

CHRONIQUE DE LA CONSTRUCTION

D'UNE COLLABORATION

ENTRE UNE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Docteur Herbert *BALDESCURE*

Médecin du travail « sénior », je reprends une activité à temps très partiel (cinq jours/mois) dans un petit service inter entreprises où nous ne sommes que deux médecins, une infirmière, un ergonomiste, une AST et une secrétaire. (*Et pas de direction « le pied » !*) Je succède à un médecin à temps complet parti en retraite. Pour ma part je n'ai jamais travaillé avec une infirmière en santé au travail (IST) et suis ouvert à une telle collaboration.

L'infirmière, après 25 ans de carrière dans des activités médico-sociales, a été embauchée, il y a quelques mois. Elle a suivi en alternance, un cursus de formation en santé au travail, dans une faculté de province. Depuis deux à trois mois, elle a commencé des entretiens infirmiers avec les deux médecins présents qui étaient ses « tuteurs ». Des protocoles ont été écrits (je n'ai fait qu'y jeter un coup d'œil).

Dès mon arrivée je lui propose de m'accompagner lors des visites d'entreprises et des CHSCT, qui me sont nécessaires à la connaissance de mon secteur. Je découvre que c'est une innovation pour elle. Ses tuteurs « n'avaient pas le temps » de l'accompagner en entreprise. Elle apprécie ces visites en binôme, se présente aux interlocuteurs et donne de longues explications sur les modalités des « visites », de leur alternance entre médecin et infirmière, des SIA, SMR et autres sigles. Je patiente.

À l'issue des visites d'entreprise, je l'interroge sur son ressenti, ses observations. J'ai la surprise de découvrir qu'elle a observé des points que je n'avais pas remarqué, moi le médecin du travail « sénior » à la supposée longue expérience. Elle me fera même un court compte-rendu, très pertinent, que j'intégrerai au mien. Elle m'exprime son intérêt pour ce type de visites qui lui permettent d'approcher le milieu de travail qu'évoquent les salariés lors des entretiens infirmiers.

CINQUIÈME MOIS

J'ai été un peu surpris de constater qu'elle ne répondait pas à diverses de mes propositions telles que se rendre aux CHSCT où il m'était impossible de me rendre. De même, elle n'était pas disponible pour participer à un GAPEM (Groupe de réflexion clinique entre médecins du travail et infirmières en santé au travail). Le motif invoqué était que les rendez-vous de consultations étaient programmés depuis plus d'un mois.

Dans ma vision de la collaboration, il y a aussi les échanges sur les informations recueillies au cours des entretiens infirmiers. Ils devraient me permettre d'avoir une vue globale sur l'état de santé des salariés des entreprises, puisque je n'en ai désormais plus qu'une vue partielle et déformée : je ne vois essentiellement que des surveillances renforcées, des reprises de travail, des visites « à la demande » ou à problème.

Les premiers temps elle me sollicite pour me montrer des audiogrammes présentant des pertes auditives mineures. Je joue mon rôle de médecin en examinant les tympanes des salariés. Le résultat est négatif bien sûr.

LES TRACES ET LE DOSSIER MÉDICAL

J'essaie de comprendre quelles traces sont laissées de ses entretiens (nous partageons les dossiers médicaux informatiquement et papier) :

- ◆ Traces informatiques ? pas grand-chose. Nous convenons d'un minimum à tracer : les antécédents, les risques professionnels. Ultérieurement je me rends compte que ce dernier point n'était pas très judicieux. Nous divergeons sur l'appréciation des risques professionnels et leur traçabilité. Logique nous n'avons pas la même culture, la même formation.
- ◆ Traces écrites sur le dossier papier. Elle utilise des échelles numériques de 1 à 10 pour chiffrer les relations de travail. « *Cela permettra d'évaluer le climat social dans l'entreprise.* » Cela me laisse extrêmement sceptique. On ne peut ainsi obtenir que des moyennes sans signification alors que ce sont les *clusters* de mauvaises notations qui, à mon sens présentent un intérêt. Soit mais c'est sa méthode. Plus tard il me faudra revenir sur mes certitudes...

