

E-Pairs

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

11^{ème} Colloque association E-Pairs – Paris 4 octobre 2019

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

« De la clinique individuelle à la prévention collective : quelle prévention collective l'équipe médicale (médecin du travail et infirmière) peut-elle proposer en délibération avec l'équipe pluridisciplinaire ? »



Association loi de 1901 - déposée le 6 novembre 2006

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

Enregistrement ANDPC N° 2849 Code APE : 9499Z

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

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

N° de dépôt : 2006 0048 889

N° SIRET : 494 421 514 00014

Référencé dans Data-Dock

Adresse électronique : e-pairs@e-pairs.org

Plan

9h00 **Introduction**

Alain Grossetête - secrétaire du Groupe Projet de E-Pairs

Matin

Comment travaillent ergonomes et psychologues avec l'équipe pluridisciplinaire, à partir d'un point de vue d'extériorité, par exemple lorsqu'un CHSCT ou une direction de service ont sollicité leur concours?

- **Communication** 9h15-10h : « La petite Jacqueline... » : une intervention collective et pluridisciplinaire en clinique du travail. Intervention de 2 partenaires de l'équipe pluridisciplinaire, extérieures au service de Santé au travail : *Isabelle JAY (ergonome) Anne JAKOWLEFF (psychologue)*

Discussion sur le thème et ses possibles disputes professionnelles dans l'équipe pluridisciplinaire
10 h 45–12 h 15 :

Binôme animateurs : Isabelle LUYTEN, Infirmière en Santé au Travail, Odette TENCER, médecin du travail

Fil Rouge : Magdeleine RUHLMANN, médecin inspecteur du travail

Fil Rouge : Dominique HUEZ, médecin du travail,

Président : Alain GROSSETÊTE, secrétaire du groupe projet

Après-midi

Dans l'intérêt de la santé des salariés : comment articuler les regards cliniques de l'équipe médicale avec les apports des autres métiers de la pluridisciplinarité? Débat et controverses possibles à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire

- **Communication** 13 h 45- 15 H 00 : Le rôle propre infirmier en santé au travail et son articulation avec l'équipe pluridisciplinaire « dans un travail collectif de GAPEP infirmier », *M.C LIMAME et A. CAUQUIL, infirmières en santé au travail*

Discussion sur le thème et ses possibles disputes professionnelles dans l'équipe pluridisciplinaire
15 h 15-16 h 30

Binôme animateurs : Lissette ALBEZARD, médecin du travail, Sophie RABATEL, Infirmière en Santé au Travail

Fil Rouge : Magdeleine RUHLMANN, médecin inspecteur du travail

Fil Rouge : Dominique HUEZ, médecin du travail,

Président : Alain GROSSETÊTE, secrétaire du groupe projet

Conclusion du colloque

Mireille CHEVALIER, présidente de E-Pairs

Annexe

Des coopérations à réinventer au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST Clinique du travail et clinique médicale du travail, Dominique HUEZ, médecin du travail

COLLOQUE

1-Introduction au colloque

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

L'objet du colloque, comme celui des 10 autres qui l'ont précédé, porte sur les « pratiques professionnelles » des médecins et des infirmières. Infirmières et médecins forment ce qu'on appelle « l'équipe médicale », dénomination retenue par le jargon légal et réglementaire de la santé au travail.

En braquant le projecteur sur la pluridisciplinarité, deux approches se sont invitées au colloque de cette année. La première invite à réfléchir sur les pratiques professionnelles de l'équipe médicale dans ses relations entre le métier de médecin et le métier infirmier, via le reste de l'équipe pluri : La seconde approche concerne la prise en compte des questions de santé au travail par des psychologues et ergonomes, via l'équipe médicale et le reste de l'équipe pluri. L'équipe pluri peut comporter un ou des ergonomes, psychologue (cités puisque le colloque porte plus spécialement sur ces deux professionnels) : et peu importe que ceux-ci soient intervenants extérieurs, ou bien au sein de l'équipe pluridisciplinaire, comme c'est le cas dans un service de santé inter- entreprise. Certes on ne parle strictement d'équipe pluri que dans les SSTIE. Mais le propos est à étendre à d'autres formes d'exercice : en service autonome, dont la composition de l'équipe est différente de l'équipe pluridisciplinaire ; ou encore, à la situation que connaît une infirmière salariée d'une entreprise, qui travaille avec des compétences en interne, mais également qui peut avoir comme interlocuteur un médecin et une infirmière de Service inter- entreprise.

En somme, le colloque invite à s'attarder sur le « travailler » de l'infirmière ou de l'infirmier, le « travailler » du médecin, qui rencontre chemin faisant le « travailler » des ergonomes, psychologues, et celui de chacun des autres métiers d'intervenants dans la santé au travail : comme si rentrer dans le « travailler » des salariés, devait passer par le travail de rendre notre « travailler » accessible entre professionnels. C'est donc, indirectement, interroger aussi les pratiques professionnelles de chacun des métiers de la pluridisciplinarité, dans leurs approches respectives, leurs diverses expériences et savoirs - faire de prudence, leurs règles professionnelles, ainsi que celles que chacun se donne pour tenter de former une équipe capable de mettre sur le tapis les terme de controverse sur la façon de faire le travail, avant d'en délibérer.

2 - 1° Partie - Comment travaillent ergonomes et psychologues avec l'équipe pluridisciplinaire, à partir d'un point de vue d'extériorité, par exemple lorsqu'un CHSCT ou une direction de service ont sollicité leur concours?

➤ Communication

« La petite Jacqueline... » : une intervention collective et pluridisciplinaire en clinique du travail. Intervention de 2 partenaires de l'équipe pluridisciplinaire, extérieures au service de Santé au travail : Isabelle JAY (ergonome) Anne JAKOWLEFF (psychologue)

(NB les auteures ont présenté leur intervention à partir d'un PP. Le texte a été rédigé à partir des notes prises en séance ; pour les compléments, il est possible de se rapporter au Power Point confié par ces auteures)

Lorsque qu'en matière de santé au travail, ergonomiste et psychologue associent leurs compétences pour répondre à une demande d'intervention, ce sont deux regards, deux points de vue sur une même situation de travail, qui se trouvent proposés. Qu'est-ce que chaque professionnelle entend confier à l'autre, tout au long de cette intervention ? Et pour quel bénéfice escompté vis-à-vis de la santé des agents, cette intervention est-elle engagée ?

Les deux auteures présentent une intervention conjointe en clinique du travail, ce qui fait partie de leurs pratiques professionnelles. D'un point de vue général, qu'est-ce que signifie, pour elles, voir et entendre le travail à partir de leur métier, d'abord pour « entrer » dans une demande qui leur est soumise, puis comprendre une situation de travail ?

Les deux intervenantes manifestent chacune une approche différente issue de leur pratique professionnelle respective, qu'il n'est pas question de « lisser ». Leur confrontation produit tout au long de l'intervention une controverse fructueuse qui nourrit leur propre travail. Il débute avec l'examen de la demande qui leur est proposée. Il s'agit en premier de retravailler chacune sur la demande initiale qui leur est faite, pour la « déplacer ». Le travail sur la demande est un apport méthodologique issu de l'ergonomie de langue française ; et l'analyse de la demande n'est pas pur enregistrement d'une commande, mais fait l'objet d'une réappropriation tant de la part de l'ergonomiste que celle de la psychologue, à partir de chacun de leurs métiers. Afin d'explicitier comment elles travaillent, elles font quelques rappels théoriques sur leurs pratiques.

Et d'abord, en quoi consiste le travail sur la demande pour leurs deux disciplines?

Pour l'ergonomiste il s'agit « d'objectiver » la demande :

L'ergonomie de langue française cherche à traduire l'*objectivation* de la demande au moyen de l'investigation fine des situations de travail : Dans l'observation des situations de travail, il s'agit de rendre compte de l'activité déployée par chacun (« le travailler ») ; de proposer un diagnostic sur la situation de travail, et d'obtenir sa validation par les opérateurs, dans un objectif de transformation du travail.

Pour la psychologue, il s'agit de construire un sujet :

La psychologie du travail effectue un processus de *subjectivation* de la situation, de construction d'un sujet, débutant dès le travail de la demande, se poursuivant au stade de l'observation individuelle et collective, et mobilisant des techniques d'entretien clinique (psychodynamique, clinique, explicitation, en situation...) Puis survient le stade de l'animation collective (confrontation de points de vue et construction de compromis collectifs)

Deux référentiels disciplinaires :

L'ergonomie de langue française et la psychologie du travail

L'ergonomie de langue française a pour objet le travail, travail prescrit et travail réel, approché par l'analyse de l'activité. Elle est au carrefour d'autres disciplines des sciences humaines (physiologie, sociologie, psychologie du travail, sciences cognitives...), et domaine de l'hygiène et la sécurité. Sa mission est d'adapter le travail à l'homme.

La psychologie du travail fut longtemps un courant expérimental visant à l'inverse, à sélectionner la main d'œuvre, voire à l'adapter au travail. Puis dans les années 50 le courant « humaniste » dit des relations humaines, va réinvestir le « facteur humain » en s'intéressant notamment à la motivation, les conditions de la performance, etc. ; ce n'est que dans les années 80 qu'émerge la psychologie clinique du travail : il s'agit pour elle de

permettre aux travailleurs de reconquérir un pouvoir d'agir au bénéfice de leur santé psychique (en puisant notamment dans les références de la psychothérapie institutionnelle), en particulier par le travail.

LE TRAVAIL : Un objet commun...éclairé par des concepts différents

-côté approche ergonomique : rendre compte de l'activité déployée

Il y a à « reformuler » la demande, puis restituer l'activité de travail : par une observation en situation, rendre compte de l'écart entre travail prescrit et travail réel. Puis « comprendre le travail pour le transformer¹ » amène à proposer un diagnostic et des pistes d'actions (techniques et organisationnelles), à partir des déterminants, contraintes, exigences, astreintes : dimensions physiques, cognitives, psychologiques et collectives, dans des perspectives de santé et efficacité.

-côté approche psychologique : La subjectivité au travail.

L'approche par la subjectivité permet de mieux comprendre les processus de sublimation, de plaisir, de désir... mais aussi, lorsque le contexte de travail est moins favorable, l'empêchement, la peur, le renoncement...jusqu'à la souffrance. Elle conditionne directement la construction de l'identité, de l'altérité mais aussi de l'action sur soi et sur son monde. Son domaine concerne la mobilisation affective, émotionnelle, cognitive, comportementale ; la place qu'y occupe la mémoire ; les entraves et ressources au développement de soi, et les psychopathologies en lien avec le travail.

Deux regards... mais des points de rencontre autour de la clinique du travail

Pour Isabelle Jay (diplômée en ergonomie en 1994) et Anne Jakowleff (psychologue diplômée en 1995) le développement de leur pratique professionnelle s'est construit dans la durée autour de la santé au travail, avec des interventions collectives en prévention des risques professionnels, une formation en psychodynamique du travail et en ergonomie, une participation aux séances de l'ARAPT², et aux consultations Souffrance et Travail en Rhône-Alpes.

Le contexte de l'intervention

La demande d'intervention présentée se situe dans une grande administration relevant de la Fonction Publique d'Etat. Le point de départ de la demande, en 2018, est le décès brutal à son domicile, d'un agent travaillant dans un des services.

Le CHSCT « inter-directionnel » (qui n'a pas une connaissance approfondie des conditions de travail de ce service en particulier), convoqué à la suite de ce décès, décide de la mise en place d'une cellule d'écoute auprès des salariés de cette direction et d'une formation des encadrants et des représentants du personnel au processus suicidaire. Or aucun élément ne permet d'établir l'origine de ce décès, en dehors d'une survenue brutale. Il y a là les termes témoignant d'une certaine ambiguïté, que l'analyse de la demande de la part des deux intervenantes doit lever. Un groupe de travail issu du CHSCT est missionné pour faire appel à un intervenant extérieur. Ce groupe de travail est constitué de partenaires sociaux (représentants du personnel des directions concernées, mais pas forcément issus des services concernés et représentants de l'Administration), du Médecin de prévention³, de l'Inspecteur Santé Sécurité au Travail, de l'Assistante Sociale du Personnel et de l'assistant de Prévention. Il rédige dans un document très

¹ La formule souvent entendue de la part de J.DURAFFOURG, est empruntée l'ouvrage collectif auquel il a lui-même participé, et cité dans la bibliographie proposée à la fin du texte

² : Association Rhône-Alpes de Psychodynamique du Travail

³ Le service de santé au travail de cette administration n'est pas doté à l'époque, de postes infirmiers

court, une sorte de cahier des charges à l'intention d'un prestataire externe, afin de conduire un diagnostic notamment sur un service dans lequel a exercé l'agent, dans une perspective de prévention.

Etape 1 : analyse de la demande

Pour les deux intervenantes, la première étape du travail conjoint est donc d'analyser, chacune à partir de son approche, la demande initiale qui leur est faite. D'emblée lors du travail de cette demande, il apparaît aux deux intervenantes extérieures des imprécisions, voire d'éventuelles contradictions dans sa formulation. Une clarification, mais également un déplacement est à produire entre la demande et son traitement. Il s'agit d'abord de préciser ce qu'elles ne feront pas : déterminer s'il s'agit ou non d'un suicide ... ou encore, proposer une formation, censée protéger une organisation vis-à-vis du risque suicidaire au travail, à laquelle il leur est difficile d'adhérer. Elles s'entendent également, à la lueur de leurs référentiels, sur des objectifs et une stratégie d'intervention leur permettant de coordonner, voire de confronter, leurs approches. Il s'agira, par la mise en place de différentes techniques, d'explorer les énigmes du travail réel pour mieux comprendre avec les agents et au plus près de leur activité, ce qui est susceptible d'altérer-ou à l'inverse de soutenir ou de développer-leur santé au travail.

Etape 2 : En vue de construire un nouveau cahier des charges, une méthode est mise en place

En premier lieu, et de façon à garantir le libre choix du groupe de travail comme celui des intervenantes, une rencontre préalable est organisée, visant à reconstruire un nouveau cahier des charges, témoignant d'une mise en travail de la demande. Un exposé de la compréhension du contexte de l'intervention est réalisé : il marque l'écart avec le cahier des charges prescrit. Les « partis- pris » de l'intervention sont exposés, ce qui fait partie de leurs exigences. Par la suite, une méthodologie sera envisagée, consistant en des rencontres avec les directions et les acteurs de santé au travail, un examen des données de fonctionnement, des entretiens individuels et des séances de travail collectives avec les agents. Ces différentes phases sont ponctuées de rencontres intermédiaires avec le groupe de travail, de façon à l'associer étroitement à la progression de la démarche. L'intervention, ses objectifs, ses modalités et un calendrier avec les différentes étapes sont présentés et retenus.⁴

Pourquoi une intervention à deux, questionne le groupe de travail ? L'intervention est enrichie d'un double regard, conforté par la propre expérience antérieure du binôme, dans un service similaire sur un autre territoire. « *Le travail en binôme est économe et protecteur au regard de notre propre santé* » ont-elles indiqué, en particulier compte tenu d'une demande ambiguë, de la taille importante du service, enfin de la complexité et la « lourdeur » émotionnelle du contexte.

