en cela, essentiel.

Les IDEST dans l'équipe médicale : une nouvelle donne et un atout pour la clinique

Ce qui conduit à un nouvel examen de la coopération dans l'équipe médicale est l'arrivée importante des infirmières dans les SIE : Les entretiens des salariés réalisés par l'IDEST et le médecin ont pris depuis, une grande ampleur. Au point que le constat de leur inexistence dans les services inter- entreprises avant 2011 apparaît à présent, comme une anomalie ! Même si leur recrutement a eu pour objet de pallier le déficit en médecins du travail, le métier infirmier en santé au travail ne peut se penser, du point de vue de nos pratiques professionnelles, ni en solo, ni

en substitution du métier de médecin du travail. L'existence d'une clinique commune aux deux métiers semble favoriser les coopérations. Mais il se pose également l'exigence d'une formation qualifiante pour le métier infirmier en santé au travail :

L'accès des IDEST à une formation conséquente ouvrant à la qualification d'infirmière clinicienne est une question de pleine actualité.

En pratique, dans le « travailler ensemble » de l'équipe médicale, deux cas sont à distinguer dans l'exercice infirmier :

- Si l'IDEST n'a pas reçu la formation aux entretiens cliniques, son rôle est une écoute et prise en charge de l'état de santé du salarié, avant transmission auprès du médecin du travail. Sa pratique la rapproche alors de celle de l'infirmière en service autonome. L'équipe médicale en service inter-entreprise est alors composée de l'IDEST rattachée à l'entreprise, ainsi que l'IDEST et du médecin du service

- Si elle a reçu la formation, elle est amenée alors à rejoindre une posture d'infirmière clinicienne. Cette posture clinique oriente la nature de sa relation avec le médecin du travail : elle ouvre plus largement à coopération possible avec la clinique.

Quelles pratiques professionnelles pour deux métiers cliniques destinés à travailler ensemble dans le soutien à la santé des salariés ?

Concernant les relations sur le terrain entre IDEST et médecin du travail, une grande variété de situations existe sur le terrain, depuis le constat que cette coopération n'existe pas, jusqu'à des exemples dans lesquels elle est tentée avec ses limites.

Le colloque va proposer d'approfondir la question.

Organisation du colloque :

- Un « fil rouge de la journée » sera assuré par Magdeleine RUHLMANN (médecin du travail) et Chantal COLLIOT (IDEST)
- Deux présentations le matin (une par une infirmière, l'autre par le médecin, suivies de questions, et une discussion d'une heure environ ;
- Deux présentations l'après-midi (une par une infirmière, l'autre par le médecin, chacune travaillant dans le même service et sur le même sujet, avec une approche différente.

Les Binômes animateurs pour le colloque du 5 octobre : sont :

- MATIN : IDEST : Sophie RABATEL, avec Dr Odette TENCER,
- AM : IDEST : Katia WANQUET, avec Dr Gérard LUCAS.

Clôture : Mireille CHEVALIER

Une première série de questionnements vis-à-vis du soutien à la santé des consultants de l'équipe médicale en mode de coopération :

Quelles règles professionnelles dégager ou inventer par l'équipe médicale, pour travailler au mieux vis-à-vis de la santé des salariés ? Les articuler avec ses propres règles de métier pose-t-il problème ?

Comment travailler ensemble sur le lien santé travail ? Est-il possible d'accéder au « travailler » du salarié au travers des deux exercices ? Comment restituer plusieurs entretiens d'un même salarié consultant, menés successivement par les deux métiers de la clinique ? Est-il possible d'accéder au « travailler » du salarié au travers des deux exercices ?

Les dispositions organisationnelles et de fonctionnement d'un service autonome ou d'un service inter peuvent-elles constituer un obstacle à la coopération à l'intérieur de l'équipe médicale ?

Les dispositions prévues par le législateur confèrent au médecin un rôle « d'animation et de coordination ». Travailler en coopération dans l'équipe médicale sous l'autorité technique d'un médecin est-il possible ?

Construire en coopération un protocole : pour quoi faire ?

Quelles pratiques pour délibérer dans un staff ? Qu'est-ce qu'un staff en pratique de soin préventif ?

## **2 – COMMUNICATIONS - DÉBATS**

Avant de commencer les communications, Odette Tencer, animatrice, prévient que les interventions du colloque ne sont pas théoriques mais issues de la pratique professionnelle, de la vraie vie.

**1° Partie - Pratiques cliniques et règles professionnelles en médecine et santé au travail. Expériences de groupes de travail médecins du travail et infirmiers en santé au travail en clinique médicale du travail : présentations de cas cliniques individuels et collectifs plus ou moins partagés ou de carence de coopération**

### **1° Communication –**

#### **« L'infirmière confrontée au risque suicidaire, en l'absence de coopération »**

**Isabelle LUYTEN, IDEST, GAPEP 16001, AMET, Rosny-sous-Bois**

La coopération peut être absente pour l'infirmière au cours d'une urgence parce que le médecin référent n'est pas sur le même site qu'elle et qu'il n'y a pas de protocoles écrits.

Toutefois, cette coopération peut être différée.

Dans l'équipe médicale, quelles sont les attentes des uns et des autres ?

- L'instauration de la confiance entre le médecin et l'IDEST
- La transmission des informations qui, dans notre équipe, est prévue une fois par semaine
- L'attente du médecin de continuer à suivre l'évolution des entreprises à l'aide des rapports sur l'état de santé au travail des salariés, mais aussi de l'état de santé des personnes qu'il suit depuis longtemps
- L'attente de l'IDEST dans la prise en charge des problèmes dépistés systématiquement avec une trame d'entretien connue du médecin du travail

En l'absence de coopération face au risque suicidaire d'une salariée vue en consultation, quelles sont les ressources de l'IDEST ?

- L'arbre décisionnel de l'IDEST comprenant :
  - L'évaluation de la situation qui nécessite une intervention en urgence pour interrompre le scénario prévu
  - Le choix des actes infirmiers pour la prise en charge de la salariée
  - Les méthodes et moyens utilisés : prise du rendez-vous par la salariée auprès de son médecin traitant dans la journée et convocation pour consulter le médecin du travail le lendemain.

- Le savoir-faire infirmier
  - Pendant l'entretien, l'infirmière a écouté avec empathie la salariée, l'a informée et a pu évaluer son degré d'autonomie concernant la prise en charge de sa difficulté à faire face immédiatement
  - Devant la relative urgence, l'infirmière a repéré les ressources possibles pour assurer la prise en charge
  
- Pour quels objectifs ?
  - A court terme : l'éviction de la situation de travail pour protéger la salariée
  - A moyen terme : la restauration de ses capacités et de son pouvoir d'agir
  - A long terme : d'éviter la désinsertion professionnelle

Quelles sont les complémentarités IDEST/MDT ? L'IDEST peut dépister, transmettre au médecin mais n'a pas le pouvoir d'agir sur la cause organisationnelle ou hiérarchique du poste de travail exposant le salarié à un danger pour sa santé ce qui est du ressort du médecin.

Les protocoles :

- Peuvent inclure des échanges avec les médecins du service travaillant avec une infirmière et les autres médecins pour permettre une diminution des grands moments de solitude de l'IDEST
- Tout ne peut pas se prévoir dans les protocoles mais chaque expérience les enrichit

En attendant, les fondamentaux infirmiers peuvent encore servir.

### ➤ Cas clinique

J'ai vu, en visite périodique en octobre 2016, madame T, 37 ans, assistante administrative des ventes depuis 5 ans pour un équipementier de l'industrie aéronautique.

Sur le plan personnel, Madame T vit seule avec sa fille.

Dans ses antécédents médicaux, sont notés dans son Dossier Médical en Santé au Travail (DSMT) :

- Un arrêt de travail de 1 mois pour une dépression en lien avec son travail
- Un arrêt de travail de 14 jours pour lombalgies en 2014
- Des plaintes par rapport au travail à type de difficultés relationnelles avec sa hiérarchie et une forte charge de travail.

Madame T travaille dans un « open-space » de 50 personnes avec des bureaux « en ligne » et une superviseuse par ligne. Il s'agit d'un travail administratif qu'elle effectue sur informatique. Elle décrit ce travail comme un travail inintéressant et très répétitif consistant en la saisie de piles de dossiers papier sur le logiciel.

Ce travail très répétitif m'amène à lui demander si elle peut faire des pauses pour diminuer le risque de TMS. Elle répond se sentir « constamment épiée sur son travail » par la responsable qui est en bout de ligne et qui finit par lui reprocher ses temps de pause.

Elle aurait été sanctionnée par un retrait sur salaire des temps de pause. Madame T explique qu'elle préfère partir en pause « pour ne pas péter un câble » mais elle ne sait plus quoi faire : elle est dans une impasse et dit « Il faut que ça s'arrête ».

Face à cette situation, je cherche des éléments positifs de sa vie et lui demande « qu'est-ce que fera votre fille sans vous ? ». Ce à quoi elle répond, « le monde sera meilleur sans moi ».

J'explore alors avec elle les relations dans le collectif de travail en lui demandant comment ça se passe avec ses collègues. Elle dit « c'est pour ça que je me suis décidée à parler, car à côté de moi, il y a un nouveau collègue mexicain, et la « chef » commence à s'en prendre à lui »...

Je lui demande alors « dans mon expérience, j'ai déjà rencontré des personnes qui comme vous avait des problèmes graves au travail, parmi ceux-là, certains avait des idées noires, est-ce votre cas, avez-vous des idées noires ? » Madame T dit « oui, je veux que ça s'arrête, j'ai rassemblé tous mes médicaments, je vais les prendre en une fois ».

Madame T est sous traitement anti dépresseur prescrit par son médecin traitant depuis 1 an suite à un arrêt de travail d'un mois pour dépression.

L'entretien est orienté par la salariée que j'écoute avec empathie. Je poursuis mon entretien qui se termine par la prise des constantes, poids, tension. Cet entretien a duré une heure.

Ma décision est prise de ne pas la laisser repartir :

- devant les signes de somatisation du stress : prise de poids de 40 kg en 5 ans.
- devant l'énoncé du scénario prévu pour le suicide et les phrases relevées plus haut.

Je cherche alors un avis médical immédiat et devant l'urgence que je ressens, j'essaie de trouver un moyen de la garder. Je préviens un médecin du travail présent sur le site car le médecin en charge de l'entreprise est absent ce jour-là. En effet, je travaille sur 2 sites, la secrétaire fait soit mes vacances, soit les vacances du médecin, mais nous ne pouvons pas travailler ensemble sur ce site.

Je pense qu'une éviction du milieu de travail est nécessaire pour faire cesser la pression de l'environnement de travail, le scénario du suicide étant prévu. J'explique à madame T qu'une stratégie bien conduite lui permettra de ne plus jamais retourner sur son lieu de travail.

Je vais exposer au médecin présent sur le site les phrases qui m'ont alertée au plus haut point : « le monde sera meilleur sans moi » « je vais prendre tous mes médicaments en une fois ». Mais je ne fais aucune remarque sur ce que j'attends, c'est-à-dire une inaptitude temporaire et une lettre au médecin traitant : je ne veux pas me substituer, ni interférer dans le rôle du médecin du travail. Ce médecin n'a pas d'infirmière et ne connaît pas la coopération de ce travail partagé.

Ce médecin me fait conseiller à la salariée de consulter le médecin du travail en charge de l'effectif de l'entreprise. Je planifie un rendez-vous avec ce médecin du travail pour le lendemain matin, et lui demande de voir son médecin traitant en sortant du travail.

