



Restitution

Table ronde sur les infirmiers de santé-travail

Institut social Lille Vauban Lille, 28 septembre 07

Document ISTNF – Ces pages n'ont pas été validées par les intervenants

Cette rencontre s'est déroulée dans les locaux de l'ISLV le 28 septembre 07 dans le cadre de l'accueil de la nouvelle formation des infirmières inscrites à Lille en licence santé-travail.

Participaient à la table ronde :

Annick Devos, ISLV Lille

Agnès Vinchon, ISLV Lille

Véronique Bacle, SSTRN Lille

Jeanne-Marie Brillet, Mirt/Mo Nord – Pas-de-Calais

Claude Buisset, Amest Lille

Isabelle Rogez, Aract Nord – Pas-de-Calais

Frédérique Rousseaux, Amest Lille

Paul Frimat, CHRU Lille, Université Lille, ISTNF (excusé)

Agnès Vinchon. L'Institut social Lille Vauban (ISLV) organise la licence santé-travail et assure la formation des Secrétaires-assistantes en santé-travail (Sast) ; votre présence est le reflet de l'évolution du métier. L'ISLV est spécialisé dans la formation au travail social, son domaine d'intervention concerne, à l'origine, la formation des assistantes sociales. Nous développons des modules de formation continue, parmi lesquels figurent la formation Sast et la licence santé-travail. Nous proposons également des formations continues supérieures, pour les cadres intermédiaires, et plusieurs masters sont en projet. Nous avons pris le parti depuis plusieurs années de rapprocher santé et social.

Nous en sommes à la 5^e promotion de Sast, c'est une formation pour les secrétaires médicales, il s'agit d'en faire les assistantes des équipes pluridisciplinaires, métier créé pour assister le médecin du travail et l'équipe du point de vue administratif, pour les tâches qui concernent les liens avec l'entreprise, dans une visée de communication et d'accompagnement de projet de prévention.

Des Sast ont des formations complémentaires en mesures, et il faut encore clarifier les champs d'intervention de chacun ; on est au service des besoins des services de santé au travail. Nous proposons aussi des formations par alternance, avec un pilotage centré sur les besoins des services. C'est la richesse de ces formations.

Véronique Bacle. Les Diust, Diplôme inter-universitaire en santé-travail destinés aux personnels infirmiers, existent depuis 12 ans. La formation a été proposée à partir d'une demande de spécialité de la profession. La licence fait évoluer le Diust et permet de répondre aux besoins des services de santé au travail. On a plus d'infirmiers de services de santé au travail interentreprises cette année, alors qu'auparavant il s'agissait plutôt de services de santé au travail autonomes, c'est une tendance forte.

Jeanne-Marie Brillet. J'ai vu apparaître les formations Sast et infirmiers, on a voulu les accompagner avec la Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP). On est en pleine mutation, nous participons à une époque de construction de la santé-travail. On est parti d'une image désuète de la médecine du travail avec des examens cliniques qui se répétaient. Depuis 2005 on a une image nouvelle de la profession avec la pluridisciplinarité, un recentrage de l'action des services de santé au travail sur le milieu de travail, et une recomposition des surveillances médicales.

La pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail découle de la présence des infirmiers, ergonomes, toxicologues, autant de compétences nouvelles qu'il faut associer pour que tout le monde travaille ensemble. Nous sommes dans un système de prévention en mutation. Des façons nouvelles de travailler apparaissent. Dans la région, nous avons organisé une dynamique qui nous permet de travailler ensemble, on apporte chacun sa spécificité pour la réalisation d'un objectif commun : la santé des salariés.

La réforme de la médecine du travail fait de nous de véritables acteurs de prévention. Les services de santé au travail sont des interlocuteurs à part entière. Il y a de la place pour tout le monde. Les médecins du travail craignaient, au départ, avec les Sast, d'être dépossédés d'une part de leur activité. Aujourd'hui les Sast sont bien intégrées dans les services. Il a fallu apprendre à travailler ensemble et

être complémentaire. Avec les infirmiers c'est la même chose, chacun va trouver sa place ; vous aurez des cours en commun avec les Sast pendant votre formation, vous verrez comment vos rôles respectifs se complètent.