Etape 3 : La requalification (le « déplacement ») de la demande par les intervenants

En premier, il s'agit de préciser les objectifs :

- « essayer de comprendre aujourd'hui ce qui fait mal »,
- chercher à « stimuler une démarche de prévention dans le contexte actuel de travail » (et pour cela, déconnecter l'analyse du travail de la situation de suicide) dans le but de construire une dynamique collective autour du travail.
- préciser la démarche, anticiper et éviter ses dérives possibles en se démarquant du terrain de l'«Autopsie psychologique» (analyse des caractéristiques mentales et psychosociales pour mettre à jour les raisons du suicide), de la mission d'appui à enquête AT (avec l'objectif de l'examen d'imputabilité du décès au travail) ou de l'expertise à destination du CHSCT (avec

⁴ Voir en annexe, les n°16 et n°17 du PP transmis

l'écueil de participer à la construction d'un rapport de force entre direction et agents, conflictuel dans son objet).

L'intervention vise avant tout « à produire une analyse partageable » destinée à soutenir l'élaboration collective et individuelle des agents vis-à-vis de leur santé, du côté du « comprendre ensemble ».

Plusieurs principes partagés soutiennent cette intervention : engager un travail avec les agents (et ne pas leur confisquer l'analyse) : l'intervention est elle-même prévention, elle s'inscrit au cœur de l'activité de travail (et se déroule pendant le temps de travail). Les deux intervenantes se placent selon leurs termes employés, en « accélérateurs de particules » du fait de leur position en extériorité, avec une exigence d'explicitation, à partir de l'objectivation des situations. Un « entretien exploratoire » est proposé auprès des « institutionnels » dont le médecin du travail, et le directeur du service, tous deux considérés comme des acteurs de santé. La participation des agents s'organise à partir d'une « réunion d'information » à laquelle chacun peut se rendre ou non, ce qui permet d'éviter un pilotage en sous-main par la direction, en installant sur une base d'un « volontariat éclairé » une participation des agents. Ceux-ci s'engagent ensuite, dans un cadre de confidentialité, à participer à l'ensemble des séances de travail (qui d'emblée, ne prévoient pas la participation de la hiérarchie). La volonté est de mettre le travail – et ses effets sur la santé – au centre des préoccupations : le questionnement passera par une exploration fine du travail (technique de l'explicitation/observations de l'activité). L'analyse de l'activité doit permettre de confronter le travail prescrit (description du travail à réaliser), avec le travail réel (ce qui est effectivement fait, comment l'agent s'en débrouille), et le réel du travail (la façon dont cette situation est investie – ou désinvestie – par l'agent). Les espaces collectifs sont privilégiés : le collectif permet de confronter les regards, éventuellement de réaménager ses repères, de partager et de construire des voies communes ou collectives de compromis pour une issue vers la transformation de la situation ; des entretiens individuels – à la demande – seront néanmoins proposés : L'individuel permet d'élaborer sa pensée, et le cas échéant, de préparer l'expression collective.

Le résultat recherché est le suivant : Nourrir réciproquement la réponse à la demande grâce à l'objectivation des conditions de réalisation du travail, sur le versant ergonomique de l'intervention ainsi que la compréhension des enjeux psychiques du travail (ce qui est engagé émotionnellement, ce qui est empêché, ce qui est ressource pour la santé ; l'identification des défenses individuelles et collectives qui font écran à la compréhension des situations...). En conclusion, il s'agit de construire une compréhension partagée du travail et de ce qui s'y joue, pour pouvoir tenter de le transformer au niveau de l'organisation du travail.

La proposition d'intervention, tout comme les différents documents qui seront produits tout au long de la démarche par les deux intervenantes – rapports intermédiaires, rapport final – relève d'une écriture à deux mains du rapport, compte tenu d'expériences d'écriture antérieure, avec en prévision 5 ou 6 versions de travail avant une version définitive, à valider par l'ensemble des participants.

CONCLUSIONS GENERALES

Les résultats de l'intervention

Le travail de compréhension partagée initié dans le cadre de cette démarche témoigne, dans un contexte de réorganisation profonde du service et d'une perte généralisée de l'ensemble des repères qui structuraient jusqu'alors le travail, d'une organisation du travail qui s'est implicitement orientée vers un objectif premier de gestion, mettant profondément en échec les ressorts de la santé au travail et contribuant à une invisibilisation de ce qui fonde la valeur ajoutée du travail.

L'intervention, lors de sa phase de restitution, a mis en avant une expression de peur et un climat de violence au travail, une situation qui se rigidifie, avec des responsables au bord de l'implosion, des clivages avec les encadrants et entre les professionnels, des écarts « abyssaux » de représentations sur le travail, et des confusions mêmes dans le langage utilisé (par exemple, la notion de contrôle est interprétée différemment par les agents et par la direction).

Cette compréhension partagée, progressivement construite, a permis de saisir là où la construction de la santé était entravée et d'envisager de nouvelles voies des possibles.

L'objectivation des conditions de réalisation du travail

Il apparaît que pour répondre aux objectifs de gestion, une organisation du travail a été mise en place, sur des principes tayloriens d'intensification du travail : traiter plus de dossiers conduit à fragmenter les tâches, pour augmenter leur cadencement. La solution retenue est une gestion des dossiers en terme de flux, quitte à ne pas tenir compte de la variabilité des dossiers⁵ : d'où la définition d'un objectif individuel de « n dossiers/personne/jour » soit « n minutes/dossier ». Cette organisation induit une individualisation des pratiques, là où pourtant le collectif représente un appui indispensable pour répondre aux exigences du travail (analyse et compréhension des dossiers). Les agents sont attaqués dans leur professionnalité. Le résultat d'un travail attaqué dans sa dimension cognitive provoque des effets désastreux en termes de dégradation des conditions de travail et de sa qualité : Pression sur le temps, mise en concurrence dans le traitement des dossiers des personnes et des pôles. Conflits de priorités ; entrave dans l'instruction des dossiers (50% des dossiers mis de côté au motif qu'ils sont incomplets, induisant des tâches complémentaires et des reports de charge). Le résultat est que le retard de traitement s'aggrave, avec une décision de report de la dette sur 2020. La productivité est ainsi faussée par des indicateurs qui masquent la réalité du travail.

La mise en visibilité de la subjectivité

Dans un tel contexte, la construction de la santé au travail est empêchée : les ressorts de la santé psychique au travail- et l'engagement subjectif au travail- s'appuient sur l'issue que permet l'organisation du travail quant au déploiement de l'expertise, de la technicité, ainsi que du développement professionnel permanent, dont dépend la compétence collective, l'expression de la responsabilité professionnelle, et la coopération. La construction de la santé entravée par l'organisation du travail amène à des pertes de repères, une surcharge de travail, avec l'usage d'outils qui masquent et freinent l'activité, ainsi qu'à un management dissonant et clivant.

La souffrance psychique se traduit par de multiples manifestations : déni du travail humain, maltraitance assumée, sentiment de faire du « sale boulot »... induisant des phénomènes de désengagement, d'anesthésie, de défiance... avec l'intervention de mécanismes de défense pour lutter contre la souffrance, qui font obstacle au « travailler » : pour tenir, il faut : résister face aux injonctions de l'encadrement, tricher par la grève du zèle (on ne fera pas le boulot que le chef nous demande d'exécuter, et on épuisera les chefs) , cacher son travail (pour tenter de sauvegarder ce que moi, agent, je juge utile de traiter), mais aussi se résigner, s'isoler du collectif...

Un film pour comprendre ensemble la situation de travail et aider à sa transformation

Accompagnant la restitution de cette analyse, et pour en favoriser sa circulation et sa critique dans l'espace interne, un film est projeté à l'ensemble des acteurs. Des extraits compatibles avec le respect de l'anonymat (voix off, gros plans sur les mains de l'agent et sur les cases en cours de traitement) nous sont visionnés. Il « montre » le travail en cours sur un dossier : Il s'agit pour l'agent de réunir les données nécessaires au traitement de chaque dossier,⁶ et d'éviter des erreurs préjudiciables à l'ayant-droit ou au service lui-même. L'agent filmé est en train de traiter le dossier de « la petite Jacqueline ». Il faut s'assurer que le dossier traité est bien complet : seul

⁵ la référence mise en avant par la direction est probablement celle du secteur privé : par exemple la taylorisation d'une chaîne de production ; en omettant que là aussi, il est nécessaire de tenir compte de la variabilité des produits pour qu'elle fonctionne convenablement.

⁶ Voir en annexe, les planches n° 24, 25 et 27

un dossier complet est susceptible d'amener le solde du dossier : or, l'objectif prioritaire est de solder ce dossier pour le service. Elle conduit à traiter en premier lieu, ceux qui sont à la fois complets et sont financièrement attractifs. Là s'opère sous nos yeux toute la complexité de l'activité de travail ; or, l'organisation du travail tend à simplifier et standardiser cette activité, posant tel un postulat, que les tâches demandées aux agents sont simples, reproductibles et n'ont pas à solliciter leur intelligence⁷.

La pluridisciplinarité... avec les autres acteurs de la pluridisciplinarité

Le binôme travaille en mode pluridisciplinaire

Le binôme travaille dans un mode bi-disciplinaire, posture commune, issue d'une pratique professionnelle déjà solidement éprouvée antérieurement. La coopération s'y déploie largement, probablement en raison du fait que les points de vue différents issus du métier d'ergonome et de psychologue sont assumés du début à la fin de l'intervention. *Et le travail du binôme avec l'équipe pluridisciplinaire, pour en revenir au titre de cette présentation ?* Qu'en est-il, in fine, de la pratique en pluridisciplinarité avec les autres acteurs en interne ? Certes l'équipe pluridisciplinaire existant en interne est réduite : Il n'y a ni psychologue, ni ergonome, ni infirmier aux côtés du médecin du travail. Les intervenantes travaillent aux côtés des Médecins du travail, des Assistants sociaux, du chargé de prévention, et de l'inspecteur de prévention. Tout au long de l'intervention, il y a des temps d'écoute, de restitution partielle, un travail d'élaboration. Puis arrive la restitution et « le temps d'après ». Les intervenantes n'entendent pas, durant toute l'intervention et après, se substituer aux acteurs, sur lesquels repose de toute façon la transformation de la situation de travail, et qui poursuivront ou non, le projet.

Les premiers ressentis sont contrastés. La restitution de l'enquête s'est faite alors que les objectifs de gestion ont été satisfaits ; conscient néanmoins des risques pour la santé engagés par cette organisation, des décisions ont été prises avant même la restitution. Pour la direction, l'effet de l'intervention « a été » magique ». Le binôme n'adhère pas à cette première réaction à chaud⁸ car elle trahit un défaut d'élaboration. Les intervenantes partent néanmoins du constat qu'un matériau a été bâti, que des décisions ont permis de faire évoluer certains points cruciaux de l'organisation en faveur de la santé des agents, et qu'il appartient désormais aux acteurs de prévention et de santé en interne de reprendre le relai de la dynamique ; ces derniers ont été ponctuellement rencontrés tout au long du processus, et ont participé aux restitutions. Pour les intervenantes, il est clair que la suite à lui donner ne peut donc qu'appartenir aux agents et ses représentants, à la hiérarchie et à la direction.

ANNEXES : bibliographie et planches extraites du PP de présentation

Bibliographie non exhaustive

- Anne FLOTTES *Travailler, quel boulot ! Les conflits du travail Enjeux politiques du quotidien*. Ed. Sylleps Travail et utopie- Réinventer des coopérations subversives Anne FLOTTES Ed. DUNE
- Anne FLOTTES *Conflits de personnes, « guerre des clans » : deux enquêtes dans les services*. - revue Travailler n°11, 2004 Ed. Martin Media
- Valérie GANEM *Note de lecture sur Travail et utopie- (in : dossier « les pratiques en psychodynamique du travail : du terrain en entreprise à la consultation en cabinet)*. N°40 - 2018 Ed. Martin Media

⁷ le film montre aux agents auquel il a été présenté que c'est tout le contraire.

⁸ Elle témoigne d'une réticence fréquemment retrouvée dans les enquêtes, à porter les efforts de transformation d'une situation de travail délétère du côté de l'organisation du travail, en désignant un responsable.

- Pascale MOLINIER *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion-* petite bibliothèque PAYOT
- Pascale MOLINIER « *Les enjeux psychiques du travail : Introduction à la psychodynamique du travail* », Petite bibliothèque Payot, 2006, Paris
- Pascale MOLINIER, Anne FLOTTES *Travail et santé mentale : approches cliniques*. Revue TRAVAIL et EMPLOI 129-janvier-mars 2012 : les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques.
- Yves CLOT *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux-* Ed. la découverte
- Dominique LHUILIER *Cliniques du travail* Ed. ERES
- François GUERIN, A. LAVILLE, F.DANIELLOU, J.DURAFFOURG, A.KERGUELEN *Comprendre le travail pour le transformer .La pratique de l'ergonomie* Ed. ANACT 1991
- Christophe DEJOURS *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail* -1980 Bayard Centurion (Ed revue 2008)
- *L'empathie* (ouvrage collectif sous la direction d'Alain BERTHOZ et Gérard JORLAND) Ed. Odile Jacob
- Alain BERTHOZ *Le sens du mouvement* Ed. Odile Jacob Paris 1997
- Philippe DAVEZIES « *Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail* », in Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 14-2/2012
- Dominique DESSORS *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail : Méthodologie de l'action*, Paris, Eres, 200

Extraits de la présentation utilisant un PP

(La totalité du PP est jointe par ailleurs, il est possible de s'y référer dans les pièces du colloque)

METHODOLOGIE : n°16, 17, 18 :



La méthodologie

| Etapes | Objet | Intervenantes | Dates |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 8 – Restitution direction | Restitution du diagnostic validé | Anne & Isabelle | Décembre N |
| 9 – Restitution GT | Restitution synthétique du diagnostic validé | Anne & Isabelle | Décembre N |
| 10 – Séance collective 3 avec volontaires | Perspectives, propositions | Anne & Isabelle | Janvier N+1 |
| 11 – Mobilisation direction | Perspectives, propositions | Anne & Isabelle | Fin Février N+1 |
| 12 – Restitution GT | Conclusions | Anne & Isabelle | Mars N+1 |

Mise en visibilité : planches 24, 25 et 27 :



La mise en visibilité de l'activité de travail Enregistrement d'une déclaration : étape 1- analyse du document papier (8)



• Recueil de données

1. Identité du défunt (nom, prénom)
2. Lieu d'habitation
3. Date du décès
4. Dénomination des héritiers (noms, prénoms)
5. Liens de parenté
6. Identification si assurances vie.....
7. Identification des donations antérieures.....
8. Vérification des actifs de succession (commune, secteur, appartement) et des montants.....
9. Vérification du passif.....
10. Evalue la balance et l'actif net.....
11. Vérifie les donations rapportables
12. Identifie les parts de la liquidation
13. Identifie les montants transmis à chaque héritier
14. A partir de l'analyse des liens de parenté.....

