

Expérience d'un réajustement des missions pour améliorer la coopération médecins/infirmière en service autonome

Karyne Chabert - Novembre 2019

Dans un service de médecine de prévention de la fonction publique d'état, l'historique est celui d'un turn-over important des médecins (médecins embauchés par l'institution ou temps de médecin mis à disposition par un service interentreprises, souvent à temps partiels voire très partiel), de la secrétaire médicale (pour arriver à une suppression de poste totale en 2009).

Seule l'infirmière, depuis 13 ans, tient le poste.

Pour elle, il a donc fallu s'organiser.

- -envoyer les convocations aux agents
- -répondre aux demandes les plus urgentes
- -défendre le secret médical
- -remplacer le médecin dans certaines réunions (CHSCT...)
- -accueillir et faciliter l'intégration des nouveaux médecins
- -assurer les soins d'urgence (activité peu intense car les locaux des services opérationnels sont pour la majorité éloignés du site principal ou se situe le service médical de prévention) ;

Et assurer une « mémoire » pour le service de santé au travail.

Finalement l'activité de convocation et d'assistance aux visites médicales (accueil des agents, mise à jour du dossier administratif, examens complémentaires visiotests et BU) a pris beaucoup de place et beaucoup d'énergie.

En 2013, l'arrivée d'un nouveau médecin est l'occasion d'exiger que le poste de secrétariat soit à nouveau ouvert en CDD, au moins à temps partiel. Après quelques mois d'exercice ce médecin quittera le poste.

Depuis 2015 et surtout 2016 l'arrivée d'un premier médecin à 4 jours par semaine puis d'un 2^{ème} médecin à 4 jours par semaine (moi) a fait évoluer la situation.

Il a fallu d'abord justifier à nouveau un besoin de secrétariat médical. Avec 2 médecins présents 4 jours par semaine, l'infirmière n'était plus en capacité d'assurer les convocations, l'accueil et les examens complémentaires pour l'ensemble du service.

La présence d'une secrétaire médicale (en CDD) d'abord à 70% a été confirmée par la Direction.

Les contraintes administratives liées à ce statut CDD n'ont pas permis immédiatement de redéfinir les missions de chacune. En effet, les contrats « courts » entraînaient des périodes d'adaptation et de formation qui impliquaient une mobilisation conséquente de l'infirmière (formation au logiciel de santé au travail, compréhension des rouages du fonctionnement interservices, prise en compte des contraintes de service pour proposer les convocations...)

Après des démarches longues de négociation, une augmentation du temps de travail de la secrétaire et une prolongation d'un contrat CDD sur 3 ans (à défaut d'une embauche définitive) a permis de stabiliser le poste de secrétariat temporairement.

Ce n'est qu'à ce moment qu'il n'a été possible de réfléchir sur les missions de l'infirmière avec l'idée de réinvestir le champ de la santé au travail.

Sur l'action en milieu de travail, Mme V a pu trouver du temps pour à nouveau se rendre dans les unités (elle avait des connaissances anciennes et a trouvé du bénéfice à redécouvrir les postes et les environnements de travail).

Sur l'accueil des agents, la réglementation qui s'applique à la fonction publique d'état ne permet pas pour l'instant la mise en place des entretiens infirmiers. Cependant, nous

avons convenu que l'infirmière trouverait un intérêt évident à questionner le travail avec l'agent à l'occasion d'un entretien préalable à la consultation de santé au travail avec le médecin, d'abord par le questionnaire prévu par le logiciel de santé au travail qui certes est un peu rigide et fastidieux, mais permet d'avoir une trame et un repère pour aborder les risques professionnels puis le travail sans oubli majeur. La fiche de « risques » est remplie en amont de la visite par le travailleur et sert de support à la discussion sur l'activité de travail, son contexte, ses contraintes, ses répercussions. C'est l'occasion d'évoquer l'organisation et le vécu au travail.

Cette approche, complétée par les échanges avec le médecin de prévention, permettait de faire le lien avec les éléments recueillis lors des visites de postes ou d'unités et d'aller plus loin dans la démarche préventive. Pour exemple, au fil des consultations, s'est posée la question des recommandations auprès des travailleurs partant en mission à l'étranger. Mme V a complété sa formation pour répondre à la demande. Elle a fabriqué une trame pour recueillir les renseignements utiles (lieu, durée, conditions d'hébergement, activité sur le terrain, organisation des secours en cas d'urgence...). Elle assure donc aujourd'hui pratiquement en totalité la consultation avant départ en mission.

Cette approche a renforcé la coopération médecins infirmière autour de situations professionnelles. Par nos échanges et nos visions complémentaires, nous sommes plus pertinentes dans l'action.

Nous avons fait le constat d'une insuffisance de mise en œuvre des préconisations médicales, en particulier pour les agents en situation de handicap. Mme V a la possibilité de détecter des situations justifiant une adaptation de poste, en lien avec le médecin, de solliciter les services RH et services sociaux pour faciliter les démarches des travailleurs (accompagner un dossier de demande d'aide pour le financement du matériel, contacter un fournisseur de siège ergonomique, contacter un ergonome spécialisé dans les déficits visuels, se rendre sur le poste et expliquer les réglages d'un matériel...). Nous savons qu'il est coûteux et douloureux pour une personne en situation de handicap de demander ou d'accepter l'aide, en particulier en milieu de travail. Pour quelques cas, nous savons que l'aménagement n'aurait pas été mis en place si ce soutien, au plus près du poste de travail, n'avait pas été réalisé. Le risque étant celui d'une aggravation de l'état de santé et/ou exclusion du monde du travail.

Enfin, dans une démarche de prévention primaire, Mme V a développé ses compétences en ergonomie des postes de travail sur écran. Elle intervient dans la formation des assistants de prévention et anime des séances d'information collective sur les lieux de travail. En parallèle, à la demande du médecin ou à son initiative, elle propose de se déplacer sur les postes de travail pour ajuster ses recommandations en fonction des besoins individuels et collectifs.

Cette évolution a été possible car Mme V a compris rapidement l'enjeu et l'intérêt de réinvestir des missions plus spécifiques à son métier, peut être avec une approche plus globale, individuelle et collective, en lien avec les médecins et d'autres acteurs de la santé au travail (assistantes sociales, ergonomes, ...) et avec plus d'autonomie.

Pour cela, elle a dû accepter de compléter sa formation, accepter de céder des tâches qu'elle maîtrisait parfaitement pour s'investir sur des tâches peut être plus « risquées ».

A ce jour, le bénéfice pour le fonctionnement du service de santé au travail est réel.

Une étape préparatoire à la mise en place des entretiens infirmiers ?

Une manière d'enrichir et de valoriser la fonction d'infirmière de santé au travail dans l'institution ?