Vous n'allez pas prendre la place des médecins du travail. Le nombre de médecins du travail se réduit, l'évolution de la démographie médicale impose de réfléchir au « qui fait quoi et comment », il faudra s'organiser pour que chacun trouve sa place et soit reconnu pour le travail qu'il va faire ; la formation à laquelle vous participerez vous donnera un rôle, vous construirez des missions dans lesquelles vous pourrez utiliser de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences. Une méthode est à acquérir.

Claude Buisset. Les services de santé au travail autonomes connaissent les infirmiers depuis longtemps, une complémentarité existe. Quand le médecin du travail n'est pas là, l'infirmier peut le seconder. Avec la réforme, on a formé, par les Diust, des aides techniques alors que là, avec la licence, on propose de développer une aide médicale. Les services de santé au travail autonomes réclament aujourd'hui des formations Sast, on voit bien que les deux métiers sont donc complémentaires. De leur côté, les services de santé au travail interentreprises ont maintenant besoin d'infirmiers.

La médecine du travail est une spécificité française, mais les médecins du travail sont en voie de disparition ; on est fragile, il faut nous protéger et donc déléguer, ce qui n'est pas simple. Médecins du travail et infirmiers sont compétents pour la partie médicale, pour la partie technique, on trouve des Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des Sast. Qui fait quoi ? En quoi la partie médicale, menacée, devra-t-elle être partagée ?

Si on ne garde que la branche technique, la branche médicale disparaîtra peu à peu. Ce que l'on vous apprendra sera utile du point de vue de la connaissance. J'ai suivi une formation en ergonomie pour comprendre ce que l'ergonome faisait, pour pouvoir parler avec lui, ça n'est pas mon travail, même si je pourrais m'installer comme IPRP : ce n'est pas ma logique. Il faut bien comprendre que dans l'évolution de la formation, on ne fera pas de vous des techniciens, vous faites partie de la partie de l'équipe médicale. Il faut inventer des façons de fonctionner.

Vous n'avez pas à faire des mesures en entreprise, vous n'êtes pas technicien, le médecin du travail non plus d'ailleurs. Dans l'actualité, on parle aujourd'hui des suicides dans les grands groupes, il y a des problèmes de travail, et le grand public constate que le suicide n'est pas simplement lié à une situation

personnelle. La santé au travail ne se résume pas à l'évaluation des risques, notre sujet est bien la santé des salariés. La solution se construit dans le compromis.

Isabelle Rogez. Pourquoi insister sur l'importance de la pluridisciplinarité ? C'est parce que c'est difficile aujourd'hui de faire avancer les conditions de travail en entreprise. Certaines logiques dominent : la santé, pour l'employeur ou pour le salarié, ce n'est pas la même définition. On n'a pas tous les mêmes compétences, la santé-travail peut être exercée par plusieurs métiers. Il est difficile de faire reconnaître le travail tel qu'il est réalisé au quotidien, la santé est une richesse pour les entreprises et pour les salariés, mais le travail peut aussi la détruire. Il y a une question de posture, l'Aract, Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail, est un organisme paritaire : nous faire intervenir permet d'avoir les deux parties. La question de la posture est importante, je n'ai pas la même posture que le médecin du travail, qui est membre de droit des CHSCT, ce que je ne suis pas. Etre à deux permet aussi d'avancer.

Pourquoi est-il difficile d'avancer ? J'ai en tête l'exemple d'une entreprise classée Sévezo ; dans ce type d'entreprise, il faut s'occuper des questions de sécurité, tout est contrôlé, on a en tête le sujet AZF : on voit bien comment une usine peut exploser. Du point de vue de la forme, tout est pensé, c'est parfois trop pensé : des piles de documents disent ce qu'il faut faire dans toute situation. Je me souviens d'un accident du travail, une personne s'était fait écraser le pied, quand j'ai écouté l'ensemble des personnels, les avis étaient variés : l'encadrement disait « ça ne devait pas arriver, le salarié n'a pas fait attention », quand on écoutait le service, tout le monde s'attendait à ce qu'il se passe un jour quelque chose. Dans les faits, j'ai remarqué que le cariste ne connaissait pas forcément son environnement ni la dangerosité des produits transportés : on met les gens dans un système de production, avec des ateliers dont tout le monde dit qu'ils sont en surcharge, les commandes arrivent, les effectifs sont insuffisants... c'est intéressant, d'un côté « ça ne pouvait arriver », de l'autre « c'était couru d'avance ».