• Compréhension

1. Vérification de l'affectation du dossier au département concerné
2. Evaluation de l'abattement
3. Vérification montant des droits d'abattement
4. Identification des montants déjà donnés pour calcul abattement
5. Identification des montants
6. Si inférieur à 1500 €
7. Vérifie la base de calcul des droits
8. Vérifie le montant
9. Vérifie les parts de chaque héritier
10. Calcul le montant (calculatrice) pour vérification
11. Vérification de la base de taxation par héritier

24



La mise en visibilité de l'activité de travail Enregistrement d'une déclaration : étape 1- analyse du document (8)



• Recueil de données

15. Vérification des donations antérieures
16. Vérification du montant du chèque

• Compréhension

12. Calcul du montant d'abattement en fonction des donations antérieures
13. Vérification de la part taxable
14. Comparaison avec le calcul du notaire
15. Vérification des droits dûs et du versement
16. Calcul de l'actif net pour anticiper le calcul par Fidji



La mise en visibilité de l'activité de travail Enregistrement d'une déclaration : étape 2- saisie dans l'outil informatique (8)



• Compréhension

• Saisie du défunt

1. Recherche du défunt si déjà identifié dans le système
 2. Si personne non identifiée, création du dossier
 3. Création de tous les héritiers selon leur lien de parenté.....
 4. Recherche des autres biens
- ##### • Certificat d'acquiescement
5. Recherche des successions
 6. Pour chaque personne,
- ##### • Dossier patrimonial
7. Validation des héritiers ou légataires et de leur lien avec le défunt
 8. Reprise de l'actif net
 9. Synthèse de la situation pour suivi dossier

• Gestion de l'interface informatique

1. Saisie par le nom du défunt
 2. Saisie nom, date de naissance, lieu de naissance, date de décès, lieu de décès
 3. Saisie noms, dates de naissance, lieu de naissance de tous les héritiers (< 15 personnes)
 4. Saisie des autres biens (menu déroulant)
 5. Saisie de la part taxée => le montant des droits apparaît
 6. Saisie la part taxée et le montant des droits => VALIDE
 7. Délivrance du NUMERO D'ENREGISTREMENT
 8. Menu déroulant
 9. Saisie de L'ACTIF NET
- Pas de saisie des commentaires nouvelles procédures*

27

➤ Discussion sur le thème et ses possibles disputes professionnelles dans l'équipe pluridisciplinaire

Q : Pourquoi ne pas faire une évaluation 6 mois après l'intervention ?

R : c'est difficile, car cela doit être prévu dans le contrat et on ne sait pas si la situation de travail est toujours la même au bout de 6 mois car nous sommes intervenantes externes à l'entreprise. Cette évaluation, ce serait plutôt le rôle du service de santé en interne.

Q : dommage que l'objectif ait été atteint avant la conclusion de votre étude comme l'a dit le directeur lors de la réunion de restitution.

R : oui, il a tenu ses objectifs grâce à la gestion des flux

Q : je connais la même situation, le directeur fait tout pour que l'on empêche les gens de travailler. C'est compliqué pour les professionnels de la prévention de faire leur travail.

Q : dans votre présentation, on ne voit pas l'équipe pluri notamment l'équipe en santé au travail de l'entreprise. Comment faire une intervention d'une telle durée dans une entreprise dans ces conditions ? Où sont les interactions avec l'équipe de santé au travail ?

R : il y a des choses à construire avec les équipes pluri. Cela dépend du contexte. Je demande toujours à rencontrer le MDT. Certaines directions d'entreprises ne veulent pas que je rencontre le médecin du travail. Si l'on rencontre le MDT en réunion, c'est plus simple et si on a une affinité sur le plan méthodologique, on arrive à travailler ensemble.

R : dans cette intervention, cela s'est plutôt bien passé avec le médecin de prévention. Dans toutes mes interventions en entreprises, j'ai toujours un entretien avec le MDT et je souhaite que l'employeur soit au courant. C'est d'ailleurs une de mes conditions.

Pour la durée, en fait, on triche et on fait trainer car le temps est important. La mission a duré 16 jours, étalés sur plusieurs mois. Mais on ne se substitue pas aux acteurs internes.

Q : avez-vous une idée de ce qui se passe au niveau national car c'est une antenne régionale ? Les directives d'organisation données au niveau central ont-elles changé ?

R : il y a eu des tracts des organisations syndicales. Il s'est avéré qu'il y avait des marges de manœuvre et que toutes les organisations du travail n'étaient pas les mêmes. On a démontré que cette organisation de travail était contre-productive. Il y avait énormément de demandes de mutation et les nouveaux du service étaient cantonnés à la saisie ce qui faisait que l'expertise reposait sur de moins en moins d'effectifs.

R : Il y a des marges de manœuvre et pendant l'étude, on l'a constaté. Donc on a renforcé le collectif pour « tricher ensemble »

Q : je vous rejoins quand vous dites qu'il y a beaucoup à inventer avec les équipes médicales en santé au travail et il y a beaucoup de choses à dire. Selon les MDT et les services, on va avoir des marges de manœuvre différentes. Il y a souvent des relations avec le MDT mais il y a beaucoup moins de cadre permettant la construction d'une intelligence collective dans la prévention des RPS. Il y a 150 psychologues dans les SST. Il va y avoir des plus en plus de consultations

individuelles facturées 70 euros assortie d'une préconisation d'action de 4 heures. Ce qui est important, c'est de développer des méthodologies d'intervention dans les équipes pluridisciplinaire.

Fil Rouge, *Magdeleine RUHLMANN, médecin inspecteur du travail*

Un très grand merci à Anne et Isabelle pour cette passionnante intervention.

Vous nous avez présenté, ou plutôt montré, votre travail en train de se faire.

Vous avez si bien résumé votre complémentarité et la richesse de cet exercice en commun : « Elle voit ce que je ne vois pas, j'entends ce qu'elle n'entend pas ».

Vous nous avez montré combien la question des mots employés était essentielle : leur sens peut faire l'objet de débats, et cette rigueur permet même d'utiliser ce qui pourrait passer pour des gros mots. Vous employez par exemple le terme de dimension cognitive et on comprend à vous entendre qu'il ne s'agit pas du délire pseudo scientifique si largement répandu actuellement sur la seule dimension neurophysiologique du fonctionnement du cerveau.

Vous avez montré la rigueur dans le travail mais aussi - et surtout ? - le plaisir que vous y mettez et que vous y trouvez. C'était ainsi, et ce n'est pas une surprise, un plaisir de vous écouter.

Cette manière de travailler et de montrer votre « travailler » peut vous mettre en danger, elle est courageuse, elle nous permet à tous de nous situer face à notre propre travail et de mettre ce travail en débat.

Mais je me permettrai de relever quelques points sur lesquels, après vous avoir écoutées et regardées attentivement, et avoir écouté les quelques témoignages de la salle, je m'interroge :

Vous avez évoqué le médecin du travail ou le médecin de prévention que vous rencontrez toujours, mais n'avez pas abordé la pluridisciplinarité avec l'équipe médicale. C'est peut-être dommage, mais votre propos est si lumineux que chacune et chacun peut comprendre qu'en mettant le travail au cœur de son exercice, et en étant prêt à se mettre en danger d'exposer son propre travail, il est possible de construire une pluridisciplinarité dans la complémentarité et le respect des personnes et des métiers, en excluant les rivalités stériles.

Votre pratique professionnelle est manifestement marquée par la compétence et l'éthique, et la compétence est la première condition et le fondement de l'indépendance. Mais de s'appuyer sur une équipe médicale qui « bénéficie », ou plutôt qui s'oblige, de la protection fonctionnelle que peut apporter (dans de bonnes conditions bien sûr et je n'idéalise pas) le code de déontologie ne permet-il pas de renforcer cette indépendance ?

Enfin, vous dites que votre intervention se situe à un moment donné et que les suites qui y sont réservées relèvent des acteurs de l'entreprise. N'y a-t-il pas un risque de perte ou de découragement si le relais n'est pas pris en interne ? S'y personne ne « s'en saisit », selon votre terme ? N'y a-t-il pas une responsabilité des intervenants extérieurs de s'assurer que leur intervention germe et ne soit pas oubliée à moyen ou long terme ? Ou pire, instrumentalisée ? L'articulation effective avec l'équipe médicale ne pourrait-elle être un moyen, modeste certes, de combattre ce risque ? Un moyen de se donner un « droit de suite » même en tant que prestataires, puisque c'est ainsi que vous vous présentez ?

Parce que vous montrez comment vous travaillez ensemble, parce que le travail et sa dimension collective est au cœur de vos interventions, parce que vous nous avez montré que la mise en évidence de l'objet travail permettait à la subjectivité des travailleurs d'advenir, vous nous avez parlé d'une pluridisciplinarité riche et porteuse d'espoir.

Fil Rouge : *Dominique HUEZ, médecin du travail*

On peut vivement remercier Isabelle Jay, ergonomiste, et Anne Jakowleff, psychologue, pour leur remarquable mise en mot et en compréhension du socle de la clinique du travail, base commune à leur métier d'intervenante. Mais aussi, base d'une coopération avec l'équipe pluridisciplinaire d'un SST dont c'est aussi le socle pensons-nous. Et c'est donc notre Travailler dans l'équipe pluridisciplinaire qui est interrogé, interpellé, et enrichi potentiellement.

Les deux intervenantes s'interrogent sur ce qu'apporte au soutien de la santé des salariés, l'approche par la clinique du travail. Dans leur travail, à côté de l'expression et de la compréhension de la demande et de la prise en compte de sa dimension psychosociale, la subjectivité des salariés est présente, ce qu'elles différencient clairement du ressenti. Elles allient la reformulation de la demande, l'observation in situ, et les entretiens en situation. On est là pour subjectiver nous disent-elles. Faire évoluer, porter assistance à la construction d'un point de vue nécessaire pour se confronter aux autres. La possibilité de construction d'un compromis entre santé et exigences productives traverse la présentation et est interrogée de façon critique.

Clairement pour elles l'objectif commun est de se saisir de la question du travail. Pour Isabelle Jay, ergonomiste, des notions spécifiques sont employées qui nous questionnent : pistes d'action, tableau d'actions, plan d'actions. Elle préfère plutôt le projet de comprendre ensemble. Anne Jakowleff, psychologue, embrasse la physiologie biomécanique, la cognition et l'appropriation du beau geste. Elle insiste sur la dimension collective, les représentations, les leviers d'action, les leviers de santé. Elle ne s'inscrit pas dans le couple santé-efficacité discutable pour elle. Pour toutes deux, la santé des opérateurs est inhérente à leurs deux métiers d'intervenantes. Elles interrogent la subjectivité au travail, les notions de plaisir-désir, souffrance-identité, individu-collectif, altérité, mobilisation affective, émotionnelle et cognitive, les apprentissages, le développement social et socialisant, les empêchements, les ressources. Elles évoquent dans leur expérience la phrase centrale, qui pourrait aussi nourrir notre pratique clinique : « comment cela se passe quand vous travaillez bien ? ». La psychopathologie les interpelle pour la prévention, pour le soin, concept pour saisir la réalité subjective qui ne serait pas objectivable.

Pour elles la pluridisciplinarité ne serait possible que si on regarde le travail, ce qui est donc la clinique du travail qu'elles opposent à la clinique médicale qui se pencherait sur la maladie. Elles développent une pratique autour de la santé au travail. C'est justement pourquoi, E-Pairs comme d'autres auteurs, se réfère à la clinique médicale du travail, notion qui intègre ces apports à l'équipe médicale du travail pour les médecins et infirmiers du travail.

Les intervenantes nous rapportent par le détail une histoire clinique d'intervention où elles déploient leur méthodologie qu'elles nous donnent à comprendre. Elles relatent nombre de pièges éthiques comme celui des autopsies psychiques dont elles se gardent ! Elles se défient de nombre d'expertise de CHSCT qui ne seraient déployées que pour instruire ou mesurer un rapport de force. Les éventuels entretiens individuels qu'elles peuvent ici déployer sont des entretiens de dépôt, qui préparent l'expression collective de structuration d'un point de vue compréhensif sur le travail. Elles ont à cœur de démontrer la part humaine du travail.

L'intervention met en lumière la complexité invisible du quotidien du travail, ici les processus très concrets de taylorisation et d'intensification du travail. Leur intervention casse les représentations de la direction pour laquelle le travail serait là, comme un travail de robot sans variabilité. Les salariés devraient accepter les non qualités. Ici la souffrance est en rapport avec les dossiers mis de côté qui ne rapportent pas. La question du sens du travail malmené est alors centrale. On touche du doigt l'origine de la souffrance. Les intervenantes mettent en visibilité la subjectivité.

On perçoit ainsi les ressorts de la santé que sont l'expertise, la coopération, l'engagement subjectif, la responsabilité professionnelle. Aussi les éléments de construction de la santé entravée ou déniée par l'organisation du travail : les repères, la surcharge, le management clivant, les outils managériaux qui masquent ou freinent. La souffrance psychique est éclairée par le déni du travail humain, le fait de faire du sale boulot, la grève du zèle, le fait de devoir cacher son propre travail, de s'isoler du collectif, de devoir tricher avec les règles. Mais aussi de savoir résister aux injonctions de l'encadrement.

Les règles éthiques bordent leurs interventions. Pour elles les résultats de l'intervention appartiennent aux agents et à ceux qui font le travail. Les analyses sont partagées avec eux, les compromis sont élaborés ensemble. On s'assure de cela, quitte à déconstruire ce qu'elles ont antérieurement élaboré, toutes réflexions qui interrogent par résonance nos pratiques. La position d'extériorité des intervenantes facilite les exigences d'explicitation. Pour préserver leur indépendance, l'écrit support d'un engagement mutuel à tous les niveaux est important, ce qu'elles nomment les scénarii d'indépendance. Ainsi elles peuvent investiguer le travail et ses effets pour la santé, jusqu'au réel du travail, c'est-à-dire la façon dont le travail est investi ou désinvesti. Nous savons quant à nous, que les acteurs des SST bénéficient d'un cadre réglementaire très balisé qui les obligent, cadre renforcé par les repères prescriptifs du code de la santé publique pour les médecins et infirmiers des SST.

