



**« Etat des lieux » en Bretagne de
pratiques d'intégration des Infirmier(e)s
en santé au travail dans les équipes
pluridisciplinaires**

Direccte de Bretagne

Inspection Médicale du Travail.

Le 29 décembre 2014

Rapporteurs :

Mme HUON MARTIN Corinne (groupement des infirmier(e)s du travail/ GIT)

Dr PELE André (MIRT – Région Bretagne)

Nous remercions

- la DIRECCTE et l'inspection médicale du travail pour être à l'initiative de ce projet
- le GIT (groupement des infirmier(e)s du travail) pour avoir accepté de co animer cette étude entre pairs.
- le CRPRP, d'avoir validé l'engagement de cette étude
- les directions de services interentreprises de santé au travail de la région et les entreprises de la région qui ont permis à leurs infirmier(e)s respectives de participer à cette étude.
- Tou(te)s les infirmier(e)s qui ont accepté de participer à cette étude

Table des matières

I.....	
INTRODUCTION.....	4
II.....	
RAPPEL DES TEXTES / Missions des services de santé au travail (en référence au droit du travail/ loi de juillet 2011)	5
III.....	
LE METIER D’INFIRMIER(E) SANTE AU TRAVAIL.....	8
IV.....	
METHODE DE TRAVAIL RETENUE DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE	10
V.....	
SYNTHESE DES ECHANGES PORTANT SUR LA FORMATION.....	11
VI.....	
L’ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL DE L’INFIRMIER(E) SANTE AU TRAVAIL.....	16
VII.....	
LES ENTRETIENS INFIRMIERS	23
VIII.....	
DMST (accès au dossier médical papier et informatique).....	36
IX.....	
AUTRES POINTS ABORDES AU COURS DES REUNIONS.....	43
X.....	
COMMUNICATION	46

INTRODUCTION

Le CRPRP Bretagne a souhaité, en avril 2014, faire une évaluation de l'intégration des infirmier(e)s en santé au travail notamment dans les services de santé inter- entreprises, et des modalités de coopération entre équipes pluridisciplinaires de santé au travail des SSTI et les infirmier(e)s d'entreprises.

Cette évaluation, vient en complément d'autres études donnant des indications chiffrées sur l'évolution des effectifs infirmier(e)s régionaux. L'originalité de la démarche a été d'étudier l'intégration à partir d'une évaluation/confrontation des pratiques en groupe de pairs.

Il n'y a pas de confusion sur le fait que l'organisation d'un service est de la responsabilité de la direction. Néanmoins, la mise en « mots » de particularités de la pratique, concernant notamment une profession qui a ses règles et une déontologie issue du Code de la Santé Publique, peut-être une contribution utile à l'évolution de la mise en œuvre du nouveau système, dont on connaît la complexité de mise en pratique. Par ailleurs, d'autres indicateurs que la logique chiffrée, devraient pouvoir faire apparaître : logiques de « sens de service rendu » « respect des règles de déontologie » « adéquation entre missions remplies et missions à remplir »

Ce travail n'a pas eu d'autre objectif que celui de contribuer à la réflexion sur la « qualité » de la réponse aux besoins de santé au travail.

Ce travail n'est pas exhaustif, puisqu'il correspond à la production d'un groupe de travail ayant œuvré sur un temps limité. Il aurait vocation à être complété par des confrontations de pratiques pluridisciplinaires.

RAPPEL DES TEXTES / Missions des services de santé au travail (en référence au droit du travail/ loi de juillet 2011)

La loi de juillet 2011 et les décrets du 30 janvier 2012 définissent un nouveau cadre de la santé au travail.

Quelques références issues des textes doivent être rappelées, car elles constituent les « piliers » du nouveau système.

Les missions des SST, précisées à l'ART. L. 4622-2 :

« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.*

A cette fin, ils :

« 1 Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

« 2 Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

« 3 Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

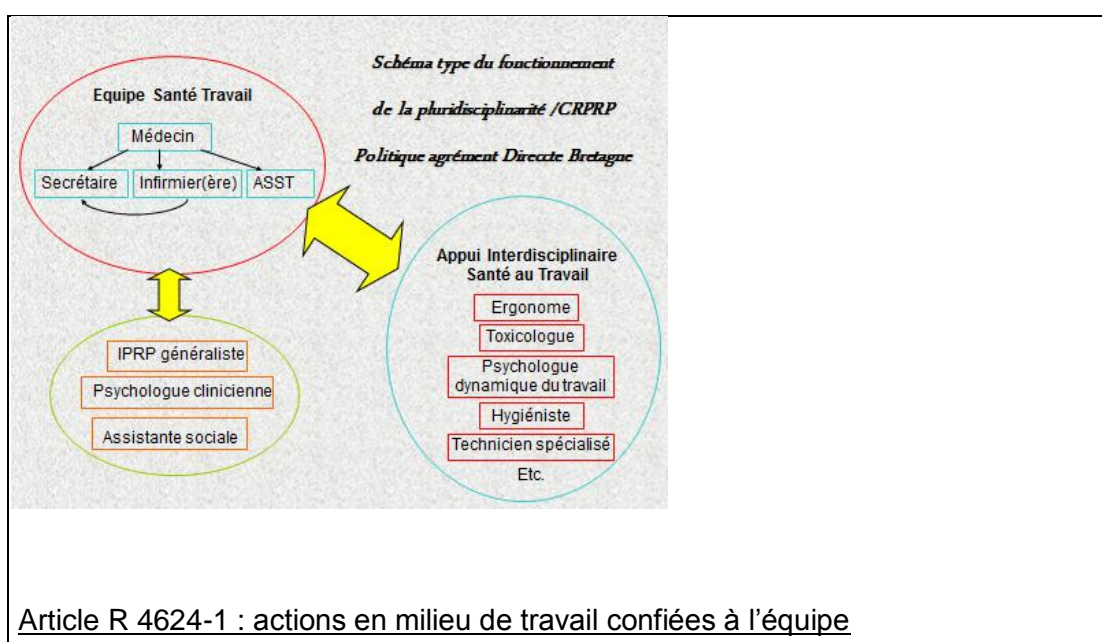
« 4 Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des **expositions** professionnelles et à la veille sanitaire ».

Art.D. 4622 -22 : « ...contreparties à l'adhésion » :

Commentaire 2 : cela pose la question de l'affichage et de la lisibilité de l'offre de services. Au-delà de la formalisation des obligations réciproques entre entreprise et SST, cet article invite à réfléchir à la stratégie de communication auprès des usagers (Employeurs, Salariés, Instances de représentation du personnel).

Article L 4622-8 : « Equipe pluridisciplinaire constituée de médecins du travail, Intervenant en Prévention des Risques Professionnels, Infirmier(e)s santé au travail et éventuellement Assistant en santé au travail, sans oublier les secrétaires assistantes médicales, qui font aussi partie de l'équipe».

- *Commentaire : la composition de l'équipe est explicitement citée dans la loi. Il s'agit du modèle opératoire de fonctionnement permettant d'assurer les différentes missions du SST.*
- *Le CRPRP BRETAGNE a, lors de sa réunion de décembre 2012 formalisé un modèle de référence :
Médecin/Infirmier(e) Santé Travail / Assistant Santé Travail / Secrétaire = Equipe santé travail
IPRP généraliste pouvant apporter son soutien à plusieurs équipes santé travail
IPRP spécialistes (soit par recrutement interne, soit par conventionnement avec des organismes extérieurs).*



- Visites des lieux de travail
- Identification et analyse des risques
- Etudes de postes
- Fiches d'entreprises
- Conseils en organisation des secours
- Participation aux CHSCT
- Métrologies
- Animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle
- Enquêtes épidémiologiques
- Formation aux risques spécifiques
- Participation aux nouvelles techniques de production
- Elaboration d'actions d'information sur la sécurité, la prévention et l'organisation des secours

- *Commentaire : les actions en milieu de travail sont assurées par l'équipe pluridisciplinaire. On constate l'étendue de ces actions qui requièrent : temps, compétences, traçabilité, mutualisation dans l'équipe...*

Articles R4624-10 à R 4624-36 : suivi individuel de l'état de santé du salarié.

- Ces missions incombent au médecin et à l'infirmier(e) en santé au travail. Ce suivi de santé est organisé en fonction des risques, des facteurs de pénibilité, de l'âge. Le médecin a un rôle incontournable dans l'élaboration des protocoles de suivi.

Au cours de 3 journées de réunion, nous avons eu en permanence, présent à l'esprit, le sens général de la mission confiée aux services de santé, pour promouvoir la santé au travail des usagers.