SALARIÉ SENTINELLE ?

Après quelques semaines, ayant reçu des salariés en souffrance je me demande s'ils doivent être considérés comme cas individuels isolés ou comme « salariés sentinelles » représentant la partie émergée d'un iceberg de difficulté au travail dans ces entreprises.

Pas de réponse de l'infirmière qui n'a pas, comme moi assez d'antériorité dans la connaissance des collectifs des entreprises. Je lui propose alors, dans une entreprise que nous avons visité ensemble, de procéder, sur place, à des entretiens individuel d'un collectif d'employées administratives de 7-8 salariées, en se guidant avec le questionnaire Gollac. Sans l'exprimer clairement elle tergiversera et j'ai mis plusieurs semaines à comprendre ses réticences : « *L'entreprise n'est pas réellement demandeuse* », « *Je ne veux pas m'affronter à l'entreprise* », « *Je ne sais pas utiliser le questionnaire Gollac* », « *Ce ne sont pas de vrais entretiens infirmiers* », etc.

J'ai compris :

- ◆ que le cadre d'entretiens individuels dans le centre médical était rassurant, c'était ce pourquoi elle avait été « formatée » lors de sa formation ;
- ◆ qu'il lui était difficile d'affronter seule une direction d'entreprise ;

- ◆ qu'elle n'envisageait sa fonction que dans le consensus.

Nous avons différé cette action. Deux mois plus tard, l'infirmière et moi, nous rendons à nouveau dans l'entreprise pour observer un poste de travail inactif lors de notre précédente visite. Nous sommes alors accompagnés non seulement par la responsable locale, mais aussi par un directeur régional venu tout spécialement... Avant de les quitter je leur propose à nouveau l'intervention de l'infirmière sur place pour évaluer « *le bien être au travail* » du secrétariat. Réponse par un petit « oui ».

Dans les semaines suivantes les entretiens ont bien été réalisés et j'en obtiens, en plus des questionnaires Gollac, des comptes rendus individualisés très intéressants. Ils comportent une échelle de satisfaction et abordent les relations interpersonnelles dans l'organisation du travail. Nous ferons un compte rendu commun pour l'entreprise signé de nos deux noms.

De plus au cours de ses déplacements dans l'entreprise, elle a l'occasion de discuter « *entre femmes* » avec la responsable dont elle a gagné la confiance. J'apprends ainsi la raison de la présence du directeur régional : la direction de l'entreprise s'interroge sur les motifs de mes interventions.

ÉCHELLE NUMÉRIQUE DES RELATIONS DE TRAVAIL

Je reçois une jeune femme victime d'agression sexuelle par un collègue de travail. Il ressort de l'entretien qu'elle veut quitter l'entreprise car il existe aussi des relations hiérarchiques pernicieuses dans l'entreprise, un *turn-over* important, etc. En consultant le dossier médical papier je constate qu'elle a bénéficié d'un entretien infirmier quelques mois auparavant et il est déjà noté des relations hiérarchiques troubles et une notation du mal-être de 2/10 sur une échelle numérique. Tout compte fait ce type d'échelle présente un intérêt individuel. L'infirmière m'informe que ce n'est pas la seule salariée à signaler ce type de souffrance et que cela était bien connu de mon prédécesseur. Nous avons alors une discussion sur l'intérêt de m'informer des dysfonctionnements managériaux et de ne pas se limiter au plan individuel, mais aussi d'avoir une vue collective sur l'entreprise.

LES ORDONNANCES

Des salariés travaillent en carrière et sont exposés à la silice. Apparemment ils sont vus en alternance par le médecin du travail ou l'infirmière tous les deux ans. Il me semble judicieux de prescrire des radiographies pulmonaires épisodiquement et le propose à l'infirmière :

IST - « *En tant qu'infirmière je ne peux pas prescrire de tels examens complémentaires, je ne peux pas faire d'ordonnance* ».