Madame T a suivi mes conseils, consulté son médecin traitant et rencontré le médecin du travail le lendemain de l'entretien infirmier qui lui a délivré l'avis suivant « état de santé temporairement incompatible avec l'activité professionnelle. A revoir lors de la visite de reprise. »

Dans ce cas, mon objectif était de rendre la personne actrice de son devenir et de son avenir et de lui permettre l'autonomie de sa décision.

## ➤ La traçabilité

Quelles « traces » de cet entretien laisser dans le dossier médical ? L'entretien infirmier a été inséré dans le DMST de la salariée et notamment les éléments suivants :

- la notion de nuisance de la situation de travail pour la santé de la personne caractérisant la situation d'urgence
- les phrases attribuées à la salariée et à sa hiérarchie
- le risque de passage à l'acte suicidaire.

### **Questions :**

**MDT Hospitalier** : dans cette situation, elle avait organisé son suicide. Il y a danger pour elle-même. Pourquoi ne pas avoir appelé le SAMU ? Car il s'agit d'un gros risque. Moi je travaille avec plusieurs IDEST qui ne sont pas toutes situées dans un même lieu. Le protocole est que dans un cas comme celui-ci, elles appellent le SAMU.

**Odette Tencer animatrice** : on est sur les pratiques professionnelles de la vraie vie : on n'est pas là pour juger ni pour critiquer mais pour discuter des pratiques.

**IDEST** : dans ces conditions et cette situation, il faut gagner du temps. J'ai gardé la salariée 1 heure. Je l'ai informée sur sa situation et lui ai expliqué qu'on pouvait faire en sorte qu'elle ne reste pas à son poste de travail. Elle a appelé son médecin traitant dans le service. Je savais qu'elle allait aller le voir. La personne ressource c'est elle : elle est actrice de sa propre santé. En service autonome, j'aurais fait autrement.

**MIRT** : Alain a parlé de la nécessité d'une formation pour les IDEST. Il y a aussi une formation nécessaire pour les médecins. Dans ce cas-là, Isabelle n'a pas eu les réponses du médecin qu'elle attendait.

**IDEST** : ce médecin ne travaille pas avec une IDEST et il s'agissait d'une grande entreprise. Il n'a pas pris de décision.

**MDT** : pourquoi en service autonome vous auriez fait autrement alors qu'en service inter, vous n'avez pas la possibilité de faire ?

**IDEST** : en service autonome, l'effectif est captif, on connaît les personnes, on a une personne à appeler en cas d'urgence qui vient la chercher.

**MDT** : il pourrait y avoir une régulation ou un arbitrage technique avec une salle de soins. Il pourrait y avoir une deuxième personne référente.

**IDEST** : dans ce service, il n'y a pas de salle de soins ni d'endroit où on peut laisser la personne se reposer.

**MDT** : qu'est-ce qu'on met en place après pour résoudre cette question si elle se reproduit ? Il faut réfléchir dans l'équipe aux outils à mettre en place pour faire face et se protéger. Qu'est ce qui a été prévu à la suite ?

**IDEST** : je pense que le salarié doit être acteur de son avenir professionnel. Depuis, j'ai changé de secteur et de bassin d'emploi. Je n'ai pas eu connaissance de la suite.

**MDT** : y a-t-il eu un temps de débriefing après ce cas pour poser le débat ?

IDEST : le médecin est parti à la retraite. A mon avis, il faut un protocole de service élargi impliquant le médecin présent sur le centre même s'il n'a pas d'IDEST.

MDT : ce qui m'étonne c'est le manque de protocole pour un cas de danger : le mieux c'est d'appeler le SAMU.

IDEST : j'ai déjà appelé le SAMU pour un autre cas similaire, mais ce n'est pas la réponse. Dans ce cas précédent, le SAMU avait mis 4 heures pour arriver et la personne s'est sauvée pendant le débriefing avec le médecin du SAMU. Ici, j'avais un médecin dans le service qui m'avait dit de donner un rendez-vous pour lendemain.

MDT : le vrai sujet ce n'est pas de savoir s'il fallait appeler le SAMU. Ce cas révèle une insuffisance du médecin présent sur place. En service autonome, il y a une salle de soins avec plusieurs médecins qui s'occupent de tous les salariés. Dans les services inter ce n'est pas le cas, chaque médecin règne sur son secteur mais ne s'occupe pas des salariés des autres secteurs. Il faut plutôt une coopération entre les médecins du service inter.

MDT : je pense que dans les services inter, il faut qu'il y ait de la confiance. Ce qui est important de savoir c'est : quels sont les meilleurs relais qui travaillent comme le médecin référent et que l'on peut appeler en cas de problème. Dans mon service, mon IDEST a été confrontée à un problème et je n'étais pas là mais elle a pu demander de l'aide à une consœur qui travaille toute seule.

IDEST : je rappelle que l'IDEST avait eu une formation approfondie sur le suicide. L'entretien a duré une heure et pendant cette heure-là il s'est passé des choses qui ont fait évoluer la situation de la salariée. Il y a rarement des suicides en France après un entretien santé travail infirmier.

MDT : dans le cas d'Isabelle, c'est un cas où la clinique médicale du travail a fonctionné. Il faut être prudent car s'il y a une coopération meilleure dans les services autonomes, c'est aussi dans ces entreprises qu'il y a le plus de suicides

## **2° Communication –**

### **« Construction d'une coopération au sein d'une équipe médicale avec une IST et une infirmière d'entreprise »**

**Hélène RUCK, médecin du travail, GAPEM 17001, ASSTV, Poitiers**

#### **➤ Présentation de l'équipe**

Depuis 2011, j'assure le suivi médical d'environ 400 salariés d'une entreprise de fabrication de bottes à raison d'une demi-journée par semaine jusqu'en 2013 (date d'embauche de l'IDEST : madame Varnoux). Les salariés étaient vus en visite périodique une fois par an.

Après la formation de l'IDEST, les salariés étaient toujours vus tous les ans, mais en alternance (une fois par le médecin du travail, l'année suivante par l'IDEST).

L'équipe médicale travaille en collaboration avec l'infirmière d'entreprise qui assure les missions de secrétariat (convocation, gestion du dossier médical) et qui réalise les examens complémentaires (EFR, audio) elle est également l'interface avec le service ressources humaines.

#### **➤ Histoire de madame D**

<p><b>En 1999</b>, Mme D est âgée de 21 ans lorsqu'elle est embauchée dans cette entreprise. Elle occupe un poste de piqueuse dans l'atelier de production. A l'interrogatoire :</p>
--

- on ne note pas d'antécédents particuliers hormis des poussées de psoriasis depuis 2006.
- Son parcours scolaire se résume à l'obtention d'un BEP et CAP couture.

Dans cette usine, il n'y a pas de cloisonnement entre les différents postes de travail.

- préparation du caoutchouc pour faire les bottes,
- préparation (découpe, encollage) des différents éléments de la botte (semelles tiges, renfort, chaussettes)
- montage de la botte sur convoyeur
- vulcanisation des bottes.

Certains postes disposent d'une aspiration, certains autres voient leur système d'aspiration inopérant.

L'heptane est employé « à main nue » pour rafraichir de manière régulière les bottes en cours de confection, des colles sont utilisées (sans gants) sur plusieurs postes de travail, à plusieurs endroits de l'atelier, sans aspiration, ni ventilation. Les salariés ne portent pas de masques de protection.

L'usage d'heptane et de colle sans gants de protection serait en lien avec une incompatibilité d'usage avec le caoutchouc. Il n'y aurait pas de produit de substitution possible à l'heptane pour le process décrit.

Cependant : les mesures d'ambiance de l'heptane restent inférieures au VLEP.

Tous les salariés sont exposés à ces risques chimiques.

Depuis l'embauche, Mme D bénéficie d'un suivi régulier tous les ans effectué par le médecin du travail. Les conclusions successives de visites médicales mentionnent entre autre un examen neurologique normal

**En 2008**, elle change de poste, elle est affectée à la préparation : mise en escalier des éléments, encollage de baguettes. L'interrogatoire et l'examen clinique ne relèvent ni vertige, ni céphalée, l'état cutané est satisfaisant.

**En 2011**, elle est affectée sur le poste d'encollage des avants pieds. L'examen clinique est identique.

**En 2012**, elle est réaffectée au piquage en alternance avec les postes d'encollage.

**Le 11 mai 2016**, Mme D est reçue par l'infirmière du service inter de santé au travail en visite périodique. Le compte-rendu de l'Entretien Santé Travail Infirmier (ESTI) par l'infirmière mentionne : « arrêt d'une semaine pour HTA + vertiges » L'IDEST établit lors de la visite, la fiche de poste de la salariée, mentionnant l'exposition au risque chimique.

**Le 18 mai 2017**, le médecin du travail reçoit la salariée en visite de reprise après un arrêt maladie de 4 mois (décembre 2016 à avril 2017), et réalise le constat suivant :

- Vertiges, persistants depuis fin décembre, ayant nécessité un arrêt de maladie de 4 mois.
- Un bilan ORL est réalisé en avril et en juin
- Mme D est en instance de séparation, le contexte personnel est délicat
- Elle a présenté des attaques de panique en mars / avril
- Elle présente des épisodes d'hypertension artérielle, mais ce jour la pression artérielle, est à 12.7

- Son sommeil est perturbé, madame D prend 1 comprimé d'Atarax le soir, et est suivie par le Dr XX au CMP
- Elle décrit un syndrome ébrieux, la sensation d'être dans du coton
- L'examen neuro est normal, il n'existe pas de syndrome cérébelleux.

Le médecin du travail suspecte un syndrome psycho organique lié à l'utilisation de solvant et oriente madame D vers le docteur XY, au CHU de Poitiers pour bilan neuropsychologique. Le bilan neuropsychologique est réalisé le 21 août 2017 et le docteur XY conclut à « des troubles cognitifs légers à modérés, caractérisés par une probable lenteur idéatoire, un syndrome dys- exécutif modéré où dominant les difficultés et un déficit d'attention soutenu dans un contexte d'un trouble anxieux. Ces troubles sont compatibles tant avec un syndrome anxieux qu'avec une exposition au solvant »

Un bilan de contrôle à 9 à 12 mois, après éviction du milieu solvanté est nécessaire pour affiner le diagnostic.

Le médecin du travail a informé la salariée des résultats et l'a exclue de l'atelier production. Madame D a été affectée dans un autre service dans lequel il n'existe pas d'exposition aux solvants.

Un retour a été fait à l'infirmière de l'entreprise qui a géré la mise en œuvre des préconisations.

A cette époque les staffs entre les différents acteurs n'étaient pas mis en place, (par manque de temps), les échanges étaient informels et concernaient surtout les urgences.

### ➤ Que mettre derrière le mot de la coopération ?

Au travers ce cas clinique, on remarque que l'équipe médicale a collaboré (chaque membre de l'équipe a assuré sa tâche) sans véritable coopération.

La coopération ne se décrète pas et ne va pas de soi, de plus l'organisation du travail prescrite et la réglementation en santé travail ne prévoient pas la coopération.

Toutefois, Il ne faut pas perdre de vue la santé du salarié et le sens que l'on donne à son métier.

