



Les enjeux autour de l'intégration des infirmiers dans les services de santé au travail interentreprises : des représentations professionnelles à la réflexion pour accompagner le changement

Catherine Higounenc

► To cite this version:

Catherine Higounenc. Les enjeux autour de l'intégration des infirmiers dans les services de santé au travail interentreprises : des représentations professionnelles à la réflexion pour accompagner le changement. Education. 2014. dumas-01168953

HAL Id: dumas-01168953

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01168953>

Submitted on 26 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



devient
.....

Université
Toulouse - Jean Jaurès

EFTS
ÉDUCATION FORMATION
TRAVAIL SAVOIRS



Université
de Toulouse

UNIVERSITE TOULOUSE 2-JEAN JAURES

UNITE DE FORMATION ET RECHERCHE SCIENCES, ESPACES, SOCIETES

DEPARTEMENT SCIENCES DE L'EDUCATION ET DE LA FORMATION

**LES ENJEUX AUTOUR DE L'INTEGRATION DES INFIRMIERS DANS LES SERVICES
DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES :
DES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES A LA REFLEXION POUR
ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT**

MEMOIRE DE MASTER 2 MENTION SCIENCES DE L'EDUCATION

SPECIALITE ENCADREMENT DES SERVICES DE SANTE

Catherine HIGOUNENC

juin 2014

JURY :

Véronique BEDIN, Maître de Conférences en Sciences de l'Education, Université Toulouse 2 Jean Jaurès (Assesseur).

Michèle SAINT-JEAN, Maître de Conférences en Sciences de l'Education, Université Toulouse 2 Jean Jaurès (Directeur de mémoire).

Jean Marc SOULAT, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Médecine Rangueil, Université de Toulouse (Réfèrent professionnel).

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce à Mme Saint-Jean Michèle, elle m'a permis de suivre cette année de master malgré quelques obstacles institutionnels. Je la remercie grandement pour son suivi durant la réalisation du mémoire, son accompagnement, sa rigueur et la pertinence de ses remarques. Ses encouragements ont été les bienvenus ainsi que ses notes d'humour....

Je remercie chaleureusement Mr le Pr. Soulat Jean-Marc pour m'avoir fait confiance. Je n'oublierai pas qu'il m'a facilité l'activité professionnelle afin d'aller au bout de cette année de formation. Je pense aussi que nos échanges, notre collaboration, le respect de mon autonomie ont largement contribué à mon évolution professionnelle et à la possibilité qu'il m'a été donnée d'accéder à cette année de formation.

Je souhaite remercier les enseignants du master, notamment Mme Véronique Bedin pour la qualité de ses enseignements, sa rigueur et son professionnalisme.

Je tiens à remercier particulièrement tous les infirmiers et les médecins qui ont bien voulu participer à cette étude. Je les remercie pour leur accueil, leur disponibilité et la qualité des échanges.

Je remercie également les directeurs de services pour avoir été à l'écoute de cette demande et d'y avoir répondu favorablement.

Je n'oublie pas non plus Ralf pour son aide et son soutien logistique, sa générosité indéfectible.

Merci à Loïc pour son support technique, c'est toujours rassurant de savoir que je peux compter sur lui. Merci Célia pour ta compréhension et ton soutien. Je pense aussi à mes parents dont leur soutien a été un réel réconfort.

J'ai aussi plein de belles pensées pour mes collègues et amies, Sylvie, Catherine, Kay, mes collègues du SIMPPS pour leurs encouragements et leur compréhension. Et pour toutes celles et ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1 - PARTIE CONTEXTUELLE	6
1-1. De l'origine de la médecine du travail	6
1-2. ...à la santé au travail	9
1-3. La réforme de la santé au travail : Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.	11
1-4. La profession d'infirmier	16
1-5. Discussion autour des éléments contextuels	21
2 - PROBLEMATIQUE	26
3 - CADRE CONCEPTUEL	33
3-1. Représentations sociales	33
3-2. Représentations professionnelles	39
3-3. Le concept du changement	42
4 - PROTOCOLE DE RECHERCHE	47
4-1. Choix de l'outil de recueil de données	47
4-2. Construction de la trame d'entretien	48
4-3. Echantillon	51
4-4. Choix du type de traitement de données	53
5 - INTERPRETATION	55
6 - PISTES D'AMELIORATION	89
CONCLUSION	95

INTRODUCTION

Lors du Congrès de Santé au Travail de Toulouse de 2010, le Pr Soulat, directeur du comité scientifique nous avait proposé d'organiser une session pour les infirmiers. Une intervention était consacrée à la consultation infirmière en Santé au Travail. Cette présentation avait alors créé de vifs remous, notamment de la part de médecins considérant qu'il s'agissait d'un contenu équivalent à la pratique médicale. Durant cette même période des expérimentations d'entretiens infirmiers dans les services de santé inter-entreprises commençaient à se mettre en place.

Lors de conférences, séminaires, le sujet restait houleux avec des témoignages de médecins réfractaires, craignant pour leur métier, pour la dévalorisation de la santé au travail, et des médecins plutôt intéressés, ayant pu mener une expérience collaborative par le passé. De leur côté les infirmiers moins loquaces et peu nombreux, craignaient de donner leur avis.

Depuis, la réforme de la santé au travail de 2012 s'applique, obligeant les Services de Santé au Travail Interentreprises à recruter des infirmiers. Malgré le temps, le sujet fait toujours débat avec des intégrations d'infirmiers plus ou moins réussies.

Notre activité dans le cadre la licence professionnelle des métiers de la santé au travail à l'IUT d'Auch nous amène à rencontrer et suivre des infirmiers qui se spécialisent dans le domaine. Autant que l'acquisition de compétences cette formation en alternance est une source de vécu, d'échanges de pratiques, de ressentis. A ce titre nous avons pu constater que les retours d'expériences étaient très variables, d'expériences intégratives positives à des situations de détresse au travail.

Ces considérations viennent interroger notre propre expérience et l'intérêt porté à cette représentativité professionnelle. En effet, la méconnaissance à nos débuts du domaine de la santé au travail a fait place progressivement à un intérêt grandissant des effets du travail sur la santé, avec l'intime conviction que la collaboration entre médecin et infirmier ne pouvait être que bénéfique. Les années en santé au travail, les divers groupes de réflexions, les interventions auprès de médecins du travail, auprès d'infirmières d'autres spécialités nous ont incité à réfléchir et promouvoir la profession dans cette spécialité. C'est dans ce cadre de

réflexion que nous avons souhaité approfondir et analyser les incidences de la réforme au regard des expériences qui nous ont été rapportées.

A partir de ce travail de recherche nous souhaitons comprendre si les effets de l'intégration des infirmiers sont liés seulement à une histoire de personnalités ou si les racines du problème sont plus profondes, à quels phénomènes font-elles écho. L'étude des représentations professionnelles des médecins et infirmiers nous a paru prometteuse et susceptible de nous apporter des éléments de compréhension. Ce cadre théorique nous permettra une lecture à plusieurs niveaux pour analyser la construction des savoirs et des significations et examiner les processus de production, leurs liaisons aux pratiques et aux interactions. Nous avons d'autre part voulu nous appuyer sur le concept de changement, pour évaluer le degré de déstabilisation du système impactant les professionnels.

Nous avons alors élaboré notre travail de recherche à partir de la question de départ suivante :

Existe-t-il un décalage entre les attendus réglementaires de l'insertion des infirmiers dans les SSTI et leur réalité professionnelle ?

Ce travail de recherche est construit à partir de la présentation du contexte de la santé au travail, mais aussi de la profession d'infirmier en nous appuyant sur des bases historiques. Les éléments de problématisation viennent ensuite se focaliser sur la question de recherche. Le cadre conceptuel basé sur les représentations professionnelles et le concept du changement est développé. Puis nous abordons la méthodologie de notre travail de recherche pour amener des propositions de recommandations.

1-1. De l'origine de la médecine du travail

D'un point de vue réglementaire la médecine du travail existe depuis 1946 mais les connaissances sur les risques liés au travail et leur incidence sur l'état de santé des travailleurs sont bien plus anciennes.

Les premières descriptions de symptômes liés au travail remontent à la IV^{ème} dynastie (2575-2465 av J.-C.) en Egypte par la description d'un lumbago survenu de façon accidentelle chez un ouvrier, lors de la construction des pyramides. On retrouve par la suite des écrits qui établissent un lien entre des activités et des maladies comme Hippocrate en 450 avant JC qui évoque la colique de plomb chez l'ouvrier métallurgiste ; Claude Galien (129-201), grand médecin durant l'antiquité, médecin de l'école des gladiateurs, qui relève une mortalité importante d'hommes travaillant dans les mines de cuivre ; Celse et Pline l'Ancien (1^{er} Siècle) qui apportent des solutions suite à la description d'intoxication au minium.

Pendant le 1^{er} millénaire on assiste à un enrichissement et à la diffusion des manuscrits antiques grâce à des savants de langue arabe. Au **13^{ème} siècle**, Arnaud de Villeneuve, médecin, philosophe, publie deux ouvrages : « l'hygiène professionnelle » et « la maladie des métiers », il décrit des facteurs tels que la chaleur, l'humidité, la poussière ...comme des éléments pouvant entraîner des troubles chez les ouvriers.

Durant le **15^{ème} siècle**, le travail dans les mines entraîne un fort taux de mortalité ayant pour conséquence une diminution de la main d'œuvre (problèmes d'aération, systèmes de descentes et remontées dangereux). Le Dr Bauer Georg, père de la minéralogie commence à faire le lien avec une éventuelle toxicité des minerais. Ainsi Henri IV intime l'ordre de prélever, dans chaque mine, une portion afin de rétribuer un chirurgien et acheter des médicaments. Colbert reprend cette idée à la fin du **17^{ème}** et l'adapte aux ouvriers des arsenaux.

Au **18ème siècle**, **Bernardo RAMAZZINI**, professeur à l'université de Modène, publie le « Traité des maladies des artisans », on y retrouve la description des symptômes de maladies professionnelles, ce traité restera une référence pendant deux siècles. Notamment à cause de la bonne connaissance de l'activité : « Je conseille au médecin qui visite un ouvrier de s'asseoir sur le simple banc qu'on lui présente comme un fauteuil doré et d'interroger le malade consciencieusement et avec cœur... Aux questions que l'on pose d'habitude, qu'il me soit permis d'ajouter la suivante : quel est le métier du malade? ». (Ramazzini, 1700)

Durant le **19ème siècle**, on assiste aux créations des usines en zone urbaine avec l'arrivée des populations rurales , en 1802, le préfet de police crée un Conseil de salubrité chargé de la visite , de l'examen et des rapports des usines , ateliers..., ces rapports décrivent le mauvais état physique des ouvriers. En 1840, Louis René Villermé, médecin de Napoléon, publie le « tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de laine, de coton, et de soie », il est à l'initiative d'une loi qui vise à limiter la durée du travail des enfants dans l'industrie. Elle sera peu respectée par manque d'inspecteurs. Les premières maladies professionnelles concernant l'exposition au plomb, à la silice sont reconnues. A partir de 1892, la déclaration des accidents de travail devient obligatoire, la réparation est mise en place à partir de la loi du 9 avril 1898.

Le début du XXème siècle voit apparaître une certaine organisation afin d'améliorer les conditions de travail. En 1900 est créée une commission d'hygiène industrielle rattachée au ministère du travail. Elle concerne l'étude des questions d'assainissement et la prophylaxie des maladies professionnelles. Le premier enseignement d'hygiène industrielle est effectué au CNAM en 1905 (Conservatoire National des Arts et Métiers). La commission permanente internationale de Médecine du Travail est mise en place à Milan en 1906. La même année est institué le repos hebdomadaire. Le code du travail apparaît en 1910.

Les surintendantes d'usine font leur apparition pendant la première guerre mondiale. Elles ont constitué les prémisses de la fonction d'infirmier en santé au travail.

La période d'entre-deux guerres voit une certaine évolution des mentalités notamment concernant les employeurs qui comprennent l'intérêt de maintenir les ouvriers et salariés en bonne santé. Pendant cette période en 1929, le 4ème congrès de la Commission Internationale du Travail, fédérant 20 pays, a lieu à Lyon et regroupe des médecins, des inspecteurs du travail, des syndicalistes et représentants du patronat. Malgré des divergences entre patronat et syndicat le principe de la médecine en milieu professionnel commence à émerger. Sont aussi évoquées la définition de la maladie professionnelle et l'enseignement de la médecine du travail. Ainsi les instituts universitaires de médecine du travail se mettent en place.

D'un point de vue social, le front populaire en 1936 fait voter les congés payés, la semaine de quarante heures ainsi que les conventions collectives.