Je prends un autre exemple, celui d'une personne qui avait subi la projection d'un produit dans l'œil ; l'infirmière allait partir, il était près de 17h00, elle ne savait pas bien utiliser le lave-œil, du coup le salarié se l'est appliqué lui-même, dans les mêmes locaux, le responsable remplissait les papiers. On le voit, avec cette situation, on a déshumanisé l'entreprise ; quand il faut aller à l'hôpital, il faut remplir les formalités, pourtant le responsable aurait pu en premier lieu amener le salarié à l'hôpital et rédiger ensuite le papier ... c'est une caricature.

Les risques sont présents partout, quels sont les risques les plus importants ? L'un me dit : « faire une crise cardiaque », l'autre me dit : « le stress » ; les uns et les autres pensent que c'est lié à leur travail.

« J'ai mal au dos » : dans le système prescrit, il y a toutes les possibilités pour faire remonter l'information, mais personne ne tient compte des remarques, les gens s'éloignent de l'infirmier parce qu'ils estiment qu'ils sont toujours interrogés pour être mis en cause dans leur comportement quand arrive un accident.

Je me souviens d'une personne qui travaillait en bureau mais à qui on avait demandé de faire des transports ; cette personne n'avait pas la connaissance des produits, elle était seule durant les vacances, et quand elle demandait un conseil on la renvoyait vers un classeur de procédure indiquant ce que l'on doit faire mais pas comment le faire. Faire remonter les questions de santé-travail, c'est important.

Comment, quand il s'agit d'un discours de délégation, faire remonter quelque chose à l'entreprise ? Les procédures n'empêchent pas l'accident, il faut donc démontrer que le manque de confiance est une perte pour l'entreprise. Comment faire pour faire bouger les représentations ? Les gens n'ont plus très envie de participer au projet de l'entreprise au bout d'un moment...

CB. On en est témoins tous les jours, que fait-on de cette matière ? Si on reste seul avec des données, on n'avance pas. Ne pas pouvoir agir est ce qu'il y a de pire. Il faut penser les choses, pouvoir faire, avoir la confiance. Nous savons les choses, en individuel, ça donne une sensibilité importante, le lien entre médecin du travail et infirmier doit être important sur ce plan. Le médecin du travail doit être *manager* sur ce plan et doit faire confiance à l'infirmier qui lui remontera l'information.

Frédérique Rousseaux. Je suis infirmière en formation au service de santé au travail Amest à Lille, mon tuteur est le docteur Bernard Fontaine. J'ai démarré une expérimentation au sein de l'Amest au début du mois d'avril ; les consultations infirmières, terme utilisé par le ministère, ont été mises en place au début du mois de juillet. Quatre missions apparaissent : les visites intercurantes (sur dérogation, les salariés sont vus une année par une infirmière une année par un médecin du travail), les cas particuliers (ce sont les cas difficiles, il faut l'apport d'un soutien psychologique à une personne pour une situation d'alcool, de dépression, sur demande du médecin du travail ; j'organise un suivi, je peux les revoir, je dois les orienter, le médecin du travail me demande mon avis), faire des enquêtes (aller dans les entreprises pour Evrest par exemple), l'action en milieu de travail (il faut faire attention à ne pas prendre l'activité des Sast, si un médecin du travail ne peut aller à un CHSCT, j'irai à sa place, il doit avant, bien sûr, me présenter à l'entreprise, je n'y vais pas comme ça).

