

ACTIVITÉ CLINIQUE ET PROTOCOLES DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Chantal COLLIOT infirmière en santé travail
Alain GROSSETÊTE médecin du travail

Médecins et infirmiers-désignés par le vocable « équipe médicale » concourent ensemble au « suivi individuel de l'état de santé des salariés ». Du fait de la loi, la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés relève à présent des deux métiers. Encadrés par le Code de santé publique, ils doivent concourir exclusivement à soutenir la santé au travail des salariés en aidant à la construire ou à la restaurer. L'infirmière peut recevoir en « visite »(1) des salariés dans différentes circonstances. Lors des entretiens, l'infirmière émet un diagnostic sur l'état de santé du salarié. Tout comme le médecin elle intervient dans le soin préventif ; enfin elle oriente vers le médecin les salariés dont elle estime que leur état relève d'un diagnostic médical, et d'une prise en charge médicale. Elle accède donc à une responsabilité qui relève d'une activité clinique, au cours de laquelle les salariés peuvent exposer ce qui fait obstacle à la compréhension de leurs difficultés, recevoir une aide dans leur élaboration, et apporter leur propre contribution à leur santé au travail.

DES RÈGLES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES À DISCUTER ET À INVENTER POUR INSTALLER LA CONFIANCE ENTRE LES DEUX MÉTIERS CLINIQUES

Pour introduire les questions touchant aux coopérations dans l'équipe médicale, il est un obstacle à éviter :

.....

1- Terme désignant le suivi individuel, employé dans le décret du 27 décembre 2016 ; par exemple : visite d'information et de prévention (VIP) ; visite d'information et de prévention initiale (VIPI).

celui de conférer au terme de coopération(2) une définition trop rigide. Nous proposons, pour commencer, d'entendre qu'il s'agit du « travailler ensemble » entre IST et médecin. Quel en serait le socle commun ?

Une définition issue du travail en groupes de pairs(3) de la coopération médecin/infirmier(e) du travail est mise en discussion : la coopération repose sur une conception commune de la médecine du travail avec une approche par la clinique du travail en santé au travail, en vue d'un diagnostic commun santé/travail. À cette fin, comment la confiance nécessaire peut-elle s'établir ? Les règles et pratiques professionnelles de ces deux métiers étant très diverses, chaque métier a à réfléchir et faire montre de ses règles professionnelles. Des pratiques professionnelles sont encore à construire pour travailler ensemble, principalement en ateliers de groupes de pairs dans le cadre du DPC.

Ceci étant, la coopération clinique entre infirmière et médecin ne se décrète pas, ni ne se prescrit.

Pour des médecins et infirmiers formés à la clinique médicale du travail(4) la coopération paraît plus facile

.....

2- La coopération examinée ici est la contribution apportée par l'IST et le médecin du travail à la construction de la santé des consultants vus en visite. Contribution apportée à une œuvre commune, selon la définition du dictionnaire Robert (Alain Rey).

3- Séance du 23 mars du groupe Projet de *E-Pairs* (organisme réfléchissant sur les pratiques professionnelles des médecins et infirmier[e]s du travail).

4- La clinique médicale du travail caractérise une clinique en médecine du travail dans la mesure où elle se campe à l'intersection de l'individuel et du collectif. Elle est utilisée par des médecins du travail, des infirmières et des psychologues. En santé au travail, seuls deux métiers cliniques sont soumis au Code de la santé publique : médecins et infirmières du travail. Ils forment l'équipe médicale.

à mettre en place. Ils disposent déjà de cette approche commune. Ils s'accordent dans l'équipe médicale sur le fait que la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés (qu'elle soit médicale ou qu'elle soit infirmière) est un temps de clinique médicale du travail, donnant à l'entretien une même finalité. Le salarié est à considérer comme consultant potentiel. Durant ce temps clinique le salarié peut tout à la fois être renseigné et renseigner le clinicien sur son poste et ses expositions ; mais aussi, il doit pouvoir exposer au travers de son activité du « travailler », ce qui peut l'empêcher de travailler ou de bien travailler, le rendre malade lui tout seul ou sa collectivité (le « travailler » de ses collègues et de sa hiérarchie apparaissant parfois, en filigrane), et pouvoir obtenir de l'aide pour conforter son autonomie.