La coopération ne se prescrit pas, elle se construit sur certaines règles :

- La confiance n'est pas de facto : elle nécessite d'être construite et d'être facilitée par la mise en visibilité des pratiques de chacun. Elle nécessite d'écrire des protocoles partagés et vivants (évoluant en fonction de l'expérience et de la pratique de l'équipe) pour orienter l'interrogatoire de l'ESTI en fonction du vécu du salarié, de son histoire propre, des risques de l'entreprise. Mais surtout pour aider à la décision de passer le dossier au médecin du travail, à sécuriser les pratiques de l'IDEST et de L'ESTI tout en asseyant le rôle propre de l'IDEST.
- La transmission des informations : la difficulté pour l'IDEST est de savoir quoi transmettre et quand transmettre l'information au médecin du travail. Dans le cas suscité, est ce que la transmission au médecin du travail des vertiges ressentis par la salariée aurait pu permettre de faire des investigations plus poussées et plus rapides par le médecin du travail ?

On voit là, l'intérêt des protocoles construits avec l'IDEST (quels sont les attentes du médecin du travail ? quelles sont les marges de manœuvres de l'IDEST ? Comment instaurer un langage

commun à partir de la clinique médicale du travail pour orienter l'interrogatoire en fonction du vécu du travail du salarié face aux risques de l'entreprise ? Comment tracer l'information pour le suivi et la surveillance de la santé du salarié ?)

Ces transmissions peuvent être informelles ou formalisées à l'aide d'outils comme :

- Les fiches de postes rédigées avec les salariés lors des entretiens médicaux et complétées par les informations recueillies lors de l'ESTI et qui reprennent le travail réel et les risques auxquels sont soumis les salariés dans l'entreprise.
- Les fiches individuelles d'exposition qui pourraient être remises en place au sein de l'équipe médicale, en y associant les différents symptômes possibles en fonctions des expositions.
- Des fiches de liaisons alimentées par les informations recueillies par l'équipe médicale et l'infirmière d'entreprise.
- Les staffs : avec le médecin du travail, l'IDEST et l'infirmière de l'entreprise.

Le temps d'échange et de délibération à construire dans le staff doit se faire non seulement autour du diagnostic d'imprégnation (les plaintes sont-elles en relation avec le travail ou pas ?), mais aussi pour construire une prévention de qualité. Il faut s'appuyer sur le staff pour transformer une situation de travail comme celle qui est exposée afin d'améliorer le suivi, de prendre en compte et valoriser les informations, les remarques, les divergences de points de vue des infirmières.

C'est également le lieu d'une mise en commun des connaissances en général de l'entreprise, des risques, des expositions en fonction du poste de travail, des pathologies qui peuvent en découler, de niveau de prévention existant dans l'entreprise.

Ces connaissances sont enrichies par celles recueillies sur le terrain par l'infirmière d'entreprise, les études de postes, les FDS et le document unique.

Ces temps ne doivent pas être restreints à résoudre des urgences ou encore à se limiter aux cas particuliers des restrictions ou des aménagements de postes (passage de tous les dossiers en staff ou non ?) Ils doivent permettre à l'équipe :

- de comprendre le lien santé travail avec l'aide de la clinique médicale du travail qui différerait d'un entretien à partir du risque solvant et dans lequel apparaîtrait le patient salarié comme central (quelle a été la place de la salariée dans ce cas ? Permettre à la salariée de donner son avis dans le questionnement d'intoxication aux solvants ?)
- de coordonner leurs actions pour le suivi des évolutions et de pouvoir passer de l'action individuelle à l'action collective, (cahier de staff qui sert de fil conducteur et qui permet la traçabilité du collectif)
- de proposer des outils de dépistage ou de suivi.

Le cas clinique présenté nous fait poser la question de la réalisation d'un questionnaire Solvaquest (à 10 questions) à chaque visite avec le salarié.

Un autre temps de travail nous paraît important dans la coopération c'est le temps de retour de l'information à l'ensemble de l'équipe (en fin de vacation : feedback sur les conclusions.)

La coopération inclut l'infirmière d'entreprise qui ici a la charge d'organiser la mise en place des préconisations émises par le médecin du travail au sein de l'entreprise mais pas que...Comment l'inclure dans l'équipe médicale et partager la clinique médicale du travail, alors qu'elle n'est pas clinicienne (staff à 3 ou encore staff entre les 2 infirmières ce qui permettrait d'aborder comment travailler avec le médecin) ? Comment construire cette coopération ? Comment dégager les règles

professionnelles ? L'infirmière d'entreprise ne connaît pas la clinique médicale du travail, mais connaît mieux les risques de l'entreprise.

Son rôle actuel est en partie curatif : comment arriver à adapter son rôle dans le champ de la prévention ? Comment travailler ensemble sur le lien santé travail ?

### **Questions :**

IDST : à 2 reprises vous avez dit que l'infirmière santé travail n'était pas formée clinicienne. En entreprise on ne fait pas que du curatif. On recueille plein d'informations sur les risques, sur l'individuel et sur le collectif. Qu'entendez-vous par clinicienne ?

MDT : elle n'est pas formée en santé au travail. Elle recueille des informations mais elle ne peut pas me donner les renseignements que j'attends d'une infirmière clinicienne bien formée. Elle a des entretiens avec les salariés mais qui portent surtout sur des problèmes personnels.

IDEST : les infirmières ont des formations. Il n'y a pas de transmissions des dossiers des services inter au service autonome ?

MDT : les dossiers sont dans l'entreprise. L'infirmière a accès au dossier. Il n'y a pas de rapports des entretiens faits par l'infirmière d'entreprise dans les dossiers.

MDT : on met en place des fiches d'expositions aux produits chimiques qui sont à la disposition de l'infirmière d'entreprise. Celle-ci, quelquefois, n'est pas au courant de ce qui se passe dans l'entreprise

Fil rouge : vous avez dit « je n'attends pas que ça d'elle ». On pourrait construire une coopération en trinôme avec l'IDEST du service inter et celle de l'entreprise.

MDT : c'est ce que l'on essaie de mettre en place mais il y a le manque de temps, et quand je viens dans l'entreprise, on est accaparé par les urgences. On parle de langage commun. Avec mon IDEST nous avons un langage commun, mais quand une infirmière n'est pas formée, elle parle d'évènements non centrés sur le vécu du salarié.

MDT : c'est à vous de faire le nécessaire

MDT : merci pour ce partage d'expérience. Moi j'ai travaillé avec une infirmière mais je ne savais pas comment faire. Comment partagez-vous les écrits ? Le cahier de staff : qui écrit dans ce cahier ?

MDT : la majeure partie des infos sont dans le dossier médical. L'infirmière pourrait écrire dans le dossier médical mais elle ne l'utilise pas. Le cahier de staff c'est Pascale, mon IDEST du service interentreprises, qui le tient car sinon je le perds. On fait un point général sur la vie de l'entreprise et on voit les dossiers qui posent problème et en fonction des données, cela permet de déclencher des actions. Ce cahier de staff sert de passage de l'individuel au collectif.

IDEST : là, je n'ai pas de trinôme dans cette intervention. Il aurait été intéressant d'avoir la voix de l'autre infirmière. Le cahier de liaison ne me semble donc pas réalisé par entreprise mais sur tout le secteur du médecin donc il est non partagé par l'infirmière de l'entreprise. Moi ça fait un an que je travaille avec un médecin, ça n'a pas été facile mais la confiance se gagne et on a mis en place un cahier de liaison avec des cas individuels et collectifs. Dans l'entreprise il y a une psychologue

et une assistante sociale en externe et aussi un service sécurité. Je travaille avec tous. Moi, je fais les entretiens santé travail infirmiers comme les IDEST des services inter.

MDT : on réfléchit à mettre en place un cahier par entreprise. Mon objectif c'est qu'elle rentre dans l'équipe médicale. Quelquefois elle est en porte à faux car il peut y avoir des difficultés face à sa hiérarchie

IDEST : normalement, une IDEST doit être formée en santé au travail dans l'année qui suit son embauche. Et le médecin doit intervenir auprès de l'employeur.

MDT : cela pose la question des conditions d'embauche des infirmières d'entreprise et de leur formation éventuelle.

IDEST : pourquoi ce n'est pas l'infirmière d'entreprise qui réalise les ESTI ?

MDT : c'est un choix de l'entreprise, l'infirmière n'est pas formée en santé travail.

## **DISCUSSION SUR LE THEME ET SES POSSIBLES DISPUTES PROFESSIONNELLES DANS L'EQUIPE MEDICALE SOUS LE DOUBLE PILOTAGE INFIRMIERE / MEDECIN**

### **Fil Rouge**

Avant de contribuer comme Fil Rouge, une brève réaction comme ex-MIRT à propos du dossier médical et des liens hiérarchiques qui s'exercent sur les infirmières

Le dossier médical doit respecter le cadre réglementaire et un certain formalisme. On ne peut inscrire des éléments ayant trait à la clinique et couverts par le secret médical dans un support quel qu'il soit sans s'interroger sur son usage, sa forme et sa protection. Les textes sont explicites, c'est au médecin du travail qu'il appartient de constituer le dossier médical et il en est le garant et le responsable. Même en cas de coopération avec une ou des infirmières, il ne peut s'affranchir de cette responsabilité. Le dossier médical a donc une existence et des exigences réglementaires qui doivent être respectées.

Par ailleurs, et la question transparaît en filigrane dans les échanges en cours, la question se pose du lien hiérarchique qui s'exerce sur l'infirmière ou les infirmières. En effet, si en service inter, les textes disent « le médecin du travail anime et coordonne » l'équipe pluridisciplinaire, ils ne font pas pour autant du médecin le supérieur hiérarchique de l'infirmière. Tout au plus, les textes peuvent-ils lui donner, le cas échéant, les moyens de la responsabilité. En revanche, en entreprise, le lien hiérarchique le plus direct qui s'exerce sur l'infirmière est celui de l'entreprise et de sa direction des ressources humaines. Ce qui peut tout changer... Il ne s'agit pas de bonne ou de mauvaise volonté de la part des infirmiers, mais il s'agit pour le médecin du travail, en coopération avec les infirmiers, d'élucider ces questions et d'y trouver une parade, afin que le secret médical soit préservé mais que les informations nécessaires au suivi des salariés soit accessibles à l'infirmière, et en particulier à l'infirmière d'entreprise, dans le respect des responsabilités de chacun.

Contribution en tant que fil rouge :

Je vais repartir de ce que j'ai entendu ce matin. Nous avons entendu des témoignages sur la pratique de la part de professionnels qui ont couru le risque de s'exposer en exposant leurs

pratiques, il ne serait pas forcément constructif de se prononcer sous la forme de jugements. Or il me semble avoir entendu quelques jugements.

Par ailleurs, il a été question de la formation des infirmières, sans doute y a-t-il nécessité de se poser aussi la question de la formation des médecins, en particulier de leur formation à la clinique.

D'emblée, une réflexion : nous voulons placer le salarié au centre de nos préoccupations et de nos pratiques. Or, à partir du moment où nous mettons le salarié au centre, il nous faut, infirmières et médecins, nous poser la question de notre propre position de salariés, d'un service interentreprises ou d'une entreprise. Cette nécessité est illustrée par le débat précédent sur le trinôme : est-ce que les infirmières sont dans un cadre qui dépend du DRH ou du médecin du travail ?

Par ailleurs, et les discussions de ce matin l'illustrent abondamment, il est indispensable de faire attention au vocabulaire utilisé et de se mettre d'accord sur les termes et le langage employé au sein de l'équipe qui coopère, afin d'éviter au maximum des malentendus dommageables. Par exemple, le terme de « clinique médicale du travail » que nous utilisons souvent et dont le sens semble aller de soi pour la plupart d'entre nous demande peut-être à être explicité ou approfondi. Ou bien encore, lorsqu'il a été dit tout à l'heure « il n'a pas fait comme je voulais » il faut bien entendre que c'est une vraie question de pratique et de clinique, et pas une question de pouvoir ou de caprice.