Création de la médecine du travail à partir de la circulaire du 9 juin 1940 et de la loi du 28 juillet 1942. La loi qui fonde la médecine du travail est adoptée le 11 octobre 1946. On y retrouve l'organisation de la médecine du travail avec obligation faite aux employeurs de créer leur service de médecine du travail dans l'entreprise ou de s'affilier à un service de médecine du travail interentreprises. A partir de 1979, le 1/3 temps médical est mis en place, il permet au médecin du travail de consacrer le tiers de son temps de travail à visiter les lieux de travail. Les CHSCT (Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) sont institués en 1982 pour les entreprises de plus de 50 salariés. Sur le plan Européen, la Directive du Conseil des Communautés Européennes le 12 juin 1989 facilite l'amélioration des conditions de travail par une harmonisation entre les états membres et une réduction des Accidents de travail.

La nécessité de prendre en considération la prévention primaire est actée par le décret du 5 novembre 2001 qui instaure le Document Unique d'évaluation des risques professionnels. Puis, par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, les services de médecine du travail deviennent des services de santé au travail, l'approche pluridisciplinaire devient une obligation. En pratique les services font appel à des experts : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) reconnus par la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).

Le décret du 28 juillet 2004 réforme la médecine du travail :

Le terme Santé au travail remplace 'Médecine du travail', des CMT (Commissions Médico Techniques) sont créées pour formuler des propositions concernant les actions pluridisciplinaires. Ce décret acte l'abandon de la référence au temps médical pour adopter un nombre maximum d'entreprises (450) et de salariés (3300) confiés à un médecin. Il impose 150 demi-journées minimum par an pour les missions des médecins en milieu de travail, et réglemente les visites annuelles systématiques qui passent à 24 mois, excepté pour les salariés qui justifient d'une surveillance médicale renforcée.

La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 (JO 21 juillet 2011) et les décrets du 30 janvier 2012 relative à l'organisation de la médecine du travail :

- instaure les missions des services de santé au travail,
- renforce la pluridisciplinarité ainsi que la mise en place des équipes pluridisciplinaires animées et coordonnées par les médecins du travail,
- prévoit la gouvernance paritaire des services de santé au travail interentreprises,
- décrit le suivi de certaines catégories de salariés non suivies jusque-là comme les salariés du particulier employeur (employé de maison) ou encore les mannequins, les artistes, les représentants.

1-2. ... à la santé au travail :

Les faits cités ci-dessus précisent l'évolution organisationnelle de la médecine puis de la Santé au Travail en France. Cette approche reste partielle puisque factuelle. Plusieurs constats, directives, dysfonctionnements ont fait évoluer le système. Certains faits et orientations historiques pénalisent encore à ce jour la santé au travail.

Pour Davezies, (2000) en évoquant les médecins du travail « l'institution dans laquelle ils travaillent n'a pas été conçue pour s'occuper des atteintes à la santé par le travail mais pour assurer l'orientation des travailleurs » (p.44). Cet auteur prend comme exemple Villermé pour lequel il y avait la nécessité de préserver le capital humain afin

de faire fonctionner l'industrie naissante et qu'elle en tire des profits. Les fonctions des médecins du travail étaient plutôt considérées comme relevant de la détermination biologique de la santé ouvrière. La loi du 9 avril 1898 qui organise la réparation des accidents du travail vient renforcer cet état. Pour diminuer les frais des entreprises en rapport aux accidents du travail, des services médicaux sont mis en place, les médecins sont rémunérés par l'employeur, situation dont les salariés se méfient, par peur d'une sélection de la main d'œuvre. Ce rôle de préservation de la main d'œuvre pour faire fonctionner les entreprises est accentué pendant les périodes de guerre où il y a la nécessité de faire le meilleur usage possible de la main d'œuvre. Les médecins du travail doivent faire face aux ambiguïtés de l'expertise médicale pour doser les intérêts des salariés et ceux des employeurs.

Ainsi les risques professionnels étaient minimisés comme le montre l'exemple de la silicose, maladie du travail la plus mortelle du XXème siècle, pathologie soulevée par Etienne Martin dès 1930 seulement reconnue en 1945, vingt ans après l'Allemagne et l'Angleterre.

Lorsque la loi de 1946 institue l'obligation de la médecine du travail, une organisation originale et unique au monde apparaît puisque la médecine du travail est obligatoire et s'applique à tous les salariés. Or, ce suivi se situe majoritairement en prévention tertiaire et centré autour de la visite d'aptitude.

Malgré l'introduction en 1969 de la notion de « tiers temps » pour accorder plus de place aux actions en milieu de travail la médecine du travail reste peu performante et traverse plusieurs crises.

Ainsi « le drame de l'amiante va jouer un rôle de révélateur et mettre en lumière les carences d'un système qui n'a pas su empêcher une catastrophe sanitaire pourtant prévisible » (Conso, Frimat, 2007, p.9), cette crise exacerbant le malaise lié au principe de l'aptitude, puisqu'il est demandé au médecin de certifier qu'un salarié ne présente pas de contre-indication à manipuler des substances dangereuses, position générant une tension éthique pour la profession des médecins du travail.

En parallèle on observe une augmentation de plus de 20% par an depuis le début des années 90 des maladies professionnelles.

Pourtant des réformes successives ont tenté d'améliorer la situation, notamment la directive européenne de 1989 souhaitant développer la prévention primaire par l'évaluation à priori des risques et la mise en place de la pluridisciplinarité. Cette directive a été longue à être appliquée mais elle a été à l'origine de la mise en place du document unique, du renforcement de la pluridisciplinarité amenant le passage de la médecine du travail à la santé au travail.

Malgré cette évolution le nombre de médecin du travail partant à la retraite et leur non remplacement a mis en difficulté de nombreux Services de Santé au Travail vis-à-vis de la réglementation, le développement de nouvelles pathologies en lien avec des risques émergents (Risques Psychosociaux, Troubles Musculo Squelettiques) et de nouveaux risques encore mal identifiés (nanoparticules, hyperfréquences..), une situation économique qui modifie les organisations du travail et les emplois (intérim, précarité...), la réforme des retraites et la législation sur la pénibilité au travail ont considérablement favorisé la mise en place de la loi du 20 juillet 2011 concernant la réforme de la médecine du travail.

1-3. La réforme de la santé au travail : Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

Cette loi a été suivie des décrets n° 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 et de la circulaire Direction Générale du Travail n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail.

1-3-1. Pourquoi cette réforme ?

A partir de la circulaire de novembre 2012 plusieurs raisons à la mise en place de cette réforme sont évoquées notamment les limites de la réforme de 2004, puisque celle-ci

préconisait d'étoffer les équipes de santé au travail or « **le recours à des compétences pluridisciplinaires reste insuffisant** » (p.5), les outils de pilotage qui ne sont pas suffisamment développés, et une répartition des ressources aléatoire « **la démographie médicale et l'inégale répartition territoriale des médecins du travail constituent encore un obstacle** à la réalisation, par les services de santé au travail, de l'ensemble de leur mission. » (p.6).

Ces constats sont à relier avec des événements de société récents comme le drame de l'amiante, mais aussi l'apparition de nouveaux risques comme les risques psychosociaux, les suicides en lien avec le travail ou encore les troubles musculo squelettiques ainsi que les risques à effets différés. Ainsi selon la circulaire, « **les modes d'intervention en matière de santé au travail doivent être repensés et rendus plus efficaces** » (p.6).

Afin d'améliorer les prestations proposées, le législateur insiste sur la prise en compte de la prévention par « **une volonté de faire évoluer les services de santé au travail , vers des services de prévention privilégiant les actions de prévention primaire** et proposant des actions collectives sur le milieu du travail, complémentaires et étroitement liées aux actions individuelles » (p.6).

D'autre part la circulaire évoque la nécessité de prendre en considération **le vieillissement de la population**, en améliorant les conditions de travail pour favoriser le maintien dans l'emploi des seniors en diminuant le risque d'usure prématurée et la pénibilité du parcours professionnel « **Les questions du maintien dans l'emploi, de la prévention de la pénibilité ainsi que de la désinsertion professionnelle sont primordiales** » (p.6).

1-3-2. Le contenu de la loi :

Cette loi précise que la **mission exclusive des services de santé au travail est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail**. Il s'agit de mener des actions essentiellement préventives, de répondre aux sollicitations en termes de

conseils des employeurs, des salariés mais aussi des représentants du personnel, assurer la surveillance de la santé des salariés et participer au suivi global des problématiques de santé au travail.(cf. annexe I, p.102)

Des compléments ou modifications sont apportées dans plusieurs domaines :

- **administration paritaire** des SSTI composés de représentants des employeurs et de représentants des salariés des entreprises adhérentes.
- **modifications concernant le suivi individuel des salariés** : notamment en ce qui concerne la mise en place de ce suivi (visites de pré reprise, de reprise), la modification de certains critères concernant les Surveillances Médicales Renforcées (SMR) et la fréquence des visites périodiques. Le législateur a rajouté la nécessité d'informer le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et sur le suivi médical nécessaire (R.4624-16 du Code du travail).
- l'obligation est faite au chef d'entreprise de désigner **un ou plusieurs salariés compétents** pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise.
- possibilité est donnée **au médecin du travail de proposer un écrit motivé et circonstancié** à l'employeur des mesures visant à préserver la santé des travailleurs lorsqu'il constate la présence d'un risque (nouvel article L. 4624-3 du Code du Travail). L'employeur prend en considération ces propositions et en cas de refus, doit faire connaître par écrit les motifs qui s'y opposent.

Dans le domaine qui nous concerne plus particulièrement, la pluridisciplinarité est renforcée avec l'arrivée de nouveaux acteurs. **L'équipe comprend des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers.** Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail (ASST) et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

1-3-3. La réglementation concernant l'arrivée des infirmiers dans les SSTI

Les infirmiers réglementairement intégrés en Santé au Travail jusqu'à la réforme, étaient employés au sein d'entreprises dans des services de médecine du travail autonome. Ils exercent en entreprise et sont recrutés en fonction du nombre de salariés et des risques spécifiques.

La nouveauté réside dans l'obligation faite aux SSTI de recruter des infirmiers pour étoffer les équipes pluridisciplinaires.

Les SSTI sont des entités regroupant des équipes pluridisciplinaires situés dans des locaux adaptés, en zone urbaine. Ils assurent le suivi de la santé au travail des salariés majoritairement en Très Petites Entreprises (TPE) et Petites et Moyennes Entreprises (PME).

Selon les données fournies par le CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise), il existe 270 Services de Santé au Travail Interentreprises sur le territoire national. Ils interviennent au bénéfice d'1,5 million d'entreprises (dont 80 % ont un effectif inférieur à 10 salariés) et de 15 millions de salariés (sur les 16 millions que compte le secteur privé).¹

Suivant cette loi, l'infirmier doit être diplômé d'Etat et doit être formé en santé au travail dans l'année qui suit le recrutement s'il n'est pas déjà formé.

La circulaire du 9 novembre 2012 précise que « l'infirmier à des missions propres, définies par le code de la santé publique, et des missions confiées par le médecin du travail, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits, dans les deux cas ces missions sont exercées en coordination avec tous les acteurs des SST » (p.43).

L'activité infirmière est précisée dans deux domaines :

- la promotion de la santé au travail et la veille sanitaire :

La circulaire souligne que l'infirmier participe aux actions en milieu de travail, dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les salariés en matière de santé et sécurité au travail. L'infirmier participe à des actions d'information et concours au recueil d'observations et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études épidémiologiques et de veille sanitaire.

¹ Site web CISME : www.cisme.org/

Il peut réaliser :

- les fiches d'entreprise,
- les études de poste,
- des actions de maintien et insertion ou réinsertion des salariés au poste de travail et dans l'emploi.

- le suivi individuel de la santé des salariés :

Des entretiens infirmiers sont prévus par la loi. Ils sont confiés par le médecin du travail, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits prévus à l'article R4623-14 du code du travail. Ce suivi individuel peut être mis en place en cas de modulation de la périodicité des examens médicaux. Des entretiens intercurrents permettent d'espacer les visites médicales lorsqu'ils sont accompagnés d'actions pluridisciplinaires annuelles. Ils ne concernent pas les examens d'embauche, de pré reprise et de reprise. Ces entretiens donnent lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier. L'infirmier peut aussi effectuer certains examens complémentaires selon les mêmes modalités. D'autre part la circulaire préconise l'institutionnalisation de temps d'échanges entre médecin et infirmiers en matière de suivi individuel des salariés.