Prenons l'exemple de la visite dite d'information et de prévention. Pour le médecin ou l'infirmière, il s'agit de donner à cette visite un contenu informatif et préventif, à partir d'une approche qui est clinique. Celle de l'équipe pluridisciplinaire est une approche d'un collectif, par les risques(5).

L'approche par la clinique est différente. C'est la raison pour laquelle elle n'est pas redondante avec l'approche par les risques. Elle privilégie l'approche par le « travailler. » Cette approche a le gros intérêt pour le salarié de le placer rapidement en situation de se voir travailler. L'entretien clinique peut comporter des silences et il faut parfois composer avec le mutisme du salarié. Le médecin ou l'infirmière au travers de l'entretien doit pouvoir « voir » le salarié travailler. Le salarié raconte et s'entend raconter son histoire de travail ; le médecin ou l'infirmière peuvent relancer le salarié sur des situations qui n'auraient pas été comprises : il y a échange et co-construction possible d'une élaboration pour étayer la santé.

Le salarié, s'il se sent en confiance et écouté, confère alors à cet entretien une dimension de récit actif, coloré d'anecdotes, au fil duquel apparaissent des informations multiples sur son travailler, traversées par les émotions, en lien avec le corps et ce qui fait trace ou non dans le langage et la subjectivité. Sa mémoire de travail restitue les événements et risques passés. Les risques actuels et passés ne sont donc pas considérés indépendamment du récit portant sur son travailler, ni des stratégies déployées pour s'en protéger. La vraie difficulté pour l'infirmier(e) est alors d'estimer à quel moment l'entretien peut être achevé !

.....

5— L'équipe pluridisciplinaire peut avoir déjà procédé dans son approche par les risques, à collecter de l'information sur les produits et procédés mis en œuvre, avant que soit programmée la visite de suivi individuel ; ou parfois avec l'équipe médicale.

L'entretien dont le contenu est ici décrit, qu'il soit initié par le médecin ou l'infirmier(e) clinicien(ne) est un entretien de clinique médicale du travail. Dans le récit de son travailler, le travail est présenté comme rugueux. Les enjeux pour la santé apparaissent très fréquemment sous la forme de conflits de travail entraînant des symptômes. Le salarié se mue en un salarié-patient. Il peut exposer à cette occasion en quoi son activité peut présenter un caractère conflictuel vis-à-vis d'un collègue, de sa hiérarchie. Ces conflits ont-ils été instruits ? Ont-ils une dimension possiblement collective ? Ils questionnent alors l'organisation ou le management. Non explorés, ils laissent le salarié dans l'isolement et une rumination ; ils peuvent se révéler dangereux pour sa santé. Exposés, ils ouvrent à un possible soin médical préventif.

Parmi l'obligation de moyen, il peut être mentionné un temps initial de compagnonnage avec une infirmière et un médecin, réservé à sa formation de terrain sur les questions de l'activité de travail et du travailler.

LES PROTOCOLES OBSTACLE OU AU CONTRAIRE APPUI DE LA COOPÉRATION

L'équipe médicale doit attentivement considérer la portée des protocoles dans la coopération. Du protocole dépend beaucoup l'existence et la qualité de la coopération. À ce sujet il paraît utile de mettre en perspective le contenu d'un protocole et les textes réglementaires dans lesquels apparaît le métier infirmier.

D'après ces textes, dans l'équipe médicale, le médecin du travail est responsable personnellement de la « mission réglementaire ». Il doit donc en même temps pouvoir se montrer garant de l'activité de l'IST avec laquelle il coopère, et se placer lui-même dans une posture clinique qui place l'activité clinique de l'infirmier(e) comme expression singulière, indépendante, autonome. La rédaction des textes réglementaires rend possible cette lecture, tout en tenant compte des deux éléments suivants : le Code du travail désigne le médecin du travail comme seul interlocuteur du chef d'entreprise. Et les dispositions prévues par le législateur confèrent au médecin un rôle « d'animation et de coordination » de toute l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci déploie ainsi son activité dans une certaine mise en tutelle réglementaire de la part des médecins, laquelle ouvre potentiellement la voie à toutes sortes de dérives : traduire du point de vue organisationnel l'autorité technique du médecin en position de hiérarchie ; soumettre le métier d'infirmier(e) dans ses orientations à la direction du service médical.