La question du dossier médical, à la lumière des échanges précédents, doit probablement être reprise, afin d'assurer au mieux la traçabilité, et de savoir ce que l'on fait, et peut-être ce que l'on risque, si on met en place des outils « sur mesure »

Lors des échanges ultérieurs, j'ai encore entendu plusieurs éléments qui méritent d'être approfondis :

- la question du secret professionnel et son lien avec la question de l'indépendance, sans pour autant être dans la propriété personnelle « mon patient » « mon salarié »...
- la question du lien de subordination qui s'impose au salarié mais aussi à l'infirmière et au médecin
- la question de la traçabilité et des écrits, non seulement des résultats mais des éléments du diagnostic et des moyens mis en place, afin de compléter le propos « le résultat de l'action va nous départager » parce qu'il ne serait pas possible de penser qu'une action sans résultat n'aurait pas existé ni laissé de traces
- la question à se poser en cas de désaccord : « pourquoi il ou elle fait cela ? »
- la place essentielle de l'écrit et la nécessité de formaliser et parfois de « ritualiser » les échanges et les staffs
- la nécessité de donner une place et une visibilité à la subjectivité et au ressenti des salariés qui ne sont en général pas entendables ni visibles en entreprise

### **Débat :**

IDEST : ce matin, on a beaucoup parlé de formation. La formation en santé au travail est organisée. La formation en clinique médicale est plus compliquée le nombre d'organisme est beaucoup plus restreint pour se former. On peut se former par formation universitaire ou par compagnonnage mais il y a beaucoup de médecins qui partent à la retraite. Sur notre région c'est difficile de se former.

MDT : c'est un retour d'expérience sur les staffs médicaux. Dans notre service on a mis en place des staffs : médecins, IDEST, AST. On traite les cas. Avant c'était très difficile et ça durait

longtemps. Aujourd'hui, ces staffs ont permis d'harmoniser les pratiques. Avant, les IDEST disaient qu'elles étaient schizophrènes car pour un même risque, elles avaient des protocoles différents selon les médecins. Ma peur c'est qu'une IDEST note quelque chose dans le dossier sans que j'en sois informé. On a donc mis en place un système : il s'agit d'un logiciel de type AGIL qui permet de créer des tickets pour informer des actions en cours sur chaque dossier. Tous les membres du staff sont informés. Une fois que l'action est terminée, une synthèse est faite, imprimée et conservée dans le dossier. Ce système a été très apprécié et a permis de recruter des MDT.

MDT retraité : c'est un débat sur les collaborations et sur la coopération. Quand les professionnels de santé travaillent ensemble, les relations sont fondées sur la confiance, le code de la santé et le secret médical. Il doit y avoir des collaborations pour traiter les cas urgents. Il faut tracer ces actes dans le dossier. On ne doit pas tous avoir les mêmes pratiques.

Quelles sont les bases de la coopération ? Avoir des pratiques fondées sur la clinique médicale du travail. Qu'est-ce que je peux comprendre dans ce qui malmène la santé du salarié dans son travail ? Ce qui est intéressant c'est sur quelle assise se base notre action. Le rôle du médecin n'est pas de gérer les risques.

La clinique médicale du travail est la même pour le médecin et l'IDEST. Toute coopération passe par des écrits qui s'appuient sur un cadre réglementaire. Pour coopérer les infirmiers doivent pouvoir écrire dans le dossier médical de santé au travail mais le MDT doit faire un écrit pour l'autoriser à le faire. Un autre médecin peut écrire dans le dossier en cas d'urgence quand c'est protocolisé.

On ne peut pas avoir d'informations sur des documents autres qui ne seraient pas dans le dossier médical.

Dans un service autonome, les infirmières doivent avoir aussi l'autorisation du médecin pour écrire dans le dossier médical.

MDT : la question de la formation en clinique médicale du travail est importante. La façon de travailler en coopération peut être discutée dans les GAPEM de E-Pairs. Comment peut-on mettre le salarié au centre ?

MDT : les interventions de ce matin étaient très riches avec beaucoup de courage de la part des intervenantes car parler de ce que l'on fait c'est mettre en avant ses fragilités. La réalité c'est que la coopération échappe aux protocoles. Ce qui est important c'est la question du retour vers le collectif. Qu'est-ce que l'équipe peut renvoyer au collectif sur ce qu'elle ressent de la santé ?

MDT : depuis que j'ai appris la clinique médicale du travail, j'ai l'impression d'avoir changé de métier. Je me remets toujours en question et me demande toujours si j'ai bien mis le salarié au centre. J'ai un exemple avec un interne. Il s'agit d'une personne qui faisait des relevés de compteur. Il devenait violent quand l'employeur lui demandait de faire certains relevés de compteur. Il me l'a renvoyé. En appliquant la clinique médicale du travail, le salarié s'est rendu compte qu'en fait il avait peur de rester coincé dans le coffre de ces compteurs. Après explications avec l'employeur et ses responsables, on a pu dédramatiser la situation.

MDT : que faire pour remplir les logiciels quantitatifs ? On est mal avec les outils qui sont développés. Qui n'est pas frustré par son logiciel ?

MDT : un outil quantitatif ne peut pas résoudre la coopération.

MDT : le médecin est personnellement responsable sur les écrits et ne doit pas dépendre des outils informatiques.

MDT : j'ai développé des outils pour utiliser les signes infra cliniques.

MDT : comment à partir de la clinique médicale du travail individuelle peut-on faire pour en arriver au collectif ? Certains fait n'apparaissent que dans le collectif et pas dans l'individuel.

MDT : le problème vient du vocabulaire : j'entends « mon patient » « mon dossier médical ». Le dossier médical n'appartient pas au médecin mais au service. Les IDEST ont du mal avec les MDT qui ont des pratiques différentes. On doit avoir des protocoles même si on ne les suit pas au quotidien. Ce que j'entends c'est que « je suis indépendant avec des pratiques différentes » mais comment transmettre aux IDEST ? J'entends « je ne fais pas de la médecine de travail de risques » mais que fait-on devant le risque amiante ou l'exposition aux radiations ionisantes ?

MIRT : l'indépendance ce n'est pas de faire n'importe quoi mais c'est de faire dans le cadre de ses obligations. Il faut prioriser l'éthique et la déontologie en dehors de toute considération économique. En ce qui concerne le dossier médical, il est hors de question que ce soit le service qui remette le dossier médical. Le médecin est personnellement responsable du dossier, idem pour la fiche d'entreprise même si c'est le service qui transmet ce document : c'est le médecin qui est responsable

**II°- Pratiques cliniques et règles professionnelles en médecine et santé au travail. Expériences de groupes de travail médecins du travail et infirmiers en santé au travail en clinique médicale du travail** : pour la contribution à la traçabilité des expositions à partir de la présentation de cas cliniques individuels ou collectifs plus ou moins partagés, ou de carence de coopération

### **3° Communication –**

**« Accompagnement d'une équipe d'assistantes commerciales d'un service client : mise en œuvre d'une coopération médecin du travail / infirmière de santé au travail »**

Marie Christine LIMAME, IDEST, AST Lyon

#### **● Le contexte de l'étude :**

Le médecin du travail et l'infirmière connaissent bien ce siège d'une entreprise de l'industrie pharmaceutique, à travers les rendez-vous au service de santé au travail, la participation au CHSCT, l'actualisation de la Fiche d'entreprise en juillet 2017 et les études de poste « tertiaires ». La répartition du travail est classique : le planning du médecin est rempli par les visites prioritaires ; l'infirmière reçoit les VIP périodiques et initiales de ces salariés qui sont en suivi individuel simple. Quant aux réunions de CHSCT, c'est souvent l'IST qui est disponible. Les études de poste « tertiaires » sont réalisées par l'infirmière après décision en staff, sauf les études dans le cadre d'une inaptitude.

#### **● La demande :**

Le médecin du travail reçoit Elise le 7 septembre 2017 en visite de reprise après un arrêt de 3 semaines en août pour dorsocervicalgies aggravées par la position assise prolongée. Elise est âgée de 26 ans et a été embauchée dans l'entreprise en octobre 2016 comme assistante commerciale après avoir travaillé auparavant comme aide à domicile pendant 1 an puis conseillère de facturation dans le cadre d'un contrat de professionnalisation. Le médecin et la salariée se sont

déjà rencontrés en décembre 2016 : la salariée alors est contente de son poste ; puis en avril 2017 pour une visite de reprise après un arrêt de 2 mois pour entorse du genou droit ; elle signale aussi des douleurs au dos et aux cervicales lors de la conduite de sa voiture.

Le médecin souhaite une étude du poste d'Elise et sollicite l'infirmière pendant un staff. Celle-ci contacte par écrit la responsable de la salariée, la secrétaire du CHSCT et le responsable RH pour prévenir de sa venue. Celui-ci nous demande par mail alors d' « en profiter pour étudier les autres poste de ce service » sans plus de précision. Cette étude sera réalisée en 2 temps les 28 septembre et le 16 octobre 2017.

#### ● **Le poste d'assistante commerciale au service client hôpital :**

La mission de l'équipe (6 assistantes et une responsable) est d'enregistrer les commandes (par fax, téléphone et messagerie électronique) et de répondre aux réclamations (livraisons, facturation) de 2500 pharmacies hospitalières sur la France.

L'activité est impactée par des pics d'activité en lien avec les lancements de nouveaux produits au printemps et à l'automne et par les épidémies saisonnières. Depuis le retour des congés d'été, l'équipe est sollicitée à propos du vaccin antigrippal.

La permanence téléphonique est assurée de 8h30 à 17h30.

Une salariée (Elise) est actuellement en temps partiel thérapeutique : son absence à mi-temps n'est pas compensée par une ressource supplémentaire.

Le travail sur PC informatique fixe avec deux écrans est continu avec de fréquents appels téléphoniques entrants à l'aide d'un casque auditif filaire binaural.

Une nouvelle version up grade du logiciel métier a été déployée en février 2017 afin de faciliter les réponses des assistantes. La responsable de l'équipe a formé les collaboratrices à cette nouvelle configuration informatique. Dans les faits, le nombre d'appels a explosé, passant de 4 500 à 12 000 appels mensuels. Deux logiciels sont utilisés : l'un dédié aux clients et l'autre au traitement des demandes. Le routage des appels téléphoniques ne se fait pas, créant l'insatisfaction des clients et multipliant les appels entrants. De nombreux tickets informatiques sont générés par ce dysfonctionnement qui pénalise les assistantes et peut être source de tensions entre les clients et elles, avec une augmentation de la charge émotionnelle pour les collaboratrices. Le premier niveau de soutien informatique est en français mais le second est en anglais (prestataire basé en Inde), que les assistantes ne parlent pas toutes.

Pour traiter les appels perdus, la responsable estime qu'il faudrait tripler l'effectif. A ce jour, par manque de temps, il n'existe pas encore de référentiel écrit sur la nouvelle version utilisée.

Un autre problème technique concerne l'absence de wrap up : les assistantes n'ont pas le temps nécessaire pour compléter le dossier informatique à cause de l'enchaînement des appels.