Cette loi précise donc les missions des infirmiers concernant le suivi individuel et collectif des salariés en insistant sur la prévention et la promotion de la santé au travail. Le travail en équipe pluridisciplinaire est affirmé ainsi que la collaboration avec le médecin.

On peut toutefois émettre quelques remarques :

- **la notion d'entretiens infirmiers sous protocoles.** Les protocoles concernant les actes infirmiers ne s'appliquent que pour les actes relevant du rôle prescrit. Le contenu d'un entretien infirmier n'a pas de visée thérapeutique et relève du rôle propre infirmier.

- **l'infirmier collabore avec le médecin, la notion d'assistantat a été abrogée malgré l'avis défavorable du conseil de l'ordre des médecins.**²

-il existe un **flou concernant le lien hiérarchique** entre les membres des SSTI et au sein de l'équipe pluridisciplinaire

Afin de mieux décrire la profession d'infirmier aujourd'hui et de pouvoir comprendre les enjeux de leur intégration dans les SSTI il nous a paru important de revenir sur l'évolution de la profession.

1-4. La profession d'infirmier

1-4-1. Historique de la profession

Selon Marie Françoise Collière l'évolution de la profession peut être schématisée en quatre périodes : (Collière, 1998)

- Le soin associé aux activités féminines : la femme soignante guérisseuse,
- Le soin associé au pouvoir religieux : la femme soignante consacrée,
- Le soin orienté sur la maladie : la femme infirmière auxiliaire du médecin,
- Le soin axé sur la prise en charge holistique du patient: l'infirmière professionnelle.

Plusieurs aspects ont contribué à la construction de cette longue évolution. La **féminisation de la profession** s'est fortement accélérée à partir de la révolution

² Le conseil de l'ordre des médecins 13/03/12 proposait l'analyse suivante sur son site internet :

« Les articles R 4623-29 et suivants évoquent le rôle de l'infirmier en santé du travail et le renforcement de la coopération avec les médecins du travail dans un sens qui est tout à fait conforme aux préconisations formulées par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Nouvelles coopérations en santé au travail, recommandations du CNOM, 17 juin 2011).

*On regrettera cependant qu'il ne soit plus prévu expressément comme c'était le cas **auparavant que l'infirmier a notamment pour mission d'assister le médecin du travail** dans l'ensemble de ses activités et est mis à sa disposition »*

(Carbuccion, 2008). Les guerres ont féminisé le travail à l'usine obligeant les femmes à prendre en charge des situations inédites et l'évolution de la société a, en 1968 notamment, modifié la place des femmes mais aussi celle des infirmières. Ainsi cette féminisation a largement contribué à calquer l'activité infirmière au modèle féminin en cours dans la société, alors marquée par une dominance patriarcale.

D'autre part **l'évolution de la profession a été tributaire des événements historiques et sociétaux** avec l'arrivée du Christianisme qui a modifié la prise en charge des malades, la révolution de 1789 avec la laïcisation, les guerres, la crise de 1968, l'émancipation de la femme dans la société française ...Mais aussi **les progrès de la médecine** ont entraîné une évolution professionnelle. Si les premiers soins étaient réalisés à partir de données empiriques, c'est surtout suite aux découvertes de Pasteur concernant l'hygiène et la stérilisation que les soins curatifs sont devenus plus techniques demandant formation et professionnalisme.

C'est à partir du début du 20ème siècle qu'un cadre législatif a contribué à définir la profession. En 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et la création du premier diplôme Français. Puis en 1937, une loi crée l'article L.474 du code de la santé publique : « **Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1** ».

On voit apparaître ensuite une scission entre la santé et le social : entre l'infirmière visiteuse d'hygiène sociale et la future assistante sociale à partir de 1938.

Puis l'exercice infirmier devient réglementé : "**Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillers par le médecin**" selon la loi du 8 avril 1946 dans le code de la santé publique livre IV, titre II, article L 473 .Trente-deux ans après, le souhait des infirmiers de faire reconnaître leur spécificité est entériné par la loi n°78-615 du 31 mai 1978 qui « **reconnait le « rôle propre » de l'infirmière dans la mise en œuvre des soins, l'accompagnement des patients, la prévention, l'éducation**

et la promotion de la santé. Le champ de responsabilité professionnelle s'ouvre très largement » (Chaboissier, 2009, p. 1).

Ainsi les soins infirmiers deviennent une discipline à part entière. « Depuis 1978 la formation des infirmières est centrée sur la prise en charge globale de la personne soignée. L'apprentissage des sciences humaines a pour objectif de présenter le malade dans son entité "personne" et d'éveiller chez les futures professionnelles leur intérêt pour prendre en considération la relation "corps-esprit" et dispenser des soins globaux aux personnes soignées". (Marechal, Psuik, 1995, p. 42). Par la suite **le décret du 12 mai 1981**, premier décret d'application de la loi du 31 mai 1978 vient apporter des précisions sur la fonction infirmière. Ainsi « **la fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense** soit sur prescription médicale soit dans le cadre du rôle propre à l'infirmière » selon l'article premier ainsi que les précisions concernant le rôle propre « relèvent du **rôle propre** de l'infirmière **les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie** et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes."

Puis, toujours en vigueur à ce jour **le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004** du livre III du code de la santé publique regroupe le décret d'actes professionnels infirmiers et le décret relatif aux règles professionnelles. (Articles 4311-1 à 4311-5). Ce décret régit l'exercice de la profession infirmière et détaille les actes pouvant être réalisés de façon autonome par les infirmiers et les actes sur prescription et protocoles. (cf. Annexes II, p.103)

« Moins d'un siècle aura été nécessaire pour la reconnaissance d'une compétence professionnelle spécifique et utile socialement. Elle fait passer l'infirmière d'un statut d'exécutant à celui de partenaire et de relais dans l'équipe multidisciplinaire, responsable, outre de la réalisation des prescriptions, d'un champ d'action autonome. Cette évolution sans précédent du processus identitaire professionnel permet un retour aux fondements humanistes de la relation de soins : considération, empathie et respect, articulés aux valeurs morales et éthiques qui orientent les conduites professionnelles » (Chaboissier, 2009, p 2)

1-4-2. Historique de la profession en santé au travail:

L'on retrouve à partir de la première guerre mondiale des **surintendantes recrutées dans les usines** qui peuvent être considérées comme les précurseurs des infirmiers exerçant en santé au travail. En effet, par temps de guerre la population ouvrière s'étant fortement féminisée, les surintendantes ont été intégrées dans les usines pour améliorer les conditions d'hygiène, pour proposer des améliorations des conditions de travail, pour recueillir des informations et assurer un suivi individuel.

Elles ont une formation d'infirmière à la base complétée par une formation spécialisée (école des surintendantes d'usines créées en 1917). « Dotées de compétences médicales, sociologiques, juridiques et organisationnelles elles avaient pour mission d'implanter dans les usines des services sociaux et de promouvoir une organisation du travail qui plaçait le salarié au centre du système productif. L'un des objectifs était de permettre aux ouvrières de concilier vie familiale et professionnelle ». (Aballea, 2004, p. 212). Elles étaient en charge de l'organisation des chambres d'allaitement.

Il s'agissait de femmes ayant le diplôme d'infirmière et qui suivaient une formation pluridisciplinaire : droit, économie, sociologie, hygiène industrielle, toxicologie.

Elles mettent en place des fiches de poste, des statistiques sur les accidents du travail. Elles interviennent sur les organisations du travail et l'hygiène conseillent les employeurs sur l'adéquation entre le poste de travail et l'ouvrier. Cette fonction disparaît progressivement à partir de 1932 avec la formation qui devient rattachée à celle des assistantes sociales entraînant une perte d'identité. D'autre part l'institutionnalisation de la médecine du travail et le rôle central dévolu aux médecins du travail est à l'origine d'un éclatement des tâches qui signe la fin des surintendantes d'usine.

On peut toutefois considérer que ces surintendantes d'usine ont constitué les prémisses de la fonction d'infirmier en santé au travail.

A partir des textes fondateurs de la médecine du travail (1946) la réglementation oblige les entreprises à se doter d'infirmiers en fonction du nombre de salariés et des risques encourus.

L'article R.4623-32 remplace l'article R 241-35 du code du travail :

Le personnel infirmier en entreprise :

Art. R. 4623-32.-**Dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés, est présent au moins un infirmier** et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés. Dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés.

Art. R. 4623-33.-**Dans les établissements industriels de moins de 200 salariés et dans les autres établissements de moins de 500 salariés, un infirmier est présent** si le médecin du travail et le comité d'entreprise en font la demande. Lorsque l'employeur conteste la demande, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.

Art. R. 4623-34.-En présence d'un médecin du travail dans l'entreprise, il assure ses missions en coopération avec ce dernier.

Lorsque le médecin du travail du service de santé au travail interentreprises intervient dans l'entreprise, il lui apporte son concours. L'équipe pluridisciplinaire se coordonne avec lui.

Cette réglementation ne définit pas les missions des infirmiers, ces derniers sont amenés à soigner les salariés en cas de blessures ou d'accidents. « L'infirmière assiste le médecin dans l'ensemble de ses fonctions ».

Ces différentes étapes chronologiques dessinent une trame partielle de l'évolution du métier, un rapprochement avec différents aspects historiques, économiques, sociétaux, médicaux amènent un complément de compréhension nous permettant d'entrevoir quelques éléments d'élaboration des représentations du métier d'infirmière.

1-5. Discussion autour des éléments contextuels.

La description historique précédente nous éclaire sur l'apparition, la construction et l'évolution du métier. On peut considérer que la reconnaissance spécifique et l'autonomisation est récente (depuis un siècle environ).

Cette progression, appuyée réglementairement, avec un enseignement en évolution doit être intégrée aux contextes suivants :

- la démographie médicale,
- les politiques de santé qui tentent de s'adapter en essayant de stabiliser les couts,
- la modification des besoins de santé : population vieillissante, augmentation de pathologies chroniques,
- l'évolution du comportement des patients.

Les différentes étapes précédentes ont montré une lente évolution du cadre de la profession. Pendant plusieurs décennies l'emprise médicale et religieuse ont été prépondérantes.

Lors d'une allocution, le Professeur Léon Bernard (1872-1934) disait : « Mesdames, on vous a donné l'instruction, les notions techniques indispensables ; gardez-vous d'en tirer un orgueil excessif. Restez femmes et infirmières ; dites-vous bien qu'il n'y a pas de viles besognes et que c'est au contraire de leur acceptation toute simple que vous tirerez tout le prestige dont vous avez besoin. Respectez le médecin, même si vous jugez qu'il ne le mérite pas. Le médecin doit toujours être considéré comme son chef par l'infirmière».

Cette attitude de dépendance et de soumission à la fonction médicale a longtemps fait partie de la représentation infirmière.

Cependant plusieurs événements tels que les découvertes de Pasteur concernant l'hygiène, les guerres, l'évolution des techniques ont **détourné le soin sur le volet technique**. « La pratique infirmière est organisée autour de différentes tâches prescrites par le médecin pour investiguer, traiter, surveiller la maladie » (Colliere, 1998, p. 128).

Mais progressivement l'autonomie de l'infirmière s'est développée à partir d'étapes charnières notamment **à partir de 1968**. « Le mouvement de 1968 renforce la prise de conscience d'une deshumanisation des soins. Les principes d'une approche plus individualisée, formalisée dans les modèles théoriques infirmiers anglo-saxons- notamment celui de **Virginia Henderson** en 1960 inspirent la profession qui, par ailleurs, se mobilise pour tenter de se libérer des valeurs d'obéissance et de soumission » (Chaboissier, 2009, p. 2).

Ainsi en 1972, le programme de formation intègre la compréhension des besoins de santé des personnes et des groupes.

La mise en place du rôle propre infirmier, les textes règlementaires ont permis de cadrer la profession mais les réformes économiques diverses depuis 1990 (réforme hospitalière de 1991, création des ARS (Agences Régionales de Santé), numerus clausus, le plan hôpital de 2007....) ont modifié l'offre de soins.

Afin de répondre à cette évolution, la formation a été repensée et des réflexions ont permis d'envisager de nouvelles modalités d'exercices. Ainsi la formation des infirmiers a été repensée, faisant suite, entre autres, à des directives européennes. **A partir de 2009, la formation est réalisée sur la base de 10 compétences à acquérir** sous la forme d'un référentiel. La formation est remodelée dans un cadre universitaire LMD (Licence Master Doctorat) et abordée par compétences centrées sur le patient plutôt qu'un apprentissage de tâches.

En parallèle des réflexions ont été menées pour faire évoluer l'offre de soin en envisageant des modifications d'exercice. Notamment la loi Hôpital Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 propose la mise en place de coopérations entre professionnels de santé pour optimiser les parcours de soin dans le cadre de l'article 51.