Dans l'équipe médicale est-il possible de déployer une pratique coopérative avec une quelconque mise en tutelle du métier infirmier, qui serait déclinée par le service de santé, par exemple un service RH, ou même le médecin ?

Examinons donc ce que serait un protocole dit de coopération, qui pourrait être opérant dans toutes les activités de l'équipe médicale.

Le Code du travail indique que le médecin « peut confier certaines activités, sous sa responsabilité » notamment à un infirmier(e). Le protocole indique donc à quelle condition « il peut » le faire. L'importance de la rédaction du protocole qui engage le médecin du travail apparaît ici. Le protocole fixe le contenu de l'obligation de moyens sur lequel l'infirmier(e) s'appuie pour pouvoir déployer son exercice. Cependant les dispositions organisationnelles et de fonctionnement d'un service de santé en autonome ou dans un service interentreprises peuvent constituer un obstacle à la coopération à l'intérieur de l'équipe médicale.

Le protocole doit protéger l'exercice infirmier, d'un risque de se voir imposer un « prescrit » de la direction du service de santé, tendant à le cantonner dans des objectifs quantitatifs et des interventions à distance du travail réel.

Concernant l'activité clinique infirmière le protocole doit pouvoir assurer que l'entretien clinique de l'IST n'a pas à être « supervisé » ni mis en tutelle médicale. Le statut de chaque entretien qu'il soit mené par l'un ou l'autre des deux métiers cliniques se conçoit dans un dialogue entre deux métiers, discutant et parfois disputant à égalité entre deux métiers. Seul l'échange est de mise ! De son expression autonome, dépend l'expression des capacités délibératives de l'équipe médicale.

Le protocole peut indiquer que les suivis individuels de l'état de santé se font avec la clinique médicale du travail. Que l'infirmier(e) à laquelle il confie des activités doit disposer d'une formation initiale et continue de qualité. Beaucoup d'infirmières et infirmiers du travail viennent du milieu du soin et manquent de connaissance sur les milieux de travail sans avoir bénéficié

d'une formation de qualité basée sur la connaissance des environnements de travail, sur l'ergonomie de l'activité et la psychodynamique du travail. Aussi la rédaction du protocole doit être commune de la part de l'équipe médicale.

Parmi l'obligation de moyens il peut être mentionné un temps initial de compagnonnage avec un infirmier(e) et un médecin, réservé à sa formation de terrain sur les questions de l'activité de travail et du « travailler ».

La mission première confiée par la loi à un SST est le dépistage le plus précoce possible des atteintes à la santé dans le travail. Ces atteintes ont ceci de particulier qu'elles sont toutes évitables. L'alerte est possible dès qu'apparaissent les premiers signes d'une altération. Le médecin doit aussi recevoir les salariés dont l'état relève d'un diagnostic médical et d'une prise en charge médicale. Un enjeu fort de la coopération est que l'équipe médicale conserve une vision globale de l'état de santé de la collectivité au travail que le médecin ne peut détenir à lui tout seul, et qui se trouve menacée du fait de la ressource médicale insuffisante.

À partir du recueil individuel en consultation des altérations et atteintes il est possible à l'équipe médicale de faire une analyse collective en veille clinique. Elle est adressée par le médecin du travail à l'équipe pluridisciplinaire, qui en délibère avant d'orienter du point de vue de la santé les actions à entreprendre.

Au nom de la primauté du collectif sur l'individuel, l'approche individuelle a été dénigrée. Au lieu d'opposer les deux approches, il est possible de les articuler. Infirmier(e)s et médecins sont placés ensemble en première ligne du dispositif de la prévention. Pour toute cette activité clinique, l'équipe médicale, de notre expérience et avis, doit être stabilisée en binôme à raison d'une IST temps plein pour un médecin temps plein.

Il est permis d'envisager que ce pôle clinique incluant infirmier(e) et médecin en coopération contribue très utilement au pilotage en prévention primaire des altérations et atteintes à la santé, sans lequel il n'y aurait plus de service de santé au travail mais un service géant des prestations en aide aux employeurs.