Auparavant, les assistantes étaient positionnées par deux en face à face, ce qui était bruyant compte-tenu de l'activité téléphonique et des échanges entre collègues. La disposition des postes a été revue en juillet 2017 sans la participation des personnes concernées : Elise avait signalé au médecin qu'il était reproché aux assistantes de trop « papoter » entre elles. Les assistantes sont désormais positionnées dos à dos. Des cloisons anti-bruit ont été ajoutées à mi-hauteur entre les postes. Plusieurs collaboratrices souhaitent la modification de l'emplacement des bureaux afin de faciliter la communication entre elles : elles ont besoin d'informations, d'assurance sur leur réponse au client notamment de la part de leur collègue plus ancienne qu'elles. Elles doivent, à ce jour, faire des mouvements de torsion du cou ou de rotation du buste pour se parler, soit assises, soit en se levant pour échanger au-dessus de la cloison de séparation, après avoir mis le client en attente. Ces mouvements sont également destinés à voir qui entre dans le bureau par l'une des deux portes du service : de nombreuses interruptions de la tâche proviennent du service des Marchés. Ces collègues viennent régulièrement apporter des documents livrés par erreur dans leurs locaux ou des informations collectées par téléphone (les clients ne s'adressent pas toujours au bon service : le service des marchés gère les prix, le service clients hôpitaux s'occupe des commandes)

La demande de réaménagement du bureau a été validée par la responsable du service en août 2017 : les assistantes commerciales attendent le déménagement des meubles afin de communiquer plus aisément entre elles. Les salariées ont besoin aussi de vérifier des procédures et des informations entre elles : la nouvelle version du logiciel métier mise en œuvre depuis février 2017 est plus complexe et tous les process ne sont pas disponibles sur papier. Elles doivent aussi prélever des informations auprès de leur responsable sur la gestion des stocks (en cas de rupture de stock, l'assistante n'a pas accès à certaines informations et de ce fait, ne peut renseigner le client mis en attente téléphonique) En cas d'absence de leur n+1, l'assistante lui envoie un mail et répond au client après la réponse de sa responsable.

Leur activité est identique avec en plus des tâches annexes, soit seule, soit en binôme. Par ex, l'une d'elles vérifie, toutes les heures, les commandes dématérialisées (elle complète les codes articles), assure la création quotidienne de comptes clients avec, parfois, appel téléphonique à l'hôpital concerné pour valider les adresses de commandes, de livraison et de facturation, ainsi que le contrôle de la boîte mail générique du service avec traitement des demandes non prises en comptes. Ces tâches annexes se font entre 2 appels : compte tenu du volume des appels entrants, l'assistante ne peut pas se mettre en retrait du téléphone mais commute en permanence en vérifiant si ses collègues sont déjà en ligne.

Les assistantes devraient saisir les commandes : 45 commandes par jour et par assistante sont attendues. Le sous effectif dans le service ne le permet pas actuellement : une équipe d'intérimaires réalise provisoirement cette tâche dans un bureau à côté.

Pour les salariées, il existe une bonne ambiance au sein de l'équipe qui a fait face à la transition informatique et téléphonique et au turn-over des personnels temporaires à intégrer et à former. L'équipe aspire à une stabilité interne mais une collègue intérimaire quitte l'entreprise le lendemain de notre passage pour une formation.

Les tensions rapportées par les assistantes se rapportent aux aléas du logiciel et au brouhaha dans le bureau.

#### ● **Nos suggestions :**

Après un échange avec l'actuelle responsable du service (qui remplace la personne titulaire du poste en congé maternité) nous étudions les postes des assistantes présentes et faisons des propositions d'amélioration. Pour le CHSCT et le service Achats, Mme T note les besoins d'équipements spécifiques : bras articulés pour les écrans, souris sans fil, casque auditif sans fil (afin de se déplacer vers l'imprimante par ex.) Des écrans sont surélevés ; les outils quotidiens sont disposés dans la zone de confort des collaboratrices. Les assistantes demandent la fourniture d'un support de documents horizontal à poser sur le clavier car elles doivent travailler en parallèle sur papier et sur écran. Certains caissons sur roulettes sont inadaptés car trop bas par rapport à la hauteur du bureau. Elles souhaitent avoir sous les yeux des informations récurrentes pour leur activité sous forme de feuilles sous plastique à feuilleter sur un porte document vertical par exemple. Mais elles sont surtout en attente du déménagement des meubles ...

#### ● **Plan du service**

Vitrage

Mur plein

Porte

Cloison

Fauteuil

Ecran

## ● Les suites des études de poste :

Après rédaction du compte-rendu des études par l'infirmière, nous nous retrouvons en staff pour commenter et analyser les données recueillies : le volet RPS nous paraît central dans la plainte collective, le volet TMS n'étant qu'un « prétexte » à notre intervention. Il apparaît qu'Elise est sans doute une salariée « sentinelle » qui a alerté les professionnelles de santé au travail. Pour vérifier cette hypothèse, le médecin demande à la secrétaire d'organiser, quitte à les avancer, les visites périodiques de toute l'équipe : toutes les assistantes sont reçues en entretien infirmier fin 2017 et le médecin revoit Elise en janvier 2018 dans le cadre de son suivi de temps partiel thérapeutique ; elle reçoit également la responsable de l'équipe de retour d'un congé maternité. Nous avons listé au cours d'un staff les points de vigilance à avoir lors des échanges : cela nous sert de trame et donne un cadre ouvert à la discussion.

Chaque échange avec les salariées donne lieu à un retour en staff : petit à petit se construit la compréhension des difficultés des assistantes à tenir leur production et ce malgré les dysfonctionnements ainsi que le rôle pivot de la sénior du service, seule référent dans l'équipe pendant le congé maternité de la responsable. Les stratégies d'adaptation passent par la communication entre elles avec le souci de vérifier et de contrôler leur perception du travail demandé.

Extrait d'une observation infirmière au cours de la VIP périodique de Kenza : VIP réalisée le 18/10/2017

Agée de 25 ans, Kenza est mariée sans enfant. Titulaire d'un Bac Pro Secrétariat, elle a entamé un cursus en fac d'Economie et de gestion, cursus qu'elle a arrêté au bout d'un an pour travailler d'abord en mission d'intérim, suivie d'un CDD de 18 mois comme assistante commerciale. A l'issue du contrat, elle s'inscrit à Pôle Emploi et trouve le CDI qu'elle occupe depuis le 1er mai 2017. Sa connaissance et sa pratique du logiciel SAP ont été déterminants dans son embauche en qualité d'assistante commerciale dans le service Client Hôpital France du siège d'une entreprise de l'industrie pharmaceutique.

« Avec le changement informatique, petit handicap jamais rattrapé depuis ! » alors que précédemment, elle trouvait facilement les informations nécessaires dans SAP. Aussi a-t-elle besoin de vérifier fréquemment auprès de ses collègues le bien-fondé de sa décision. Ex. : Kenza met un client en attente et se lève en direction de Houria, sénior de l'équipe : « Houria ? La clinique X me demande si on peut livrer en même temps la maison de retraite Y pour les vaccins grippe. C'est OK ? » Houria se lève et réfléchit brièvement : « C'est le même transporteur ? » Réponse de Kenza : « Oui, oui : le même » Houria confirme : « Alors c'est OK ! » Les 2 assistantes se rassurent et Kenza reprend le client en ligne en s'excusant pour l'attente.

Kenza décroche et raccroche en continu. Après 3 sonneries de téléphone, si l'assistante n'a pas décroché, l'appel est annulé et le client doit rappeler : la salariée doit absorber le mécontentement de la pharmacie hospitalière : « Hier, une cliente a essayé de nous joindre à partir de 14h et ses appels ont abouti à 17h : elle me l'a fait bien fait remarquer ! »

Le service est souvent en sous effectif : « Cette semaine, on est 2 au lieu de 4 plus une intérim qui vient d'arriver et à qui il faut expliquer le poste. » Les novices sont formées par la n+1 actuellement absente : ce sont les assistantes qui ont pris le relais. K regrette qu'il n'y ait pas de formateur ou une personne détachée pour un doublage. « Pour former la nouvelle, il faut mettre le client en attente pour expliquer à la nouvelle collègue. »

Cette saisie peut être source d'erreurs : « Les dosages sont compliqués, il manque parfois soit le dosage, soit le prix dans la demande du client. Il faut trouver l'info. Ce n'est pas toujours évident compte-tenu du nombre de références de produits. » La pression est importante : pour les commandes urgentes, l'entreprise s'engage à une livraison sous 24 à 48h.

Il arrive aussi que le client refasse la même commande s'il pense qu'elle n'a pas été traitée (quand il ne la reçoit pas). Donc l'assistante doit être attentive...

Dans les hôpitaux, il se peut que 3 appels soient passés pour la même question, faute de coordination entre les services internes de l'hôpital.

Comme tâche annexe, Kenza doit contourner chaque heure sur un logiciel les commandes directes de clients : les nouvelles commandes sont intégrées. Kenza doit faire un filtre pour tous les produits en stocks, soit environ 15 produits avec 30 dosages différents. Il y a risque de rupture si le contingentement n'est pas réalisé en temps et en heure.

Kenza aime son travail et regrette de ne pas pouvoir le faire correctement ; elle insiste sur les bonnes relations entre collègues et avec la chef titulaire qui n'hésite pas à prendre les appels quand elle voit que les assistantes n'y arrivent plus. Elle dit qu'elle ne stresse plus (5 à 6/10) et qu'elle ne reste plus le soir comme avant avec ses collègues : elle a décidé de partir à l'heure. Elle gère le plus urgent.

Ce qui lui plaît dans son travail, c'est l'autonomie et la polyvalence du poste ainsi que le fait qu'il n'y ait pas de temps mort.

Ce qui lui pèse, c'est la charge de travail avec le sentiment de ne pas faire du bon travail.

Elle se plaint de fatigue oculaire avec « une barre à la tête ». Le soir, en rentrant, elle s'allonge et ferme les yeux ; le bruit la dérange.

Elle prend parfois les appels debout pour étirer son dos car elle ressent le besoin de se lever.

En fin de journée et de semaine, elle se sent très fatiguée et démotivée. Le soir, elle n'arrive plus à regarder la télévision.

Après chaque VIP, un compte rendu de l'entretien infirmier est communiqué oralement par l'infirmière en staff.

#### ● La coopération médecin / infirmière :

Selon moi, la collaboration, c'est travailler pour un médecin ; la coopération, c'est travailler avec un médecin. Ce « travailler ensemble » suppose la confiance mutuelle entre 2 professionnels de santé différents et complémentaires prêts à exposer leur pratique devant l'autre, ce qui nécessite une bienveillance réciproque. Mais dans un cadre de responsabilité technique dévolue au médecin, donc une relation de subordination.

Le rôle propre infirmier est méconnu ou inconnu des médecins du travail, ce qui amène parfois à de fausses représentations ou à des malentendus entre les différents acteurs de l'équipe médicale. Par exemple avec des trames d'entretien imposé à l'infirmière sans appui sur la démarche de « care » infirmière (questionnaires médicaux ou approche par les risques professionnels)

La confiance ne se décrète pas mais se construit au cours des actions communes et des échanges avec 2 outils essentiels :

- Rôle central du staff, qui permet de se connaître et de se reconnaître. Le curseur de la marge de manœuvre de l'infirmière est différent selon les médecins et dans la durée. Mieux on se connaît et plus l'infirmière a de marges de manœuvre. Mais le travail est à refaire à chaque départ de médecin ... Pendant le staff, l'infirmière fait remonter au médecin les informations recueillies et réciproquement, le médecin fait part de ses échanges avec les salariés et les directions. Cet échange permet de construire un regard commun à partir de 2 regards différents (le regard médical et la démarche de soin infirmier) et complémentaires car ayant le même objectif de promotion de la santé au travail. Nous confrontons nos ressentis, notre perception des situations rencontrées ; nous échangeons des hypothèses que nous allons ensuite vérifier en entretiens ou sur le terrain. Chacune reçoit le point de vue de l'autre et c'est le résultat de l'action qui nous départage ... Sans oublier les échanges informels quotidiens ...