Alors pour les intervenantes leur intervention pluridisciplinaire n'est pas de se substituer aux acteurs internes des entreprises ou des SST, peut-être de faciliter le déplacement des points de vue, en permettant des échanges compréhensifs informels en confiance. Jusqu'à alerter le médecin du travail en fin de démarche. L'objectif sous-jacent de leur intervention est de renforcer le collectif, d'ouvrir à des marges de manœuvre, à la légitimité de le faire, jusqu'à comment tricher ensemble peut-être. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une intelligence collective de prévention des RPS en résonance avec le cadre médical réglementaire et le dispositif des directions. Elles peuvent éventuellement préconiser auprès du médecin du travail ou du SST.

Cette pratique très concrète devrait résonner et nourrir une clinique du travail enrichie du côté du travail et du travailler, pour les acteurs internes de la pluridisciplinarité du SST. La compétence professionnelle et les règles éthiques déployées ici par ces deux intervenantes, nous invitent à ce niveau d'exigence pour les coopérations internes au SST.

3 – 2^{ème} Partie : Dans l'intérêt de la santé des salariés : comment articuler les regards cliniques de l'équipe médicale avec les apports des autres métiers de la pluridisciplinarité? Débat et controverses possibles à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire

➤ Communication

Le rôle propre infirmier en santé au travail et son articulation avec l'équipe pluridisciplinaire " dans un travail collectif de GAPEP infirmier », Marie-Christine LIMAME et Anne-Claire CAUQUIL, infirmières en santé au travail

Présentation de la démarche :

Cette présentation est un travail collectif porté par des infirmiers réunis en GAPEP (Groupe d'Analyse de la Pratique entre Pairs), qui réalisent leur évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'association E Pairs.

Ce GAPEP est composé d'infirmières de service autonome, d'infirmières d'entreprise travaillant avec un médecin de service inter et d'infirmiers de service inter entreprise.

Nous allons vous présenter notre culture à travers le rôle propre infirmier puis évoquer des actions mises en œuvre dans le cadre de notre exercice en santé au travail.

Rôle propre infirmier versus rôle prescrit ?

En 1978, le Ministère de la santé a missionné une commission pour rédiger la réglementation relative au rôle propre infirmier, dont la définition retenue est : « recouvre les actes de soins infirmiers qu'un infirmier peut mettre en œuvre de façon autonome dans le cadre de son activité professionnelle. Ce rôle propre se complète par le rôle prescrit. » M. F. Collière, infirmière chercheuse, faisant partie de cette commission, avait proposé une autre vision de l'activité infirmière qui, malheureusement, n'a pas été retenue.

Voici la version officielle :



Par exemple : la prévention des escarres relève du rôle propre alors que les soins d'escarre sont prescrits. La prévention des TMS lors du passage de l'IST en entreprise : l'IST, interpellé(e) par la posture d'un salarié, va à sa rencontre et éventuellement lui apporte des conseils d'installation, sans prescription préalable du médecin.

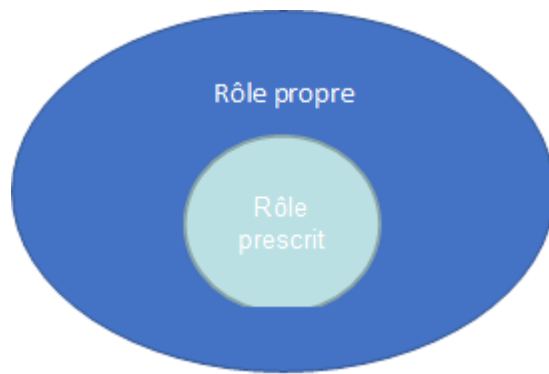
L'inconvénient de cette version réglementaire est qu'elle découpe artificiellement notre activité en séparant rôle propre et rôle prescrit. Or nous ne sommes jamais seulement dans le prescrit (la tâche) mais mettons toujours du rôle propre dans notre travail réel (l'activité), ce rôle propre étant présent dans les trois dimensions du soin infirmier :

- Dimension relationnelle : les entretiens infirmiers, le recueil de données lors des actions sur le milieu de travail,
- Dimension éducative : information, sensibilisation aux risques professionnels,
- Dimension technique : réalisation d'examen complémentaires, de questionnaires, études de poste, de soins en entreprise.

Notre réflexion se base sur la séparation entre rôle propre et rôle prescrit, ce qui appauvrit notre champ de recherche.

De plus, ce modèle peut inquiéter certains médecins du travail qui connaissent bien le prescrit mais méconnaissent souvent le rôle propre.

Voici l'activité infirmière selon MF Collière : Pour elle, le rôle prescrit est une partie de notre activité, au sein du rôle propre infirmier.



Avantage et limite d’être infirmier exerçant en santé au travail

Historiquement, les médecins du travail ont été formés à centrer leur réflexion sur aptitude / inaptitude. Les IDE en santé au travail ont la chance de ne pas être « pollués » (Ph. Davezies) intellectuellement par l’aptitude ; nous avons donc l’opportunité de pouvoir développer notre approche clinique globale sur la personne (ou la population) dans ses dimensions physiques, psychologiques, et sociales.

Nous sommes professionnellement habilités à poser un diagnostic infirmier : « C’est l’énoncé d’un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d’une personne, d’un groupe ou d’une collectivité. » Définition de l’ANADI (Association nord-américaine du diagnostic infirmier – anglais : NANDA) : le diagnostic infirmier est complémentaire du diagnostic médical, il ne s’y substitue pas, il n’est pas une démarche scientifique, on est bien dans ce que le soignant comprend et dans ce qu’il perçoit de la situation.

Quelques exemples en santé au travail :

- Excès nutritionnel lié au grignotage répété pendant les postes en 3 x 8, se manifestant par une prise de poids,
- Risque d’atteinte à l’intégrité de la peau et des tissus liée à l’utilisation de produits irritants lors du ménage,
- Perturbations du sommeil dans la nuit du dimanche au lundi, en lien avec un stress professionnel,
- Altération de l’audition suite à l’exposition professionnelle répétée au bruit,
- Altération de la digestion depuis l’annonce d’un plan social.

Différences entre les diagnostics médicaux et infirmiers :

| Diagnostic médical | Diagnostic infirmier |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Décrit le processus de la maladie | Décrit les réactions du sujet face au processus délétère |
| Orienté vers l’organe, vers la pathologie | Orienté vers l’individu |
| Demeure constant tout au long de la maladie | Se modifie selon la réaction de la personne |
| Guide l’acte médical | Guide les actes infirmiers autonomes |

La réglementation actuelle nous impose des limites : par exemple, à ce jour, l'IDE en santé au travail exerçant en service interentreprises n'a pas la possibilité de revoir le salarié, ou alors en trouvant des stratégies : en convoquant pour « examen complémentaire » ou « visite occasionnelle ». Nous déplorons ce manque de marge de manœuvre et d'autonomie, qui pourrait évoluer à l'avenir. Faudra-t-il encore longtemps solliciter le médecin du travail pour la prescription d'un repose-pied ou d'une lampe de bureau ? (Pendant que les infirmières libérales prescrivent des matelas anti-escarres ou les infirmières scolaires la pilule du lendemain...)

Nous constatons une grande diversité des marges de manœuvre des IDE en santé au travail selon le secteur d'activité ou la décision des médecins du travail.

« Exemple d'une petite entreprise de restauration collective (7 salariés) appartenant à un grand groupe pour laquelle il a été décidé en équipe de réaliser un diagnostic santé travail.

L'infirmière va réaliser l'ensemble des entretiens des salariés de cette entreprise sur un temps court (à l'aide de l'outil EVREST). Elle va ainsi obtenir des indicateurs collectifs sur les liens santé travail au travers des dires des salariés qui dans l'exemple se focalisaient sur le manque de moyens au fil du temps en termes d'effectif : « les contrats sont renégociés et il faut toujours faire plus avec moins » et de l'impact santé évident sur les salariés.

Lors d'un de ces entretiens, un salarié de 64 ans cuisinier d'après-midi et gérant seul le service du soir expose des difficultés avec certaines postures, sa fatigue et lassitude sur son poste de travail et présente le jour de l'entretien des signes cliniques (hypertension etc.)

Lors d'un point étape en ELST, l'infirmière fait part de ses constats, de son inquiétude sur l'évolution de l'état de santé de ce salarié du fait possible de ses conditions de travail et de façon plus générale sur une possible dégradation du lien santé travail dans cette entreprise eu égard aux conditions de travail exprimées par les salariés.

Il est alors décidé d'objectiver les conditions de travail dans cette entreprise par la réalisation en binôme de la fiche d'entreprise avec l'assistante sécurité santé travail et plus précisément de mener une étude du poste de ce salarié de 64 ans avec la conseillère prévention santé travail.

Au cours de l'étude de poste, l'infirmière en profite pour s'assurer que le salarié a fait les examens complémentaires qu'elle lui a conseillés et l'invite à reprendre RDV avec le médecin du travail avec ses résultats.

Ces multiples actions menées par les différents membres de l'équipe permettent de croiser les regards de chaque professionnel au travers de leurs compétences spécifiques. C'est une vraie valeur ajoutée qui donne du sens au travail en équipe. »

Les infirmiers novices en santé au travail font souvent la remarque que la médecine du travail est très réglementée, ce qui pose des limites à notre rôle propre infirmier. Toutefois nous constatons que des médecins collaborateurs, ayant déjà travaillé avec des IDE (urgences, médecine scolaire ou armée notamment) n'ont aucune réticence ou difficulté à travailler en équipe. Et plus la confiance entre médecin et infirmier se développe, plus l'IDE bénéficie d'autonomie.

Le rôle prescrit (la tâche) renvoie au Code du travail, alors que le rôle propre (le travail réel) est du domaine du Code de la santé publique. Il n'existe pas de lien de transversalité entre ces 2 ministères.

Sans attendre la énième loi ou le prochain rapport, nous « rusions » (au sens d'Yves Clot) pour faire vivre notre rôle propre ! Mais l'invisibilité de cette démarche est un frein à la reconnaissance de nos compétences, avec peu de publications dans les revues spécialisées ou d'interventions lors de congrès professionnels. (Trop de travaux de recherche infirmiers prennent la poussière en restant cantonnés dans les bibliothèques universitaires) W Hesbeen, infirmier chercheur, affirme que « nous avons été formés à l'écriture d'un acte, nous devons acquérir l'acte d'écriture. »

Rôle propre infirmier et Care.

Le Care (« prendre soin ») est central dans notre accompagnement des personnes et des populations. Pour cela, nous nous appuyons sur la démarche de soin qui vise à rechercher et à mettre en œuvre une solution adaptée et individualisée à chaque situation. On est loin de l'application de recettes et de questionnaires standardisés ... C'est la capacité à porter un regard holistique sur la personne, par l'écoute empathique et la relation d'aide pour lesquelles nous avons été formés. Cette recherche de compréhension vise à cerner la demande et la problématique santé / travail abordée pour donner à voir la clinique du travail.

L'approche clinique infirmière comprend 5 étapes :

- L'observation des signes, des symptômes, la recherche de données pertinentes,
- L'analyse et l'interprétation des données par l'élaboration d'hypothèses, par le diagnostic infirmier, l'identification du problème de santé, le jugement clinique,
- L'élaboration de stratégies d'action (traitement et intervention, planification des soins et des traitements) l'objectif étant le retour à l'autonomie du patient / salarié,
- La réalisation d'actes (soins physiques et relationnels, traitement...)
- L'évaluation des résultats.

« Madame T. est âgée de 55 ans, et travaille comme ingénieur commercial dans la technologie du bâtiment pour un groupe international depuis 32 ans. Pourtant, son dossier ne retrace qu'une seule visite en 2015. La salariée est célibataire et mère de 2 garçons de 29 et 23 ans.

Elle a un diplôme supérieur d'attaché de presse (EFAP Lyon) de niveau II avec une mention en droit. Je la vois pour la 1ère fois en Novembre 2017 en Visite d'Information et de Prévention en renouvellement.

En 2015, elle était responsable location financière en national. Mme T. a changé en janvier 2017 pour un poste d'ingénieur grand compte. Son nouveau N+1 lui donne la responsabilité supplémentaire d'un secteur commercial dans le Rhône. Elle travaille 10h par jour minimum sans réelle pause, ni repas le midi. D'un sourire figé, elle passe aux pleurs, elle ne veut pas ce changement de poste. Elle dort très mal, a arrêté ses activités sportives (elle aurait des infiltrations à faire dans les genoux). Des migraines avec malaise et nausées occasionnent 4 jours d'arrêt et elle prend du propanolol. A l'issue de la visite, Madame T semble d'accord pour être reconvoquée avec le médecin du travail. Mme T vient en Décembre 2017 en visite auprès du médecin du travail à la demande de la salariée. Elle revient sur son poste antérieur, menacé depuis 3 ans et basé sur la négociation du financement. Elle dit aussi ne pas vouloir perdre sa part variable dont les objectifs sont modifiés à plusieurs reprises.

Mme T. est convoquée en Janvier 2018 par le médecin du travail, suite à une altercation avec son N+1 fin 2017 lors d'une discussion avec son chef au sujet de ses objectifs, ce qui entraîne dans la

journée une convocation officielle par mail à un entretien. Le soir, elle fait un malaise à son domicile avec perte de connaissance. Pendant son arrêt maladie d'une semaine, elle prend du valium en auto médication et ne fait que pleurer. Début janvier, un nouvel entretien sur le calcul de ses objectifs a lieu. Elle est décidée à ne pas céder sur sa part variable.

Elle se présente à la 5ème convocation en mai 2019 à une visite avec l'infirmière. Depuis février 2019 : une nouvelle mission de vente de contrat de maintenance va compter pour 60% de son activité. Les objectifs sont encore irréalisables et elle se méfie du nouveau N+1. Son N+2 est toutefois content de son travail mais il ne sait pas où la placer : elle « dérange car maîtrise les outils de langage » dit-elle.

La note d'évaluation de stress de la salariée est de 9/10, Elle dit travailler plus de 12h par jour, et dormir toujours aussi mal. Mais ce qui surprend l'infirmière c'est la liste au contour très flou de pathologies ou symptômes physiques et de la découverte tardive, des ATCD de la salariée :

- Somnolence diurne importante avec un score d'Epworth à 19/24 -> elle est renvoyée vers son médecin traitant pour bilan,*
- Arrêt d'une semaine en Février 2019 pour fatigue et infection à cytomegalo virus avec le décès de son père en parallèle,*
- Arrêt d'une semaine en Avril 2019 pour AVC ischémique sur possible anomalie cardiaque -> elle n'a pas transmis les résultats d'IRM cérébral. Elle est sous aspirine à haute dose et anti-migraineux.*
- ATCD découvert : en 1976 chirurgie d'une tumeur cérébrale du lobe temporale gauche, dont elle garderait des paresthésies résiduelles,*
- Appendicite*
- et 3 IVG*
- Elle aurait des kystes de la rate et à l'ovaire,*

Enfin, pour Madame T, son avenir proche est toujours lié à l'entreprise, mais à la grande surprise de l'infirmière, elle s'imaginerait dans 3 ans, partir dans le sud de la France et s'installer comme peintre ou plombier ! Pour l'infirmière, il est clair que « quelque chose ne tourne pas rond ». Pourtant, le médecin ne semble pas disposer à revoir la salariée dont la principale problématique était selon elle, la perte de salaire et que Mme T n'a par ailleurs pas de demande particulière.