2 LE METIER D'INFIRMIER(E) SANTE AU TRAVAIL

Les nouveaux textes concernant la santé au travail font reposer le fonctionnement opérationnel des services de santé au travail inter entreprises sur « l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail », composée au moins d'un médecin, un infirmier(e), d'une ASST, une secrétaire et du recours partiel ou total à un IPRP généraliste ou spécialiste. Parmi tous ces acteurs, l'infirmier(e) santé au travail, a un rôle essentiel (défini dans le protocole), notamment dans le suivi individuel et collectif de la santé des salariés.

L'infirmier(e)(e) du travail est soumis aux dispositions suivantes :

Code de la santé publique définissant le rôle propre de l'infirmier(e)(e) et les actes (décret du 29 juillet 2004)

Code du travail précisant les domaines d'interventions de l'infirmier(e)(e) en santé au travail.

Le décret N°2012-135 du 30 janvier 2012 prévoit qu'un entretien infirmier(e) peut être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier(e) par le protocole prévu à l'article R.4623-14 du code du travail : « le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions, dans le cadre des missions définies à l'article R.4623-1. Elles sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans le service interentreprises dont il est salarié » « toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmier(e)s, aux assistants de service de santé au travail, ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code »

Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier(e).

Par ailleurs, les textes et notamment la circulaire de novembre 2012 mentionnent: « l'infirmier(e) a vocation à participer aux actions en milieu de travail, notamment aux actions de prévention et d'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les salariés en matière de santé et sécurité au travail, ciblées sur des branches professionnelles ou sur certaines catégories de salariés. Il participe à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui. Il peut concourir au recueil d'observation et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études, y compris épidémiologiques et de veille sanitaire. Il peut aussi réaliser des fiches d'entreprises et des études de postes et participer aux actions visant le maintien et l'insertion ou la réinsertion des salariés au poste de travail et dans l'emploi».

Par ailleurs, l'infirmier(e) en santé au travail participe à la traçabilité dans les Dossiers médicaux Santé Travail (DMST) et dans les Dossiers d'entreprises.

Ces évolutions dans le domaine de l'organisation et du fonctionnement de la santé au travail, créent des métiers nouveaux dont les positionnements respectifs sont à préciser. C'est le cas pour l'infirmier(e) santé au travail, dont l'identité professionnelle est affirmée (affirmée mais pas protégée par rapport au statut de salarié protégé du médecin du travail).

L'avenir et l'efficacité du nouveau système reposent de façon significative sur la bonne intégration des infirmier(e)s. Certaines tiennent à préciser que l'intégration est « subie, déterminée par la baisse démographique médicale et non par la recherche de plus-values liées aux compétences.

Depuis la sortie des textes, différents modèles opérationnels d'équipes santé travail ont été expérimentés, et la confrontation des pratiques semble utile.

3 METHODE DE TRAVAIL RETENUE DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE

Mise en place d'un groupe de travail

Afin de permettre une confrontation d'expériences, un groupe de travail de 13 infirmier(e)s a été constitué, sur la base du volontariat, comportant de façon équitable des infirmier(e)s d'entreprises et des infirmier(e)s de services interentreprises

Les critères suivants ont été retenus pour la constitution du groupe de travail :

- Représentativité par service (une par service au maximum)
- Modalités d'organisation du travail
- Participation ou non à l'AMT
- Représentativité par département

Réunions

Trois réunions de ce groupe de travail ont eu lieu (23 mai 2014, 2 juillet 2014, 18 septembre 2014) co-animées par un Médecin inspecteur régional du travail et la déléguée régionale Bretagne du Groupement des infirmier(e)s du travail (GIT).

Les réunions ont été structurées autour des 4 grands thèmes suivants :

- Formation spécifique en santé au travail
- Participation à l'action en milieu de travail
- Entretiens infirmier(e)s
- Contribution au DMST et utilisation de progiciels

Règles de fonctionnement du groupe

- Confidentialité (non diffusion des comptes rendus intermédiaires considérés comme documents de travail internes)
- Ecoute
- Absence de jugement
- Elaboration d'un compte rendu final, lu et validé par chaque participant avant diffusion.

4 SYNTHÈSE DES ÉCHANGES PORTANT SUR LA FORMATION

La formation en santé au travail est obligatoire pour les infirmier(e)s en référence à

l'article R.4623-29 du code du travail : «l'infirmier(e) recruté dans un service de santé au travail est diplômé d'Etat ou a l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique. Si l'infirmier(e) n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue »

L'article ne précise pas néanmoins le contenu, ni la durée, ni le caractère qualifiant ou diplômant de la dite formation.

L'ensemble des infirmier(e)(s) présentes le déplorent. En effet l'absence de caractère qualifiant dans le texte de loi, favorise la non reconnaissance de la spécificité du métier d'infirmier(e) de santé au travail et n'incite pas les employeurs à inscrire les infirmier(e)s à des formations diplômantes.

Pour la MSA, le caractère « diplômant » de la formation est obligatoire :

«l'infirmier(e) participant à l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et diplômé d'Etat ou a l'autorisation d'exercer sans limitation de durée. S'il n'a pas suivi une formation qualifiante en santé, l'employeur l'y inscrit au cours des 12 mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue. Dans les sections ou associations spécialisées, il bénéficie d'une formation en cours d'emploi dispensée par l'Institut National de Médecine Agricole et validée par la délivrance d'un certificat de suivi de formation (Art. 717-52-8) ».

Les échanges au cours de la réunion ont portés sur les points suivants

- Formations spécifiques et non spécifiques suivies
- Conditions identifiées de la réussite de cette étape de formation pour l'intégration en santé au travail
- préconisations

Nature des Formations spécifiques en Santé au travail

- Licence santé travail (LILLE ...) (15 mois - 8 modules d'une semaine)
- Licence Pro (Strasbourg notamment – 8 modules)
- DIUST (6 modules) / Ex. DIUST GRAND OUEST

- Ces formations universitaires ont en commun les points suivants:
 - Apprendre une méthodologie de gestion des problématiques de santé au travail, permettant d'exercer le métier aussi bien en entreprise, service autonome, qu'en service inter entreprises.
 - Apprendre à connaître les liens en santé travail et aider à repérer les risques.
 - Acquérir des notions de clinique médicale du travail.
 - Prendre en compte une « démarche intellectuelle »,
 - Construire une « aisance » et une « confiance en soi ».

- Elles comportent des cours théoriques et un apprentissage méthodologique avec obligation de réaliser un mémoire.
- Elles donnent une bonne perception du « cadre général » de la santé au travail
- Elles abordent aussi la transmission des informations synthétiques au médecin du travail.

- AFOMETRA

Formation de 150 heures, décrite comme « pratico-pratique ». Elle délivre de bons outils pour la pratique. Aucun mémoire n'est exigé, ce qui manque pour une bonne intégration des connaissances. Il s'agit d'une formation certifiante mais non diplômante, qui ne permet donc pas de poursuivre des études universitaires type MASTER.

Formations non spécifiques suivies par certaines IST

- DU d'addictologie
- Ergonomie
- Formations INRS
- CNAM : hygiène industrielle et environnement (IHIE : Master reconnu Bac + 5)
- CNAM diplôme de psychopathologie du travail (C. Dejours)
- Formation SST (sauveteur secouriste du travail)
- Formation PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique)
- Formation RPS (risques psycho-sociaux)

Remarque :

Toutes ces formations méritent d'être bien identifiées au sein des services de façon à les valoriser dans les prestations à proposer, et ainsi améliorer la reconnaissance des titulaires (ce qui est un élément de management favorisant l'engagement et la motivation).

Conditions identifiées pour la réussite des formations spécifiques

Les critères visant à évaluer l'impact positif de chaque formation spécifique, peut porter sur les points suivants : durée de la formation, obligation de réalisation d'un mémoire qui montre l'engagement et la remise en cause personnelle, l'intégration de matières plus générales (langues par exemple), le caractère universitaire donnant un statut spécifique et permettant des évolutions, les modules permettant le développement du sens critique, contribuant à l'identité professionnelle (aisance, confiance en soi, meilleure vigilance sur la mise en œuvre de l'indépendance professionnelle)

- D'autres conditions peuvent être citées :
 - Le rôle et l'engagement du médecin tuteur (disponibilité, implication dans la formation)
 - Les contraintes à assumer : travail personnel à réaliser, écrits à produire, déplacements à prévoir, maîtrise des outils informatiques (capital)
 - Les étapes de « recrutement » et « formation » : l'infirmier(e) lors de son embauche s'engage à suivre une formation en santé au travail. Mais dans l'attente, il est souhaitable que l'infirmier(e) puisse assurer des consultations infirmier(e)s de façon progressive en ayant en amont les connaissances des risques à inventorier et débiter par les salariés dont les situations restent assez simples. Le groupe a donc mis l'accent sur l'intérêt d'un « parcours d'intégration », supervisé par une IST au moment de l'embauche permettant de « s'épauler » entre pairs. L'important est d'adhérer à l'approche santé travail au lieu d'essayer de calquer l'approche soin à la santé au travail.
 - La loi a permis le développement de formations générales (DIUST, LICENCES) sur la santé au travail. Elles existaient en moindre nombre et parfois à titre expérimental avant la loi.
 - Ce qui a conditionné le choix : concernant la formation générale, 5 infirmier(e)s du groupe citent le choix de la direction et/ou du médecin (sans concertation). 4 signalent qu'elles auraient préféré une autre formation (licence)