- Le statut de l'écrit est le support de la coopération : observations, études de poste sont conservées informatiquement et partagées oralement ; la traçabilité n'est pas une fin en soi mais un outil de recueil du matériel clinique pour la compréhension et l'analyse de la souffrance au travail et pour la veille sanitaire et l'alerte précoce. Le fait que le médecin reparte de l'écrit

infirmier évite au salarié les redites et permet d'approfondir le contenu de l'échange salarié / médecin, et valorise le recueil des données collectées par l'infirmière. Pour les études de poste, l'infirmière part de l'écrit du médecin pour construire une trame d'étude sur place : pas de travail « standardisé » mais adapté et personnalisé (démarche de soin infirmier)

La coopération brise l'isolement de pratiques individuelles et nous confronte au regard d'un autre professionnel de la santé : par ce partage de notre pratique, nous nous exposons, d'où l'importance de la confiance au sein de l'équipe !

Le protocole donne un cadre d'action à l'infirmier. Mais même avec des protocoles partagés, l'activité infirmière reste médecin dépendante ... chaque médecin interprétant le protocole en fonction de sa démarche professionnelle (aptitude, santé publique, clinique médicale du travail) et de ses priorités. A l'infirmière de s'adapter ou de partir !

Manque de disponibilité des professionnels de la santé : durée des entretiens contrainte, parfois peu de disponibilité du médecin pour le staff. Avec quelquefois, un sentiment de frustration de l'infirmière qui ne voit pas le dossier avancer !

Se pose aussi la question de l'action médicale : courrier d'alerte ? Retour vers l'adhérent ? Présentation en CHSCT ? Versus un complexe du Sauveur en mal d'agir ...

Et grosse fatigue de l'infirmière qui recevait de nombreux salariés en souffrance sans voir déboucher sur des actions collectives...

La stratégie proposée par le médecin a évolué au fil du temps : avant, l'infirmière réalisait l'étude de poste demandée puis recevait ensuite les salariés en entretiens si un diagnostic RPS était retenu par le staff ; suite à l'expérience avec ce service, nous avons convenu que le salarié serait accueilli au SST puis que l'étude de poste serait programmée si elle nous paraissait pertinente.

## **Questions**

MDT : quand tu as parlé des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, c'est la question de la formation de l'infirmière. Comment fait-on pour adapter cela aux critères de la souffrance au travail du rapport Gollac et pour partager le vocabulaire de la santé au travail ?

IDEST : les besoins fondamentaux, cela me permet de rester dans mon champ de travail infirmier. Je m'en sers pour en faire la trame de mon entretien. Philippe Davezies en voyant ces 14 besoins fondamentaux avait dit « les infirmières font de la clinique médicale du travail. »

MDT : au cours des échanges, moi je parle de Gollac et Marie-Christine des besoins fondamentaux mais en fait on parle de la même chose.

IDEST : la discussion avec le médecin se fait sur ce que l'on a obtenu et pas sur la manière de faire.

MDT : c'est l'employeur qui propose une étude. A partir du moment où l'on décide de faire une action, est-ce qu'il est possible de dire que le pré requis est un retour au collectif de salariés. Si on ne restitue pas il n'y aura rien.

MDT : c'était une demande incessante de Marie-Christine de faire un retour aux salariés. Mais la date du CHSCT a été modifiée et a eu lieu après mon départ. Les salariés ont toutefois déclaré avoir bénéficié de ce suivi par l'infirmière.

MDT : Gollac décrit quelque chose qui ne sert à rien sinon à faire décliner une clinique compréhensive du travail permettant ensuite de classer les éléments retenus dans les cases. Il faut que les études de poste soient conservées dans le dossier médical et il faut pouvoir écrire sur le collectif

MDT : j'ai entendu une description d'un travail extraordinaire qui permet de faire un travail de coopération. Dans la coopération, l'important n'est pas de définir qui est supérieur ou inférieur, mais de savoir qui est responsable du fait des textes de loi. On n'est pas dans une lutte de pouvoir. En ce qui concerne les critères, ceux de Gollac sont fondés sur le travail alors que les besoins fondamentaux s'appliquent au travail. Entendons-nous coopération de la même manière ? Co construire ensemble ? Ou amener l'autre à ma culture ?

IDEST : les besoins fondamentaux sont un outil d'infirmière alors que les IDEST ne connaissent pas forcément GOLLAC. Sur le lien de subordination, la décision finale appartient toujours au médecin.

IDEST : sur le côté subordination, c'est le médecin qui décide. Peut-être pas. On doit répondre et faire des choses. On ne peut pas se censurer.

MDT : c'est le médecin qui anime et qui décide

MDT : à partir du moment où on est sur le travail, dans quelle mesure peut-on poser la clinique du travail dans le milieu collectif ?

MDT : si le médecin et l'infirmière sont tous deux sur une pratique de la clinique médicale du travail, cela paraît plus simple, y compris lorsqu'une différence d'appréciation apparaît sur la clinique. Supposons donc qu'une controverse apparaisse. Dans ce cas alors il leur est possible de convenir d'utiliser une règle professionnelle si elle est acceptée par le binôme : lorsqu'un désaccord est constaté à partir d'un matériel clinique (pouvant porter par exemple sur le recueil de ce matériel, ce qu'il signifie, ou sur quoi en faire) cette controverse est utile pour pouvoir travailler : une dispute professionnelle n'est pas un conflit à trancher entre deux professionnels. L'instruire, est ce qui leur permet de coopérer.

La subordination concerne la relation entre IDEST et son employeur. C'est un lien de subordination à l'employeur, lié au contrat de travail de tout salarié. Donc il concerne aussi le médecin. Cependant son indépendance technique lui est reconnue et il est le seul salarié protégé de l'équipe pluridisciplinaire. La relation entre IDEST et médecin du travail n'est pas une relation dans laquelle le métier de médecin aurait une relation d'autorité tutélaire sur le métier infirmier : son autorité se limite à une autorité technique vis-à-vis de l'IDEST. Il n'y a aucune tutelle possible en droit, du métier de médecin vis-à-vis du métier d'IDEST. Mais la réalité est bien différente. Dans les services Inter les infirmières seraient dépendantes du médecin comme dans l'entreprise l'infirmière est dépendante du service RH. Donc si l'on pose qu'un conflit est traité par une direction ou la hiérarchie, il en est tout autrement de l'atterrissage d'une dispute professionnelle : Le médecin et l'infirmière peuvent ne pas être d'accord. La clinique médicale du travail « condamne » les 2 membres de l'équipe à discuter et délibérer pour donner issue à une controverse apparue.

MDT : la dispute est porteuse de progrès et d'accessibilité au collectif. Cela permet aussi au salarié de réagir. Une action peut ne pas être un succès. S'il y a de la dispute et de la controverse, ce sont des graines qui sont lancées et qui pousseront plus tard. On met des IDEST dans les services pour enrichir la santé au travail mais pas pour remplacer le médecin.

MDT : il faut renvoyer ce que l'on comprend du travail pour que le collectif de salariés comprenne ce qui les malmène dans le travail pour leur permettre de réagir.

## **4° Communication -**

### **« Etude de 57 observations clinique collectées en 2017 : coopération de médecin du travail et infirmière de santé au travail dans la traçabilité des RPS »**

**Dounia BAKKARI, MDT, SISTNI**

#### **➤ Contexte de la coopération MDT/IDEST**

Il s'agit d'un Service de Santé au Travail Interentreprises

L'équipe pluri disciplinaire est sectorisée : secrétaire, IDEST, préventeurs

Le temps médical est consommé par les visites occasionnelles entraînant une vision biaisée pour le médecin.

Une particularité du service : il y a une responsable des IDEST avec un lien hiérarchique, le médecin du travail n'ayant qu'un lien fonctionnel avec l'IDEST qui travaille avec 4 médecins.

Un logiciel métier permet le partage des informations.

#### **➤ Contexte de coopération**

Lors des staffs, nous avons constaté que :

- Plusieurs dossiers individuels de la même entreprise ont été discutés et ont donné lieu à des visites de suivi : orientation par la suite vers notre structure interne de maintien dans l'emploi notamment pour un soutien psychologique

- Plusieurs visites ont été demandées par les salariés : demande d'aménagement de poste, demande de conseils

- Toutes les observations nous orientaient vers des situations de souffrances au travail.

La décision a été prise de passer de l'individuel au collectif : l'IDEST recevrait donc les salariés de cette entreprise afin de faire un diagnostic global.

Un point de vigilance : pour interroger les RPS chez tous les salariés, nous nous sommes basés sur les constats faits en amont : surcharge de travail, changement organisationnel.

#### **➤ Organiser la coopération**

Nous avons intégré l'assistante médicale à notre démarche : en pratique, l'assistante organise le planning du médecin et de l'infirmière en répondant essentiellement à la demande des entreprises.

Le logiciel métier permet d'explorer une liste des convocables par entreprise : les salariés ont été programmés en VIP périodique avec l'infirmière qui a une connaissance de l'entreprise du fait de sa participation au CHSCT et de la réalisation d'études de poste.

Le médecin a continué de recevoir les salariés en visites occasionnelles et de reprise.

Comment ont été définis les éléments à rechercher lors de la visite ? Il n'y avait pas de trame spécifique, l'infirmière a gardé sa trame habituelle tandis que le MDT n'en avait pas.

Le matériel clinique était tracé dans le logiciel métier sous forme d'observation clinique.

Les éléments qui s'imposaient à nous sont : une charge de travail importante, plusieurs couches hiérarchiques, un organigramme changeant et flou, des tâches annexes invisibles, des changements fréquents et imprévisibles, des outils informatiques dysfonctionnant, un responsable hiérarchique distant et étranger, des échanges en langue étrangère, un non-respect de la pause déjeuner, des journées à rallonges, du travail en dehors des horaires travaillés, une connexion permanente.

La discussion des situations individuelles continuait lors des staffs hebdomadaires, ces staffs étant un moment d'échanges entre le MDT et l'IDEST.

Lors d'une visite médicale après une réorientation par l'IDEST, le médecin commençait par la lecture du matériel clinique noté dans le dossier médical avec le salarié, ceci afin de recueillir son ressenti, d'assurer une continuité de la prise en charge, de réévaluer la situation et de réfléchir sur la suite à donner avec une décision partagée médecin-salariée.

### ➤ Analyser la coopération

Le recueil de données s'est fait lors des visites pour le matériel clinique, pendant les études du poste et lors des participations au CHSCT.

La traçabilité s'est faite sur 2 supports :

- informatique via le logiciel métier
- écrite pour le matériel clinique sur documents papier ou informatique en dehors de ce logiciel

Les études de postes étaient tracées dans le logiciel sous forme d'observation clinique. Le médecin tenait un cahier de staff sous forme manuscrite.

Pourquoi avoir ces différents supports ? Du fait des enjeux contentieux car de plus en plus de salariés demandent leur dossier d'où notre vigilance voire nos craintes par rapport aux écrits.