En janvier 2011, Laurent HENART, Yvon BERLAND, Danielle CADET sont les auteurs d'un rapport rendant compte d'expérimentations menées après 2009 et des enjeux de l'éducation thérapeutique. Les auteurs considèrent que ces pratiques doivent faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération en rénovant le cadre des

coopérations entre professionnels de santé « **Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer. Des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies ; les formations et qualifications doivent être revisitées** » (p. 34) et précisent : **Ils** [Les professionnels exerçant ces nouveaux métiers] **pourront également intervenir en établissement scolaire, en entreprise ou en médecine du travail** dans un contexte législatif approprié » (p. 49).

Cette évolution, complétée par ces propositions, permet d'envisager une prise en compte du degré d'expertise.

Certains pays, notamment Anglo-Saxons, reconnaissent différents niveaux d'expertises aux infirmiers. Ainsi le terme **de pratiques infirmières avancées** est originaire d'Outre Atlantique sous le terme : « Advanced Nursing Practice », formulation apparue dans les années 1960.

Cette dimension demeure, en France à l'état de réflexion puisque les seules spécialisations infirmières restent les infirmières Puéricultrices, les IBODE (Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat), les IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat) et il n'est pas reconnu à ce jour de façon institutionnelle l'expertise d'infirmiers dans d'autres domaines spécifiques.

Or, la spécialité d'infirmier en santé au Travail nécessite une formation de spécialisation, dont la durée est de minimum 150 heures selon l'accord du 20 juin 2013 relatif à la révision partielle des salaires et des classifications de la Convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises.

Cette formation ayant pour objectif d'apporter aux infirmiers les connaissances nécessaires leur permettant d'exercer de façon pertinente tant auprès des salariés que de leurs collaborateurs. Plusieurs formations de spécialisation en Santé au Travail existent en France allant de quelques journées d'initiation à des formations universitaires de grade licence et licence professionnelle. Ces formations doivent tenir

compte du socle de base infirmier qui intègre déjà dans son cursus dix compétences dont certaines sont pleinement utilisées dans l'exercice en santé au travail.³

Comme nous l'avons évoqué précédemment **l'action en santé au travail est majoritairement éducative et préventive**. Le champ du rôle propre est fortement mobilisé au détriment des actes relevant de prescriptions.

Ainsi selon l'article R. 4311-1 du Code de la Santé Publique : « l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, **la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé**. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au **respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel**. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif ».

Etant acquis que les soins infirmiers comprennent les soins curatifs, éducatifs, préventifs, cet article a tout son sens en santé au travail et confère à l'activité infirmière, non pas une succession de tâches mais engage surtout une démarche faisant appel au raisonnement clinique.

L'infirmier doit être en capacité de repérer des situations à risques, d'identifier des problèmes de santé, de repérer les ressources des salariés, d'analyser la situation et les effets, de donner des conseils adaptés et d'orienter de façon pertinente, d'évaluer.

³ Pour rappel, **les 10 compétences de base acquises en formation initiale** : 1. **Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier** 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique 5. **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs** 6. **Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins** 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle 8. **Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques** 9. **Organiser et coordonner des interventions soignantes** 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Cette dimension élargie d'activité infirmière en santé au travail, était jusqu'à récemment, pratiquée majoritairement par certains infirmiers en entreprise, surtout dans des lieux de travail de taille moyenne n'ayant pas de service de prévention clairement identifié.

Cette nouvelle réforme intègre des infirmiers de façon massive dans les SSTI, qui doivent faire preuve d'une adaptation rapide afin de remplir les missions qui leur sont dévolues.

De nombreux changements interviennent tant au niveau des structures puisque de nombreux SSTI fusionnent que des organisations qui doivent s'adapter en fonction des nouvelles configurations et réglementation. Au niveau individuel l'adaptation doit être pensée en révisant les pratiques professionnelles et les rapports au travail.

2- PROBLEMATIQUE

L'évolution du monde du travail a transformé les conditions de travail des salariés entraînant un impact sur les modalités de prise en charge de leur santé.

Ainsi le développement de l'industrialisation a modifié le rapport de l'Homme au travail car les bouleversements économiques, techniques, les choix politiques, les évolutions sociales et sociétales ont eu des répercussions sur les organisations du travail. Cette évolution a entraîné la transformation des métiers industriels et une tertiarisation croissante qui ont fait émerger des risques peu ou mal identifiés jusque-là, notamment la prise en compte et la vulgarisation des Risques Psychosociaux (RPS), l'identification et le développement des Troubles Musculo Squelettiques (TMS).

De plus, les conséquences de l'exposition aux fibres d'amiante, la médiatisation des suicides dans des entreprises nationales françaises ainsi que l'explosion de déclarations de TMS en maladies professionnelles⁴ ont entraîné une prise de conscience de certaines défaillances des services de santé au travail, notamment dans le domaine de la prévention.

Si l'image de la santé au travail a été mise à mal par ces événements, elle souffre aussi d'une moindre considération en interne. En effet, la spécialité des médecins en santé au travail reste la moins attractive, selon l'analyse issue de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2012) à l'issue des épreuves classantes (ECN) de 2011 la médecine du travail a le plus bas taux de postes pourvus (68% en 2011) de toutes les spécialités médicales. Ainsi pour Dellacherie, Frimat & Leclercq (2010) « La discipline est en crise. Elle est depuis longtemps jugée peu attractive, et aujourd'hui les étudiants en médecine s'interrogent sur son avenir. Les médecins du travail, qui pâtiennent d'une image sociale peu flatteuse, désespèrent d'un métier dont ils connaissent pourtant les atouts et mesurent les potentialités. » (p. 3). Selon un rapport de la cour des comptes de 2012, l'âge médian des médecins du travail est de 56 ans, 25% d'entre eux partiraient à la retraite dans 5 ans.

⁴ Les TMS représentant 85% des déclarations en maladies professionnelles (source INSEE décembre 2012)

Les départs à la retraite et le non renouvellement entraînent alors une augmentation du nombre de salariés à suivre par les médecins en activité. Cet accroissement de l'effectif attribué par médecin, un temps consacré de plus en plus important aux visites réglementaires détournent les médecins d'un suivi plus régulier des salariés de leur secteur, ainsi que du temps passé en entreprise.

Cette modification de l'activité des médecins génère pour certains, insatisfaction et frustration, considérant qu'ils ne sont plus en mesure d'accomplir leurs missions.

Pour remédier à ces difficultés, la réforme de la santé au travail du 20 juillet 2011 a tenté d'apporter des améliorations, notamment la possibilité d'embauche de médecins collaborateurs, d'intégration d'internes, de modification de la fréquence de certaines visites ; ainsi que la mise en place d'équipes pluridisciplinaires. Cette dernière modifiant les modalités de fonctionnement des SSTI en portant obligation de recruter des infirmiers.

Cette insertion institutionnelle des infirmiers a plus ou moins bien été accueillie par les médecins.

Les pratiques médicales en santé au travail étant jusqu' en 2004, en tout cas, basées sur une activité individuelle avec l'appui d'un assistant.

Des difficultés apparaissent alors, qui vont modifier la façon de travailler des acteurs déjà en place, et vont interroger ces professions sur les limites de leurs champs professionnels. Selon les textes de la réforme, les infirmiers interviennent sur deux axes : l'activité sur le terrain dans une approche collective et la réalisation d'entretiens infirmiers dans un domaine plus individuel.

Dans le cadre de la réforme, le médecin anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire et les acteurs travaillent en collaboration. Cette nouvelle configuration pose de nombreuses questions. Déjà en 2010, quelques expérimentations d'intégration d'infirmiers avaient eu lieu, ainsi selon Davezies (2010) « le développement de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail est très généralement envisagé sur le mode de la simple addition des contributions, sans prise en compte des tensions et des conflits potentiels qu'impliquent nécessairement la collaboration entre

professionnels de formation et de métiers différents » (p. 14). Il évoque la place dominante des médecins, appuyée par le conseil de l'ordre des médecins, puisque les différents acteurs n'interviennent auprès des salariés et des entreprises qu'à partir d'une prescription médicale. Cette même notion est reprise par Lecomte-Menahes (2011), dans le cadre d'une thèse de Sociologie sur les interactions entre les groupes professionnels des SSTI. Elle s'appuie sur les notions de *licence* et *mandat*⁵ développées par Everett Hughes (1996) en considérant que la *licence* des médecins du travail est remise en question et que conserver leur *mandat* leur permet de préserver leur position au sein des SSTI.

La mise en place des entretiens infirmiers à partir de la réforme a entraîné bon nombre de réactions. L'attachement des médecins aux visites médicales reste majoritaire car cette activité clinique les rattache à leur pratique première, mais aussi car elle est le moyen de recueillir des informations dans le cadre du secret médical sur le salarié et l'entreprise qui l'emploie. Ainsi « ils ne peuvent la déléguer telle quelle à un autre professionnel sans perdre la particularité de leur activité. En choisissant de faire remplir des questionnaires aux infirmières, les médecins du travail délèguent le recueil d'information auprès des salariés, supprimant la partie diagnostique de l'activité ». (Lecomte-Menahes, 2011, p.6).

Cette pratique est dénoncée au sein du SNPST : Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail « Dans la consultation de demain, l'Infirmier en Santé au Travail (IST) devra poser des questions aux salariés, et juste les questions prédéfinies ! Il cochera ensuite les cases en fonction des réponses du salarié et fera quelques examens complémentaires systématiques » (mars 2013, p. 8).

Selon la réforme, les entretiens infirmiers doivent être réalisés à partir de protocoles médicaux. Pour Barlet (2012) : « le terme de protocole n'est pas apprécié par tous. Aux yeux des infirmières, il traduit une volonté de contrôle des médecins sur leurs pratiques. Or, si les entretiens infirmiers se déroulent toujours à l'initiative du

⁵ *Licence* et *mandat* sont des distinctions qui permettent d'examiner l'état d'un métier ou d'une profession. La licence donnerait l'exclusivité d'exercer certaines activités avec une autorisation légale de pratique. Les détenteurs d'une *licence* détiennent un *mandat* qui définit les comportements que devraient adopter les autres personnes vis-à-vis de tout ce qui touche à leur travail.

médecin, les modalités de déroulement des consultations ne peuvent être prescrites médicalement » (p.171).

Cette notion d'autonomie au sein de la consultation⁶ renvoie aux décrets de compétences infirmiers avec un rôle prescrit et un rôle propre, grâce auquel l'infirmier peut agir sous sa propre responsabilité en toute autonomie. Or, le contenu de ces consultations ne relève pas d'actes prescrits tels que définis par l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique et, le restreindre à un questionnaire, est source de dévalorisation professionnelle par manque de reconnaissance des capacités d'un personnel infirmier et peut potentiellement passer à côté d'éléments singuliers qu'un patient aurait livré dans un entretien clinique.

Ainsi l'organisation du travail, avec un enchaînement d'entretiens infirmiers en fonction des expositions : travail sur écran, travail de nuit... a généré un travail routinier, considéré par certaines comme de 'l'abattage', sans marge de manœuvre, sans possibilité d'employer un raisonnement clinique entraînant une perte de sens au travail.

Plusieurs infirmières ayant quitté le secteur du soin pour exercer en santé au travail, ont démissionné de leur poste à cause d'un appauvrissement de leur tâche, ayant vécu des expériences difficiles. La réforme obligeant les SSTI à se doter de personnels infirmiers sans réel désir des médecins et pour répondre à des demandes règlementaires.

L'ensemble de ces éléments permet de constater que la réforme a entraîné, à partir des modifications organisationnelles, un retentissement touchant, entre autre, à l'identité professionnelle des médecins et des infirmiers du fait du changement.

Afin d'analyser ces dysfonctionnements nous avons choisi de convoquer les concepts de représentations professionnelles et de changement.

Le recours aux concepts nous permet d'éclairer les processus qui génèrent le point de vue des professionnels dans une dimension individuelle et collective (médicale,

⁶ Le terme d'entretien infirmier est employé dans la réforme, nous emploierons également le terme de consultation infirmière qui nous semble plus approprié

infirmière). En effet, selon Blin (1997) l'exercice professionnel est caractérisé par des fonctions mais aussi par une composante identitaire issue d'interactions entre acteurs et collectifs à partir de situations de travail spécifiques.

Il paraît alors important de comprendre ces interactions afin d'apporter des éléments de compréhension en nous intéressant d'abord aux représentations sociales comme concept car les représentations professionnelles (RP) sont des représentations sociales spécifiques (Piasser, 1999). Ainsi Jodelet définit les représentations sociales (RS) : « une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués (...) une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel, idéal » (1991, p. 37).