- VAE : Monter un dossier de VAE répond à une procédure précise (contenu, méthodologie de présentation) dans le cadre de la licence Santé Travail et n'a pas valeur automatique d'acceptation. En fonction du curriculum laboris de la personne, il y aura plus ou moins de modules complémentaires et un mémoire à réaliser.
- Possibilité d'utiliser les formations spécifiques et non spécifiques, et complémentaires ? d'une façon générale, le groupe exprime une insuffisance de mise en valeur par l'EPST (= équipe pluridisciplinaire santé travail) des formations suivies, et une insuffisance d'application dans le quotidien des tâches confiées à l'infirmier(e).
- Des demandes de formations complémentaires sont citées et concernent notamment les thèmes suivants: toxicologie (dont lecture et exploitation des fiches de données de sécurité), RPS/psychopathologie du travail, conduite de projet, entretien infirmier(e) «conduite de l'entretien », épidémiologie, TMS, sociologie des organisations des entreprises. .

- **Préconisations**

- **Les formations universitaires semblent devoir être privilégiées, puisqu'elles permettent : l'apport de connaissances sur la santé au travail, le repérage des risques, la gestion des entretiens infirmier(e)s, le développement d'un sens critique pouvant contribuer à la mise en œuvre de l'indépendance professionnelle, une évolution universitaire si l'étudiant le souhaite.**
- **Le choix de la formation au moment de l'embauche doit se faire idéalement, en concertation avec l'infirmier(e) concernée, avec prise en compte de ses souhaits d'évolution professionnelle, meilleure garantie d'une fidélisation dans le service accueillant.**
- **Les autres formations, réalisées, doivent être bien identifiées afin de trouver de moyens de valoriser ces compétences dans les prestations santé travail.**
- **La Développement Professionnel Continu est à prendre en compte et doit être adapté à la typologie du secteur d'activité.**

5 L'ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL DE L'INFIRMIER(E) SANTE AU TRAVAIL

Le travail en commun a consisté dans un premier temps à lister les différentes actions réellement réalisées par l'IST

Actions en milieu de travail citées et réalisées par les Infirmier(e)(e)s d'entreprises

Etudes de postes	<p>Contribution à l'ergonomie de correction</p> <p>Contexte de maintien dans l'emploi (l'infirmier(e) étant alors une interface avec les dispositifs et acteurs du maintien dans l'emploi : SAMETH, AGEFIPH)</p> <p>Contribution à la mise en œuvre d'aménagements ou mutations dans le cadre de la gestion des restrictions d'aptitude</p> <p>Adaptation du poste</p>
Entretien au poste	Repérage d'effets sur la santé directement sur le lieu de travail (exemple : questionnaire sur la douleur au poste de travail) – suppose néanmoins une discrétion et le respect du secret professionnel
Communication orale et écrite vers l'encadrement	
« présence sur le terrain » ce qui permet d'avoir une représentativité du service de santé dans l'entreprise - d'où meilleure connaissance des personnes et du travail – d'où meilleure remontée vers le médecin)	Permet la connaissance du travail et des opérateurs ce qui facilite les explications sur les risques réels auxquels sont confrontés les salariés et explicite les mesures de prévention (notamment protection collective et individuelle)

Mesures d'ambiance	<p>Mesures de Bruit... luxmètre</p> <p>Prélèvements d'ambiance pour analyse (en coopération avec intervention CARSAT)</p> <p>Contribution aux prélèvements et interventions des organismes extérieurs</p>
Participation aux réunions de CHSCT (4 Infirmier(e)s d'entreprises sur 5 du groupe de travail participent aux réunions de CHSCT)	<p>Il s'agit d'une action utile pour mettre en débat des problématiques santé. Au préalable, Il faut avoir l'accord du médecin du travail et de l'entreprise.</p> <p>Une plus grande latitude aurait pu être donnée à l'infirmier(e) santé travail pour la participation aux CHSCT afin de permettre des remontées d'informations vers le médecin du travail (qui ne pourra pas être présent partout)</p>
Participation aux enquêtes	<p>Participation aux enquêtes et analyses des accidents du travail faites sur le terrain</p> <p>Participation aux enquêtes suite à maladies professionnelles</p>
Documents	<p>Suivi des Fiches de données de sécurité (gestion et analyse)</p> <p>Contribution à la réalisation des fiches de prévention des expositions</p> <p>Contribution à la réalisation de fiches d'entreprises</p>
Suivi du port des EPI	<p>Il est souvent utile d'expliquer le sens et les conditions d'utilisation des EPI (équipements de protection individuelle)</p>

Actions en milieu de travail citées par les infirmier(e)(es) santé au travail des SSTI

Toutes les infirmier(e)s de Services de Santé au Travail Interentreprises présentes au groupe de travail, réalisent des actions en milieu de travail (AMT). Néanmoins, le degré d'implication en AMT (action en milieu de travail) dépend beaucoup des médecins du travail (de l'équipe) et des politiques des services inter-entreprises. **.Le temps consacré à l'AMT varie d'une demi-journée à une journée ½ par semaine), L'AMT est un élément indispensable de « valeur ajoutée » de l'entretien infirmier(e) selon le groupe de pairs.**

Exemple d'interventions (faites en concertation EPST):

Etudes de postes (à la demande du médecin du travail, ou avec son accord)	<p>Etudes de poste tertiaire (étude, analyse, restitution en entreprise, contribution au plan d'action...)</p> <p>Etudes de poste suite à problématiques santé travail repérées lors de visites médicales et Entretiens infirmier(e)s.</p> <p>Analyse et restitution auprès de l'entreprise</p>
Visites d'entreprises et de situations de travail	Afin de connaître le milieu de travail et de préparer les entretiens infirmier(e)s (initiative de l'infirmier(e) et accord du médecin).
Participation aux réunions de CHSCT	<p>Participation des infirmier(e)s du groupe de travail aux réunions de CHSCT (implication très dépendante du médecin et avec accord de l'entreprise)</p> <p>Interventions ponctuelles pour sensibilisation sur thématiques (troubles musculo squelettiques, organisation des secours, défibrillateur...)</p>
Visites de salariés au poste de travail	Suivi de « réintégration » au poste de travail après arrêt pour problème de santé.

	<p>Suivi de « restrictions d'aptitude »</p> <p>Recueil d'informations dans le cadre de démarche RQTH</p>	
Métrologie	3 fois citées	
Defusing auprès des salariés	Après évènements traumatisants en entreprise ou en lien avec l'entreprise. En collaboration avec la psychologue du travail.	
Réalisation de documents	<p>Recueils d'éléments pour contribuer à la réalisation de fiches d'entreprise</p> <p>Recueil de Documents Uniques d'entreprises et Fiches de Données de Sécurité</p>	
Intervention dans le cadre de la mise en œuvre du projet de service	<p>Ex : suivi des jeunes de moins de 18 ans (interventions au poste de travail)</p> <p>Sensibilisation des saisonniers de moins de 45 jours.</p> <p>Aides à domicile</p> <p>Evaluation du risque chimique</p>	
Fiches d'entreprises	<p>3 IST participent à la réalisation de FE</p> <p>Mise à disposition de toute l'Equipe Pluridisciplinaire Santé Travail</p>	
Participation à des enquêtes MP	Enquêtes dans le cadre de maladies professionnelles	
Recueil d'informations en vue de la reconnaissance TH	Aide à la constitution de dossier de reconnaissance TH	

Éléments de caractérisation de l'AMT

Temps consacré (prévu et/ou disponible) ?

Pour les IST (SSTI), le temps alloué correspond à trois demi-journées par semaine. L'acception AMT peut parfois recouvrir à la fois des actions en milieu de travail, des activités connexes. L'AMT peut signifier « ce qui n'est pas Entretien Infirmier(e) ». Le temps connexe (temps qui est hors entretien et AMT) est fréquemment réalisé au détriment de l'AMT.

Ce point a déjà été intégré dans certains services de santé. Dans ces conditions, l'AMT représente 3 vacations par semaine et s'ajoute une vacation pour les activités connexes.

On peut donc retenir qu'il existe des disparités entre la répartition EI et AMT/ connexe (de 2 demi-journées par semaine à 4 demi-journées par semaine)

Pour les infirmier(e)s d'entreprise, le temps passé sur les lieux de travail représente 50% à 80% du temps.