L'analyse du matériel recueilli a été faite en janvier 2018 par l'infirmière suivie d'une relecture par le médecin. Cette analyse concerne 57 dossiers pour les visites suivantes :

- 21 VIP périodiques,
- 13 visites de reprises,
- 2 visites de pré-reprise,
- 4 visites à la demande de l'employeur,
- 4 visites à la demande du salarié
- 14 visites à la demande du médecin du travail (incluant les réorientations après une VIP périodique discutées au staff hebdomadaire).

En parallèle : des actions ont été réalisées en dehors des visites médicales :

- 5 études du poste par l'infirmière en vue d'un aménagement
- Plusieurs échanges par mail et par téléphone avec le manager et la Responsable des Ressources Humaines (RRH) : mise en place de temps partiel thérapeutique, sollicitation par l'employeur pour des difficultés relationnelles.

Le médecin du travail a fait une alerte orale à tous les RRH au sujet de la charge de travail, du ressenti d'insécurité par rapport à l'avenir.

- Participation à 2 réunions de CHSCT : le membre de l'équipe qui devait participer à la réunion était désigné lors du staff en fonction des disponibilités de chacune. L'IDEST a participé aux 2 réunions (le contenu de la réunion était restitué lors du staff hebdomadaire.) Nous avons demandé d'inclure dans l'ordre du jour la restitution de l'étude faite par l'IDEST ce qui n'a pas été fait.
- Actualisation de la fiche d'entreprise par l'infirmière en juillet 2017 : elle a eu beaucoup de difficultés pour obtenir un organigramme.

Des difficultés liées à l'organisation du travail dans le service de santé au travail interentreprises n'ont pas facilité le travail de l'équipe avec des interventions de la responsable hiérarchique des IDEST qui n'autorisait pas l'intervention de Marie-Christine :

- Soit car cette intervention se trouvait en dehors de son temps travaillé habituel dans mon équipe
- soit à cause de la discordance de cette étude avec le projet de service.

C'est un avis qui peut se respecter mais qui irrite le médecin du travail et empêche la coopération.

## ➤ Facteurs de RPS retrouvés lors de l'analyse des 57 dossiers :

Ces facteurs de risques sont classés selon les 6 axes du rapport Gollac.



### 1. Exigence du travail

- **La charge de travail** : très lourde du fait d'un forfait cadre, avec une pause sandwich devant l'écran, du travail le soir, les week-end et pendant les congés pour se protéger, pour avancer et pour absorber le retard, les consignes étant de ne pas faire d'heures supplémentaires. Les salariés rapportent un état de stress important avant les vacances faute de back up. Voici quelques verbatim : « Je travaille de 8h30-20h en mangeant devant mon poste, je rédige le compte rendu chez moi le soir ». « Je n'arrive plus à apprécier ce que je fais, je suis stressé d'être en retard »  
L'intégration de nouvelles entités par l'entreprise impacte fortement les conditions de travail : « l'entreprise absorbe de nombreuses sociétés sans ressources supplémentaires »  
« on nous a annoncé qu'il faudrait se serrer la ceinture en 2017 alors qu'on avait fait une très bonne année 2016 »
- **L'organisation** : la réorganisation est permanente avec du travail dans l'urgence, et un changement permanent de repères du fait de la fusion avec les sociétés intégrées et de l'externalisation d'activités entraînant un appauvrissement des missions.  
«En 4 ans le poste a évolué avec beaucoup de tâches administratives». «On n'a pas d'information sur la futur organisation suite à la fusion». « Les directives des USA arrivent du jour au lendemain». «Il faut toujours faire vite et dans l'urgence». «Pas d'équité dans le management». «Nous avons changé de responsables 4 fois cette année».  
On note également l'ignorance du travail des autres collègues « je suis seul sur mes tâches », un manque de stabilité dans certaines équipes avec un épuisement des titulaires restants.
- **Les outils de travail** : les outils informatiques dysfonctionnent obligeant à faire une double saisie

### 2. Exigence émotionnelle

Dans les relations avec les clients, la réponse est exigée en urgence avec la peur de faire des erreurs : «le paiement à l'international demande beaucoup de rigueur dans un environnement exigü et bruyant».

### 3. Autonomie

Il y a une absence de formation liée à la restriction du budget formation. La formation à l'anglais est inaccessible. Cette formation se fait donc par compagnonnage, aggravant la surcharge de travail. La formation des intérimaires, qui ne restent pas, se fait par les salariés titulaires. Il n'y a pas de possibilités d'anticiper, les absences ne sont pas remplacées : «j'appréhende mon départ en vacances». «La réorganisation des espaces de travail ne se fait pas toujours en concertation avec les équipes».

Les salariés doivent assumer seul le retard ou l'échec à cause du manque de moyens avec la nécessité d'être connecté en permanence. Il n'y a pas assez de vigilance de la direction sur la charge de travail et donc pas assez de reconnaissance sur des dossiers lourds malgré les résultats positifs. «Trop d'autonomie du fait de l'absence du manager et de son éloignement géographique»

### 4. Conflit de valeur

- **La qualité empêchée** : «perte d'appel au bout de 3 sonneries, les clients se plaignent qu'on n'est pas joignable et qu'ils doivent rappeler plusieurs fois pour pouvoir nous joindre». « L'équipe n'est jamais au complet »
- **Le travail inutile et/ou invisible** : «procédures américaines lourdes sans valeur ajoutée». «Double reporting sans plus-value mais chronophage». «Pendant mes tâches annexes, je dois vérifier si toutes mes collègues sont en ligne pour reprendre le relai si nécessaire». «J'étais souvent appelé par les commerciaux». «Je dois vérifier les commandes dématérialisées entre 2 appels».

### 5. *Insécurité de la situation de travail :*

Elle est liée aux rachats, aux fusions, aux délocalisations : «flou artistique». «Ils annoncent une réduction du personnel de 30 % au niveau national». «Avec le rachat, la charge de travail augmente mais j'ai perdu une collaboratrice qui n'est pas remplacée».

### 6. *Rapports sociaux*

Il y a plutôt de l'entraide et de la solidarité dans le collectif de travail « mon responsable est malade, on s'est réparti son travail mais on ne pourra pas tenir s'il se prolonge». La hiérarchie est consciente de la dégradation des conditions de travail : «je m'inquiète pour mes collaborateurs en difficultés». «Il nous communique son stress». «La n+1 est débordée, elle a beaucoup de choses à gérer, elle est consciente de la surcharge mais n'a pas de solution. »

Les relations de travail sont compliquées du fait de l'éloignement géographique, d'une organisation de travail de type matricielle avec plusieurs responsables hiérarchiques (technique, par projet, ressources humaines ...) et d'une culture du travail différente selon les pays : Irlande, USA, Suisse...

#### ➤ **Conséquences**

- **Impact sur la santé**

Les effets des RPS entraînent une altération de la santé mentale et des TMS : on recense :

- une tentative de suicide après une période de suractivité,
- une décompensation de maladie chronique (TOC) « je n'ai jamais rien dit et j'aurai dû le faire».

- Un syndrome anxiodépressif : «je suis détachée du boulot, je n'ai plus envie de m'investir». «J'ai pétié un plomb au travail : 3 semaines d'arrêt pour récupérer».
- Un Burn-out : « j'avais tiré la sonnette d'alarme mais j'ai pas été entendue ».
- Des états d'épuisement, d'asthénie, de la fatigue nerveuse en lien avec le bruit dans l'open space,
- Des troubles de la concentration et des troubles du sommeil
- Des cervicalgies, des tendinopathies des membres supérieurs et des lombalgies
- Une suractivité dans un contexte de fatigue physique

- **Impact social**

On relève :

- un retentissement de la vie professionnelle sur la vie personnelle,
- un isolement
- une diminution voire un arrêt de l'activité physique ou de loisir

➤ **Faits marquants dans la coopération**

- **Découverte :**

- De la pratique de staff existant quoiqu'inconstant et irrégulier par manque de temps médical, par manque d'engagement dans la collaboration/coopération de l'équipe médicale du fait d'un temps infirmier partagé avec 3 autres médecins augmentant la charge de travail et nécessitant beaucoup de gymnastique. (Nous avons fait le choix d'un commun accord entre le médecin et l'infirmière de fixer un point hebdomadaire).
- D'un protocole général pour les ESTI existant dans le service inter rédigé par un groupe de travail et validé en CMT : la question du protocole individualisé ne s'est pas posée
- Des échanges informels permettent de croiser les données suites aux visites médicales ou aux ESTI et aux AMT

- **Confrontation**

Le staff est un exercice de confrontation des pratiques, de l'auto questionnement.

Le médecin rapporte son étonnement : «pourquoi elle fait comme ça », «c'est bizarre, ça n'a rien à voir avec le protocole du service mais c'est intéressant comme démarche ».

La prise de décision se fait après la présentation orale de l'infirmière : le médecin doit décider de revoir le salarié, d'organiser une étude du poste ou de ne pas donner suite. Ces différentes situations peuvent mobiliser des questionnements des 2 professionnels de santé (médecin et infirmière) d'autant plus que nous devons prendre en compte nos contraintes de temps respectives.

Il est très important d'évoquer le ressenti de chaque professionnel par rapport à la situation : le staff dans la semaine permettait de recueillir les ressentis de chaque professionnel, souvent non tracé par écrit.

Le temps infirmier est partagé avec différents médecins avec une variabilité des pratiques de staff. L'écrit est très important : la présentation se fait à partir de l'observation médicale et des notes personnelles. La suite à donner à la situation est tracée et communiquée à la secrétaire. Le médecin tient son propre cahier de staff sous forme de notes manuscrites.

L'équipe est confrontée à une situation compliquée au sein du SST avec le départ de plusieurs médecins, l'absentéisme important au secrétariat, les interventions incessantes de la responsable des IDEST qui se substitue au médecin.

Les conséquences sont que le temps infirmier (mi-temps) n'est dédié qu'à un seul médecin avec une évolution à 2 vitesses du binôme MDT/IDEST. Le temps médical est consommé par les visites

occasionnelles sur tous les secteurs (y compris ceux des médecins partis) et par conséquent il reste peu de temps pour affiner les projets de coopération avec l'IDEST. Nous pouvons imaginer une frustration de celle-ci.

- **Confiance**

Une relation de confiance se construit au fur et à mesure des temps d'échanges, des prises en charges des dossiers d'où l'importance des retours sur les situations : par exemple quand un salarié est orienté par l'IDEST, dès que le médecin réévalue la situation, il en informe l'infirmière.

- **Collaboration – coopération**

La coopération c'est la construction de projet avec une évaluation de situation globale, un travail sur une sensibilisation...

- **Questionnement :**

Les éléments tracés sont-ils suffisants ?

Nécessité de faire un protocole par équipe médicale ?

Que fait-on de ce constat ?

L'impact de l'environnement c'est-à-dire du contexte d'un SST sur la coopération MDT-IDEST ?

En tout cas pour finir sur une note positive : je retiens que les salariés me disaient « Depuis que j'ai vu l'infirmière, je priorise » ; « j'ai vu la psychologue qui m'a bien conseillé » « ça me rassure d'avoir un suivi en médecine du travail et ils font attention à moi »

## Questions

IDEST : en complément, j'avais suivi une formation à Lille avec Fabienne BARDOT. On avait beaucoup parlé de la trame de l'entretien avec 5 questions générales et ouvertes. Quand je suis arrivée dans le service, on m'a dit tu vas travailler avec 4 médecins. Je leur ai proposé ma trame et c'est comme ça que les choses se sont mises en place.

