

TRANSMISSION

DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

À DES MÉDECINS, À DES INTERNES,

À DES INFIRMIÈRES

Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
6 et 7 décembre 2014

Odile RIQUET, Gérard LUCAS rapporteurs

INTRODUCTION DU THÈME PAR LE TEXTE DE FLORENCE JEGOU, « Transmettre le métier de médecin du travail »

Ce texte traite de la transmission du métier entre médecin du travail et interne. Un débat s'ouvre sur cette question de la formation des internes, avec la réforme en cours, applicable en 2016. Actuellement formation en 250 heures théoriques et 4 semestres de stage professionnel. Les internes souhaitent un référentiel des cours et des interventions professeurs et praticiens. Le projet 2016 prévoit un internat à 3 niveaux :

- Niveau 1 ; formation au métier de médecin 3 semestres (un stage d'une autre spécialité sur les trois). Temps d'échanges formalisé pour interroger le travail.
- Niveau 2 : formation à la spécialité, 2 en extra hospitalier et 2 stages libres. Nécessité de développer ses propres projets. Création d'un corps de maitres de stages enseignants. Référentiel des cours. Transmission universitaire du métier.
- Niveau 3 : thèse – 1 stage de mise en responsabilité (assistantat) 8^{ème} semestre.

Comment définir un bon cours ? Pour certains un bon cours c'est l'expression et la confrontation de plusieurs points de vue, universitaire et pratique.

Comment avons-nous appris notre métier ? Parallèlement à la formation universitaire, certains médecins se sont formés au contact de juristes, et grâce à leur investissement militant. Traditionnellement, on apprend son métier en observant les autres, entre médecins. Il semble qu'il n'y ait pas de valeur ajoutée à l'internat car la notion de travail ne peut pas être transmise par l'internat. Il faut une formation à la pratique sur le terrain, un maillage permanent entre les connaissances théoriques et les pratiques. L'opposition entre connaissances théoriques universitaires et les pratiques ne tient pas, c'est bien la complémentarité qui importe. Il ne faut pas nier le capital théorique que nous avons accumulé au fil des années. Les connaissances sont pour nous un point de repère commun. Il y a des connaissances à maîtriser.

Comment s'enseigne la clinique médicale du travail ? Ce qui semble le plus formateur pour les médecins du travail, c'est la prise en compte de l'activité de travail dans les modules d'ergonomie comme le TPB du CNAM. L'apprentissage des sciences humaines par les médecins du travail peut être redoutable si elle n'est pas praxique. Ce qui est indispensable c'est la prise en compte du concret sur le travail, mais aussi de pouvoir permettre d'acquérir l'appétence à mettre en discussion la clinique entre pairs, sinon on reste dans un système défensif. Les connaissances théoriques universitaires sont toujours accessibles, par contre les universitaires ne font pas de terrain, les enseignants n'exercent pas la médecine du travail et ils n'ont jamais pratiqué la question sociale du travail. Leur savoir en pathologie professionnelle n'est pas en lien avec la réalité du métier.

Ce qui manque dans la formation c'est le travail, les connaissances ergonomiques mais c'est aussi la politique économique. Dans l'internat, il y a des cours sur les institutions, sur le droit du travail et les syndicats mais quand on arrive dans les entreprises on découvre la violence sociale, les rapports de force. Dans la formation universitaire, la santé est au centre, alors que dans l'entreprise la santé n'est rien, l'économique prime. Nous devons discuter la question sociale entre pairs. Il est indispensable que les internes passent par le fonctionnement de groupe de pairs pour avoir des disputes professionnelles sur la place des interventions ou écrits des médecins du travail dans le rapport social.

Quand on transmet le métier, on apprend en même temps, on apprend pendant toute sa carrière professionnelle. Le compagnonnage est important. La discussion entre pairs permet aussi le lien entre les générations. Pour les internes, le lien avec le maître de stage est très important, il permet la curiosité, la critique. La discussion après chaque consultation est indispensable.

Ce que l'a-SMT peut transmettre aux jeunes professionnels c'est notre façon de débattre entre nous. Au départ, dans l'expérience de l'a-SMT, c'est en situation de souffrance et d'impasse sur le terrain que nos rencontres de médecins du travail nous ont permis d'envisager des possibles et de construire des repères. On a partagé ce qu'on n'arrivait pas à faire dans notre travail avec des collègues en qui on avait confiance. Ce qui réunit les groupes de pairs aujourd'hui c'est le partage de constats. Comment créer de l'appétence pour la discussion dans un groupe de pairs, si on sait déjà ce qu'il faut faire ? Ce qu'il faudrait transmettre, c'est qu'il faut réinventer, continuer à communiquer, à discuter entre pairs sur ce qu'on ne sait pas faire, sur cet espace de créativité possible.

On partage qu'on ne sait pas faire, base commune, souffrance, découverte, appétence.