Je ne réalise que la visite intercurante pour l'instant. Je suis dans un centre avec 7 médecins du travail, ils ne sont pas tous à temps plein, notre directeur a demandé que les médecins du travail fassent une sélection d'entreprises, il est allé à leur rencontre pour leur expliquer mon rôle. Les secrétaires ont convoqué des salariés sur mon planning, depuis, d'autres entreprises ont été nommées, le directeur leur a cette fois envoyé un courrier d'information. Je reçois les gens à partir d'un protocole de consultation infirmière. Je suis infirmière, je ne suis pas d'accord pour que le protocole soit un carcan, il y a une part de spontanéité dans notre métier, le protocole doit s'appuyer sur des questions précises mais il doit nous laisser faire notre travail. Je rencontre surtout des salariés du tertiaire, pour le travail sur écran je réalise un examen de la vision, je réalise à chaque fois un point sur le vécu du travail et sur son contenu, sur l'ergonomie du poste de travail, avec des conseils pratiques. Il ne faut pas s'égarer, nous devons aider les salariés pour qu'ils puissent tenir au travail. Je ne réalise pas de visites d'embauche ou de reprise, je ne délivre pas d'aptitude, je donne une attestation de consultation infirmière, il n'y a pas de substitution, je ne vois jamais les gens pour une première rencontre.

Echange avec le public

Public. Dans mon centre on pensait me donner des visites pour les jeunes en vacances dans les entreprises de restauration rapide...

FR. Il y a de moins en moins de médecins du travail, pour l'instant on fonctionne comme cela. Peut être que la fréquence changera par la suite.

Public. En région parisienne, on rencontre les travailleurs d'été : on est débordé.

CB. Ne mélangeons pas tout : l'aptitude est en cours de réflexion, elle devra être revue, alors, il ne sera peut être plus nécessaire de voir ces jeunes salariés pour une courte période. Notre mission n'est pas de faire du dépistage, on est médecin du travail : voir des gens pour voir des gens et leur donner un papier disant « ils ont le droit de travailler », ça n'a pas de sens.

Public. Un jeune est passé à travers un toit, avait-il fait une visite médicale ? Réglementairement, on est coincé.

JMB. Les textes limitent nos marges de manœuvre, la réforme recentre le suivi médical en fonction des risques : il faut adapter l'information par rapport aux risques. Les inspecteurs du travail sont indépendants, l'employeur n'est pas exonéré de sa responsabilité.

Public. Les médecins du travail des services de santé au travail de Beauvais, Saint-Quentin et Soissons se sont rencontrés pour borner les surveillances ponctuelles ; les infirmières pourront encadrer les surveillances médicales simples jusque 45 ans, après 50 ans le médecin du travail reverra les gens régulièrement. Dans les surveillances médicales renforcées, pour la nuit on attend, pour le bruit on pense que l'infirmier pourrait rencontrer les salariés tous les deux ans ; un questionnaire spécifique pourrait être utilisé pour le travail sur écran.

JMB. Il y a un consensus sur les examens à réaliser, les textes vont évoluer. Il faut construire des propositions.

Public. On a demandé chez nous que les visites au cas pas cas soient prioritaires sur les surveillances médicales simples.

JMB. On est limité réglementairement.

CB. On a toujours été coincé par la réglementation. On est dans le prescrit ; si le jeune tombe du toit, ce n'est pas parce qu'il n'avait pas de fiche d'aptitude... qu'il ait été déclaré apte ou apte avec restriction, cela ne l'aurait pas empêché de tomber du toit. Toutes ces contingences existent, plus on mettra ces contradictions en visibilité, plus on arrivera à une concertation. Il y a une incohérence dans notre professionnalisme ; par exemple, je connais une entreprise nationale, avec des médecins du travail, qui ne comprend pas que dans nord la visite coûte autant et que ce tarif soit différent dans le sud, que certains employés soient vus tous les ans ici et tous les deux ans là-bas. On nous a appris à être maître de la décision, là on est incohérent entre nous. Nous pouvons pourtant nous organiser : dix médecins du travail du même service étaient compétents pour le suivi des salariés d'une même entreprise qui utilisait les différences de pratiques des uns et des autres pour contredire nos décisions ; on a décidé qu'il n'y aurait plus dorénavant qu'un médecin du travail référent.