En conclusion

Dans les SSTI, toutes les infirmier(e)s font de l'AMT. Dans les Entreprises, l'AMT fait véritablement partie intégrante du travail de l'infirmier(e)

Dans les SSTI, l'AMT infirmier(e) dépend beaucoup de la politique du service, du souhait du médecin d'EPST, de la force de proposition de l'IST ou des compétences acquises ou sur le point de l'être.

Perception de l'utilité ?

L'AMT est jugé indispensable par les Infirmier(e)s santé au travail pour les raisons suivantes

- Connaissance des postes et situations de travail
- Élément déterminant de valeur ajoutée des entretiens infirmier(e)s
- Élément déterminant de « crédibilité » auprès des usagers pour faire les entretiens infirmier(e)s.

Apport de l'AMT pour l'IST ? (liste non ordonnée ni exhaustive)

Elle permet

- une analyse plus juste par rapport à l'objectivation de la parole du salarié.
- une reconnaissance des salariés ce qui contribue à la **confiance**.
- la compréhension du travail
- la communication
- une connaissance du vocabulaire utilisé dans le travail et évoqué en EI (connaissance des mots du métier)
- une prise de conscience et une identification des besoins en santé au travail
- la contribution à la cohésion de l'EPST (équipe pluridisciplinaire santé travail) par la connaissance commune du travail (vision partagée sur le travail) – ce qui est essentiel pour mener des actions collectives et individuelles en entreprise.

Perception de la part des acteurs de l'entreprise ?

Citations émanant d'Infirmier(e)s d'entreprise :

« Vue au départ comme une contrainte par l'encadrement de l'entreprise car prend du temps sur la production ».

« Méfiance qui évolue vers la confiance »

« L'entreprise ne perçoit pas toujours l'intérêt au début. Progressivement, on est tenu au courant des nouveaux projets »

Citations des Infirmier(e)s Santé Travail en SSTI :

« Satisfaction de rencontrer quelqu'un du service de santé ».

Qui décide des actions en milieu de travail?

Le médecin coordonne l'intervention AMT. Les actions sont prévues

- Soit suite aux entretiens infirmier(e)s et/ou consultations médicales (concertation et aval du médecin)
- Soit à l'initiative du médecin ou proposition de l'infirmier(e).

Positionnement dans l'équipe pluridisciplinaire :

Il s'agit d'une question évoquée. Cela pose la problématique du partage des actions en entreprises réalisées par l'équipe.

Question du QUI fait QUOI ?

Le temps consacré par les IST en AMT, n'a pas de raison de créer d'inquiétudes particulières pour les autres membres de l'EPST. Nous devons néanmoins insister sur la contribution de l'AMT à la « valeur ajoutée » des entretiens infirmier(e)s.

Les fiches de poste, réalisées en tenant compte des particularités des métiers (notamment de professionnel de soin) peuvent permettre de délimiter les tâches confiées aux différents métiers.

Préconisations

Définition de fiches de postes construites sur le principe de la participation et validées, par la direction.

Spécificité de l'AMT par rapport aux actions connexes

Importance de l'engagement du médecin « animateur et coordonnateur » de l'EPST

Action entrant dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(e).

6 LES ENTRETIENS INFIRMIER(E)S

L'objectif de cette deuxième réunion, était de permettre un échange de pratiques sur les entretiens infirmier(e)s réalisés en services de santé au travail et en entreprises.

Petit rappel du déroulé de l'Entretien Santé Travail Infirmier(e)

- Accueil du salarié, qui permet de se présenter, et de présenter les enjeux de l'Entretien Santé Travail Infirmier(e). Ce moment permet de préciser le poste, les horaires, les événements de santé récents (AT, arrêt maladie)...
- Questionnaire sur le travail afin de connaître la charge physique et mentale au travail, les risques auxquels le salarié est exposé, les préventions spécifiques mises en œuvre. A ce moment, il est utile de développer certaines informations sur la connaissance des risques et leur prévention. Les contraintes de temps peuvent aussi être évoquées, ainsi que les marges de manœuvres.
- Biométrie et examens complémentaires : TA, Pouls, analyse d'urines, visiotest, audiogramme si nécessaire, contrôle de vaccinations. Le questionnaire sur la santé porte sur les traitements en cours et autres soins, les douleurs ressenties, les gênes dans le travail, le mode de vie, les activités physiques,
- La synthèse est réalisée dans le Dossier Médical, sur la trame d'entretien infirmier(e), oralement avec le salarié et en outre lors des entretiens réguliers avec le médecin du travail.
- Une orientation peut être effectuée selon les protocoles établis par le médecin du travail... vers le médecin du travail, voire le médecin traitant en cas d'urgence.
- L'attestation de suivi infirmier(e) est remise au salarié en mains propres, et envoyée par la secrétaire à l'employeur (parfois, les deux exemplaires sont donnés au salarié, en lui précisant d'en remettre un à son employeur).

Méthode d'analyse retenue

Deux types de questionnaires avaient été envoyés au préalable aux infirmier(e)s du groupe de travail :

- Un destiné aux Infirmier(e)s Santé Travail des SSTI
- Un destiné aux Infirmier(e)s d'entreprises

Ces trames ont permis d'organiser les échanges sur le thème de la journée.

La réunion s'est structurée en trois moments :

- L'expression des pratiques des IST de SSTI
- L'expression des pratiques des Infirmier(e)s d'entreprises
- Une synthèse de « préconisations » dans le domaine des Entretiens infirmier(e)s

L'expression des pratiques des IST de SSTI

Le tableau ci-joint présente une synthèse des échanges par rapport à différents items

Equipe avec un médecin ou plusieurs médecins ?	<p>La grande majorité des infirmier(e)s de SSTI ne travaillent qu'avec un seul médecin. Par contre il existe des situations où les infirmier(e)s sont amenées à travailler avec 2 ou 3 médecins, voire 5 dans un centre. Dans ces situations, l'animation et la coordination de l'équipe sont rendus compliqués et la situation de l'infirmier(e) est inconfortable....</p> <p>L'idéal est de donc de tendre vers le modèle préconisé par le CRPRP en décembre 2012 : un médecin, une infirmier(e), un ASST, une secrétaire et recours aux prestations IPRP généralistes et spécialistes</p>
Nombre d'Entretiens infirmier(e)s réalisés	Le nombre d'entretiens réalisés par demi-journées varie de 5 à 8. Mais tout dépend, de la déclinaison des actions à faire dans ce

par demi-journée ?	<p>contexte.</p> <p>Nous ne rapportons par les chiffres pour chaque infirmier(e) spécifique car, il existe plusieurs éléments de variabilité pour expliquer ces différences.</p>
Nombre de demi-journée consacrée aux entretiens infirmier(e)s par semaine ?	6 à 7 vacations sont consacrées aux entretiens infirmier(e)s par semaine
Gestion des convocations (par qui / IST ou secrétaire) ?	La gestion des convocations aux entretiens infirmier(e)s se fait le plus souvent, par la secrétaire de l'Equipe Pluridisciplinaire Santé Travail. Cette situation est jugée plus favorable étant donné qu'elle permet une meilleure connaissance des contraintes de convocations. La secrétaire médicale, étant elle-même associée aux examens médicaux, et entretiens infirmier(e)s, perçoit les éléments de variabilité en terme de durée et donc de rythme de convocations.
Nombre de convoqués par demi-journée ?	<p>Le nombre de convoqués par demi-journée est assez homogène (allant de 5 à 8).</p> <p>Cet item a permis d'évoquer l'absentéisme : chiffré entre 10% et 20 %. L'absentéisme aux entretiens infirmier(e)s est classiquement décrit comme plus important que celui des examens médicaux.</p> <p>Néanmoins, l'absentéisme aux EI doit être comparé à celui concernant les Examens périodiques et non à l'ensemble des EM.</p> <p>Ce constat posé, l'absentéisme apparaît du même ordre.</p>
Nombre d'EI annuel (existe-t-il un objectif chiffré annuel ?)	<p>La plupart du temps, il n'existe pas d'objectif chiffré affiché. Il est en effet difficile de fixer des objectifs généraux, qui ne tiendraient pas forcément compte de la variabilité des situations rencontrées. (variabilité existante également chez les médecins pour l'effectif attribué, l'effectif vu, le nombre d'entreprises attribuées, l'étendue du secteur et la nature de l'activité)</p> <p>Par ailleurs, s'il y avait un objectif chiffré, il devrait être établi en fonction du nombre de personnes convoquées et non en fonction</p>