Les représentations sociales désignent à la fois un processus et le contenu dont il est issu. L'analyse des processus qui conduisent à la production des représentations peut alors être objectivée par l'étude des schèmes symboliques et interprétatifs en lui conférant une signification.

Moscovici (1961) définit deux processus pour comprendre comment le social transforme un objet en représentation et inversement. Il développe le processus d'objectivation qui permet le passage d'éléments abstraits à des images concrètes. Le second processus est l'ancrage qui correspond aux modalités d'insertion dans le social en permettant d'interpréter la réalité.

A partir de cette analyse la compréhension de l'organisation des RS dépend de la connaissance du contenu à partir d'éléments structurés et des relations entre ces deux éléments.

Deux écoles ont des analyses différentes concernant l'organisation des RS. L'école d'Aix en Provence représentée par Abric, Flament, Moliner (1989) considère que le contenu d'une représentation est organisé par un noyau central structurant, qui génère le sens de l'ensemble représentationnel, et d'éléments périphériques. L'école de Genève avec Doise, Clemence, Lorenzi-Cioldi (1990), considère que le contenu de la

représentation sociale figure un champ constitué d'informations, de valeurs, de croyances, d'opinions structurées à partir d'organismes (normes, attitudes, codes...). Doise les nomme « les principes générateurs de prise de positions ».

Nous avons choisi, pour notre étude, cette dernière approche car la variété d'expression d'une RS issue de la pluralité des processus nous permettra d'analyser les interrelations, les approches cognitives des individus ainsi que les contextes.

Cependant la spécificité de notre étude dans le champ de la santé au travail et donc situé dans un cadre professionnel particulier, nous oriente vers le concept de représentation professionnelle (RP). Les RP sont à comprendre comme une catégorie des RS selon Piasek (1999) "Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc. ».(p.60). Ainsi à partir de leur contenu, de leur organisation, de leur dynamique nous pourrions obtenir des sources d'informations sur les enjeux à partir des différents niveaux décrits par Doise :

- le niveau intra individuel, qui va interroger le professionnel de santé sur ce qu'il est, son activité et ses connaissances pour lui permettre d'organiser et maîtriser ses expériences,
- le niveau interindividuel qui va poser la question des interactions entre professionnels de santé,
- le niveau positionnel permet d'interroger les comportements, attitudes de chaque profession dans ce nouveau contexte en fonction des liens hiérarchiques et sociaux,
- le niveau idéologique permet l'identification des croyances, normes, représentations, valeurs qui constituent le cadre de référence du sujet.

Les éléments recueillis seront à replacer dans un contexte de changement pour amener des éléments de compréhension sur plusieurs niveaux.

Le cadre institutionnel est remanié pour des raisons inhérentes au monde du travail nécessitant une évolution interne des SSTI. On assiste à une transformation observable qui modifie l'organisation interne par une poussée externe mais la structure n'est pas fondamentalement modifiée, en cela nous pouvons le considérer que nous nous trouvons entre le niveau 1 et le niveau 2 de changement selon Watzlawick (1975). En effet l'insertion des infirmiers et le développement des équipes pluridisciplinaires impactent les organisations de travail. Les modifications provoquées par le changement ont une incidence sur la relation sujet-groupe-environnement. Les médecins étant amenés à animer et coordonner l'équipe, en intégrant de nouveaux acteurs, ce qui les oriente vers l'adoption de nouvelles postures. L'étude de la modification des interactions entre les sujets, et entre les sujets et leur environnement pourra nous permettre de comprendre les transformations. L'analyse des ressources, motivations et résistances amèneront des éléments supplémentaires de compréhension afin de développer la visée praxéologique de cette étude.

Cette réforme est venue bousculer des pratiques et des modes d'organisation sans avoir anticipé les conséquences. Les acteurs ont subi ces situations pas toujours confortables. Ainsi nous appuierons la démarche de recherche sur une approche compréhensive à visée praxéologique. Nous avons fait le choix d'utiliser une démarche qualitative pour mettre en avant des éléments de compréhension concernant les enjeux, afin de proposer des recommandations pour favoriser l'intégration des infirmiers dans les SSTI.

Nous cherchons à recueillir les représentations de la santé au travail dans des professions respectives, les médecins et les infirmiers des SSTI, en intégrant la composante relative au changement.

A partir des éléments contextuels et du cadre théorique convoqué nous envisageons notre travail de recherche à partir de la question de recherche suivante :

En quoi les représentations professionnelles des médecins et des infirmiers, suite à la réforme, peuvent nous aider à comprendre les difficultés de collaboration de ce binôme au sein des SSTI ?

3 - CADRE CONCEPTUEL

L'utilisation du concept des représentations sociales (RS) dans ce travail de recherche relève de l'intérêt tant du mode de pensée individuel que du produit élaboré par la pensée collective. Les représentations sociales font partie de l'élaboration mentale de chaque individu, elles leur permettent de se repérer dans leur environnement, et de développer leur rapport aux autres.

L'étude des RS à partir du champ de la psychologie sociale nous permettra la prise en compte des préjugés et stéréotypes tout en tenant compte des approximations et nous éloignera d'une approche purement philosophique plus hermétique aux idées reçues.

A partir du processus générateur d'une RS, l'étude et la compréhension de son contenu, de l'objet de la représentation, du sujet et de l'inter relation entre eux à partir de diverses approches permettent d'éclairer ce concept. Les représentations professionnelles issues des RS délimitent un champ plus étroit tout en permettant une analyse plus fine pour nous permettre de comprendre les enjeux identitaires quand deux professions tendent à réajuster leurs pratiques.

3-1. Les représentations sociales.

3-1-1. Le concept des représentations.

L'origine de ce concept remonte à Durkheim (1898) dans le champ de la psychologie sociale notamment dans sa dimension collective. Pour cet auteur les représentations servent de cadre de référence pour les membres d'un groupe. Il différencie les représentations collectives des représentations individuelles, ces dernières étant dépendantes et soumises à la conscience collective. Il note aussi l'importance des organisations sociétales et de la communication.

Levy Bruhl (1927) reprends plus tard ce concept pour l'adapter à l'anthropologie en avançant l'idée que les représentations sont issues de la société qui les génère et qu'elles ne permettent pas de comprendre d'autres sociétés. Ainsi les concepts relevant des sociétés 'civilisées' ne permettraient pas de comprendre la mentalité des sociétés 'primitives', chacun possédant des grilles interprétatives différentes.

Piaget (1945) va ensuite s'appuyer sur ce concept pour examiner la psychologie de l'enfant. Ce dernier considère que les représentations du jeune enfant, notamment son interprétation de la réalité évolue avec l'âge. Il intègre ainsi le fait que les représentations ne sont pas figées.

Moscovici (1961) utilise ces différentes approches dans le champ de la psychosociologie. Selon lui : « les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser les conduites et orienter les communications » (p. 39).

Elles sont issues de valeurs, de pratiques qui sont relatives à des objets (réels ou abstraits) ou des aspects du milieu social. Cette relation au sein du groupe facilite la communication en interne mais elle permet également d'entretenir des rapports entre les différents groupes. Les changements qui interviennent dans le contexte social et culturel entraînent une évolution de ces représentations. Pour lui les RS sont des instruments d'orientation de la perception des situations. Il en décrit trois dimensions :

- **l'attitude** : il s'agit d'un positionnement, d'une orientation générale vis-à-vis de l'objet de la représentation
- **l'information** : l'information relève de la somme et de l'organisation des connaissances sur l'objet de la représentation. Il décrit deux types d'information, libre ou liée. La première étant non sollicitée, la deuxième résultant de nos élaborations mentales.
- **le champ de représentation** : il renvoie au contenu d'une représentation qui est constitué d'éléments affectifs et cognitifs.

Les processus générateurs :

Selon Moscovici (1961) une représentation s'organise à partir de deux processus : **l'objectivation et l'ancrage.**

L'objectivation est représentée par le passage des éléments abstraits et théoriques à des images concrètes selon trois étapes:

- La sélection des informations qui sont détachées du contexte théorique et reconstruites par les individus générant un décalage par rapport à l'objet social.
- L'élaboration du schéma figuratif représenté par une condensation des éléments d'information formant un ensemble cohérent et concret.
- La naturalisation à partir de la concrétisation des éléments figuratifs qui se transforment en éléments de réalité.

L'ancrage prolonge le processus d'objectivation en enracinant la représentation sociale dans un espace déjà construit et opérant. Ainsi l'ancrage :

- permet de donner du sens à l'objet représenté en fonction des valeurs et idées auxquelles adhère le groupe,
 - grâce à l'intégration de nouveaux éléments, remodèle le système d'interprétation et contribue à réguler des rapports sociaux,
 - incorpore la représentation dans les systèmes de pensées existants et va permettre l'élaboration de nouvelles représentations.

Il existe ainsi un lien dialogique (Seca, 2010) entre ancrage et objectivation. L'ancrage passe par une objectivation constitutive et l'objectivation ne peut se faire sans ancrage référentiel.

Différents auteurs s'accordent sur les fonctions des RS :

- **des fonctions cognitives** : il s'agit de permettre à l'individu de rendre compréhensible les connaissances en les classant dans son univers cognitif, Moscovici évoque la « domestication de l'étrange » (1984, p. 21). Ces savoirs vont faciliter la

communication sociale, selon Abric « elles définissent un cadre de référence commun qui permet l'échange social » (1994, p. 16).

- **des fonctions identitaires** : les représentations sociales situent les individus et le groupe dans le champ social, elles préservent la spécificité des groupes sociaux par la « vision consensuelle de la réalité pour ce groupe » (Jodelet, 2003, p. 52). Ce concept permet d'approcher la question du lien social et de l'identité sociale gratifiante au sein d'un système de valeurs et de normes socialement définies. Cet aspect identitaire intervient dans la comparaison sociale.

- **des fonctions d'orientation des conduites et des comportements** : une représentation partagée facilite la communication et permet aux individus de se situer dans leur environnement et d'agir. Elles génèrent alors des comportements, des attitudes des opinions qui permettent aux individus d'anticiper, de produire des attentes et d'évaluer leurs capacités d'action dans un contexte particulier.

- **des fonctions justificatrices** : elles concernent plus particulièrement les relations entre les groupes dans le sens où elles légitiment et justifient les prises de position et les comportements. Pour Abric, il s'agit d'un « nouveau rôle des représentations : celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné » (1994, p.18). La représentation permet de justifier un comportement face à un autre « la représentation faite de l'autre sert à justifier l'action qu'on entreprend à son égard » (Doise & Palmonari, 1990, p.24).

Une double approche théorique relative à l'organisation des représentations sociales a été développée selon deux écoles :

.L'école d'Aix en Provence avec Abric, Flament, Moliner, Guimelli et Rouquette qui envisage la représentation à partir **d'un noyau central et d'éléments périphériques**.

A partir de l'idée du noyau figuratif développée par Moscovici, Abric a proposé la théorie du **noyau central**. « Non seulement les éléments de la représentation sont hiérarchisés mais par ailleurs toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donnent à la représentation sa signification » (Abric, 1994, p. 19).

Ce noyau constitue un schéma simplifié de l'objet à partir d'éléments objectivés. Il apporte cohérence et stabilité à la représentation « il devient le *consensus* à travers lequel se reconnaissent les groupes » (Piaser, 1999, p. 9). Du fait de sa stabilité il résiste au changement et permet d'assurer la pérennité de la représentation.

Le noyau central assure trois fonctions principales :

- **une fonction génératrice de sens** : la signification des autres éléments constitutifs se crée ou se modifie à partir du noyau,
- **une fonction organisatrice** : il spécifie la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation,
- **une fonction continuatrice** : le noyau central en tant qu'élément le plus stable assure la stabilité en maintenant l'intégrité de la représentation.

Le système périphérique est complémentaire du noyau central. Les éléments du système périphérique sont diversifiés et flexibles, ils sont particulièrement présents dans les énoncés discursifs et les symboles à partir desquels se développent les représentations.

Ce système périphérique a 4 fonctions principales :

- la flexibilité des éléments qui le constituent lui permet de se **réguler et de s'adapter** aux différents contextes sociaux en fonction des changements,
- il a une fonction de **concrétisation** : il intègre plus facilement les modifications contextuelles car il est plus sensible aux changements,
- la fonction **prescriptive** : En effet les éléments du système périphérique indiquent ce qu'il est normal d'effectuer dans une situation donnée ; ce qui lui confère une plus grande réactivité,
- le système périphérique assure la **protection du noyau central**.