TRANSMISSION DU MÉTIER AUX INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL, BASES DE LA COOPÉRATION MÉDECIN DU TRAVAIL - IST

Introduction du thème par le texte d'Alain GROSSETETE, réflexion sur l'opportunité d'un binôme infirmier médecin. Cette transmission a pour particularité de se faire pendant le travail, transmission « *per laboris* » pour un métier différent du sien, pour un autre métier en construction. De plus cette transmission du binôme médecin du travail – infirmière est confrontée à une équipe pluridisciplinaire divisée par deux approches qui, le plus souvent, ne sont pas nommées, ni identifiées en tant que telles : une approche par les risques et une approche par la clinique médicale du travail. L'approche par les risques est aujourd'hui dominante idéologiquement, c'est celle des IPRP, des ergonomes, c'est l'approche assurantielle des CARSAT. Il est très difficile aujourd'hui de faire valoir un autre point de vue, le point de vue du clinicien.

- Ces deux approches doivent être nommées à l'intérieur du pôle clinique, c'est indispensable pour faire fonctionner le binôme. Le binôme infirmière-médecin doit travailler avec la clinique médicale, sinon avec les projets de service, toute l'activité de l'équipe pluridisciplinaire le poussera vers l'approche par les risques.
- L'approche clinique médicale demande une formation, de même que l'approche du travail réel par l'ergonomie. Les IST qui débutent en service de santé au travail demandent elles-mêmes un cadre organisationnel pour leur métier. Le métier qui est dessiné aujourd'hui par les directions de services c'est celui de l'approche par les risques.

L'inquiétude des médecins provient de l'absence de liens hiérarchiques entre médecin du travail et IST. Entre le médecin du travail et l'infirmière, il y a un lien de subordination technique seulement, pas de lien hiérarchique dans les services inter. Dans les services autonomes, le médecin est responsable hiérarchique de l'IST, mais il y a ambiguïté entre dénomination possessive et coopération en binôme.

Il faut rappeler que l'équipe médicale n'est pas définie dans le Code du travail, mais elle s'impose par le Code de santé publique. L'infirmière doit travailler avec un médecin. En ce qui concerne le rôle propre de l'infirmière, aucun élément de ce rôle propre ne pourrait permettre un exercice autonome, sans binôme avec un médecin. Peut être dans vingt ans, sur un modèle québécois ou

anglais, mais à court terme, il n'y a pas d'exercice autonome des IST. La subordination salariale n'autorise aucune activité professionnelle en autonomie complète de l'infirmière. Le rôle propre n'a pas d'espace de déploiement, il ne peut se déployer que dans un espace de compétences, dans la collaboration protocolée avec le médecin du travail

L'indépendance des IST est dans la réalisation des actes techniques, mais pas dans la mission. Dans le Code de santé publique tous les actes infirmiers sont déclinés, excepté ceux de l'infirmière en santé au travail. Le rôle propre de l'IST est dans l'abord du travailleur, il doit se positionner sur la mission de prévention primaire en santé au travail.

Les salariés ne disent pas la même chose aux médecins du travail et aux IST. Il y a des difficultés de coopération au sein du binôme si le médecin et l'IST ne voient pas les mêmes salariés. Par ailleurs, pour certains médecins, il est insupportable de mener une consultation après un entretien réalisé par une IST à partir de la clinique médicale du travail. En effet il y a un tronc commun de l'investigation entre médecin et infirmière, même si ce n'est pas le même métier. L'atterrissage n'est pas le même, il n'y a pas de diagnostic pour l'IST.

Le médecin du travail est comptable des connaissances pratiques protocolées, tout en respectant l'indépendance de l'IST. Il faut noter l'extrême difficulté pour les infirmières à travailler avec plusieurs médecins qui ont des règles de métier trop différentes.

L'ESTI est le résultat d'un protocole. Le médecin peut-il intervenir au niveau du rôle propre de l'entretien infirmier « protocolisé » par le médecin du travail ? La mission de l'IST n'existe pas, tout est « protocolisé ». Le médecin peut « confier » la pratique de la clinique médicale du travail sans le diagnostic, mais il reste comptable des conséquences de ce que font les IST, il reste entièrement responsable y compris de l'entretien réalisé par l'IST. Le médecin du travail reste en responsabilité de ce qui est délégué, « protocolisé ». Le médecin doit cosigner tout ce que l'IST écrit. Collaborer ou coopérer sont deux termes proposés par l'HAS, des protocoles de coopération sont enseignés dans les formations et devraient permettre la construction d'un rapport « hiérarchique » constructif. Le protocole de l'entretien infirmier engage la responsabilité du médecin du travail, et sa rédaction est propre au binôme.

La responsabilité du médecin est engagée, mais la question du protocole est un faux problème. Le degré de liberté de l'infirmière est défendu par le médecin. L'infirmière doit avoir des marges de manœuvre. Il doit y avoir une continuité entre médecin et infirmière. En cas de remplacement, le médecin remplaçant endosse les modes d'exercice de celui qu'il remplace.