MT - « *Et pourquoi ? Ne prescrivez vous pas des audiogrammes ou des spirométries que vous réalisez vous-même ?* »

Je réalise que ses réticences traduisent un dépassement de ses prérogatives et risquent de la mettre en danger. Après discussion, nous convenons de nous coordonner avec le second médecin et d'établir un protocole permettant ce type de prescription, pour ce type de situation. Après révision des textes légaux, j'abandonnerai ce projet de radio non pas systématique mais « selon les cas »... Toutefois la prescription d'examens complémentaires par l'infirmière, sur protocole, reste un sujet à établir

HUITIÈME MOIS

Lors de visites d'entreprises, j'entends moins parler des modalités des visites médicales selon les SIA, VIP, etc. et j'apprécie son sens de l'observation de bien des points qui m'ont échappé et au cours de ces interventions elle me relate les dires de salariés sur leurs conditions de travail.

Maintenant c'est elle qui me demande d'organiser des visites dans les entreprises dont elle a reçu les confidences de salariés sur leurs conditions de travail. À l'issue de ces déplacements en entreprise l'infirmière rédige ses notes d'observation sur les conditions de travail. Je me les approprie et les incorpore à mes courriers à l'entreprise.

LES CHSCT

Dans les premiers temps de notre collaboration, l'infirmière et moi avons assisté à des CHSCT. C'était l'occasion de découvrir les entreprises et leur contexte social, rencontrer les délégués des ouvriers, aborder les relations hiérarchiques et le « climat social ». Depuis mon faible temps de présence ne correspond plus avec les dates de CHSCT. Je demande à l'IST d'y participer afin de nous y représenter. Échec, « *Les dates sont déjà occupées par des rendez-vous d'entretiens infirmier* ». Soit. Il est vrai que ce n'est pas facile de déplacer les rendez-vous des salariés et que les dates de réunion m'ont été communiquées peu de temps avant. Mais je commence à voir pointer de l'intérêt. Je pense qu'elle participera au moins aux CHSCT des entreprises que nous avons déjà visitées.

LA TRANSMISSION DES DOSSIERS MÉDICAUX

Que faire face à une demande en bonne et due forme, de demande de transmission d'un dossier médical à un

médecin ? Telle est la question posée par l'IST pour un dossier d'un salarié vu une seule fois par l'infirmière. *A priori*, les décrets permettent cette transmission mais je lui fais part de ma prudence :

- ♦ Quel contenu du dossier ?
- ♦ Quelles pièces transmettre ?
- ♦ À qui doit-il être transmis ?

- ♦ Quel contenu du dossier ? En l'occurrence était noté tout le mal-être du salarié, son hyper-investissement dans le travail, sa surcharge horaire (commercial), son absence de reconnaissance de la part de son employeur, la mauvaise organisation du travail, etc.
- ♦ Quelles pièces transmettre ? Tous les examens complémentaires ?
- ♦ À qui doit-il être transmis ? Au médecin demandeur, mais s'il s'agit d'un médecin du travail non digne de notre confiance ? Le salarié est-il bien conscient des conséquences pour son emploi ? Était-il vraiment en totale liberté d'agir lors de la signature de la demande ? Ne serait-il pas plus judicieux de transmettre le dossier au salarié lui-même et lui laisser l'initiative de la transmission ?

En fait plutôt que d'inscrire dans un protocole l'intérêt de nos échanges n'était-il pas de réfléchir aux arrières plans d'une telle demande ?