Devant un tel stress, des troubles du sommeil importants, et cette symptomatologie, ne semble-t-il pas toutefois, nécessaire de faire la lumière sur l'état de santé actuel et passé de la salariée ? Officialiser la demande de récupération de dossier ? »

Nous nous adossons à nos outils infirmiers : le modèle des 14 besoins fondamentaux, les diagnostics infirmiers par exemple.

Pour V. Henderson, infirmière chercheuse, la conception des soins infirmiers est la suivante : « Aider l'individu, malade ou en santé, s'il n'a pas la force, la volonté ou les connaissances requises, mais l'aider en lui permettant de reconquérir son indépendance le plus vite possible. »

L'être humain a des besoins fondamentaux universels qu'il satisfait lui-même s'il est bien portant. L'Homme est acteur et responsable de son existence. C'est à lui qu'incombe de faire les choix qui lui sont utiles. La santé est l'état où la personne satisfait à tous ses besoins. Voici la liste de ces 14 besoins fondamentaux avec, dans la colonne de droite, des exemples de perturbations dans le champ du travail :

| LES BESOINS FONDAMENTAUX | PERTURBES DANS LE TRAVAIL PAR : |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respirer | Exposition professionnelle aux poussières, aux produits chimiques dangereux, Absence de ventilation |
| Boire et manger | Horaires de travail atypiques, Valorisation virile et collective de l'alcool Charge de travail excessive Souffrance au travail |
| Eliminer | Travail en zone de confinement, Pauses imposées, Travail sous pression temporelle |
| Se mouvoir et maintenir une bonne posture | Postures de travail hors de la zone de confort, Conditions climatiques |
| Dormir et se reposer | Horaires de travail d'équipe, Risques psycho-sociaux, Astreintes, Décalage horaire lors de déplacements professionnels |
| Se vêtir et se dévêtir | Tenues de travail imposées et contraignantes, Conditions météorologiques |
| Maintenir la température du corps | Travail sur chantier, En ambiance froide ou chaude, Exposition aux intempéries |
| Etre propre et protéger ses téguments | Travail salissant, Equipements de protection individuelle inadaptés ou insuffisants |
| Sécurité | Absence de prescrit, Management par le stress, Rumeur de plan social, Précarité, « Harcèlements professionnels » Violence interne ou externe (relation client) |
| Communiquer | Cadences imposées, Isolement, Bruit Absence de hiérarchie intermédiaire, Culture individualiste |
| Agir selon ses valeurs et ses croyances | Survalorisation du « client roi », Travail empêché Ne pas pouvoir faire de « belle ouvrage » |
| S'occuper de façon à se sentir utile | Temps partiel imposé, Sous charge de travail, Mise au « placard » Retour d'expatriation, de congé maternité, de longue maladie |
| Se récréer | Absence de marges de manœuvre, d'autonomie |
| Apprendre | Accès à la formation continue, Non reconnaissance du savoir des « anciens » |

Prévention primaire, secondaire et tertiaire :

Les infirmier(e)s, par le biais des entretiens infirmiers, sont souvent amené(e)s à échanger sur cette notion de prévention avec les salariés. Ils sont souvent plus sur le champ d'action de la prévention primaire, rencontrant des salariés en relative « bonne santé ». Alors que les médecins, d'une façon générale et du fait de la nouvelle réglementation, voient les salariés qui vont « mal » (visites de reprise et de pré-reprise, à la demande) Rappelons que 90% des salariés sont suivis en service interentreprises, le fonctionnement en service autonome peut être un peu différent.

| TYPE DE PREVENTION | QUAND ? | EXEMPLES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prévention primaire | Cette approche peut avoir lieu lors des entretiens et lors d'une approche du travail | <ul style="list-style-type: none"> - Et vous, que faites vous pour vous protéger du bruit ? Que mettons à votre disposition pour vous en protéger, les utilisez-vous et pourquoi ? - Votre employeur vous propose des masques FFP3 lors de cette activité, avez-vous bien compris pourquoi il est important de le porter correctement ? - Avez-vous au sein de l'entreprise des lieux d'expressions sur les difficultés rencontrées dans le travail ? - Comment vous sentez vous dans votre travail ? |
| Prévention secondaire | L'infirmière peut également être partie prenante, voir animatrice de groupe de travail sur un domaine particulier lorsqu'un problème est survenu ou évoqué par un collectif de travail | <p>Aménagement ou réaménagement d'un espace de travail</p> <p>Changement d'organisation, de flux, concernant un collectif de travail</p> <p>Accompagnement d'une équipe de proximité sur un sujet du domaine de la santé sécurité (relai outillage, SST ...)</p> |
| Prévention tertiaire (Moins présente en pratique interentreprises car plus souvent dévolue au médecin) | Lors d'entretien individuel IDE-salarié ou en équipe pluridisciplinaire | <p>Vous êtes enceinte, saviez-vous que l'utilisation de ce produit vous est temporairement contre indiqué ? ...</p> <p>Vous évoquez des difficultés lors de telle tâche de travail, je vous propose de vous accompagner à votre poste pour mieux comprendre et vous aider à chercher des solutions.</p> <p>Vous avez une problématique de TMS, votre N+1, votre responsable HSE, et moi-même vous proposons</p> |

| | | |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | de discuter de ce que nous pouvons aménager pour que vous puissiez exercer votre métier dans les meilleures conditions possibles au quotidien |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En entreprise ou en service inter, les IDEST toucheront différemment à l'ensemble des 3 champs de prévention. Lorsqu'ils travaillent en entreprise, la proximité avec le terrain et les salariés « bien-portants » favorise grandement ces échanges. De même la possibilité de travailler directement avec les décideurs (Responsable HSE, Managers, RH, Direction...) permet d'obtenir plus simplement et rapidement des résultats sur les actions menées. Leur évaluation est également plus aisée.

Lors d'une pratique du métier en entreprise, la proximité avec le responsable HSE implique nécessairement une collaboration basée sur cette notion de prévention. L'infirmière porte alors une double casquette soignante / préventrice. La seconde étant beaucoup plus limpide pour les employeurs ! C'est d'ailleurs par cette porte là que l'infirmière peut recueillir énormément de matière clinique qui lui permet ensuite de mieux accompagner individuellement les salariés.

La question de l'action (ou pas...) en santé au travail :

Nous faisons remonter en réunion de staff des situations de souffrance au travail. Nous sommes fréquemment frustrés par l'absence de réaction du médecin du travail, qui préfère temporiser. Cela entraîne parfois une incompréhension de notre part : notre posture de Care nous amènerait à agir alors que le médecin décide d'attendre. Est-ce là l'expression de notre complexe du Sauveur qui voudrait sauver le monde, avec l'impression que le médecin n'a pas pris la mesure du degré de souffrance du salarié que l'IDE a rencontré ? Parfois, nous ne nous sentons pas entendus, pas pris au sérieux, alors que l'écoute compréhensive nous amènerait à agir en prévention de la manière la plus précoce possible pour éviter, parfois, une décompensation physique ou psychique à venir.

« Exemple de coopération Infirmier service interentreprises et Ergonome.

Monsieur T est vu en visite de reprise, fin octobre 2018, pour mise en place d'un mi-temps thérapeutique par le médecin du travail après un arrêt de travail de 4 mois suite à un accident de moto.

A la reprise le salarié souffre toujours d'une douleur à l'épaule gauche. Monsieur T est administrateur réseau. Il travaille sur écran informatique toute la journée.

Le Médecin du travail suite à cette visite, demande à l'infirmier de faire une étude de poste de ce salarié afin de s'assurer que le poste de travail soit compatible avec son état de santé actuel.

Lors de la visite de son poste de travail, début décembre 2018, le salarié fait part à l'infirmier de ses difficultés dans l'exercice de son travail. Le salarié ne parvient pas à trouver une position adéquate pour pouvoir utiliser son clavier d'ordinateur sans déclencher de douleurs au niveau de son épaule gauche.

L'infirmier constate que la morphologie du salarié (de grande taille) et le matériel disponible (plan de travail, fauteuil) ne permettent pas au salarié d'être installé de façon ergonomique et entretient ses douleurs.

L'infirmier rédige son étude de poste dans laquelle il recommande l'intervention de l'ergonome individuel du service.

Lors du débriefing avec le médecin du travail ce dernier laisse à l'infirmier toute latitude pour déclencher l'intervention de l'ergonome, et lui transmettre les informations nécessaires.

L'infirmier prend alors contact avec l'ergonome et lui transmet l'étude de poste.

Une nouvelle visite sur le poste de travail du salarié est organisée. L'infirmier accompagne l'ergonome. L'échange se fait à 3 (salarié, ergonome et Infirmier). L'infirmier apportant sa connaissance du dossier médical pour adapter au mieux les préconisations faites par l'ergonome.

Suite à cette visite, une synthèse est rédigée par l'ergonome et adressée au médecin et à l'infirmier avec des préconisations d'aménagement de poste, et des tests de matériel sont prévus.

Plusieurs semaines passent pendant lesquelles l'infirmier reste l'interlocuteur de l'ergonome, s'informe de l'avancée du dossier et s'en fait l'écho auprès du médecin du Travail.

En Mars 2019, le salarié envoie un mail où il explique avoir toujours mal à l'épaule dans le cadre de son travail. Les essais de matériel proposé par l'ergonome n'ont pas été concluants. Il a de plus changé d'environnement de travail et de bureau. Le mail est adressé à l'infirmier, au médecin du travail et à l'ergonome.

En Mai 2019, l'infirmier n'ayant aucune nouvelle sur ce dossier ni de la part du médecin du travail ni de l'ergonome, s'interroge sur les suites de ce dossier et prend contact avec l'ergonome qui avait oublié de donner suite au dossier.

L'infirmier relance alors une étude de poste après en avoir informé le médecin du travail qui donne son accord. L'ergonome n'est pas disponible.

L'infirmier se retrouve seul pour étudier de nouveau le poste de travail.

La problématique est la même que 6 mois auparavant.

Aucun des matériels proposés n'a soulagé le salarié.

L'infirmier propose ce qui peut être une piste : savoir surélever uniquement l'assise du fauteuil pour compenser une morphologie particulière du salarié. Or sans matériel adéquate cette solution ne peut être testée que si le salarié trouve un moyen de surélever son assise.

L'infirmier se retourne vers l'ergonome pour savoir de quelle façon la solution pourrait être concrétisée. L'ergonome dit qu'elle va se renseigner.

Quelques semaines plus tard, le salarié revient voir le médecin du travail pour valider sa reprise à temps complet. Il n'a pas fait le test de la solution trouvée par l'infirmier.

L'ergonome n'a pas trouvé de solution.

Au final le médecin du travail valide sa reprise à temps complet, et débriefe ensuite avec l'infirmier et indique qu'en accord avec le salarié, les études de poste et les essais matériel vont s'arrêter là.

Que le salarié va faire avec en attendant que les soins en cours permettent de faire disparaître complètement les douleurs.

Avec l'indication que le salarié reviendra nous solliciter si besoin. »

Les écrits du DMST :

Les IDE ont été formés aux transmissions orales et écrites. Donc compléter le DMST par nos observations infirmières, nos études de poste est une évidence professionnelle. Mais certains dossiers n'ont pas fait l'objet de transmissions par des médecins antérieurs. Donc aucune traçabilité des risques professionnels, aucun recueil de données sur la pénibilité ressentie, sur le vécu du travail. Comment dès lors assurer un accompagnement de qualité sur la durée ?

Par ailleurs, certaines données, comme des rapports d'intervention d'autres acteurs (psychologues cliniciens par exemple) ne font pas l'objet de restitutions écrites. Donc des éléments cliniques sont absents des transmissions écrites. Parfois, l'IDE est exclue des échanges entre le psychologue ou l'assistante sociale et le médecin du travail, alors même que c'est cette infirmière qui a alerté sur la souffrance du salarié concerné !

« Lors des VIP, l'IDE repère la montée du mal être des salariés dont l'entreprise de 300 personnes est absorbée par un grand groupe américain : nouvelles valeurs, nouveaux process, nouvelle langue de travail, etc. Elle remonte ces informations au médecin du travail, qui téléphone au directeur de ce site tertiaire pour proposer l'intervention de la psychologue du travail du service. Des échanges ont lieu entre le médecin du travail et la psychologue, qui intervient en entreprise. Le médecin et la psychologue iront faire une restitution au directeur : l'IDE est informée qu'il n'est pas nécessaire d'y aller à 3 ... et aura 2 phrases de synthèse au retour des 2 intervenantes.»

Dans la pratique des infirmières d'entreprise, il arrive que celles-ci ne soient pas autorisées à accéder aux DMST de la population qu'elles suivent. En effet, et particulièrement depuis l'informatisation de ceux-ci, les accès ne lui sont pas autorisés. Elle ne fait pas partie du service interentreprises, et n'a donc pas d'identifiant, pas d'accès informatique sécurisé. Les seules informations qu'elles peuvent obtenir sont celles fournies oralement par les autres membres de l'équipe santé travail. Encore une fois cet échange ne peut être basé que sur la confiance, qui comme on le sait, ne se décrète pas.

Les infirmières d'entreprises ne sont pas nécessairement invitées aux réunions du service inter, où très souvent les situations abordées émergent d'entreprises différentes. Il est logique que l'IDE d'entreprise n'ait pas accès aux informations des entreprises qu'elle ne suit pas. La distance géographique et la disponibilité de chacun est aussi un frein.

« Dans ma pratique, je relève 3 types de freins :

- *Absence d'accès au DMST : le dossier est informatisé. Ne faisant pas partie du service interentreprises, je n'y ai pas d'accès.*
- *Absence d'articulation des pratiques de l'IDE du SI et l'IDE d'entreprise par le médecin. Pas de volonté exprimée d'un véritable travail collaboratif.*
- *Pas de volonté individuelle de changer le fonctionnement actuel qui semble ne poser de problème que dans ma pratique personnelle.*

Les réunions que je suis parvenue à imposer mensuellement sont majoritairement à sens unique avec de plus des transmissions invisibles car orales et non retranscrites dans les dossiers. »

Autorité technique du médecin du travail qui anime et coordonne :

Comment travailler en coopération quand l'un des 2 membres, en l'occurrence l'IDE, est sous l'autorité du second participant ? Que recouvre la notion de responsabilité technique ? Elle est connue pour le DMST mais pour les autres outils et actions de l'équipe santé travail ? Nous invitons les médecins du travail à réfléchir à ce concept car il est flou et très souvent médecin-dépendant ...

Concernant les infirmières d'entreprise exerçant avec une équipe de santé de service interentreprises, les liens ne sont pas si évidents.

