Cas Clinique : Pénibilité en milieu de soins

IDE, née en 1954, travaille dans un hôpital, spécialisé en cancérologie depuis 1981

Calendrier professionnel

- De 1981 à 2004 : Travail de nuit : différents services de l'hôpital (chirurgie digestive, ORL, médecine)
 - → exposition : travail de nuit, chimiothérapie, radioactivité, manutention

- Depuis 2004 : Travail de jour en hématologie
 - → exposition: chimiothérapie, agents chimiques (kalinox, pentacarinat), manutention, postures pénibles

Poste d'IDE en Hématologie (1)

- Service de greffes= service de soins intensifs
- Problème spécifique = manipulation des portes du sas d'entrée et des chambres
 - → 9 salariés sur 24 ont une symptomatologie du tableau 57A (4 reconnus en MP)
 - → 5 déclarations AT en 2010

Poste d'IDE en Hématologie (2)

- Etude ergonomique en mai 2011 :
 - → Mesure de Pression (dynamomètre) :
 - · 4 à 7 Kgs : entrebâillement de la porte de 0 à 15°
 - · 2 à 3 Kgs : entretenir l'effort d'ouverture >20°
 - → Limites des efforts recommandées :
 - · 3 Kgs d'une main
 - · 6 Kgs des 2 mains
 - →Fréquence d'ouverture des portes/soignant :
 - · 15 à 20 fois/jour : porte d'entrée du sas
 - · 60 à 75 fois/jour : portes des chambres

Poste d'IDE en Hématologie (3)

- Améliorations effectuées : gâches à rouleaux, changement des ferme-portes
 - → insuffisantes
- Portes à glissière : incompatible avec les normes du CLIN
- Proposition de l'ingénieur de prévention
 CRAMIF : aide à l'ouverture par l'assistance d'un système électrique
 - → coût élevé

Problématique

- ATCDs médicaux :
 - → Asthme d'effort
 - → HTA: depuis 2007
 - → Obésité
 - → Arthrose généralisée
- 2010 : 2 problèmes successifs :
 - → août : AT : entorse du genou : arrêt 6 semaines
 - → octobre : diagnostic de cancer du sein : chirurgie+radiothérapie+hormonothérapie

Reprise de travail

- Visite de pré-reprise : 20/03/2011
 - → Restrictions/port de charges-station debout prolongé
 - → Nécessité d'un reclassement
 - → Mise en place d'un temps partiel thérapeutique
- Visite de reprise : 07/06/2011
 - → poste à l'HDJ se décompose en 2 missions :
 - Matin : myélogrammes/biopsies de moelle
 - AM : suivi administratif des protocoles d'essais

Suivi professionnel

- Consultations médecine du travail régulières :
 - → asthénie + douleurs articulaires +++ (arthrose+arimidex)
 - → satisfaite de son poste de travail MAIS
- Direction : n'envisage pas la pérennité du poste

 \bigcup

Avis du groupe de pairs

Discussion (1)

- Cas présenté = problème de maintien au poste de la population soignante vieillissante
- Trois points de vue différents :
 - → salarié : besoin de revenus, pas de possibilité de retraite avant au moins 4 ans
 - → médecin du travail : trouver des solutions de reclassement/d'adaptation de poste
 - → employeur : continuer à faire fonctionner le service « le mieux possible » (pas de retentissement sur le reste du personnel)

Discussion (2)

- Salariée : présente plusieurs critères de pénibilité
 - → travail de nuit
 - → exposition à des CMR: chimiothérapie, Kalinox, pentacarinat, radioactivité,
 - → postures pénibles, manutention

MAIS

Ne présente pas les conditions requises (AT, MP)

Discussion (3)

- Médecin du travail = aide au reclassement de la salariée
 - → Avis de l'équipe soignante : préconisations de restrictions/aménagement
 - → Sollicitation du Sameth : aides en matière de maintien (formation)
 - → Conseils de recueillir informations sur droits à la retraite

ET

- Médecin du travail = aide auprès de l'employeur
 - → Déclaration TH auprès de la MDPH

Discussion (4)

- Employeur : a la responsabilité de rechercher une solution adaptée aux restrictions fonctionnelles
 - → observatoire des métiers
 - → accord handicap
 - → plan sénior

Mais

- Employeur :
 - → pas d'applications pratiques
 - → risque de report de la pénibilité sur les collègues
 - → grande « concentration » de salariés en situation de handicap dans certains services (Plateau des consultations), source de problèmes

Echanges de points de vue avec le groupe (1)

- Salariée: présente plusieurs facteurs d'exposition à la pénibilité
- Plusieurs de ces facteurs pourraient
 - « jouer un rôle » dans la survenue du cancer : travail de nuit, exposition aux cytostatiques, rayonnements ionisants
- Difficulté de trouver un reclassement dans une « entreprise » prenant en charge des patients atteints de cancer

étude sur les répercussions du cancer sur la vie professionnelle (1)

Etude réalisée, en 2008 par 82 médecins du travail auprès de 402 salariés d'IDF, ayant eu un diagnostic de cancer entre 2005 et 2006

Soutenue par ARC et INCA

 Comité de pilotage : SBE de Curie, SMTOIF, Maison des patients de l'Institut Curie-René Huguenin

étude sur les répercussions du cancer sur la vie professionnelle (2)

 8 salariés sur 10 reprennent le travail après un cancer

Mais

Population fragilisée :

Fatigabilité: 61%

Douleurs chroniques: 14%

Troubles du sommeil: 38%

Prise de psychotropes : 38%

étude sur les répercussions du cancer sur la vie professionnelle (3)

- Le retour au travail=épreuve pour l'identité profonde, déstabilisation des personnes atteintes jusque dans la perception de leur identité.
- Espoir de fermer la parenthèse/déception face aux difficultés vécues.
- Nécessité de refaire sa place dans le collectif du travail. Besoin de trouver des stratégies adaptatives.

étude sur les répercussions du cancer sur la vie professionnelle (4)

- Vivre avec le cancer = priorité du plan Cancer II (Mesure 29)
- Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes. Etudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer
- Délivrer une information spécifique aux personnes atteintes de cancer sur les facilités que leur offre la loi pour une insertion ou une réinsertion professionnelle.

Echanges de points de vue avec le groupe (2)

- Rôle du médecin du travail?
 - Aider l'employeur à mettre en place de « nouveaux métiers »
 - → consultations d'annonces
 - → consultations de suivi
 - → activités « transversales »
 - → tutorat
 - Aider le salarié dans ses démarches
 - → collaboration nécessaire avec l'équipe soignante et le médecin conseil : discussion sur temps partiel, invalidité 1ère ou 2 ème catégorie
 - → absence d'assistante sociale = manque d'informations des salariés aux droits à la retraite

Echanges de points de vue avec le groupe (3)

- Employeur:
 - A la responsabilité de s'impliquer dans une recherche de reclassement
 - → Loi sur la pénibilité : mais restrictive...
 - → Plan sénior : le mettre en application
 - → Favoriser formations

 Mise en place d'une assistante sociale dédiée au personnel

CONCLUSION

- Difficultés du maintien de l'emploi de salariés vieillissants = consensus dans le groupe
- Problème de réinsertion de patients atteints de cancer au sein d'une structure prenant en charge cette pathologie...
 - → Quid de l'application de la loi sur la pénibilité?
 Plan sénior ? Accord handicap?
- Nécessité d'une réflexion avec l'ensemble des intervenants : salarié, médecin du travail (avec l'aide des médecins soignants et conseils), employeur, assistante sociale