QUAND L'INFIRMIÈRE CONSULTE

HORS LA PRÉSENCE DE MÉDECINS DU TRAVAIL

C'est la question que je me suis posée dès ma prise de fonction. En effet pendant trois vacations sur neuf, l'IST consulte sans présence de médecin dans le service. Certes elle peut joindre par téléphone le médecin du travail référent, mais celui-ci ne peut se déplacer. C'est une situation qui ne me satisfait pas car j'ai souvent entendu dans des réunions de GAPEM auxquelles je participe dans mon ancien service, les infirmières se plaindre de leur isolement en l'absence de médecin présent. Je pense qu'elles s'angoissent devant une éventuelle prise de responsabilité ou bien qu'elles se sentent en situation de subordination ne les autorisant pas à prendre certaines initiatives.

Ce fut le cas dernièrement : un appel au secours d'un artisan dont l'apprenti venait de se tuer en voiture en se rendant au travail. Ses collègues de travail étaient bouleversés et un soutien psychologique était réclamé au service de santé au travail. Vu la taille du service, nous ne disposons pas de psychologue. Je fus interpellé par téléphone et je réussis après trois ou quatre coups de fil, à organiser la prise en charge par la CUMP (Cellule d'Urgence Médico Psychologique) du service de

psychiatrie départemental. L'infirmière aurait-elle pu prendre l'initiative d'organiser cette prise en charge ? Encore un protocole à écrire ?

LA TRAÇABILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS

C'est pour moi un devoir essentiel de la fonction du service de santé au travail et des médicaux (médecins et infirmières). Cette traçabilité peut être collective, notamment dans les fiches d'entreprise ou les divers comptes-rendus d'intervention mais il est de ma fonction de recueillir et conserver ces documents. Il me semble que l'infirmière n'est pas en capacité, en début de carrière tout du moins, de procéder à ce recueil de données.

La traçabilité est aussi individuelle dans les dossiers médicaux informatiques ou papier. Or ce n'était pas dans la culture de mes confrères d'effectuer cette traçabilité et je ne trouvais aucune information dans les dossiers médicaux. Comme j'écrivais plus haut je demandais dans un premier temps à l'IST de noter les risques dans les dossiers. Or je m'aperçus que c'était une erreur.

J'ai changé mon fusil d'épaule et me suis attelé à définir des « profils de poste » qui servent de base et peuvent être amendés et/ou complétés. Je les mets à disposition de l'IST qui peut implémenter directement le DMST. Elle conserve la liberté d'amender ou compléter ces profils

DOUZIÈME MOIS

Hier, je viens d'apprendre que l'IST :

- ♦ attribuait systématiquement les profils de postes que j'avais construit, à ses consultants, qu'elle les amendait et qu'elle essayait de convaincre l'autre médecin de les utiliser ! ;

- ♦ s'était rendue seule dans une entreprise de mon confrère pour y élaborer une fiche d'entreprise ;
- ♦ prend l'initiative d'organiser une visite conjointe dans une entreprise où elle a perçu de mauvaises conditions de travail lors de ses entretiens.

DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Il se pose maintenant le problème, au-delà du recueil de plaintes individuelles de salariés, de collecter et tracer les plaintes qui se réitérent afin de cibler nos interventions en entreprises. Nous convenons de faire un bilan de ces traces dans les dossiers médicaux, avant de nous rendre dans l'entreprise. Désormais nos deux signatures figurent au bas des courriers aux entreprises.

L'ÉCOUTE

L'IST me transfère une consultante qu'elle a vue la veille. C'est une reprise de travail d'une salariée en souffrance morale (hors travail). L'IST l'a longuement écoutée. Je ne vois pas ce que je peux faire de plus. Et effectivement son expression sera plus réservée face à un homme ? Ou pour ne pas répéter la même chose ? La plus-value de l'infirmière n'est elle pas son écoute ?

QUINZIÈME MOIS

LE TUTOIEMENT

Ma langue fourche, je la tutoie. Elle saute sur l'occasion pour me demander de nous tutoyer. J'hésitais le vouvoiement étant pour moi la marque de respect et d'un statut différent, le tutoiement nous place sur un pied d'égalité. Je supportais difficilement le « *docteur je vous....* ».