En effet, l'infirmière d'entreprise ne faisant pas partie de l'équipe interentreprises (au sens salariale, payée par le même employeur), son intégration ne se base alors que sur la confiance que chacun veut bien s'accorder. L'infirmière d'entreprise ne peut alors avoir accès au DMP.

« Prenons l'exemple de madame M. Elle est jeune, 32 ans, mère célibataire et vit en colocation avec sa sœur. Elle effectue quotidiennement des tâches de travail artisanal extrêmement variées, nécessitant force physique, précision, rigueur et rapidité. Son objectif étant la confection d'une pièce de prêt à porter de A à Z. Elle se présente à l'infirmerie car elle présente une douleur intense dans l'épaule droite depuis plusieurs jours. Lors de l'entretien, l'IDEST oriente ses questions sur les gestes techniques de son travail et leur répétitivité. Les TMS sont malheureusement fréquentes dans sa structure. A la fin de l'entretien, l'IDEST oriente la salariée vers son médecin traitant afin de poser un diagnostic médical sur sa souffrance et mettre en place un protocole de soin. En parallèle elle lui suggère de prendre rendez-vous avec le médecin du travail pour l'informer et chercher avec elle ce qui peut être mis en place pour son poste de travail. Madame M va donc rapidement voir son médecin qui va l'arrêter une dizaine de jours. De son côté, l'infirmière aborde la situation de Madame M avec le médecin en lui disant qu'elle va certainement la rencontrer bientôt, car la salariée a demandé un rendez-vous. La date de celui-ci arrive. L'IDEST reçoit l'attestation de suivi de santé sur laquelle il est stipulé : « apte au poste, alléger la charge de travail pendant 3 mois ». L'infirmière est surprise par la façon dont est notifiée l'attestation. Elle interroge sur le lien entre ses douleurs et son activité de travail. Elle n'a pas obtenu d'explication de la part du médecin du travail, pas de consigne pour « alléger la charge ». Rien sur les TMS, rien sur quoique ce soit d'autre. La seule information qu'elle obtient est « ah oui, c'est amusant elle a une maladie bizarre cette dame...Non rien de particulier sur son poste... »

L'IDE apprendra plus tard, par la salariée, qu'elle souffre de la maladie de Parsonage Turner une névralgie amyotrophifiante de l'épaule résultant d'une inflammation de cause inconnue.

Non seulement l'infirmière est restée ignorante quant à cette pathologie, mais en plus de ça il n'a pas été pris de mesure qui pouvait soulager Mme M au travail. Cette absence de communication ne correspond pas aux valeurs d'accompagnement, d'apprentissage et de dialogue de l'infirmière »

Rôle infirmier de sentinelle : repérage, tri, orientation

Au cours des entretiens infirmiers, l'IDEST repère les salariés en difficulté, assure les transmissions au médecin du travail et oriente parfois soit vers le médecin du travail, soit vers le médecin traitant ou encore vers des acteurs de la santé spécialisés (centre de vaccination, association d'addictologie, centre de bilan de santé Sécurité sociale par ex.) Cette posture d'interface contribue à la veille sanitaire et à l'alerte précoce.

L'infirmière d'entreprise, elle, est présente au quotidien sur le terrain. Elle peut alors facilement percevoir les changements d'humeur d'une équipe ou d'un individu. Elle a, à priori, une bonne connaissance de la politique santé sécurité de l'entreprise. Elle peut débattre avec l'employeur, et concourir à l'élaboration de la politique de prévention.

D'un point de vu individuel, l'infirmière présente sur le terrain va pouvoir repérer et observer les personnes qui la préoccupent. Que ce soit lors d'entretien formel ou lors de temps plus informel (salle de pause, couloirs...) elle pourra intervenir et offrir à chacun un temps d'échange qu'il ne serait pas venu chercher spontanément. Ses qualités d'écoute et d'observation sont des atouts précieux qui permettent souvent une anticipation des difficultés, et surtout une prise en charge précoce si cela est nécessaire. L'infirmière pourra alors orienter vers l'équipe soignante ad hoc si nécessaire ou orienter le salarié vers le bon interlocuteur interne si ses difficultés doivent être abordées avec la hiérarchie. Elle peut également, à la demande du salarié, être une personne relais et permettre une rencontre avec la hiérarchie plus préparée et plus sereine.

Le rôle de sentinelle de l'infirmière d'entreprise est au-delà de l'écoute individuelle. Il se joue dans tous ces « petits riens » du quotidien. Une porte de salle de réunion qui claque, deux managers qui s'isolent pour discuter, un pas rapide dans un couloir. L'attention est portée sur ce qui diffère, ce qui change, ce qui n'est pas comme d'habitude, ce qui semble anormal. Il s'agit là de matériel clinique évoquant la santé de l'entreprise. Par sa connaissance de l'entreprise et des protagonistes qui la font vivre l'infirmière peut déjà obtenir des informations importantes sur le climat social de celle-ci. Ces éléments sont transmis au médecin du travail qui aborde alors sa relation à l'entreprise et aux salariés avec une meilleure connaissance du contexte de travail. Il est plus en mesure de comprendre des éléments qui lui sont rapportés par le salarié, et du coup plus à même d'accompagner les problématiques de l'individu ou de l'entreprise.

Rôle infirmier d'interface

L'IDE d'entreprise joue un rôle charnière entre le service de santé au travail interentreprises et l'entreprise. Il est l'interlocuteur santé privilégié au quotidien. C'est dans ce champ qu'il assure sa mission de conseil auprès de l'employeur au même titre que le médecin du travail.

Souvent, l'IDE est reconnu comme interlocuteur dans le cadre de la mission handicap. Le médecin du travail est alors prescripteur et l'IDE agit et accompagne.

Par exemple dans le maintien dans l'emploi, l'IDE assure le lien entre le salarié, le médecin du travail, l'employeur, le SAMETH.

Souvent l'IDE informe le salarié sur la RQTH et ses bénéfices. Il réalise avec le chargé de mission du SAMETH l'étude des besoins et des attentes de la personne concernée. Il assure le suivi des préconisations du médecin du travail sur le terrain.

L'IDE a aussi une mission de pivot lorsque les salariés souhaitent rencontrer le médecin du travail. Il est fréquent que les salariés passent en direct vers l'infirmière pour obtenir un rendez-vous avec le médecin. (La prise de rendez-vous directement au service inter reste assez peu instinctive.) Ce passage à l'infirmierie donne lieu à un premier échange et permet, comme nous le disions plus tôt un premier recueil des données et du coup, une éventuelle orientation précoce pour une prise en charge médicale.

« Prenons l'exemple de Mme C.

Madame C, jeune femme de 35 ans, divorcée, est en situation de handicap, suite à un accident vasculaire cérébral lors de son second accouchement, en 2015. A l'issue de sa période de soin, elle reprend son poste de préparatrice en temps partiel thérapeutique. Rien de particulier n'est indiqué sur son avis d'aptitude de septembre 2015 lors de la reprise sinon son aptitude à temps partiel au poste d'aide préparatrice. Elle reprend donc son poste de préparatrice coupe mais très vite elle n'est plus à l'attendu en termes de temps de fabrication et de qualité du travail fournie. Son manager, bienveillant lui propose de diversifier ses activités et lui fait essayer divers postes de préparation. Elle vient apporter de l'aide aux collègues. Elle, reconnaissante, accepte et fait de son mieux sur chacune des missions confiées. Mais très vite, en plus des difficultés cognitives (mémorisation et concentration notamment) viennent s'ajouter des douleurs de type TMS du membre supérieur gauche. Ces douleurs étant très certainement liées aux stratégies d'adaptation qu'elle met en place pour pallier les défaillances de son membre supérieur droit du fait de l'AVC.

Mois après mois, la salariée est baladée de poste en poste. Son moral se dégrade et elle est de plus en plus isolée. (Ne faisant plus partie d'une équipe, et étant mise en situation d'échec de façon répétée sur les postes qu'elle n'arrive plus à tenir). Début 2019, lors d'un EI, je l'interroge sur la façon dont elle se projette dans l'avenir, à son poste, dans l'entreprise. Elle est perdue et ne sait pas répondre à cette question. Je lui propose d'y réfléchir et de nous revoir bientôt. Deux mois plus tard, elle revient me voir pour que nous abordions ensemble sa situation avec la RH, l'assistante sociale, et notre interlocutrice Cap-emploi. Celle-ci nous suggère alors de nous rapprocher de L'ADAPT afin de voir ce que nous pouvons mettre en place pour elle. L'ADAPT propose un pré diagnostic cognitivo-psychomoteur (Ergothérapeute et psychologue), puis dans un second temps un bilan de compétences dans un format adapté aux difficultés relevées. L'assistante sociale, l'interlocutrice Cap-emploi et moi-même soumettons cette suggestion au médecin du travail qui valide la démarche. L'assistante sociale prend alors l'initiative de demander un devis à l'ADAPT. L'interlocutrice Cap-emploi se propose pour contacter L'ADAPT et creuser davantage le déroulement pratique de ces deux bilans. Pour ma part j'aborde auprès de la mission handicap de l'entreprise l'idée du financement, qui sera accordé. La RH quant à elle se chargera d'organiser avec L'ADAPT la partie bilan de compétences.

A ce jour le pré-diagnostic n'a pas encore démarré mais la salariée est motivée en se projetant désormais vers une éventuelle reconversion professionnelle et un nouvel avenir. Le moral va bien mieux. »

(Adapt : l'ADAPT, association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique.)

● **Les dires du salarié :**

Nous constatons, lors des réunions de staff que le salarié ne dit pas la même chose à l'IDE et au médecin. D'où l'importance des échanges au sein de l'équipe. Plusieurs hypothèses :

Le salarié perçoit l'inaptitude comme une épée de Damoclès, le médecin étant vu dans la Toute Puissance médicale, et le salarié peut s'autocensurer dans ses déclarations, alors que l'infirmière serait ressentie comme plus accessible, plus abordable ? Opposition entre l'aptitude et le Care ?

Le salarié vient chercher auprès du médecin un avis médico-légal, une solution à sa problématique de santé au travail, alors qu'il attend de l'IDE une écoute ?

L'IDE s'intéresse aux « petits riens » de la vie professionnelle : par exemple, temps de trajet domicile / travail, dyslexie (?)

« Exemple de travail en pluridisciplinarité et ses difficultés en service autonome :

Un salarié sur un site industriel s'est plaint à son manager de souffrir du dos malgré le siège assis debout existant, à sa disposition, à son poste de travail.

Le manager n'a pas cherché à contacter le service santé mais l'ergonome stagiaire en première intention et a cherché un siège sur internet qui correspondrait à la demande orale du salarié, siège avec dossier. Il a ensuite fait un mail (en copie son chef et n+1, plus technicien d'atelier (date 6/5) à la stagiaire ergonome pour savoir si le siège qu'il avait trouvé, pouvait être commandé.

L'ergonome constate alors des particularités contraires au travail demandé. Elle demande l'avis du médecin et propose d'aller sur place et me met en copie du mail (1ere info pour l'infirmière, le médecin ne m'ayant pas averti (seulement présente 2 à 3 demies journées par semaine)

Le médecin a répondu à l'ergonome de ne pas prendre ce siège qui est pour un poste assis, en position haute, fixe, et non type assis debout (pas pour soulager la position debout simple)

Le manager est ennuyé car le salarié évite de prendre le siège actuel, il demande à l'ergonome stagiaire si elle peut passer voir le poste (IDE jamais sollicitée en première intention ici, juste en copie des mails entre les différents acteurs). Un projet ergo est en cours qui devrait faciliter l'obtention du siège.

Moi, l'infirmière, devant cette situation, étant sur place, pouvant me déplacer, je propose d'y aller et je contacte l'ergonome pour connaître ses disponibilités afin qu'elle vienne avec moi. Ensemble, l'infirmière, la stagiaire ergonome et le manager regardons le siège actuel et le travail effectué. Le travailleur se plaint de douleurs aux genoux avec ce siège, il a trop d'appuis et au final préfère marcher et s'asseoir complètement quand il peut et a besoin d'un dos soutenu (ATCD de ménisectomies).

Devant tout ce « remue-ménage », « par ma faute dit-il, tout le monde est là, je ne veux pas déranger », gêné et effrayé il n'ose plus parler et nous dit qu'il peut rester dans la situation actuelle (je le rassure en lui disant que nous allions chercher un siège qui pourrait lui convenir mieux si on peut et de ne pas s'inquiéter).

Nous prévenons que nous allons remonter la problématique au médecin pour le choix du siège (doc = décision finale ici). Choix effectué sur catalogue par le médecin et l'ergonome, je m'avance à donner mon avis, l'ergonome stagiaire est chargée de commander le siège, pour essai dans un premier temps, avec demande de prêt auprès d'une société extérieure. Fin du premier acte, je pensais que c'était réglé entre l'ergonome et le service sécurité ou le manager qui devait commander. Pour le suivi, j'apprends que le service sécurité devait contacter une société spécifique, elle me demande de voir avec le service EHS, ce que je fais par mail.

Je reçois un mail (je suis en copie toujours, jamais destinataire) de demande de prêt qu'il demande seulement le 9/9/19 (suite à mon mail) auprès de ladite société et j'ai ainsi la réponse, ok pour prêt chaise en essai, la réception est prévue prochainement (2/10). Nous prenons la décision, de revoir le salarié sur place, mercredi 11/9, voir si des changements de poste ont été effectués dans l'intervalle (beaucoup de changements sont faits durant la fermeture d'été sur le site) et ne constatons rien de nouveau. Par contre l'ergonome nous informe d'un souci avec la responsable des achats qui ne veut pas acheter des sièges non référencés. Le médecin doit faire une demande spécifique à part en cas de besoin

En réunion d'équipe médicale, d'autres sièges ont été vus et proposés en essais mais les processus hors achats classiques sont de vrai casse - têtes et les décisions collégiales rares ce qui corse la difficulté et l'aboutissement final est lent (début mai et nous sommes fin septembre)

On voit ici la mise à l'écart de l'infirmière comme ressource auprès de l'employeur ce qui est dommage. L'infirmière, même visible, n'est pas encore perçue comme préventrice, elle ne peut qu'aider en essayant de s'imposer, en intervenant sur le terrain dès que possible. Elle reste une interface utile.

J'ai réussi à être invitée aux comités de maintien dans l'emploi (1 fois par quinzaine pour échanger sur les reclassements prévus pour certains salariés et ceux en arrêts) en tant que « spectatrice » n'ayant la parole que pendant l'absence du médecin et toujours après vérification et validation de mes dires auprès du médecin.

Grande frustration et limitation de notre rôle propre en service autonome par les habitudes des médecins qui sont formés pour avoir des infirmières exécutantes et non des collaboratrices ayant des capacités complémentaires et nos suggestions et interprétations des situations sont souvent ressenties comme mal venues et « en trop » (= se cantonner au travail parfois sans tenir compte de la situation globale du salarié).