	<p>du nombre d'entretiens réalisés.</p> <p>Il est important de valoriser, certes le nombre annuel réalisé, mais aussi des paramètres plus qualitatifs des Entretiens Infirmier(e)s. Des indicateurs qualitatifs seront à construire.</p>
Temps prévu par entretien (programmation des Rendez-vous) ?	Les échanges en cours de réunion ont permis de constater des durées d'EI très variables allant de 20 minutes, à 45 minutes. Mais, ces diversités s'expliquent par la diversité des contenus (nombres d'Examens Complémentaires à réaliser, temps informatique plus ou moins compliqués, et surtout situations médico-professionnelles complexes nécessitant des prises de décision d'orientation. ou de questionnaires spécifiques en fonction de risques spécifiques).
Durée moyenne d'un EI (entretien infirmier(e))?	Pour toutes ces raisons, la durée moyenne de la majorité des EI peut aller de 20 minutes (très court) à 45 minutes. Le temps moyen strict se situe à 30 minutes.
Durées extrêmes (mini-maxi) ?	Les durées extrêmes vont de 10 minutes (lorsque tout est favorable pour aller vite) à 60 minutes lors de situations médico professionnelles complexes. La variabilité des durées exprime la variabilité des situations rencontrées, et la réalisation éventuelle d'examens complémentaires spécifiques.
Réalisation des Examens Complémentaires (si oui, lesquels). Si pas réalisés, qui les réalise ?	La réalisation d'un ou plusieurs examens complémentaires (visiotest, audiogramme, ergovision, poids, taille...) fait souvent partie intégrante des Entretiens Infirmier(e)s. Cela peut remplir de manière significative le temps prévu « d'entretien au sens véritable » et donc la gestion de l'information sur les expositions professionnelles et le repérage des évènements de santé
Retranscription dans le Dossier Médical Santé Travail OUI ? NON ?	Oui : 8 Fois cité

<p>Quels sont les éléments transcrits dans le dossier médical</p> <p>Feuille volante ?</p> <p>Dossier papier ?</p> <p>Dossier informatisé ?</p>	<p>On constate une coexistence du dossier papier et du dossier informatique dans la majorité des services de santé..</p> <p>Cet item amène à la réflexion plus générale sur le DMST (selon la recommandation HAS de 2009).</p> <p>Il existe encore de nombreux ajustements à réaliser pour l'informatisation exclusive du DMST...</p> <p>4 fois est citée l'information exclusive du DMST</p>	
<p>Avez-vous un protocole EI= guide EI ?</p>	<p>Oui : 8 fois</p> <p>Signé par médecin et IST : 2 fois</p> <p>Pas signé : 3 fois</p> <p>Non renseigné : 3 fois</p>	
<p>Le médecin est-il à proximité (ou présent dans les locaux lors des entretiens E) ?</p>	<p>Jamais : 1 fois</p> <p>Pas toujours, mais le plus souvent : 3 fois</p> <p>Oui : 2 fois</p> <p>Seule mais médecin joignable par téléphone : 2 fois</p>	<p>Observations</p> <p>Les constats réalisés sont satisfaisants. Médecin et infirmier(e) s'organisent pour rester en contact en cas de besoin, par rapport à des problématiques particulières rencontrées nécessitant une « réactivité » en terme de prise de décision.</p>
<p>Reporting des entretiens infirmier(e)s entre infirmier(e) - médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence : 	<p>Staff spécifique médecin, infirmier(e) (semaine, quinzaine) : 7 fois cité</p>	<p><i>observations</i></p> <p>On distingue dans tous les cas 2 types de staff : le staff médecin- infirmier(e) pour échanger sur les suites d'EI et le staff d'équipe pour échanger sur des</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Mode oral • Mode écrit • Signature ? <p>Temps spécifique ou abordé lors du staff Equipe pluridisciplinaire</p>	<p>Une réunion médecin infirmier(e) par mois : 1 fois cité</p>	<p>actions de nature collective</p> <p>Ces deux types de staff peuvent se faire au même rythme (avec 2 moments distincts) ou à un rythme différent.</p> <p>Il est donc important de constater que ces temps existent réellement en pratique et permettent les « transmissions », la formalisation de ce qui est dit, l'engagement, par signature le plus souvent, sur les suites à donner.</p>
<p>Qui a élaboré le protocole EI ?</p> <p>Est-il signé ? si oui par qui ?</p>	<p>Elaborés par médecins seuls : 2 fois</p> <p>Médecin coordinateur : 1 fois</p> <p>Médecins et infirmier(e)s : 5 fois</p> <p>Signé : 2 fois</p> <p>Non signé : 2 fois</p> <p>Non renseigné : 4 fois</p> <p>Observation : pour mémoire, chaque protocole doit être écrit et signé par le médecin en charge de la population de salariés suivie par l'infirmier(e).</p>	
<p>Evaluation de sa pratique par rapport aux entretiens (appréciation) ?</p>	<p>Satisfaction des entreprises et des salariés : 3 fois cité</p> <p>Pas de refus d'entretien infirmier(e) : 1 fois cité</p> <p>Evolution des protocoles en fonction de l'expérience : 1 fois cité</p>	<p><i>Observations :</i></p> <p>Globalement, toutes les IST expriment un retour positif de la part des entreprises et des salariés.</p> <p>La perception par rapport à l'organisation du travail est contrastée. Sont en effet exprimés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La problématique du déni du rôle

	<p>Techniques de gestion de l'entretien : 1 fois cité</p> <p>Perception de la complexité de la connaissance des postes et des risques : 1 fois cité</p> <p>Stress avec sentiment de ne jamais avoir achevé le travail ou d'être en retard : 1 fois cité</p> <p>Sentiment de déni du rôle propre infirmier(e) : 2 fois cité</p> <p>Satisfaction sur organisation actuelle : 1 fois cité</p>	<p>propre de l'infirmier(e) (notamment par l'obligation d'appliquer des protocoles sans participation préalable à leur élaboration)</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'organisation temporelle des rendez-vous dans certains cas (pouvant créer un « stress » par rapport à la contrainte horaire) <p>Un point largement exprimé concerne aussi la « technique de gestion des entretiens ». Il semblerait utile d'approfondir les formations dans ce domaine (transitions, mettre fin à un entretien)</p>
<p>Points forts par rapport à vos pratiques actuelles des EI ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remontée d'information afin de contribuer à la prévention primaire • Information sur la prévention des risques professionnels et la santé publique • Caractère contributif des entretiens infirmier(e)s pour orienter l'Action en Milieu de Travail 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie/confiance médecin infirmier(e) • Bons retours de la part des Entreprises et des salariés • Temps d'écoute sur le travail et la santé • Bonne connaissance du milieu de travail des axes de prévention • Création d'outils • Respect du rôle propre et autonomie
<p>Points faibles par rapport à vos pratiques actuelles des EI ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perception plus ou moins intégrée des médecins sur le rôle des IST • Manque de connaissance sur certains thèmes • Partie administrative trop complexe et chronophage. • Difficulté à gérer dans le temps imparti les problèmes de nature psychologique • Absentéisme • Manque de formation spécifique à la conduite des entretiens • Contraintes de temps

Expression des pratiques des infirmier(e)(e)s d'entreprises

Entretiens infirmier(e)s et Infirmier(e)s d'entreprises (rédaction à partir du questionnaire proposé)

Réalisez-vous les entretiens infirmier(e)s (question posée aux 5 infirmier(e)(e)s d'entreprises)?

- **Oui** : pas cité
- **Non** : 5 fois
- **En cours de discussion** : 1 fois cité

D'une manière générale, les infirmier(e)(e)s d'entreprises souhaitent réaliser les entretiens infirmier(e)s. Elles soulignent, toutefois, qu'il faudra alors redéfinir leurs tâches, compte tenu de leurs missions sollicitantes actuelles.

Freins à la réalisation des EI :

- En tant qu'infirmier(e) d'entreprise, vous ne souhaitez pas en réaliser. **0 réponse**
- Non accord du médecin du travail du Service inter entreprise **1 fois cité**
- Prise en charge par le service de santé inter entreprise **4 fois**
- Non accord de la direction de l'entreprise : **non cité**
- Non accord du CE de l'entreprise. : **non cité**

Les EI sont –ils réalisés par une Infirmier(e) Santé Travail du SSTI?

- Si oui, comment cela est-il vécu ?
 Une IST témoigne « *oui, les entretiens sont réalisés par une IST du SSTI. Au niveau des salariés, il y a un manque de compréhension car ils s'interrogent sur la raison de la venue d'une infirmier(e) venant de l'extérieur. Par contre la communication entre les deux infirmier(e)s est bonne. ...* »
- Qu'est ce qui a été mis en place pour permettre le bon fonctionnement ?
 (communication par rapport aux salariés ?)

- **Premier témoignage** : « *information sur le rôle de l'IE et l'IST (différence des missions, formation, valorisation du travail de chacune)* »
- **Deuxième témoignage** : « *présentation de l'infirmier(e) Santé Travail du SSTI au niveau de la direction et du CHSCT par le médecin du travail. Explication des Entretiens Infirmier(e)s* ».