FR. Si chacun dans son coin a sa vision de la consultation infirmière ... il y a de moins en moins de médecins du travail, certains sont avides de me transmettre leurs compétences, il faut essayer par l'expérimentation de faire quelque chose de cohérent. Il faut une formation, un statut différent, la consultation demande une licence et un master I, car il faut évoluer et avoir des infirmiers de différents niveaux, il faut être cohérent.

Public. Il faut passer dans les services de santé au travail et demander aux médecins du travail ce qu'ils veulent transférer et ensuite faire le bilan... en Picardie trois services de santé au travail se sont rencontrés.

JMB. L'entrée des infirmiers dans les services de santé au travail est récente. On va construire ce métier, on va construire les tâches. Effectivement, il faut être force de proposition. Des services de

santé au travail sont plus avancés que d'autres. Il faudra justifier les choix. Il faut une proposition globale justifiée scientifiquement.

Public. Je suis dans un service de santé au travail autonome ; on remplit un questionnaire, le médecin du travail revalide, on fait ça depuis 5 ans.

JMB. Il y a l'accord des partenaires sociaux. C'est plus facile à faire dans les grandes entreprises.

CB. Dans le Diust il n'y avait que des autonomes, là cette année les infirmières de services de santé au travail viennent d'arriver. L'aspect technique manquera aux infirmières autonomes, ce n'est pas votre domaine de compétence. Là, dans les services de santé au travail, il y aura en plus des IPRP et des Sast. Les autonomes ont leurs infirmières depuis longtemps, depuis peu ils mettent des Sast dans leur établissement. Il n'y a pas de positionnement de la santé médicale dans l'entreprise, plus on sera nombreux pour changer cette représentation, plus cela aura de sens.

IR. Il y a une incapacité à exprimer les problèmes pour que cela change. C'est un système qui fonctionne comme cela. La santé n'existe pas, il n'y a que des procédures.

FR. Il y a des équipes constituées avec les infirmières et les médecins du travail ; les infirmières écoutent les salariés.

IR. C'est l'organisation qui fait défaut.

Public. Dans mon entreprise, le service sécurité ne se mélange pas au service médical, c'est une question d'organisation.

JMB. Qu'est ce qui a motivé l'embauche ?

Public. Au service de santé au travail de Soissons, le Sisat, il a fallu faire face à un manque de temps médical ; chaque médecin du travail devait-il déléguer une partie de l'entretien à d'autres professionnels ? Dans les 5 ans, 60% de notre ressource médicale prendra sa retraite, il fallait trouver des solutions, la réforme de 2004 permettait des expérimentations, nous avons proposé de prioriser les visites médicales d'embauches, de pré-reprises et occasionnelles pour les médecins du travail et une tranche de salariés sont vus par les infirmiers. L'objet est de voir le salarié en lieu et place du médecin du travail, même si l'infirmière ne fait pas de consultation clinique, si elle détecte un problème, elle redirige vers le médecin du travail. Nous avons fait de cette mesure un enjeu de la contractualisation avec la DRTEFP Picardie. Je pense qu'il est judicieux de se mettre autour d'une table avec d'autres services de santé au travail. On a fait un *brain storming* et on a confié des tâches aux infirmiers. On concentre les actions ciblées : bruit, travail sur écran, deuxième visite de nuit ; les infirmières rencontrent la tranche d'âge des 19-49 ans, pour les moins de 18 ans et plus de 50 ans le

médecin du travail assure le suivi. Des visites occasionnelles sont organisées à la demande des médecins du travail. Pour les cas de toxicomanies, une délégation est faite à l'infirmier pour un suivi sur plusieurs mois. Concernant le sujet des actions, enquêtes épidémiologiques, sensibilisations à l'hygiène etc. les infirmières sont compétentes, ce dernier thème sera développé par la suite. Il a fallu s'approprier le dispositif en interne, notre protocole est basé sur le protocole Evrest avec des ajouts notamment sur l'état de santé, pour prendre en compte les AT/MP et ajouter des appareils. Nous partons d'Evrest avec ajouts insérés dans le dossier médical. La mise en route est programmée pour mi-octobre. La formation Diust est ciblée pour les services de santé au travail autonomes, en service interentreprises, nous voulons des outils complémentaires. En octobre, elles n'auront pas tous les outils, mais la formation va leur apporter quelque chose. Il faudra recadrer la pratique en cours d'action. Il faut laisser une marge de manœuvre à l'infirmière, laisser une dose d'autonomie.