Autre écueil, remonter des informations et ne pas en avoir en descente ou très ciblées et limitées (pas nécessaire de savoir me répond le médecin, ça n'aide pas pour mon travail...) »

En guise de conclusion et pour ouvrir le débat :

Nous espérons vous avoir éclairé sur le rôle propre infirmier en santé au travail, dans une démarche de Care, de prendre soin. Ce Care est au cœur du métier infirmier.

Nous constatons, au cours de nos séances une grande diversité des pratiques, toujours médecin-dépendantes ; et ce quelques soient les protocoles, les priorités ou orientations des services de santé au travail.

Nous ressentons la nécessité de préciser la notion d'autorité technique du médecin du travail sur l'IDE : il y a méconnaissance de la réglementation, par les médecins et par les infirmiers de cette notion, ce qui impacte la représentation que se font les médecins du travail du rôle propre et du rôle prescrit des IDE en santé au travail.

Nous réfléchissons de notre côté sur notre rôle propre et nous invitons les médecins du travail à travailler sur « anime et coordonne l'équipe pluri »

La place de l'IDE au sein de l'équipe pluridisciplinaire est à travailler : elle est souvent perçue comme l'assistante du médecin et non comme professionnelle de la santé à part entière. Or la démographie médicale amène à une évolution qui nécessite une révolution culturelle. Pour cela, les infirmiers de santé au travail doivent sortir de l'invisibilité : se faire connaître pour être reconnues !

- **Discussion sur le thème et ses possibles disputes professionnelles dans l'équipe pluridisciplinaire**

Q: comment le rôle propre est compris et entendu ? Comment l'Infirmière en Santé Travail (IST) es-elle reconnue ?

Q: Comment ont été construites les équipes santé travail ? Comment ensuite peut-on collaborer en équipe pluridisciplinaire ?

R: IST en service autonome, elle travaille avec un Médecin du Travail (MDT) d'un service inter. Elle n'a pas choisi son MDT ni l'IST. Il y a aujourd'hui beaucoup d'IST dans les services et on impose des IST à des MDT qui ne sont ni demandeurs ni volontaires.

R: quand je suis arrivée dans le service, on s'est présenté avec mon médecin. L'entretien s'est bien passé et notre équipe a particulièrement bien fonctionné.

Aujourd'hui, mon MDT a quitté le service et je travaille avec 3 médecins en cumul emploi retraite. Ils travaillent avec moi 11 jours par mois. Je ne suis plus au courant de rien. L'AST m'informe des études de postes alors je sais qu'il y a des inaptitudes en cours. Dans le service, Il y a des projets d'organisation d'équipe avec 1 MDT, 2 IST et 2 secrétaires avec 10000 salariés par équipe.

R: il y a une Commission Médico Technique (CMT) dans votre service. Donc on peut y parler de ces choses-là et élaborer des stratégies de coopération dans les équipes. Par contre travailler avec 3 médecins, c'est une situation difficile

Q: dans mon service, le thème de la dernière CMT était la révolution numérique avec la question qui mettre derrière la télé ? Un MDT ? Faut-il garder les secteurs ? Les MDT sont déjà surchargés et ne peuvent pas tout faire.

Q: Quand il y a une IST en service autonome et IST en service inter, quelquefois on n'a pas l'impression de faire partie d'une équipe.

R: Tout dépend des équipes : dans mon service, je travaille avec une IST en service autonome et il n'y a pas de problème. Je l'ai autorisée à consulter les dossiers médicaux. Aujourd'hui, on va informatiser les dossiers et l'IST d'entreprise aura toujours accès aux dossiers.

R: Moi, j'ai travaillé avec 2 MDT qui avaient rédigé des protocoles ensemble pour que mes conditions de travail soient bonnes. On a réussi à fonctionner et c'était très enrichissant même si je ne faisais pas les mêmes choses avec chaque médecin.

Q: l'infirmière n'a pas de statut défini. Et pour certaines, c'est difficile quand l'IST travaille avec un médecin de service interentreprises.

R: les IST en autonome dépendent hiérarchiquement de l'entreprise et sont sous la responsabilité technique du médecin du travail.

R: je travaille pour un énergéticien et le rôle propre de l'IST est instrumentalisé par l'employeur qui le fait travailler sur des problématiques de santé publique.

R: je travaille dans une grande entreprise et j'ai la double casquette d'IST et de psychologue. En service autonome, les pressions de l'employeur sont plus sur le médecin que sur l'IST si le médecin est aussi salarié de l'entreprise. Si on s'appuie sur des compétences, on peut résister aux pressions

de l'employeur. Le problème dans cette entreprise c'est qu'il y a une invisibilité réelle de l'action des IST, par exemple, je ne suis plus invitée aux réunions.

R : je reviens sur le fait qu'on ne choisit pas son médecin. C'est vrai mais le médecin ne choisit pas non plus l'infirmière. J'ai perçu que l'IST n'a pas confiance dans le MDT. On ne les pas beaucoup vus dans l'intervention. J'ai travaillé avec beaucoup d'IST et dans les cas où il n'y avait pas de confiance avec l'IST, notre coopération n'a pas duré longtemps.

Q : j'ai l'impression que l'intervention a été construite sur le manque de confiance du MDT envers l'IST d'entreprise. Quelles seraient les pistes pour améliorer les relations ?
Pour l'IST souvent, elle est frustrée car elle voudrait aller au bout du dossier et elle ne comprend pas que le médecin refuse d'aller plus loin. C'est de la qualité empêchée.

R ; MDT senior, depuis 10 ans, je ne comprends pas pourquoi ça bloque encore au niveau du rôle propre. Surtout entre l'IST d'entreprise et l'IST en service inter. De même que l'indépendance du MDT s'est faite tardivement vers les années 1990 sur les missions de santé au travail, c'est peut-être par là qu'il faut commencer pour les IST. Il faut construire la compréhension, faire voir ce que l'on fait. L'indépendance en service autonome et en service inter est la même et notre rôle est la mission de santé au travail.

Q : vous avez plusieurs expériences constructives et il faut décrire les processus de construction et de délibération. Vous avez parlé d'échanges avec l'ergonome mais avez-vous fait un travail d'échange avec le psychologue ?

R : je n'ai pas d'échanges avec un psychologue. Ce sont les salariés qui me disent avoir vu le psychologue. Moi, je ne participe pas au staff de l'équipe donc je ne suis pas informée alors que ce sont des salariés de mon entreprise.

Q : dans votre présentation, je n'ai pas vu le travail.

R : il n'y a pas de formation spécifique sur ce sujet pendant les formations d'infirmière, il faut se former, il faut lire. Moi, j'ai progressé quand j'étais en service autonome avec l'ergonome. En service inter, je n'ai pas travaillé avec un ergonome. Les demandes étaient faites par le MDT et l'IST ne participait pas aux échanges suite aux demandes même si c'était elle qui était à l'initiative de la démarche.

Q : moi, je viens du soin et depuis quelque temps, je suis IST. Il faut savoir qu'on nous envoie faire des études de postes sans être vraiment formé. Vous dites que l'on ne choisit pas son IST. Ce n'est pas tout à fait vrai. Les CV des IST sont sélectionnés à l'avance et après l'IST qui postule va avoir des entretiens avec le médecin qui choisira son IST. Moi, j'ai eu plusieurs « speed dating » pendant lesquels on avait 10 mn pour se vendre. L'IST et le MDT n'ont pas le même rôle.

R : on a pêché en voulant montrer beaucoup d'exemples et on aurait dû approfondir chaque exemple. Le premier exemple a été traité dans mon équipe et avec mon médecin, qui vient de Lille, berceau de la santé au travail, j'ai une très bonne coopération avec un travail qui a du sens. Mais dans mon service, ce n'est pas le cas dans toutes les équipes.

Q : je voulais en savoir un peu plus sur le GAPEP, y-a-t-il un intervenant extérieur ?

R : dans les GAPEP, il n'y a pas de chef, ni de sous-chef. Chaque poste (présentation du cas, rapporteur des débats et animateur de la réunion) est tournant. Il y a une présentation de cas. Un débat et un rapporteur qui fait le compte rendu. Ce compte rendu est adressé au binôme qui renvoie un commentaire. Le binôme adresse le compte rendu au groupe projet qui vérifie que le travail du groupe est conforme au cahier des charges validé auprès de l'ANDPC.

Q : moi je travaille comme médecin de prévention dans un institut de recherches et j'ai travaillé avec 2 IST avec lesquelles la collaboration se passait très bien. Les difficultés venaient plutôt des techniciens hygiène et sécurité. Les IST étaient très compétentes et faisaient en sorte que j'ai un cadre de travail me facilitant la tâche et elles ont réalisé des entretiens infirmiers bien avant l'heure.

R : le GAPEP nous permet d'amener des situations qui posent problème et c'est souvent quand il y a un problème avec le MDT. Nos MDT ne s'intéressent pas aux modes de vie des salariés, c'est ce que ce qui ressort des écrits dans les dossiers médicaux. L'organisation du travail est devenue quantitative avec de plus en plus un nombre de vacations à faire et un nombre de visites à faire. C'est la taylorisation dont on a parlé ce matin, on a oublié la notion d'être humain.

R : dans l'ensemble de mon service, pour répondre à cette taylorisation, on met en place, un « diagnostic santé secteur » pour dire le besoin en temps médical et en travail de l'équipe pluri. C'est par ce biais du diagnostic santé secteur que l'on se donne des priorités.

R : quand il y a des postes aménagés et quand il n'y a pas de suites données aux aménagements préconisés, on a tendance à solliciter les organisations syndicales.

Remarque d'Alain Grossetête : le métier d'IST est en construction. Il faut la capacité de faire émerger son travailler qui renvoie à la confiance et à la complicité pour collaborer. Le GAPEP est le lieu où l'on fait apparaître le travailler. La capacité à faire émerger son travailler permet de construire le métier d'IST. Déployer son métier va ouvrir à l'émergence du travailler.

R : IST d'entreprise existe depuis longtemps, IST d'entreprise c'est plus récent mais j'ai l'impression qu'on régresse

Fil Rouge : Magdeleine *RUHLMANN*, *médecin inspecteur du travail*

Merci Marie-Christine et Anne-Claire

J'ai entendu dans les questions et réactions des uns et des autres, un écho à ce que j'avais pensé. Vous avez eu le courage de vous mettre en danger pour présenter votre exercice professionnel. Même si votre expérience professionnelle est déjà grande, le métier que vous exercez est un métier jeune et qui se construit, avec les partenaires de l'équipe pluridisciplinaire, partenaires dont le métier est lui-même en pleine évolution.

J'ai été très attentive à votre présentation. Je l'ai entendue, bien sûr, à travers mon histoire et mon exercice de médecin ou même de médecin inspecteur. Je craignais ces biais d'écoute. Mais la prise de parole des uns et des autres ensuite va dans le sens de ce que j'avais entendu.

Je voudrais vous citer le propos d'un professeur de Médecine du Travail qui, ce n'est un secret pour personne, ne considère pas la santé des salariés comme une priorité. Lors du Congrès national de Santé au Travail de Clermont-Ferrand, il présentait ainsi le défi qui se présentait aux médecins du travail : se former au management afin de bien piloter l'équipe pluridisciplinaire. Mais si c'était de ça qu'il s'agissait, nous serions mal partis.

Nous sommes plusieurs à vous avoir entendu présenter l'expression d'une grande frustration. On peut la comprendre en vous entendant relater des expériences pas toujours heureuses, des moments professionnels où, semble-t-il, vous n'avez pu donner toute la mesure de votre engagement et de votre compétence. Nous le savons, un certain nombre de médecins, habitués à travailler seuls, ne sont pas encore prêts à montrer leur travail, à le partager ou ne sont pas assez respectueux de votre travail. Comme vous nous le regrettons.

Mais j'ai été déçue de ne pas vraiment entendre parler du travail des salariés que vous évoquez, ni de votre propre travail. Vous nous avez montré des incompréhensions et malentendus regrettables. Vous nous avez dit tout ce que n'était pas la coopération avec le médecin, mais nous avez-vous dit ce qu'elle pouvait être ? Et autour de quels enjeux ?

Et je tiens vraiment à vous présenter mes excuses mais je ne suis pas sûre d'avoir compris ce que vous appeliez « rôle propre ». Peut-être cela tient-il à mes propres blocages...

Si ce que vous appelez rôle propre est de fait, en reproduisant ce qui se joue dans la démarche et la prise en charge de soins, une approche clinique ou plutôt thérapeutique, est-on alors dans le cadre de la santé au travail ? Il en est autrement évidemment si vous entendez derrière ce vocable qui vous est propre dans le métier infirmier, qu'il s'agit de « prendre soin » des consultants, car cela rejoindrait complètement l'inscription de votre métier dans la clinique médicale du travail commune à nos deux professions cliniques.

Parce qu'au fond, ce dont il s'agit ou devrait s'agir, c'est bien de santé au travail, de la santé des salariés ; une santé qui est loin d'être une priorité dans le monde économique et politique actuel. Et qui, sinon une équipe médicale et une équipe pluridisciplinaire, serait en mesure de prendre en charge cette santé au travail, ou plutôt de la construire avec les salariés au sein d'un collectif de travail, en tentant de donner les outils aux salariés pour être un peu plus acteurs de leur santé?

[Si j'osais, je dirais qu'il ne faudrait pas « se tromper d'ennemi »]

Vous souhaitez sortir de l'invisibilité. Mais les médecins du travail aussi font un travail invisible, comme le travail du ménage : un travail qui ne se voit que lorsqu'il n'est pas fait...

Plutôt que le défi du management, le défi est ainsi de constituer une équipe où la coopération se construit sur la complémentarité et non sur la rivalité. Et où la coopération se construit sur la dispute professionnelle, le travail que l'on fait ensemble plutôt que sur les images que chacun a de l'autre.

Une équipe où l'on est attentif à utiliser les mots justes, en parlant par exemple de « personnes » plutôt que « d'individus » pour laisser à chacun sa place de sujet.

Une équipe où le travail collectif permet de résister aux logiques gestionnaires à tout va et de tenir la compétence, l'indépendance technique et professionnelle, la confidentialité et les enjeux éthiques qui permettent le respect de soi-même et le respect mutuel.

Il nous reste ainsi à construire ensemble une pluridisciplinarité autour d'un travail montré et partagé, de pratiques professionnelles exposées et débattues, pour pouvoir adresser le travail des salariés. Au-delà des querelles ou frustrations de personnes, ce n'est qu'autour du travail et du « travailler » que la coopération peut se construire.

Fil Rouge : *Dominique HUEZ, médecin du travail*

Merci d'abord aux intervenantes d'avoir pris le risque de s'exposer via leur intervention, alors que le ministère de la santé lui-même peine à reconnaître la spécificité de la praxis (ou pratique professionnelle concrète) et de son adossement spécialisé concernant les infirmières en santé au travail.