Quel est le mode de collaboration entre les deux infirmier(e)s ? Et le trio Médecin du travail de service inter – Infirmier(e) d'entreprise – infirmier(e) de service de santé Inter.

Premier témoignage :

- « *collaboration sans problème entre les deux infirmier(e)s* »

Deuxième témoignage :

- « *Echanges par mail et par téléphone* »
- « *Visite des ateliers en trio* »
- « *Demande de conseils réciproques* »
- « *Renforcement de la crédibilité et de l'argumentation pour une politique de prévention* ».

Synthèse des échanges

INFIRMIER(E) D'ENTREPRISE ET ENTRETIENS INFIRMIER(E)S REALISES PAR L'INFIRMIER(E) DE SANTE AU TRAVAIL DU SSTI

Pour le bon fonctionnement, il faut mettre en accord les parties (2 Infirmier(e)s et médecin du travail). Le médecin du travail a un rôle important pour permettre le lien et la concertation entre les trois acteurs (les liens hiérarchiques de l'infirmier(e) d'entreprise doivent respecter le fonctionnement de l'équipe santé travail – et le secret professionnel). Cela montre l'intérêt d'une fiche de poste précisant le rattachement technique au médecin du travail.

Il faut bien délimiter les champs de compétences de l'une et de l'autre et les missions (protocoles). Il faut permettre la circulation de l'information (ascendante et descendante), permettre le respect de l'autre, permettre le partage des compétences.

Si l'entretien infirmier(e) est réalisé par l'infirmier(e) du service de santé inter entreprises, il vaut mieux qu'il se fasse dans le SSTI plutôt que dans l'entreprise (si la proximité le permet). Le fait que l'infirmier(e) d'entreprise soit dépossédée de son bureau peut renvoyer une image dévalorisante, et cette situation peut être mal comprise de la part des salariés.

Dans la mesure où l'Infirmier(e) d'entreprise est volontaire et formée (cf. chapitre formation), il est légitime d'essayer de mettre en place les EI par l'infirmier(e) d'entreprise. La mise en place des entretiens infirmier(e)s par l'infirmier(e) d'entreprise nécessite l'accord de l'entreprise, du Comité d'entreprise, du médecin du travail et de l'intéressé(e). L'entreprise met à disposition les locaux et les dispositifs organisationnels adaptés.

L'infirmier(e) d'entreprise, qu'elle soit dans le contexte de préparation aux VM, où en EI, doit bénéficier d'un temps dédié spécifique évitant les interruptions y compris pour les urgences médicales.

Préconisation pour les SSTI

Pour bien fonctionner

Ne pas se fixer d'objectif ciblé d'entretiens annuels, afin de privilégier le qualitatif sur le quantitatif, les besoins en santé au travail (la fixation d'objectifs chiffrés étant de nature à impacter la qualité)

S'il existe, il faut prendre en compte le nombre de convoqués (ou de créneaux disponibles pour les convocations) et non pas le nombre d'EI réalisés dans les objectifs annuels

En fonction de la population suivie, il faut que le temps alloué pour les entretiens infirmier(e)s soit en relation avec l'importance des risques professionnels.

Aucun infirmier(e) ne fait les convocations et considère que cela ne serait pas une valeur ajoutée de le faire

2 modes de fonctionnement identifiés pour les infirmier(e)(e)s en service inter entreprises :

- *soit partage les tâches avec une secrétaire qui se charge de l'accueil et de la gestion administrative (cité une fois),*
- *soit travaille seule.*

- 5 font l'administratif et considèrent que cela n'a pas de valeur ajoutée.
- 2 considèrent que cela apporte des informations utiles qui peuvent avoir un impact sur le contenu de l'entretien infirmier(e).

Comment sont programmés les rendez-vous ?

Les Rendez-vous sont programmés sur des créneaux allant de 20 minutes à 45 mn. Mais les missions sont variables, il faut donc une cohérence entre le temps alloué et les tâches confiées (temps de déplacement, temps d'installation en centre extérieur, temps administratif, temps des Examens Complémentaires, temps « d'entretien »).

Un entretien infirmier(e) comprend : des relevés de constantes (pouls, TA, poids, taille...), la conduite de l'entretien selon la trame élaborée... la réalisation ou non d'examens complémentaires (audiométrie, visiotest, spirométrie ...), des actions de sensibilisation de populations par rapport aux risques professionnels...

Il faut bien déterminer le rôle de la secrétaire médicale par rapport à celui de l'IST (Intérêt des fiches de postes- cf. convention collective)

La secrétaire médicale a un rôle important notamment dans l'organisation des convocations (connaissance des entreprises et de leurs particularités) et fait partie intégrante de l'équipe santé au travail. La convocation sur site par la secrétaire médicale étant préférable au mode de fonctionnement par une personne extérieure à l'équipe ayant comme mission exclusive, la gestion des convocations.

Pour faciliter la communication entre les membres de l'équipe,

- il est intéressant de mutualiser des informations : Fiches d'Entreprises, études de poste, études IPRP... (logiciel spécifique avec gestion des accès en fonction des métiers)/ (exemple : DINAMIT/accès fiche d'entreprise)
- Faire participer aux STAFF d'équipe, les Secrétaires médicales. (capital pour le bon fonctionnement de l'équipe)

L'IST travaille beaucoup avec la secrétaire médicale, et il faut pour collaborer, bien prendre en compte les contraintes de chacune des fonctions. (gestion des examens complémentaires, courriers médicaux)

Concernant les examens complémentaires (EC), deux courants :

- Certaines infirmier(e)s pensent que faire les EC permet une prise en charge globale du salarié,
- D'autres infirmier(e)s pensent qu'on doit être dans le partage des tâches et la confiance entre membres de l'EPST (basée sur la formation), et que la réalisation des EC par l'infirmier(e) n'apporte pas de valeur ajoutée pour l'IST.

Dans un même service interentreprises, les deux modes de fonctionnement peuvent cohabiter : cas d'un SSTI de la région.

En fonction des risques et du suivi médical en lien avec la population, et le temps alloué pour l'EI, il faut adapter la périodicité des EC.

La proportion du temps connexe sur les AMT :

Selon les modes de fonctionnement, l'AMT est plus ou moins comprimée. Les IST déplorent que le temps connexe (réunions de groupes de T, missions particulières, réunions internes, FMC, staffs, documents administratifs, courriers aux entreprises et salariés...) se fasse souvent au détriment de l'AMT.

Transmissions infirmier(e)s au médecin

Oral ou écrit formalisé ? Traçabilité sous forme informatique si espace dédié prévu, ou document papier écrit (tableau récapitulatif établi par l'infirmier(e)) et signé par le médecin, conservé par l'infirmier(e).

Dans le bilan hebdomadaire, il est intéressant de chiffrer le taux d'absentéisme et le nombre d'orientations réalisées.

7 DMST (accès au dossier médical papier et informatique)

Les infirmier(e)s du groupe (sauf une) précisent avoir accès aux DMST, que ce soit sous forme papier ou électronique. La recommandation HAS de janvier 2009 a été reconfirmée.

Un questionnaire avait été envoyé à chacune des participantes avant la réunion, afin de préparer une description de l'équipement en logiciel, et de formuler des appréciations sur l'adéquation avec l'activité.

10 réponses ont été obtenues

Une infirmier(e) d'entreprise n'a aucun accès au dossier médical des salariés de l'entreprise.

Les 9 autres IST signalent avoir toutes accès au DMST sous forme papier (9 sur 10) ou sous forme informatique (9 sur 10). 8 ont donc accès à la forme papier et informatique. Pour celle qui n'a pas accès au dossier papier, cela est dû à l'informatisation complète avec suppression du recours au dossier papier.

Les personnes utilisant un dossier informatique, ont donc renseigné les items du tableau suivant.