FR. J'ai demandé une formation sur les addictions en complément.

VB. IL y a une différence entre le Diust et la licence ; on a retravaillé au vu de l'évolution de la profession.

Public. A Soissons, le Diust donne la dimension au travail, mais ne recentre pas sur le médical. C'est une complémentarité.

CB. On ne bâtit pas l'outil si on n'a pas de compétence derrière, il faut construire la connaissance, dans le programme de la licence il est nécessaire de savoir certaines choses. Il faut éviter d'être dans la situation de l'architecte qui construit les murs sans avoir fait les fondations. Le travail doit avoir du sens, des connaissances de base sont indispensables.

Public. Au sein de l'AISSST Lille, les services de santé au travail avaient depuis longtemps des infirmières, l'objectif était d'apporter des examens complémentaires aux salariés, le médecin du travail coordonnateur a décidé de réorienter ces compétences. Le monde devient complexe, il faut intégrer un environnement technique, juridique, économique, pour mieux lui apporter un service, l'écart entre le savoir faire nous a décidé à nous inscrire dans cette formation.

Public. Chez STFL Armentières / Saint-Omer, notre démarche est différente, mon souhait premier est d'apprendre à travailler ensemble. Notre service est issue d'une fusion. Il ne s'agit plus d'utiliser les infirmières pour un examen complémentaire, elles peuvent soulager l'activité des médecins du travail. On parle de pluridisciplinarité, il faut travailler en partenariat avec les infirmières, il y a des choses importantes à apporter au service de santé au travail et aux entreprises, qui sont nos clients. La pyramide des âges pour les médecins du travail est de 47 ans dans mon service, nous avons donc une certaine marge de manœuvre. Ce nouveau métier permet aux infirmières d'évoluer, d'avoir un « pack

d'écoute ». C'est un colloque singulier qu'il faut entretenir avec le salarié. La place de l'infirmière se fait à coté des Sast et des médecins du travail.

FR. L'idéal est de venir de l'entreprise pour intégrer un service de santé au travail interentreprises. Il est indispensable que les infirmières qui vont intégrer un service de santé au travail passent par l'entreprise. Il faut connaître les conditions de travail, il ne faut pas perdre le lien avec l'entreprise.

Public. Au Sistrad Douai, on n'avait pas d'expérience d'infirmières dans le service de santé au travail. En recrutant une infirmière récemment, nous avons souhaité apporter notre pierre à l'édifice ; notre infirmière ira au début dans les TPE, qui représentent 80% de nos entreprises adhérentes. On va accueillir notre infirmière dans les meilleures conditions.

JMB. Une réflexion est en cours sur les infirmières et leur rôle. Au ministère, des auditions ont été faites, si vous avez des propositions, il faut me les transmettre afin que je les fasse remonter.

Public. A Soissons, il fallait prendre l'initiative pour répondre à nos missions.

Public. En autonome les organisations sont différentes. Nous sommes 4 médecins du travail répartis sur trois sites ; j'avais une infirmière qui ne sortait pas de son bureau, j'ai souhaité que mon infirmière puisse visiter l'entreprise, connaître les fiches de risques et aller au devant. Elle a une écoute attentive, elle me représente au CHSCT, il manque encore des outils, c'est pourquoi je lui ai demandé de suivre la formation. On a une grande disparité.

Public. J'ai travaillé 7 ans en services de santé au travail interentreprises ; j'ai donné ma démission, je suis maintenant en autonome, je partage le travail avec une infirmière, auparavant dans le service de santé au travail interentreprises on nous demandait de rencontrer 15 personnes par vacation. Je tire mon chapeau aux directeurs ici présents qui ont pris l'initiative, dans mon service cela n'a jamais été fait.