Un intervenant de ce GAPEP, de la salle, nous a rappelé que l'apport et l'intérêt du travail en GAPEP (Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles entre Pairs) est de mettre en visibilité et en travail, le Travailler de ses membres. Il se fait autour d'une monographie préparée par un intervenant et mise en débat. Elle permet de donner à voir un objet commun autour de l'analyse

du travail, par la clinique médicale du travail, en prenant le travail comme grille de lecture. Ce travail permet de faire émerger les règles de métier des infirmières en santé au travail, c'est-à-dire le contenu de leur rôle propre en santé au travail. Comme pour les médecins du travail dont la clinique médicale ne rend pas compte de la clinique de leur spécialité, dénommée clinique médicale du travail, la description par le menu du rôle propre infirmier nous rappelle de façon incontournable qu'il s'agit d'un métier, mais ne dit rien de la part spécifique de ce métier en santé au travail. Et c'est le défi des GAPEP infirmiers de se lancer dans la description et l'élaboration de leurs règles de métier. Les intervenantes infirmières en santé au travail nous ont donné à voir de la puissance et de la richesse d'une réflexion commune autour des questions de métier en santé au travail à travers des exemples concrets.

J'ai pu avoir l'impression d'être confronté à un paradoxe apparent lors du début de l'intervention autour du rôle propre infirmier, car elle faisait totalement l'impasse sur l'importance centrale de la clinique du travail. Jusqu'à une clinique médicale du travail qui pourrait être partagée avec les médecins du travail. Or le travail lors de l'exposé théorique n'apparaissait pas comme la grille de lecture du métier d'infirmière du travail, ce qui est en contradiction avec le concret de l'exposé clinique ultérieur. Il me semble que cela renvoie à une attitude défensive, protectrice, face à ce que vivent un certain nombre d'infirmières comme une attitude de mise en subordination technique par les médecins du travail et de dénégation de leur apport professionnel spécialisé.

A l'évidence il y a nécessité d'une inter compréhension entre les deux métiers d'infirmière et de médecin du travail qui ne soit pas caricaturale. Pour les médecins contraints réglementairement par l'aptitude, cela ne devrait pas être une limitation de leur intervention si les règles déontologiques y sont appliquées comme le fait de devoir toujours prendre en compte l'intérêt exclusif de la santé d'un salarié dument informé par le médecin. Le salarié aurait ainsi la possibilité de s'opposer au « traitement médical » que serait une aptitude sélective. Coopérer avec une infirmière du travail pour un médecin du travail, c'est respecter son autonomie professionnelle, son rôle propre en santé au travail, bien délimité par un cadre réglementaire, mais peu défini par des règles professionnelles partagées. Les infirmières intervenantes nous rappellent à juste titre qu'il ne faut pas confondre l'autorité technique du médecin du travail, avec la responsabilité technique de l'infirmière du travail sur ses actes professionnels. Et ces actes doivent être des pratiques spécialisées en santé au travail.

Cela nous renvoie à la question difficile de définir qui est membre d'un SST, ou qui relève du cadre réglementaire d'un SST, particulièrement en ce qui concerne les infirmières d'entreprise. Cela est apparemment simple s'il y a un SST d'entreprise et que l'infirmière du travail en fait clairement partie. Mais si le médecin du travail fait partie d'un service inter-entreprises, cela n'est pas limpide. La question se pose de façon concrète si cette dernière infirmière d'entreprise a accès aux Dossiers médicaux en Santé au Travail (DMST). Et donc si elle peut y écrire. Si le médecin du travail a clairement et nominativement donné accès à cette infirmière au DMST, la difficulté apparemment insoluble semble levée. Mais dans ce cadre-là, on se rend bien compte qu'une coopération est vide de sens et impossible si le médecin du travail ne le permet pas.

Alors la prévention à partir des besoins fondamentaux qui ne prennent pas en compte le travail n'a rien de spécifique et ne contribue pas à la santé au travail. L'intervention face à la désinsertion professionnelle doit prendre en compte les environnements du travail et les organisations du travail délétères. Alors on doit plaider pour que l'infirmière du travail puisse tracer sa contribution écrite dans le DMST, pour les facteurs de risque professionnels, le vécu professionnel douloureux évoquant une altération psychopathologique, le possible lien de cela avec le travail. Pour les infirmières du travail, il y a un savoir-faire professionnel à construire pour « agir » avec le médecin du travail de telle façon qu'ils puissent coopérer de façon respectueuse en prévention en santé au travail.

Le cadre réglementaire ne remplace pas le cadre des règles professionnelles de chaque métier. Il le borde ou le facilite c'est selon. De cela découlent des règles professionnelles à développer pour

que médecin et infirmière puissent être des sentinelles individuelles et collectives en santé au travail, et nourrir de cela leur rôle d'alerte collective avec l'équipe pluridisciplinaire. Pour que ce débat ne soit pas théorique il devra être nourri d'histoires cliniques concrètes, ce que montre bien les exemples développés pas les intervenantes. Il y aurait des désaccords sur les pratiques exposées ? C'est justement le rôle de l'analyse des pratiques professionnelles de susciter les controverses ou disputes professionnelles, indispensables pour construire des règles de métier. Il y a donc de nombreuses pistes à creuser pour l'avenir. Rappelons que la contribution de E- Pairs pour la clinique médicale du travail et les Ecrits des médecins du travail sont selon nous incontournables.

Reste à mieux développer l'intérêt et la mise en œuvre de protocoles communs aux deux métiers. Comment se garder du risque du médecin ou de l'infirmière qui remplace par ses interventions les ressources humaines ou les obligations de santé-sécurité des employeurs. Comment coopérer entre des professionnels qui ne se sont pas choisis. Au-delà des déterminants éthiques minima de la confiance, l'apprentissage de règles professionnelles pour coopérer ensemble est nécessaire. Comment donner à voir ses façons de travailler ? Quel respect concret pour le métier d'autrui pour que l'infirmière puisse sortir du rapport médecin-dépendant ? Quelle mise en pratique concrète du « anime et coordonne » l'équipe pluridisciplinaire pour le médecin du travail ? Au bout de ce travail, le rôle propre de l'infirmier en santé au travail aura un contenu non défensif. Il inclura l'objet commun avec le médecin du travail qui est dénommé la clinique médicale du travail. La coopération en prévention collective des risques professionnels au sein de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire au sein du SST en sera alors facilitée.

4 – Conclusion

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 pour objectif de réfléchir au travail en équipe pluridisciplinaire, à la façon de débattre des actions à entreprendre et surtout à la façon d'associer les regards et les pratiques différentes de chaque métier au sein de ces équipes.

Mais ces échanges présupposent que chacun 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.

- Les équipes pluridisciplinaires doivent agir exclusivement pour la santé des salariés.
- Chaque membre de l'équipe doit comprendre :
 - La nécessité d'avoir recours à l'analyse du travail et de l'activité
 - Que les résultats de la clinique médicale du travail commune à l'équipe médicale doivent être pris en compte
 - L'importance de l'interpellation des acteurs du travail et des partenaires sociaux

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

ANNEXE

Des coopérations à réinventer au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST Clinique du travail et clinique médicale du travail⁹

Dominique Huez – novembre 2019

Le travail comme grille de lecture

La pluridisciplinarité n'est possible que si on regarde le travail, ce qui implique de déployer une clinique du travail selon sa compétence et spécialité professionnelle. La clinique du travail est la base commune d'une coopération au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST. L'approche par la clinique du travail a un apport majeur au soutien de la santé des salariés. L'objectif commun est de se saisir de la question du travail pour comprendre ensemble. L'objectif sous-jacent de l'intervention est de renforcer le collectif, d'ouvrir à des marges de manœuvre, à la légitimité de le faire, jusqu'à comment tricher ensemble peut-être. Cela s'inscrit dans le cadre d'une intelligence collective de prévention.

La santé des opérateurs est au cœur du projet de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST. La prise en compte du Travail passe par la compréhension de la demande, dont la prise en compte de sa dimension psychosociale et la prise en compte de la subjectivité des salariés. Ceci du point de vue exclusif de l'intérêt de la préservation ou de la construction de la santé des salariés. Cela permet à ces derniers de subjectiver et de porter assistance à la construction d'un point de vue nécessaire pour se confronter aux autres ; pas pour construire un compromis entre santé et exigences productives.

La prise en compte de la subjectivité au travail, des notions de plaisir-désir, souffrance-identité, individu-collectif, altérité, mobilisation affective, émotionnelle et cognitive, les apprentissages, le développement social et socialisant, les empêchements, les ressources sont centrales. Cela se résumerait par ce questionnement dans ce qui devrait nourrir notre pratique clinique de la quotidienneté professionnelle : « *comment cela se passe quand vous travaillez bien ?* ». On perçoit ainsi les ressorts de la santé que sont l'expertise, la coopération, l'engagement subjectif, la responsabilité professionnelle. Que sont aussi les éléments de construction de la santé entravée ou déniée par l'organisation du travail : les repères, la surcharge, le management clivant, les outils managériaux qui masquent ou freinent. La souffrance psychique est éclairée par ce qui dénie du travail humain, le fait de faire du sale boulot, la grève du zèle, le fait de devoir cacher son propre travail, de s'isoler du collectif, de devoir tricher avec les règles. Mais aussi de savoir résister aux injonctions de l'encadrement.

La psychodynamique du travail est essentielle pour la prévention, pour le soin, pour saisir la réalité subjective qui ne serait pas objectivable. Les entretiens individuels de l'équipe pluridisciplinaire - hors pratique de l'équipe médicale médecins et infirmiers dont c'est la porte d'entrée et le socle -

⁹ Les éléments de ce texte sont nés du 11^e colloque de E-Pairs du 04 octobre 2019 : « *Quelle prévention collective l'équipe médicale (médecin du travail et infirmière) peut-elle proposer en délibération avec l'équipe pluridisciplinaire ?* »

sont des « entretiens de dépôt » qui préparent l'expression collective de la structuration d'un point de vue compréhensif sur le travail. Démontrer la part humaine du travail y est au centre.

Les règles éthiques bordent les interventions. Le *Travail* et le *Travailler* des acteurs de l'équipe pluridisciplinaire doit être mis en délibération pour y coopérer. L'écrit support d'un engagement mutuel à tous les niveaux est important. Ainsi peut être investigué le travail et ses effets pour la santé, jusqu'à au réel du travail, c'est-à-dire la façon dont le travail est investi ou désinvesti. Les résultats de l'intervention appartiennent aux agents et à ceux qui font le travail. Les analyses sont partagées avec eux, les compromis sont élaborés ensemble. On s'assure de cela, quitte à déconstruire ce qui a antérieurement été élaboré.

Les acteurs des SST bénéficient d'un cadre réglementaire très balisé qui les obligent, cadre renforcé par les repères prescriptifs du code de la santé publique pour les médecins et infirmiers des SST. Et le produit de cela est mis en visibilité sociale et sous le contrôle des acteurs sociaux qui se doivent d'agir. L'intervention pluridisciplinaire n'est pas de se substituer aux acteurs internes des entreprises. Elle pourrait être plutôt de faciliter le déplacement des points de vue, en permettant des échanges compréhensifs.

Sur le métier d'infirmière en santé au travail

La clinique médicale du travail nourrit de ses apports l'équipe médicale du travail, médecins et infirmiers du travail.

Comment donner à voir ses façons de travailler ?

Quel respect concret pour le métier d'autrui pour que l'infirmière puisse sortir du rapport médecin-dépendant ?

Quelle mise en pratique concrète du « *anime et coordonne* » l'équipe pluridisciplinaire pour le médecin du travail ?

Comment coopérer entre des professionnels qui ne se sont pas choisis ?

Comment se garder du risque du médecin ou de l'infirmière qui remplace par ses interventions les ressources humaines ou les obligations de santé-sécurité des employeurs ?

L'apport et l'intérêt de la délibération sur les pratiques professionnelles est de mettre en visibilité et en travail, le *Travailler* de ses membres. Le cadre réglementaire ne remplace pas le cadre des règles professionnelles de chaque métier ; il le borde ou le facilite c'est selon. De cela découlent des règles professionnelles à développer pour que médecin et infirmière puissent être des sentinelles individuelles et collectives en santé au travail, et ainsi permettre leur rôle d'alerte collective avec l'équipe pluridisciplinaire.

Pour que ce débat professionnel ne soit pas théorique il doit être nourri d'histoires cliniques concrètes. Il se fait autour d'un cas clinique, d'une monographie préparée et mise en débat. Il y aura des désaccords sur les pratiques exposées ? C'est justement le rôle de l'analyse des pratiques professionnelles de susciter les controverses ou disputes professionnelles, indispensables pour construire des règles de métier. Ce travail permet de faire émerger les règles de métier des médecins et infirmières en santé au travail. Pour les infirmières du travail, leur rôle propre

spécialisé en santé au travail émergera de la description et de l'élaboration de leurs règles de métier.¹⁰

Face à ce que vivent un certain nombre d'infirmières comme une attitude de mise en subordination technique par les médecins du travail et de dénégation de leur apport professionnel spécialisé, il y a nécessité d'une inter compréhension entre les deux métiers d'infirmière et de médecin du travail qui ne soit pas caricaturale. Coopérer avec une infirmière du travail pour un médecin du travail, c'est respecter son autonomie professionnelle, bien délimitée par un cadre réglementaire, mais peu balisée par des règles professionnelles partagées. Il ne faut pas confondre l'autorité technique du médecin du travail, avec la responsabilité technique de l'infirmière du travail sur ses actes professionnels. Et ces actes doivent être des pratiques spécialisées en santé au travail. Reste à mieux développer l'intérêt et la mise en œuvre de protocoles communs aux deux métiers.

Au-delà des déterminants éthiques minima de la confiance, l'apprentissage de règles professionnelles pour coopérer ensemble est nécessaire. Pour les infirmières du travail, il y a un savoir-faire professionnel à construire pour « agir » le médecin du travail de telle façon que médecin et infirmière puissent coopérer de façon respectueuse en prévention en santé au travail. Pour les médecins contraints parfois réglementairement par l'aptitude, la coopération médecin – infirmière du travail ne devrait pas être une limitation de leur intervention si les règles déontologiques y sont appliquées, comme le fait de devoir toujours prendre en compte l'intérêt exclusif de la santé d'un salarié dument informé par le médecin. Le salarié aura ainsi la possibilité de s'opposer au « traitement médical » que serait une aptitude sélective.

On doit plaider pour que l'infirmière du travail puisse tracer sa contribution écrite dans le DMST, pour les facteurs de risque professionnels, le vécu professionnel douloureux et les traces de ceci évoquant une altération de sa santé et le possible lien de cela avec le travail.

¹⁰ Précision : comme pour les médecins du travail dont la clinique médicale ne rend pas compte de la clinique de leur spécialité dénommée clinique médicale du travail, de même la description du rôle propre infirmier nous rappelle de façon incontournable qu'il s'agit d'un métier, mais ne dit rien de la part spécifique de ce métier en santé au travail.