Nom du logiciel utilisé pour le dossier médical santé travail	DINAMIT(IDS) 4 STETHO : 3 MSA: ATOUT PREV. 1
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

<p>Quels sont pour vous les points forts du logiciel médical</p>	<p><u>Logiciel 1</u></p> <p>NON EXHAUSTIF</p> <p>« lisible » « biométrie, audio, visio facile à réaliser et à enregistrer dans le dossier du salarié »</p> <p>« trame commune à tous les médecins et IST. Permet de ne rien oublier et suivre les items que l'on veut classer en fonction du déroulement et de notre pratique »</p> <p><u>Logiciel 2</u></p> <p>« le visuel global à l'ouverture du dossier médical permet de voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les risques auxquels est ou a été exposé le salarié • Les pathologies, antécédents • Le poste déclaré... » <p>« plutôt complet, permet d'extraire de nombreuses données sur les salariés et sur l'entreprise, de réaliser des statistiques, de réaliser la FE aisément si les risques professionnels sont bien rentrés.</p> <p>« page médicale » « page professionnelle »</p> <p>« reprend bien les items du DMST papier, saisie assez intuitive. Evite le déchiffrement de certaines écritures manuscrites. Permet de visualiser rapidement l'historique du suivi médical. Permet la comparaison des résultats d'examen saisis.</p>
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Logiciel MSA</u></p> <p>On y trouve les informations santé mais aussi le travail du service prévention, les informations administratives concernant les arrêts AT/MP</p>
<p>Quels sont pour vous les points faibles ou limites du logiciel</p>	<p><u>Logiciel 1 (3 utilisateurs):</u></p> <p>« dépend du degré d'implication des médecins, pour de nombreuses raisons notamment de non aboutissement du DMST et des temps de saisies »</p> <p>« l'infirmier(e) peut être à même de faire de la saisie pour le DMST ».</p> <p>« pas d'exploitation des bases de données – rigidité »</p> <p>« impossible de faire des transmissions infirmier(e)s ciblées »</p> <p>« manque d'ergonomie – d'où risque d'erreurs »</p> <p>« Pas de correction automatique »</p> <p>« requêtes difficiles car plusieurs libellés pour désigner la même chose »</p> <p><u>Logiciel 2 (4 utilisateurs)</u></p> <p>« Le logiciel n'a pas encore complètement intégré les spécificités de l'EI (orientations, périodicité...) »</p> <p>Pas de possibilités d'exploitations épidémiologiques</p> <p>Saisie de l'AMT assez fastidieuse pour l'IST (non pré-remplie par la secrétaire comme c'est le cas pour le médecin)</p> <p>Inconvénient de l'informatique en général : quid en cas de panne ? »</p>

	<p>L'utilisation du logiciel est contraignante pour les staffs, obligé de retourner dans les dossiers par plusieurs chemins.</p> <p>Il n'existe pas de « Conclusion suite au staff avec l'infirmier(e) ». Le médecin ne note pas d'avis lorsqu'il retourne sur le dossier afin qu'il ne soit pas comptabilisé de visite.</p> <p>« Conclusion suite au staff avec l'infirmier(e), ou CAT ». Cet item permettrait de rendre visible le travail de l'infirmier(e) pour des requêtes ou pour un rapport annuel infirmier(e).</p> <p><i>Exemple / recueil de données ayant déclenchées une action</i></p> <p><i>Nature des actions, nombre de salariés revus par le médecin, nombre de salariés revus par le médecin et ayant fait l'objet d'une inaptitude....</i></p> <p>Le logiciel ne prévoit pas de rapport annuel infirmier(e).</p> <p>Etre obligée de valider la visite pour pouvoir revenir faire des modifications sur la page précédente.</p> <p>La taille de la fenêtre du logiciel n'occupe pas tout l'écran.</p> <p>Un grand nombre de fenêtres à ouvrir</p> <p>« THESAURUS »</p> <p>« DATES DE RECONVOCATION »</p> <p><u>Logiciel MSA</u></p> <p>Manque parfois de place.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Avez-vous la possibilité de saisir dans le logiciel toutes les informations obtenues lors de l'EI</p>	<p>Oui cité 7 fois sur 8</p> <p>« Remarques éventuelles : pour certains items (activité physique, contraception...) la saisie prévue est complète. En pratique, le médecin préfère que cela soit juste noté dans la synthèse de l'entretien »</p> <p>« manque parfois de place »</p> <p>« les données évoluent au fur et à mesure des besoins et des remontées sont faites au service informatique/ médical qui crée des espaces de saisies complémentaires ou des items ».</p>
<p>Pouvez-vous faire des requêtes sur ce logiciel</p>	<p>« Oui , mais uniquement sur l'aspect quantitatif des actes réalisés ou des salariés suivis. Pas de requêtes épidémiologiques pour des catégories de salariés, de métiers ou d'entreprises.</p> <p>Un tableau récapitulatif de l'AMT existe et fait apparaître les détails »</p> <p>Oui et non</p> <p>Le logiciel n'est pas toujours bien renseigné par l'ensemble des utilisateurs. Il n'est pas renseigné de la même manière ni aux mêmes endroits pour une même problématique ou élément.</p> <p>Sinon lesquelles ?</p> <p>Recherche par code NAF, ...</p>

	<p>« je ne sais pas car la mise en place du logiciel est récente »</p> <p>« oui, auprès du prestataire »</p> <p>Oui cité 6 fois cependant</p> <p>Souhait de mise au point d'un rapport annuel infirmier(e) spécifique.</p>
<p>Le logiciel permet-il de passer des informations individuelles aux données collectives ?</p>	<p>« Pas à ma connaissance »</p> <p>« Peut-être mais non utilisé »</p> <p>« Oui et non (le médecin tient un document de recueil des données collectives et individuelles utilisées en CHSCT ou lors des rencontres avec l'employeur ».</p> <p>« Oui par le biais de l'icône statistiques »</p> <p>« Je ne sais pas »</p> <p>« difficile pour nous, mais oui par le médecin responsable de l'informatique »</p>

Préconisations

Clarification des potentiels des logiciels

Les réponses données par les infirmier(e)s, dans le tableau ci –dessus, montrent la nécessité d'information, voire de formation sur les potentiels des logiciels. Des fonctionnalités semblent méconnues, et constituent un signal d'alerte pour adapter les niveaux de formation, dans l'intérêt de l'efficacité du système de gestion de l'information.

Adaptation des informatisations

Parmi les sources d'information, permettant de constituer des indicateurs santé travail, l'entretien infirmier(e) devrait permettre outre le service individuel rendu, d'organiser la collecte de données de santé collective. Ces indicateurs de santé collective deviendront alors, des outils contribuant à la prévention primaire. Pour cela, la question de l'adaptation des logiciels reste posée, de même que l'adaptation des thésaurus.

Ces évolutions doivent se concevoir au plan national, afin d'éviter de retomber dans des tâtonnements coûteux.

Implication des médecins et infirmier(e)s

En tant que professionnels de santé, médecins et infirmier(e)s doivent être impliqués dans l'informatisation des services et notamment dans la gestion des accès afin de garantir le respect du secret professionnel. Au moins un de chaque profession doit assurer les fonctions de « référent » ou « super-administrateur » ayant notamment un rôle dans la gestion des accès, mais aussi dans le recueil des points du logiciel à faire évoluer, dans les éclaircissements vis-à-vis des collègues, et dans les stratégies de requêtes diverses.

Participation à des groupes d'utilisateurs de logiciels

Les fournisseurs mettent fréquemment en place un moyen de regrouper certains utilisateurs, afin de mutualiser des idées et des développements. Ces initiatives peuvent être enrichissantes, si l'organisation de ces journées est bien optimisée y compris avec une traçabilité partagée.

8 AUTRES POINTS ABORDES AU COURS DES REUNIONS

Positionnement de l'infirmier(e) dans l'EPST

Une crainte exprimée par les IST, est le risque d'être progressivement et exclusivement cantonnées dans la réalisation des entretiens infirmier(e)s. Si la valeur ajoutée de l'entretien infirmier(e) pour chaque salarié et pour la prévention primaire a été bien identifiée, l'action en milieu de travail est un constituant essentiel de cette valeur ajoutée.

On peut citer : Visites d'entreprises, études de postes, réalisation de fiches d'entreprises, participation à des réunions en entreprises (CHCST avec accord du médecin, réunion de groupes de travail...), animation de séances d'éducation sanitaire, sont du domaine de l'infirmier(e). Cette exigence d'action en milieu de travail (AMT) doit être claire afin de ne pas créer de doute dans le positionnement par rapport aux autres métiers...

L'animateur de l'EPST doit permettre les explications et les régulations nécessaires à la compréhension des exigences de chaque métier.

Degré d'Autonomie et protocoles

Au cours des échanges, il est apparu que le terme « protocole » pouvait donner lieu à plusieurs interprétations.

Un tour de table a permis à chaque participant de donner son interprétation : « protocole = conduite à tenir » – « conduite à tenir en cas de » – « notion de quelque chose de défini sans marge d'autonomie » – « prescription devant une situation » – « = trame (ce qu'il faut penser à regarder) » - « qui ? quoi ? quand ? » – « notion de signification/ durée de validation/ signatures » –

Cela conduit à s'interroger sur les nuances entre les mots suivants : « protocoles » « procédures » « trames » « recommandations » « guide d'entretien respectant le rôle propre »

Le terme « protocole » semble avoir une portée juridique dans la mesure où il décrit une action à faire, une action prescrite, avec une signature. Que se passe-t-il en cas de dommage sur la santé constaté dans un contexte de non mise en œuvre d'un protocole signé ? (Opposable du point de vue juridique).