Ainsi Moliner (1992) décrit les rôles respectifs du noyau central et des éléments périphériques de la façon suivante : « Les schèmes centraux (noyau central) sont normatifs en ce sens qu'ils expriment la normalité, mais pas la certitude, alors que les

schèmes périphériques conditionnels expriment le fréquent, parfois l'exceptionnel, mais jamais l'anormal» (p. 327).

.L'école de Genève avec Doise, Clémence, Lorenzi-Cioldi apporte un autre point de vu théorique en évoquant **les principes générateurs de prises de position**.

Selon Doise, dans la lignée de Moscovici : «Plus que des opinions consensuelles, les représentations sociales sont donc des prises de position de nature différente, même si des repères communs peuvent être utilisés» (1990, p. 122). Il évoque l'importance du lien entre des dynamiques relationnelles et représentatives. Il accorde de l'importance aux rapports de communication participant à l'élaboration des représentations sociales et prend en considération l'insertion des individus dans un contexte sociétal en évolution. Cette approche engendre une multiplicité d'expression des RS laissant à l'individu une certaine autonomie.

Selon Doise les RS ne relèvent pas d'opinions consensuelles mais de prises de position de nature différente.

Cette approche semble, dans une lecture théorique, moins facile à appréhender que celle d'Abric, pour autant elle aborde la RS à partir d'une description moins rigide qui respecte la représentativité. En effet les pluralités d'approche, les références aux multiples processus, la variation d'insertion des sujets permettent d'appréhender tous les plans d'analyse.

Ainsi Doise propose une approche selon quatre niveaux d'analyse :

- **le niveau intra individuel** représente les mécanismes qui permettent à l'individu d'organiser et maîtriser ses expériences sociales,
- **le niveau interindividuel** analyse les relations entre les individus,
- **le niveau positionnel** expliquer les comportements, les jugements et les attitudes par rapport à la position sociale occupée par le ou les individu(s),
- **le niveau idéologique** prend en considération les idéologies, les valeurs, les croyances et les normes.

Ces différentes approches démontrent la complexité du concept , plusieurs auteurs ont tenté de donner une définition, nous retiendrons Jodelet (1991) , une RS est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d’une réalité commune à un ensemble social [...] Ces représentations sociales en tant que systèmes d’interprétation régissant notre relation au monde et aux autres orientent et organisent les conduites et les communications sociales » (p. 36) .

3-2. Les représentations professionnelles

Le concept de représentation professionnelle est récent, Gilly (1989) considère, à partir de ses recherches sur les représentations réciproques maîtres-élèves que les représentations professionnelles sont des représentations sociales rattachées au rôle professionnel.

Cette notion a été approfondie au sein du Laboratoire CREFI (Centre de Recherches en Éducation, Formation, Insertion)-REPERE (Représentations et Engagements Professionnels leurs Evolutions : Recherche, Expertise) de l’Université Toulouse 2 le Mirail dans l’équipe dirigée par M.Bataille.

La spécificité des RP est définie de la façon suivante : « ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l’action et l’interaction professionnelle, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ » (Bataille&al. 1997, p. 63). Ainsi « les RP [...] constituent un élément de référence permanent grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, etc. » (Piasser, 1999, p. 104).

Il s’agit de représentations :

- qui concernent uniquement les objets issus de la sphère professionnelle,
- qui sont véhiculées spécifiquement par les sujets concernés.

Caractéristiques des Représentations Professionnelles (Piasser, 1999) :

Ces caractéristiques sont mobilisées en situation professionnelle selon la nécessité :

- **Un caractère descriptif** : Les contenus représentationnels informent les professionnels sur les objets faisant partie de leur environnement. La stabilité de ces objets facilite la communication dans le groupe et permet les prises de position.
- **Un caractère prescriptif** : Les R P permettent le maintien d'une conformité dans la réalisation des actes professionnels tout en acceptant une marge d'initiative propre.
- **Un caractère conditionnel** : le contexte d'exercice dans lequel se situe le sujet modifie sa mobilisation cognitive ou ses prises de position dans les situations relationnelles.
- **Un caractère évaluatif** concernant les pratiques professionnelles. Ces dernières sont constituées de routines comportementales issues de l'expérience. L'évolution de ces conduites favoriserait une meilleure expérience.

Fonctions des Représentations Professionnelles :

Selon Piasser (1999) les RP ont les mêmes fonctions que les RS :

- **une fonction cognitive par l'élaboration de savoirs professionnels** :
Ces connaissances sont nécessaires à l'activité .Elles sont partagées et sont la base de la communication professionnelle.
- **une fonction de protection de l'identité du groupe** :
Les sujets du groupe professionnel ont une identité commune susceptible d'évoluer tout en conservant des éléments de base stables.
- **une fonction d'orientation des conduites** :
Elles permettent la réactivité des professionnels face à des situations diverses.

- **une fonction de communication :**

L'utilisation d'un vocabulaire dont la signification représentationnelle est identique pour tous renforce l'appartenance groupale et facilite les échanges.

- **une fonction de justification anticipée :**

Dans diverses situations les RP peuvent être utiles pour légitimer ou expliquer une action.

Ces différentes fonctions permettent aux sujets de fonctionner en réalisant une économie cognitive et psychique et en dynamisant les rapports sociaux. Le contenu des RP est fortement lié à l'expérience professionnelle. Elles vont alors pouvoir être source d'information concernant les enjeux d'interactions professionnelles.

Ainsi dans le contexte de notre étude, le regard porté à partir du concept des représentations professionnelles sur les enjeux autour de l'insertion des infirmiers initie une démarche compréhensive.

L'intérêt de l'étude des RP des deux corps de métiers spécialisés en santé (médecins infirmiers) interroge plusieurs domaines : identitaires, comportementaux, relationnels.

Les RP des médecins du travail se sont élaborées à partir de leur activité professionnelle, le socle de connaissance oriente leurs actions mais subit des influences de l'ordre des contraintes (réglementation), et des prises de positions ayant trait aux valeurs et a des positionnements idéologiques.

Si l'identité relative au corps des médecins du travail peut être considérée comme potentiellement définie car historiquement déterminée il n'en va pas de même pour les infirmiers qui intègrent les SSTI puisque cette pratique est récente et peut présenter des variations d'un service à l'autre. Le statut professionnel infirmier dans cette spécificité étant encore peu abouti et l'image de ce métier partiellement définie, aborder les représentations professionnelles dans cette situation semble ainsi plus pertinent.

La construction du métier pourra être envisagée à partir, de l'acquisition de compétences, d'une identité professionnelle établie, de la modélisation en fonction des représentations.

En pratique les représentations que les médecins du travail ont des infirmiers, peuvent être basées sur des images de cette profession exerçant en service de soins dans un domaine plus curatif que préventif, sur un volet plus technique. D'un autre côté, les infirmiers qui n'ont jamais exercé en santé au travail peuvent baser leur représentation sur des opinions liées à l'image traditionnelle de la médecine du travail à partir d'un schéma mental éloigné de la réalité.

Les différents facteurs d'insertion pour les uns, de remise en question du territoire professionnel pour les autres, vont impacter autant le domaine professionnel que le domaine psychologique. Cette évolution relativement brutale fait écho à la notion de changement dans le sens d'une modification d'un état.

3-3. Le concept de changement

Le terme « changement » est issu du latin « cambiare » qui signifie substituer une chose à une autre. Rheaume définit ainsi le changement « le changement désigne le passage d'un état à un autre [...]c'est le passage d'un état x , défini a un temps t vers un état x_1 à un temps t_1 , ou x et x_1 peuvent représenter un être humain ou un milieu social qui, après « changement » devient à la fois autre chose et le même »(2002, p. 65).

L'approche du changement a été développée dans plusieurs disciplines et remonte à des temps présocratiques.

Ainsi d'un point de vue philosophique deux conceptions s'opposent. Pour Heraclite le changement serait l'ordre du monde, notion d'instabilité, d'incertitude ou l'Etre est en mouvement alors que Parménide considère que l'Etre est constant sous l'apparence des changements.

Dans d'autres disciplines notamment en psychosociologie, six traditions de pensées ont été développées :

- **la dynamique du changement** issue des travaux de Kurt Lewin. Cette approche, à l'image de la physique, évoque des champs de force qui s'équilibrent en évolution constante. Ce modèle décrit un processus en trois temps : la décristallisation, le déplacement et la cristallisation. Saint-Jean (2013) fait le parallèle entre décristallisation et déconstruction dans une approche réflexive : « l'objet de la déconstruction ne serait pas de circonscrire des notions mais simplement de les analyser sans fin [...] la déconstruction serait un espace ouvert aux réflexions, aux transformations, une opportunité de construire un espace « autre » » (p. 185).

- **l'approche systémique** : Le système constitué en interdépendance entre des individus, un groupe, une société se maintient ou évolue en lien avec l'environnement. Ces interactions impactant le comportement de chaque individu. Cette notion systémique renvoie à l'idée de communauté développée par Cros (1998) ou la référence identitaire englobant des notions plus subjectives liées à l'affect, aux valeurs impactent l'incidence du changement. La mise en pratique des phases précédemment décrites notamment la décristallisation a tout son sens en s'intégrant dans un processus de changement. Une analyse fine de la situation de départ permet d'objectiver le contexte : ressources, motivations, résistances, puis, dans un deuxième temps, l'identification des facteurs est susceptible de faciliter la « décristallisation » enfin l'évaluation du système modifié est réalisée.

- **le changement planifié** issu des travaux de John Dewey (1929), philosophe nord-américain, dans une orientation plus pragmatique. Il s'agit ici d'un changement intentionnel basé sur le processus de résolution de problème « c'est le changement défini comme la résultante d'un plan, d'une volonté et d'une intention d'en arriver à un nouvel état souhaité, individuel, groupal ou organisationnel » (Rhéaume, 2002, p.66). Cette conception prenant appui sur une démarche intentionnelle et participative, en plusieurs étapes, afin de résoudre un problème identifié.

- **le développement** : cette approche est basée sur les travaux d'Allport et Rogers, considérant le changement dans une continuité en évolution vers une réalisation

optimale. Cette notion est basée sur le principe d'un état de base incomplet qui évolue, grandit pour atteindre la maturité, conception calquée sur une approche biologique se développant à partir d'un état germinatif puis progressant dans un état de croissance continue.

D'autres auteurs ont différencié changement et développement par rapport à la situation antérieure. « Peut-on parler d'immobilité ou de permanence antérieure » (Saint Jean, 2013, p. 186).

Par rapport à ce principe Bateson (1972) évoque deux types de changement : homéostasie et évolution. Dans l'homéostasie les régulations assurent le maintien d'un équilibre dynamique. Lorsque l'équilibre est rompu la crise est évoquée nécessitant l'évolution du système.

Watzlawick (1975) décrit également deux types de changements : le changement de type 1 dont le cadre initial reste inchangé avec la possibilité de réaménagements, le changement de type 2 qui modifie la norme à partir d'éléments extérieurs.

Deux autres types de changement sont évoqués par Weick et Quinn (1999), le changement épisodique et le changement continu. Ce dernier renvoie à une pratique quotidienne d'adaptation répondant aux contingences qui émergent de façon continue et le changement épisodique plus radical ayant des conséquences sur l'organisation.

- **le changement institutionnel** : issu des traditions marxistes et post marxistes centré sur des rapports de pouvoir au sein des groupes, des organisations, des institutions. Il s'agit surtout d'une analyse critique portée par certains auteurs dont Lourau (1970) sur les autres théories en considérant qu'elles modifient les enjeux de pouvoir et le cadre institutionnel.

- **le changement et l'inconscient** : ce courant de pensée est issu « de la théorie psychanalytique du groupe ou du lien social collectif, mettant en relief l'importance décisive de l'Inconscient et de l'Imaginaire comme sources ou obstacles au changement » (Rhéaume, 2002, p.67).

En complément de cette revue de littérature, d'autres approches tant dans la cause du changement que dans les conséquences permettent un éclairage complémentaire.

Le lien entre action et changement est développé par Broussal (2013) car il considère que comprendre la source qui donne matière au changement permettrait de mieux conduire et accompagner le changement. Il s'appuie sur la notion de changement social à partir de la conception de Rocher (1968) « toute transformation observable dans le temps, qui affecte d'une manière qui ne soit pas que provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée et modifie le cours de son histoire » (p. 22).

L'incidence des changements a été l'objet de nombreuses recherches, pour Guy (2013) « du point de vue des sciences humaines et sociales, ce n'est pas le changement des choses en soi qui est un objet de recherche, mais les modifications provoquées par un/des changement(s) dans les relations entre un sujet ou un groupe et leur environnement » (p. 129).