MDT : il y a un mot qui n'a pas été prononcé c'est complémentarité alors que nous avons le même matériel clinique en tant que médecin et IDEST. Il traîne dans toutes les communications la complémentarité entre les 2 professions. L'approche par la clinique médicale du travail est la même pour le médecin ou l'infirmière, il n'y a donc pas de complémentarité.

MDT : il y a 2 façons de rentrer dans une consultation de santé au travail : comment va le travail ? Ou comment va la santé ? Il faut inventer la façon de mettre en discussion dans l'espace publique de la veille médicale en dehors du CHSCT

IDEST : la culture médicale et la culture infirmière sont différentes et cela émerge dans les entretiens. L'infirmière est dans le care.

MDT : Il faut faire un effort pour trouver des langages communs. Il faut trouver un moyen pour la traçabilité afin que les salariés se l'approprient.

MDT : au sujet des notes personnelles dans le cahier de staff, pourquoi ne pas les saisir dans le dossier ? Je pense que ça peut être intéressant pour vous 2.

MDT : je ne me suis jamais posée la question. Pour le premier staff avec le médecin que je remplaçais, il ne prenait pas d'écrit en staff. Pour moi, c'était pour me souvenir de ce qui était dit. Mais je pense que ces écrits font partie du dossier.

MDT : je voudrais discuter avec Marie-Christine. Tu maîtrises parfaitement la clinique médicale du travail et puis à un autre moment, tu reviens sur le corpus du métier des infirmiers avec les besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Ce n'est pas ce dont on parle aujourd'hui. Dans l'entretien infirmier comme dans l'entretien médical la grille de lecture du travail est la même. On ne peut progresser ensemble que si l'on a le même vocabulaire.

DEST : quand j'ai commencé j'étais un peu juste sur le versant travail. J'ai suivi des formations pour mieux progresser sur le travail à l'aide de médecins, de lecture, de réunions, de cours à la faculté avec Philippe Davezies. Pour la santé, je m'appuie sur ma formation qui me semble pertinente pour passer de l'individuel au collectif.

MDT : il y a toujours le même fil : c'est de comprendre ce qui fait difficulté dans le travail des personnes. Il faut voir le travail des salariés. Il faut comprendre avec, en faisant rideau sur toutes les certitudes. Il y a réellement une praxis qui est différente et qui est le socle de la clinique médicale du travail.

MDT : Je trouve important d'entendre les difficultés et c'est humain de se rattacher à ce que l'on connaît. Au sein d'E-pairs ce n'est pas une secte qui sort de rien. C'est tellement différent de ce qui est enseigné aujourd'hui et il faut un réel effort pour y aller. Il m'arrive d'être gêné dans un colloque où la salle est partagée en 2 avec d'un côté les initiés et les autres. La porte d'entrée c'est « comment va le travail ? » ou « comment ça se passe au travail ? » Et la personne ne va pas nous dire tout de suite comment ça se passe pour lui du côté de son « travailler » mais il va décrire le prescrit.

MDT : l'entretien engage le corps comme pour le salarié. Dans une consultation lors d'une visite à la demande, j'ai de l'appréhension car je sais que la personne vient car elle a un problème. Les visites de pré reprise et de reprise sont source d'appréhension car c'est un travail d'accouchement : le salarié ne vient pas au fait tout de suite et on se laisse embarquer par le salarié avant de savoir ce qui se passe réellement. Il faut faire un travail de questionnement en faisant très attention à ne pas briser les défenses. Mais quelquefois, le salarié revient et un cheminement s'est fait.

IDEST : on parle de la souffrance des salariés mais il y a aussi de la souffrance de la part de l'IDEST et du médecin. Comment faire ?

MDT : il faut faire un GAPEP ou un GAPEM où on peut discuter de ses pratiques professionnelles. Cela permet d'avoir d'autres points de vue différents et c'est mieux.

Fil rouge : au sujet de la souffrance éventuelle des personnels de santé au travail, j'ai entendu beaucoup de contraintes qui posent la question de leur travail et de la façon d'avoir une subordination avec des interventions dans le travail de l'équipe. Le ressenti des sujets au travail n'est pas entendable par l'entreprise.

MDT : sur une autre expérience, plutôt que le ressenti, j'ai pris en compte le nombre de visites de pré reprise et de visites à la demande pour alerter l'entreprise.

MDT : j'ai été surpris des contraintes avec une infirmière chef qui interfère dans le travail de l'équipe. Il va y avoir de plus en plus de contraintes à l'avenir. Et la question c'est comment faire pour faire de la santé au travail.

IDEST : quelles sont les 5 questions de votre trame d'entretien ?

IDEST :

1. Quoi de nouveau depuis la dernière fois ?
2. Que faites-vous dans votre travail ? Il faut être exigeant et arriver à voir le salarié travailler
3. Comment faites-vous pour travailler ?
4. Avez-vous des douleurs ?
5. Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ? et qu'est-ce qui vous déplaît ?

J'ai rajouté une sixième question : qu'est-ce qui vous a aidé dans l'entretien ? Ce qui aidait le salarié à repenser le travail par lui-même.

MDT : avec Fabienne, la question fondamentale c'était qu'est ce qui pose problème dans votre travail

MDT : ce qui est important c'est de « voir » le salarié travailler ce qu'on a vu dans les interventions de ce jour.

MDT : à l'issue du staff on avait plus de questions que de réponses. Quand on revoyait quelqu'un, on repartait des questions posées.

MDT : quels sont les moyens d'intervenir collectivement ? Dans mon service, on faisait des esquisses de projet à mettre dans le rapport annuel que l'on distribuait à certains salariés choisis. Cela permettait de lancer le débat.

MDT : sans faire d'alerte, j'avais énuméré tout ce qui posait problème au travail.

MDT : dans une entreprise comme la vôtre, je faisais des retours sur les difficultés à l'équipe et au manager. Je trouve que c'était plus efficace qu'au niveau du CHSCT.

MDT : Je recherche ce qui va bien, je recherche les ressources et ensuite ce qui ne va pas bien

MDT : aujourd'hui, la tendance c'est le positivisme. On met en place des massages et de la relaxation et on ne met pas la difficulté du travail en débat pour chercher à l'améliorer.

MDT : On parle de veille sanitaire, de mise en visibilité, que peut-on faire et comment peut-on faire ?

MDT : on traçait les risques car c'est une obligation réglementaire mais c'est très lourd à rechercher et à tracer. Nous, on a fait le choix de les tracer par du matériel clinique. Il existe des logiciels qui permettent de tracer le matériel clinique notamment en Finlande.

### **3 – Conclusion**

**Dominique HUEZ**, membre du groupe projet de l'association E-Pairs

Il faut inventer des règles professionnelles. Dounia a dit relever les verbatims. Ils servent à appréhender les situations et à faire des monographies mais ne doivent pas être dévoilés.

On est dans un cadre de droit, il faut des autorisations écrites du médecin. Les IDEST ne peuvent pas faire de VIP si le médecin du travail n'a pas donné l'autorisation d'écrire dans le dossier médical en santé au travail. Le dossier médical est de la responsabilité exclusive du médecin du travail.

**Mireille CHEVALIER**, Présidente de l'association E-Pairs

Je remercie l'ensemble des intervenants qui ont accepté de dévoiler leurs pratiques professionnelles pour servir de support au débat.

Je remercie également l'ensemble des participants, pour son implication dans les discussions.

#### **ASSOCIATION E PAIRS :**

Je tiens ici à rappeler les fondements de notre Association :

Association fédérative de groupes de pairs médecins du travail et infirmiers du travail.

Son action est fondée, à partir des données des recherches en santé et travail, sur la recherche et la mise en évidence des liens objectifs et subjectifs avec le travail. Cette mise en lumière se fait notamment par le développement de la clinique médicale du travail (c'est-à-dire par l'investigation du lien santé-travail, dans ses dimensions individuelles et collectives, prenant le travail des personnes comme grille de lecture).

Ce colloque avait donc bien pour objectif de réfléchir à la nécessaire coopération médecin-infirmier du travail dans la recherche de l'équipe médicale du travail qui a pour but de redonner du sens et des pistes de compréhension pour le salarié en souffrance.

Cela exige que tout le monde soit convaincu des valeurs affichées par E Pairs, à savoir que :

- La mission fondamentale de toute pratique en médecine du travail est de préserver la santé au travail. Les pratiques de sélection n'en relèvent pas.
- Les pratiques professionnelles en médecine du travail exigent à la fois le respect du secret médical et l'information sur la santé au travail aux membres de la communauté de travail.

#### **COLLOQUE :**

C'est bien dans cet état d'esprit que nous avons souhaité la réflexion sur la coopération nécessaire entre médecin du travail et Infirmière santé travail et les règles professionnelles à dégager ou à inventer par l'équipe médicale, pour travailler au mieux vis-à-vis de la santé des salariés ?

Nous avons sollicité le débat sur de nombreuses interrogations, parmi lesquelles :

- Comment accéder au « travailler » du salarié au travers des deux métiers ?
- Comment restituer plusieurs entretiens d'un même salarié, menés successivement par les deux métiers de la clinique ?
- Comment traduire le rôle d'animateur et de coordonnateur du médecin du travail pour construire en coopération un protocole ?
- Qu'est-ce qu'un staff en pratique de soin préventif ? Comment délibérer dans un staff ?
- Comment travailler ensemble et en confiance sur le lien santé travail ?

Cette confiance entre médecin et infirmier, professionnels de santé au travail passe toujours par le salarié et la confiance que ce dernier mettra dans les différents interlocuteurs, membres d'une même équipe.

A la fin de cette journée, quelques pistes ont été proposées :

- Nécessité de faire évoluer les protocoles en fonction des cas nouveaux et d'en débattre : protocoles « vivants et partagés »
- Notion de cahier de liaison
- Proposition de cahier de staff

Nous pouvons constater que, en plus des questions présentées par les intervenants, certaines ont même surgi des débats, comme :

- Différence de fonctionnement de l'équipe en automne et en service interentreprises
- L'organisation et l'utilité des écrits au sein de l'équipe
- La formation des IDEST et des MDT, notamment en clinique médicale du travail
- Comment coopérer malgré les contraintes organisationnelles des services

Le débat est resté ouvert sur certaines problématiques, ce qui montre que la réflexion est loin d'être terminée et ouvre à d'autres journées de travail, comme par exemple ...

- Comment créer un réseau de professionnels qui travaillent en confiance
- Le staff : son contenu, son organisation (à 2, à 3 voire plus), le choix des thèmes et des dossiers
- Quand et comment gérer les urgences ?
- Coopération médecin service inter-infirmier d'entreprise
- DMST : responsabilité, qui écrit ? Quoi y écrire ? dans quel objectif ?
- Retour au collectif par l'équipe médicale (écrit, restitution, mise dans l'espace public
- Clinique médicale du travail partagée qui explore le « Travailler » de la même façon (Médecin-Infirmier) et investigue le lien Santé-Travail en intercompréhension

Enfin, j'aimerais conclure sur une notion qui me tient à cœur, au risque de me répéter, qui permet aux équipes médicales de progresser ensemble et qui sous tend toute l'action de E Pairs :

Il s'agit bien de développer une médecine humaniste dans l'intérêt de la santé du patient, qui doit éclairer dument ce dernier, puis tenter de lui permettre de retrouver un pouvoir d'agir sur sa santé. Et c'est la réponse propre du patient, sa vérité à un moment donné, qui le mettra à nouveau sur le chemin de la santé.