Même si le mot « protocole » encadre la réalisation des entretiens infirmier(e)s, la perception des IST reste celle d'une marge d'autonomie dans la réalisation des EI. (le protocole ne doit pas conduire à s'enfermer dans un recueil de données sous forme de cases à remplir)

Le mot protocole est aussi discutable en EI, car correspondant à la mise en œuvre exclusive de quelque chose de prescrit, il ne prend pas en compte le « rôle propre de l'infirmier(e) ».

Afin de clarifier ces interrogations, nous avons inséré ci-dessous les définitions s'y rapportant.

Protocole

«Le protocole est un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise ». « Le protocole est un descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer ». (ANAES). Il est une aide à la décision à l'usage des acteurs concernés par son application. Il permet d'adapter les soins en fonction des besoins et de l'état de santé du malade. Il est considéré comme un référentiel puisqu'il indique le standard de soins (ou norme optimale de qualité à atteindre).

Procédure

«Dans le cadre d'une démarche qualité, la procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité». La procédure décrit la manière d'accomplir l'action. Elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire, le matériel utilisé et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action.

Recommandations professionnelles

La Haute Autorité de Santé définit les recommandations professionnelles comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles sont le produit d'une démarche rigoureuse reposant sur : des résultats de recherches, une analyse et une synthèse objective de la littérature scientifique, les avis d'experts et de professionnels, des enquêtes de pratique. Elles peuvent recouvrir des champs divers : clinique, organisationnel, vigilances sanitaires... Elles sont des supports pour l'élaboration de procédures, protocoles et fiches techniques, dans la mesure où elles définissent les orientations de bonnes pratiques ». Quatre méthodes sont utilisées par la HAS pour élaborer des recommandations professionnelles.

Recommandations pour la pratique clinique

Conférence de consensus

Consensus formalisé

Audition publique

Toutes ces méthodes reposent sur la réalisation préalable d'une analyse critique de la littérature disponible sur le thème à traiter. Cette étape initiale comprend une interrogation protocolisée des bases de données, une sélection des études les plus pertinentes et la définition du niveau de preuve des études sélectionnées. Les informations ainsi obtenues sont ensuite discutées par des professionnels au sein de groupes multidisciplinaires et pluri professionnels. Ces groupes s'enrichissent de plus en plus souvent de la présence de représentants d'associations de patients ou d'usagers du système de santé. Ce sont ces groupes qui rédigent ensuite les recommandations professionnelles avec l'aide et l'encadrement méthodologique et scientifique de la HAS.

Fiche technique

«La fiche technique est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative ». Elle peut être un élément du protocole.

Autre notion : « protocoles de coopération » dans le cadre du transfert de compétences.

Indépendance professionnelle

L'indépendance professionnelle de l'infirmier(e) ne risque-t-elle pas d'être difficile à tenir, compte tenu de l'absence de statut de « salarié protégé » en cas de refus d'obtempérer (notamment en cas de conflit éthique ou déontologique).

Article R4312-9 du code de la Santé Publique : l'infirmier ou l'infirmier(e) ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Fiche de poste des différents acteurs de l'EPST :

Présentées et validées en CMT (d'où l'importance de la représentativité des infirmier(e)s en CMT avec la même proportionnalité que les autres acteurs)

9 COMMUNICATION

Suite aux 3 journées de réunion du groupe de travail, la synthèse élaborée a été soumise pour relecture à tous les participantes du groupe.

- Les règles d'anonymisation ont été respectées.
- La synthèse met en relief des « préconisations » issues des pratiques professionnelles.
- Dès à présent, les réunions ont induit des effets positifs : amélioration du travail en réseau, perception de l'intérêt de se rencontrer entre pairs pour regarder les pratiques, prise de recul par rapport à son propre exercice...

- La synthèse sera communiquée au CRPRP, aux directions de services de santé, aux directions d'entreprises ayant participé, aux médecins coordinateurs, à tous les médecins du travail et IST. Le GIT assurera aussi une diffusion dont les modalités seront examinées prochainement.

Suites à donner

Selon les réactions obtenues suite à la diffusion de ce rapport, il est possible d'envisager des prolongements :

Autre réunion du groupe en différé ? En concertation avec les services de santé au travail

Questionnaire de satisfaction destiné aux participantes du groupe. .

Organisation de réunions de groupes mixtes (médecins, IST, autres membres IST) (A voir avec les représentants des services de santé)

Mise en place d'un groupe de travail permanent pluridisciplinaire régional sur les EPST ?

Conclusion générale

Cette confrontation des pratiques en groupe de pairs a été une des manières d'observer le nouveau métier « infirmier(e) en santé travail », venant en complément d'autres études menées sur le même sujet, mais en l'abordant sous un angle différent. Elle a permis de faire surgir des éléments de compréhension sur les conséquences de l'intégration des infirmier(e)s dans les SSTI. Le contexte de la santé au travail, qui a positionné le médecin comme principal acteur en santé au travail est remis en cause par la volonté du législateur à partir de la réforme de 2004. L'obligation faite d'intégrer des infirmier(e)s depuis la réforme de 2011 est alors venue bousculer les limites des territoires professionnels des acteurs déjà en place. Or la spécificité de la profession d'infirmier(e) majoritairement représentée dans les milieux de soins curatifs a rendu son intégration dans les services de santé au travail difficile à appréhender.

Il était indispensable de passer par une réflexion sur le cadre conceptuel, basé sur les représentations professionnelles et le changement pour faire émerger plusieurs niveaux d'analyse intra individuel, inter interindividuel, positionnel au niveau idéologique.

Ainsi, l'intégration des infirmier(e)s est venue interroger les médecins sur leurs pratiques, professionnelles, occasionnant pour certains un phénomène de changement compliqué.

L'infirmier(e) santé au travail, acteur de l'équipe pluridisciplinaire, pour lequel persiste un problème d'identité en santé au travail, a et aura un rôle de plus en plus important notamment par cette possibilité offerte par le système de conserver un « suivi individuel de santé », à un moment où la ressource en médecins diminue de façon « irréversible ».

La prévention primaire est désormais placée comme prioritaire dans l'activité des services de santé au travail y compris à travers l'action des infirmier(e)s. Mais permettre un suivi individuel de santé en lien avec le travail est un complément indispensable en prévention pour plusieurs raisons :

- Permettre l'expression sur le travail réellement vécu par les salariés
- Exploiter sur un mode collectif des informations recueillies
- Expliquer et informer de façon à changer les représentations sur les risques et la prévention
- Contribuer à la traçabilité individuelle (Dossier Santé Travail)
- Contribuer à la veille sanitaire...

Ce rôle de l'infirmier(e) dans le suivi individuel de santé, actuellement cantonné à un suivi périodique très encadré, n'est-il pas appelé à s'étendre vers des actes non périodiques ? , résultant de demandes et de besoins spécifiques. Des expérimentations sont déjà conduites dans ce sens pour les entretiens d'embauche notamment.

L'exploration des conditions d'installation de ce nouveau « professionnel de santé » en milieu de travail va-t-il nécessiter des évaluations ???

L'obligation faite d'intégrer des infirmier(e)s depuis la réforme de 2011, ne va-t-elle pas bousculer les limites des territoires professionnels, des acteurs déjà en place ?

Notre travail a pour objectif de permettre aux dirigeants des SSTI, aux acteurs de comprendre les enjeux, de faciliter l'identification des difficultés et des freins et de permettre d'adapter des solutions en interne pour éviter les écueils et favoriser l'épanouissement professionnel des acteurs.

La synthèse de nos réflexions devrait permettre d'améliorer l'efficacité des actions des services de santé au travail , dans le respect de leurs missions .

Abréviations utilisées

A

ASST : assistant santé au travail

AMT : Action en milieu de travail

AGEFIPH : Association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées

C

CRPRP : Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels

CNAM : conservatoire national des arts et métiers

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CAT : conduite à tenir

CMT : Commission médico technique

D

DMST : dossier médical santé travail

DIUST : diplôme inter universitaire de santé au travail

DU : diplôme universitaire

DPC : développement professionnel continu

E

EI : entretiens infirmier(e)s

EPST : équipe pluridisciplinaire santé au travail

EC : examens complémentaires

F

FE : fiche d'entreprise

FMC : formation médicale continue

G

GIT : groupement des infirmier(es) du travail

H

HAS : haute autorité de santé

I

IPRP : intervenant en prévention des risques professionnels

IST : infirmier(e) santé au travail

INRS : institut nationale de recherche et de sécurité

P

PRAP : prévention des risques liés à l'activité physique

R

RPS : risques psycho-sociaux

RQTH : reconnaissance de qualité de travailleur handicapé

S

SAMETH : service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

SSTI : service de santé du travail inter entreprise

V

VAE : validation des acquis par l'expérience