Ces changements entraînent une « modification des relations affectives–sensorielles ou fonctionnelles entre un sujet (un groupe) et une ou plusieurs des composantes de leur environnement : famille, métier, habitat, loisir... » (Guy, p. 129) tout en considérant que l'interaction sujet-environnement est influencée par la modification de l'environnement et par « la transformation des sujets qui deviennent autres » (ibid, p. 130).

Ce processus questionne alors l'acceptation et l'adhésion des sujets .Dans le champ des sciences du management le changement est assimilé à « une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès » (Autissier & Moutot, 2010, p.6)

Lorsque le changement ne fait pas de doute, qu'il est imposé dans l'objectif d'un gain de productivité «la problématique principale consiste dès lors à susciter l'adhésion des acteurs » (Broussal, 2013, p.170). Ainsi « une personne vit un changement quand, ce qui n'était n'est plus et que cela conditionnait sa manière de faire et d'être [.....]. L'acceptation du changement passe par ce point de passage qui est l'appréciation du risque à perdre un existant pour un avenir incertain » (Autissier et Moutot, 2010, p.8).

Cependant la relation entre systèmes de valeur, action et changement ne définirait pas de façon simpliste l'adhésion ou la résistance. Ainsi Broussal (2013) envisage deux propositions en rapport avec les conduites :

« - il est impossible de considérer un changement par lequel on est concerné, sans se prononcer sur sa nature bénéfique ou maléfique.

il est impossible de déterminer l'appréciation que l'on aura à l'issue du changement, une fois que celui-ci sera pleinement accompli, puisque les éléments au regard desquels j'effectue, ici et maintenant, une telle appréciation sont sujets au changement » (p. 172).

Dans le sujet qui nous intéresse le changement opéré en santé au travail, imposé législativement (type 2 selon Watzlawick) modifie le cadre institutionnel, il se rapprocherait du modèle discontinu.

Nous pouvons considérer que les mutations qui apparaissent aujourd'hui en santé au travail sont imposées par la loi, ont des conséquences sur l'organisation, la structure, mais aussi individuelles tant au niveau des pratiques des médecins que de l'apprentissage d'une spécialisation pour les infirmiers par professionnalisation.

L'étude ainsi réalisée, appuyée sur les concepts de représentation et de changement, est en mesure d'apporter un éclairage sur les modalités de transformation des acteurs des SSTI à partir d'un contexte historique et professionnel. La scientificité de notre travail de recherche s'appuie sur cette base théorique et les conditions de mise en œuvre de la recherche.

Dans cette étude qualitative nous cherchons à comprendre l'incidence de la réforme sur les acteurs et le fonctionnement des SSTI.

Nous allons procéder à l'étude des contenus des représentations à partir de matériau discursif pour analyser la construction d'un « état des savoirs et des significations » et examiner « la dynamique de leur production et de leur liaison aux pratiques, aux interactions, et aux prises de position sociales » (Jodelet, 1992, p. 109). Nous avons ainsi choisi de mener des entretiens semi directifs auprès de médecins et d'infirmiers exerçant en SSTI.

Afin de mieux comprendre la démarche que nous avons utilisée nous aborderons dans cette partie plusieurs étapes importantes.

4-1. Choix de l'outil de recueil de données

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi directif comme moyen de recueil de données. En effet cet outil permet d'établir un contact direct avec une personne pour récolter des informations concernant un sujet défini. Il s'agit d'une méthode de collecte qui vise à recueillir des données afin de les analyser, il permet d'explorer le thème de recherche.

L'entretien est un moment de parole pendant lequel l'interviewé restitue une information qu'il a expérimenté, analysé... Ainsi l'entretien permet de comprendre non seulement le fait mais surtout le rapport du sujet au fait. Selon Moliner (2002), « c'est probablement dans les discours individuels que les représentations sociales nous sont le plus accessible, car c'est là qu'elles jouent pleinement leur rôle » (p.25). Les représentations sociales sont omniprésentes dans les interactions. « Elles circulent

notamment dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques et cristallisées dans les conduites. » (Jodelet, 1989, p. 48).

Les différents angles de vu des acteurs ouvrent des portes permettant la compréhension du phénomène à l'étude.

Ainsi on cherche à comprendre l'autre, en utilisant une méthode souple, s'adaptant aux circonstances, au contexte, à l'individu. Il s'agit de laisser l'interviewé parler, développer son point de vue. Nous aurons recours à des techniques d'entretien comme la relance, l'écho et la synthèse pour diriger les propos du participant. Nous avons décidé d'utiliser des entretiens semi directifs car « L'entretien semi directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance » (Berthier, 2006, p. 78). Cette technique facilite la production de discours à partir d'une grille d'entretien qui contient les différents thèmes que l'on souhaite aborder. Cette trame doit rester flexible et s'adapter à l'interviewé tout en se gardant la possibilité de ramener le participant progressivement à notre thème de préoccupation si besoin.

4-2. Construction de la trame d'entretien

Afin d'aborder les différents thèmes nous avons construit une grille d'entretien. Cette grille a été principalement établie en référence aux théories des représentations professionnelles et du changement. Nous avons alors élaboré un certain nombre de questions au regard des différents concepts qui nous intéressent.

CONCEPTS	DIMENSION	INDICTEUR/ CRITERE	OBJECTIFS	QUESTIONS
RP (Piasser, 1999)	Ancrage	Connaissance et Système d'interprétation	Evaluer : -le niveau de connaissance des : médecins/infirmiers sur le travail en collaboration -ce que pensent les infirmiers/médecins de la santé au travail	-que savez-vous de la réglementation en santé au travail sur l'arrivée des infirmiers dans les SSTI ? - que savez-vous de la nouvelle réforme concernant les pratiques de collaboration médecin/infirmier ? -pour les médecins : comment vous représentez vous le métier d'infirmier ? -pour les infirmiers : comment vous représentez vous le métier de médecin ?
		Système de référence, valeurs	Valeurs et croyances des infirmiers sur la profession de médecin du travail Des médecins sur la profession d'infirmier du travail	-qu'évoque pour vous le travail en collaboration en terme d'identité professionnelle, de responsabilité, de confiance, d'efficacité ? <u>Pour les médecins :</u> -que font effectivement les infirmiers dans votre SSTI ? -à votre avis que devraient faire les infirmiers dans les SSTI ? -pensez-vous effectuer pleinement votre métier de médecin du travail ? <u>Pour les infirmiers :</u> -que font effectivement les infirmiers dans votre SSTI ? - à votre avis que devraient faire les médecins dans les SSTI ? -pensez-vous effectuer pleinement votre métier d'IST ?
	Objectivation	Informations retenues	Points positifs et négatifs de l'insertion des infirmiers	-Avez-vous déjà travaillé en collaboration ? -Selon vous quels sont les avantages/inconvénients du travail en collaboration médecin/infirmier ?
		Données concrètes utilisables pour expliquer la réalité professionnelle	Faire émerger la manière dont le professionnel anticipe le travail en collaboration	Selon vous, quels critères vous semblent pertinents pour que le binôme médecin infirmier fonctionne ?
	Niveaux	Niveau 1	Changement dans la continuité	Selon vous la mise en place de la collaboration méd. /inf. s'inscrit-elle dans le développement de vos fonctions actuelles ou constitue-t-elle une transformation de votre métier ? Comment voyez-vous votre profession dans 10 à 15 ans ?
Changement (Watzlawick, 1975)		Niveau 2	Changement avec modification des normes	

A partir des questions nous allons chercher à savoir l'état des connaissances concernant l'arrivée des infirmiers et le travail en collaboration dans le cadre de la réforme, les représentations de leurs métiers respectifs. De plus, nous les avons questionnés sur leurs fonctions actuelles dans leurs missions ainsi que dans le cadre collaboratif. Puis nous avons cherché à savoir l'impact du changement sur l'évolution des métiers.

Un séquençage a été effectué en quatre parties. La première consacrée aux variables illustratives : fonction, âge et ancienneté au poste, éléments qui nous semblent pertinents pour identifier des approches différentes du travail en collaboration en fonction de l'expérience précédente aussi pour compléter cet item nous avons demandé aux acteurs leurs éventuels exercices professionnels précédents en collaboration.

La deuxième partie aborde l'état des connaissances sur les textes de la réforme pour savoir si ces deux professionnels se sont intéressés à cette nouvelle législation, puis nous les avons questionné sur les représentations de leurs professions respectives pour repérer le décalage entre l'exercice en santé au travail et les autres types d'exercice, pour nous permettre d'évaluer leurs connaissances sur les compétences de leur collaborateur. Nous avons complété ce questionnement pour avoir leur avis sur leur travail réel afin de déterminer leur niveau d'ancrage dans la profession.

La troisième partie aborde le travail en collaboration afin de connaître leur intérêt par rapport à la nouvelle réglementation sur ce dispositif, les éventuels dysfonctionnements lors des pratiques en collaboration dans le cadre interindividuel mais aussi nous avons souhaité faire émerger l'incidence de cette pratique au niveau personnel, positionnel et idéologique.

La quatrième partie, consacrée au changement, souhaite mettre en exergue le degré d'adhésion à cette évolution et les rapports entre individuel et collectif dans la pratique mais aussi dans le développement professionnel.

Nous avons parallèlement réalisé un entretien auprès d'un macro acteur, à l'aide de questions ouvertes concernant la réforme, sa mise en place dans les SSTI, les

conséquences sur les professionnels, le travail en collaboration, l'institution et les possibles améliorations à apporter (Annexe III, p. 111).

4-3. Echantillon

Nous avons sélectionné l'échantillon de façon intentionnelle, contrairement à une méthode aléatoire pour obtenir la vision d'expériences particulières, avec la possibilité de donner accès à une perspective du phénomène étudié.

Nous avons choisi d'interviewer un médecin inspecteur régional du travail en tant que macro acteur comme appui régional à la mise en place de la réforme, quatre infirmiers et six médecins de différents SSTI. Notre choix s'est porté sur trois établissements, de deux régions différentes, sur trois villes différentes, pour les raisons suivantes :

- Un service qui n'est pas encore doté d'infirmier, il nous alors a semblé judicieux de rencontrer deux médecins de ce service qui n'ont, jusque-là, jamais travaillé avec des infirmiers en santé au travail.
- Un service ayant recruté des infirmiers sans formation spécifique, non organisé en équipe pluridisciplinaire autour d'un médecin.
- Un service ayant intégré des infirmiers suite à la réforme dans une dynamique de formation universitaire des infirmiers avec la mise en place d'un tutorat exercé par les médecins.
- Le choix du macro acteur, médecin inspecteur régional est lié à ses fonctions, notamment celle de mise en place de la réforme.

Services	Profession	Sexe	Age	Ancienneté au poste de travail
Service 1 Sans infirmier	- Med.1	- M	- 55 ans	- 7 ans
	- Méd.2	- F	- 52 ans	- 7 ans
Service 2 avec infirmiers. Formation brève	- Inf. 1	- F	- 35 ans	- 3 ans
	- Inf.2	- F	- 49 ans	- 3 ans
	- Méd. 3	- M	- 62 ans	- 17 ans
	- Méd.4	- M	- 33 ans	- 4 ans
Service 3 avec infirmiers formation en alternance (Licence)	- Inf. 3	- F	- 51 ans	- 2 ans
	- Inf. 4	- F	- 40 ans	- 1,5 an
	- Méd.5	- M	- 50 ans	- 10 ans
	- Méd.6	- M	- 48 ans	- 7 ans

La réalisation des entretiens :

Les démarches auprès des établissements pour organiser les entretiens, ont d'abord été entreprises auprès des directeurs de ces différents services. Nous avons pu constater que cette démarche, dans le contexte actuel, en provenance d'une demande des directeurs vers des médecins n'a pas toujours été fructueuse. Nous avons alors procédé par la prise de contact directe auprès des médecins ou infirmiers dans un deuxième temps pour nous permettre d'organiser les rendez-vous. Nous avons pu rencontrer ces différents acteurs sur leur lieu de travail, sur des plages horaires consacrées.

Afin de préserver le cadre éthique de ce travail de recherche nous avons au préalable informé les participants sur l'objet de recherche puis tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Nous avons préalablement informé les participants du traitement global des données, de l'anonymat des entretiens ainsi que de la destruction des enregistrements après la soutenance du mémoire.

4-4. Choix du type de traitement de données

Nous avons choisi d'utiliser l'« *Interpretative Phenomenological Analysis* » (IPA) comme méthode de traitement de données en raison de la grande variabilité des entretiens mais aussi car cette approche de recherche qualitative développée par Smith (1995) permet d'explorer et de donner du sens aux significations subjectives des expériences des participants.

Il s'agit donc d'une méthode d'analyse interprétative utilisant la phénoménologie. L'utilisation de ce courant de pensée permet de chercher à découvrir l'essence des phénomènes, leur nature intrinsèque et le sens qui leur est attribué. L'herméneutique complète cette approche par le travail interprétatif du chercheur pour donner du sens aux expériences du participant. L'IPA donne des analyses détaillées et nuancées d'expériences vécues d'un nombre restreint de participants

Nous avons opté pour cette approche car nous souhaitons chercher à comprendre les expériences des infirmiers et des médecins dans l'évolution de la santé au travail et le sens attribué. Il ne s'agit pas de quantifier ou mesurer mais bien de travailler sur des caractéristiques comme les acteurs, leurs actions, leurs interprétations mais aussi le contexte, les situations professionnelles produites par les interactions, dans lesquelles les sens sont créés, les significations sont construites.

La mise en place de cette méthode s'est déroulée suivant quatre phases (Smith, 1995) :

- **1ère phase** : immersion avec les données du corpus pour réaliser un codage exploratoire à partir des premiers éléments de questionnaire et d'interprétation. Il s'agit d'une étape qui étudie le contenu sémantique en apportant des commentaires descriptifs, linguistiques, interprétatifs.
- **2ème phase** : recherche de thèmes émergents qui doivent refléter et capturer une compréhension. Ces thèmes sont généralement exprimés par des phrases qui parlent de l'essence des phénomènes. Ces phrases sont regroupées par thème dans un tableau.
- **3ème phase** : recherche de connections à travers les thèmes émergents, il va être nécessaire de faire preuve de créativité et pousser l'analyse pour élaborer des (*clusters*) catégories.
- **4ème phase** : production de tableaux- résumés des catégories pour chaque entretien en fonction des matériaux, de la problématique et des objectifs de la recherche.

Ces différentes phases conduisent à rechercher des patterns à travers les cas.

L'analyse est ensuite transformée en un compte rendu qui traduit les résultats de façon narrative en se basant sur les catégories, celles-ci sont expliquées illustrées et interprétées.

Ce travail de recherche n'est donc pas une enquête d'opinion ou une mesure mais bien un travail exploratoire sur un phénomène. La rigueur scientifique se traduira par un cadrage théorique pendant la démarche, par l'identification et le respect des différentes phases du processus d'interprétation, ainsi que le respect de la fidélité aux témoignages des participants. Dans ce cadre-là, la phase interprétative ne se résume pas à une restitution des données des participants mais il s'agit plutôt d'une contribution créative qui identifie le sens de ce qu'elle voit en transformant l'évident en significatif.

Nous nous sommes immergés dans les onze retranscriptions puis nous avons traité de façon individuelle chaque entretien (cf. annexe IV p.112).. Pour chacun d'eux nous avons fait émerger des thèmes reflétant la compréhension (cf. annexe V p.119). Après avoir réalisé ce travail pour chaque entretien nous avons retrouvé des liens à partir des thèmes pour former des catégories (cf. annexe VI.p.125). Ces catégories sont alors capables de s'appliquer à chaque entretien. Nous avons alors déterminé 8 catégories :

- 1- **Des identités professionnelles en mutation,**
- 2- **Un travail en collaboration à modalités variables,**
- 3- **Une reconnaissance partielle des compétences infirmières,**
- 4- **Des situations délicates dues à un double rattachement hiérarchique,**
- 5- **Diverses pratiques sur l'usage de l'informatique,**
- 6- **La place de l'infirmier dans le changement,**
- 7- **Une phase d'intégration plurielle,**
- 8- **Une communication aléatoire.**

1. Des identités professionnelles en mutation

- Pour les infirmiers :

Plusieurs dimensions construisent les identités professionnelles en particulier le rapport à la mémoire. Dans le sujet qui nous occupe l'arrivée récente des infirmiers dans les SSTI rend difficile **le rattachement à une histoire collective** au regard des propos qui suivent. On retrouve un lien au passé à partir d'une activité antérieure ne s'exerçant pas dans le même milieu. Ainsi, que ce soit pour les médecins « c'est plus du tout la même fonction, l'infirmière est moins soignante » (méd.6) ou pour les infirmiers « nous, c'est plutôt la prévention, que du soin » (inf. 2). Ainsi le soin évoqué

ici est alors relié à l'activité antérieure (clinique, hôpital, libéral), l'activité exercée en santé au travail est décrite comme de l'écoute mais aussi une activité « plus technique » (méd. 4). Cette absence d'histoire dans le domaine de la Santé au Travail réduit les ressources sur lesquelles les infirmiers pourraient s'appuyer pour mieux se positionner dans leur métier.

Cette transition entre un milieu de soin curatif vers un milieu de soin préventif et éducatif **rend difficile la construction de la socialisation professionnelle** dans le sens où les infirmiers « n'ont pas fait le deuil du soin » (Macro acteur) et souhaitent maintenir une activité d'écoute auprès des salariés, cette approche étant plus affirmée auprès des infirmiers ayant eu une formation courte « j'estime qu'on est quand même là pour les écouter et puis ça leur fait du bien psychologiquement de s'exprimer » (inf.2), la projection vers de nouvelles missions paraissant plus difficile : « ça fait 3 ans que je suis dans le milieu et je suis encore en train de me demander ce qu'est mon métier » (inf.1). Les infirmiers ayant eu une formation universitaire évoquent une approche plus centrée sur l'activité professionnelle du salarié « nous, on est plus accés sur les risques professionnels » (inf.3). Ces deux différentes approches peuvent expliquer « le deuil ...du côté Zorro de la profession... De ce sentiment que tu as à l'hôpital d'être hyper utile », les unes plus centrées sur l'écoute ont plus de difficulté à trouver une résolution du problème alors qu'une approche basée sur les risques professionnels peut rendre l'action plus efficace.

D'autre part et d'une façon générale il est considéré que les infirmiers intègrent les SSTI par manque de médecin. Cette modalité ne permet pas d'intégrer les infirmiers à partir de leurs compétences mais plus comme une obligation réglementaire. Ils évoquent alors le terme de greffe « nous on s'est greffé en intermédiaire » (inf. 1). Cette logique empêche de prendre en compte le métier d'infirmier en santé au travail en fonction de ses compétences mais plutôt dans une démarche inverse à partir d'un manque, en lui faisant accomplir des tâches sans forcément de rapport avec des besoins de santé identifiés des salariés et sans connaître leurs compétences. Cette démarche est peu favorable à la constitution d'organismes d'activité et peut être à l'origine d'une perte de sens du travail.

Le manque d'historicité associé à des textes règlementaires pas toujours maîtrisés par les acteurs de terrain **permettent difficilement d'identifier les tâches professionnelles** que les infirmiers sont en mesure d'accomplir.

Cette activité recouvre l'entretien infirmier et la sensibilisation en entreprise pour certains ; alors que pour d'autres la palette est beaucoup plus large : « La promotion de la santé au travail avec des tâches de consultations, de visites pour l'instant de salariés en surveillance médicale simple et des tâches en entreprise, connaissance des postes de travail, élaboration des fiches d'entreprise, études de postes, des actions de sensibilisation sur la santé au travail » (méd. 6). Les infirmiers ayant pu bénéficier d'une formation longue ont des tâches plus variées en rapport avec les compétences acquises. Il semblerait alors que l'activité confiée aux infirmiers soit dépendante du type de formation effectuée.

Cette différence dans la variété des tâches s'exerce entre infirmiers de services différents et entraîne **des pratiques différentes** dans les trois services rencontrés. Ainsi dans un service un médecin considère que l'infirmier sera « une aide en action transversale » (méd. 2), alors que son collègue envisage une « activité de suivi des salariés en visite » (méd.1). Concernant l'action en milieu de travail elle va de la simple action de sensibilisation en entreprise à des actions beaucoup plus diversifiées. Ce manque de repère ne permettrait pas aux novices de se conformer aux codes et normes du métier.

D'autre part la variabilité des situations de travail génère du sous-emploi pour certaines infirmières «...à la limite on pourrait m'en demander un peu plus ça ne me dérangerait pas », avec des médecins « qui n'ont peut-être pas la vision de ce que sait faire une infirmière ». Ces situations pouvant être reliées au fait que « l'on n'a pas encore été capable de définir le métier d'infirmier en santé au travail » (macro acteur). **L'absence de lisibilité du métier** peut alors générer un appauvrissement des tâches du côté infirmier qui pourrait être compensé par la mise en place d'un référentiel métier infirmiers en santé au travail.

Cette difficulté à cerner le métier est renforcée par des **ressources discursives** qui permettent difficilement de fixer l'activité. Ainsi pour l'entretien infirmier ont été

employés les termes de : visites médicales périodiques simples, visites périodiques, consultations, suivi bi annuel, entretiens, entretien professionnel, consultation en surveillance médicale simple, entretiens médicaux professionnels, activité de prise en charge des salariés. Il en va de même pour l'action en milieu de travail : actions collectives, actions en entreprises, prévention en entreprise, sensibilisation, activité en entreprise, activité d'intervention en entreprise, éducation sanitaire, éducation de prévention, missions collectives de prévention. La variété des termes employés rend difficile la compréhension de la tâche pour celui qui l'accomplit autant que pour les autres collaborateurs. Ce flou sémantique témoigne de l'instabilité des situations, d'une difficulté à intégrer le changement.

La difficulté de positionnement est un facteur supplémentaire qui limite le processus de construction. Les infirmiers arrivent sur un secteur santé jusque-là occupé par le médecin et sur un domaine de prévention plus ou moins organisé : « il [le médecin] n'est plus le seul acteur y compris dans le domaine médical de la prévention » (Macro acteur), ainsi « j'ai ce sentiment d'arriver sur un terrain qui était complètement pris » (inf.1). L'insertion des infirmiers demande donc à chacun de se repositionner. L'absence de réflexion préalable semble limiter les expériences professionnelles que les infirmiers peuvent mener, les empêchant d'assimiler les caractéristiques nouvelles des situations d'activité rencontrées.

- **Pour les médecins :**

Le médecin du travail a été jusqu' en 2004, date à laquelle les IPRP ont intégré les SSTI, le seul acteur de la prévention. Depuis la réforme de 2011 il n'est plus porteur des missions puisque ces dernières sont maintenant confiées au service, « c'est **une remise en cause complète du métier de médecin du travail** » (macro acteur). Il fonctionnait de façon individuelle auprès des salariés et des entreprises, « en gestion isolée » (med 1). La réforme modifie ce fonctionnement puisqu'elle demande de travailler collectivement, en ayant une action prioritaire en prévention primaire c'est-à-dire sur des salariés non atteints de pathologie.

La profession « a du mal à trouver **un consensus de la définition de son métier** » (macro acteur), cette notion évoquée à partir de l'activité vue par les infirmiers « tout

le monde n'a pas la même façon de travailler...déjà s'ils pouvaient se mettre d'accord, ça serait pas mal » (inf.2). Des pratiques communes semblent exister entre médecins généralistes et médecins du travail « il est en fait des fois le médecin généraliste, il y a des gens qui viennent encore pour les vaccins » (inf. 1) « on ausculte, on palpe les seins...c'est très médical » (inf. 3) cette notion est renforcée par les termes employés concernant les salariés puisque le terme de patient se substitue régulièrement au terme de salarié. L'identification à la spécialité en médecine du travail ne paraît pas homogène pouvant être reliée à la formation spécialisante ou à la recherche par chacun d'une activité lui paraissant plus valorisante. D'un point de vue organisationnel certains médecins prévoient 15 créneaux de consultation en demi-journée et d'autres en prévoient 7 « ils font ce qu'ils veulent » (inf. 4). **La variabilité des actes des médecins pourrait alors être atténuée par la mise en place d'un référentiel commun.** L'absence de ce consensus répercute alors la difficulté sur les autres acteurs : « tant qu'ils ne seront pas capables d'être clair par rapport à leur métier, ils auront du mal à positionner les autres métiers de l'équipe et à se positionner » (macro acteur). Ces différentes modalités de pratiques peuvent s'expliquer par des formations spécialisantes pas toujours adaptées et variables.

Ces **individualités** posent problème puisqu'il « n'y a pas d'adhésion unanime aux enjeux de la réforme » (macro acteur) ce qui entraîne une participation inégale aux projets de service et nécessite de la part des médecins « qu'ils acceptent de ne plus faire exactement que ce qu'ils veulent et de s'astreindre à une forme de discipline collective dans la mesure où elle a été négociée valablement » (macro acteur). Des lieux de réflexion sur les pratiques pourraient être mieux utilisés mais « la réflexion n'est pas très nerveuse » (macro acteur). Le cadre réglementaire particulièrement important en santé au travail contraint les médecins à certaines obligations. L'on pourrait penser que ce souhait d'individualité représente une manière de revendiquer une forme d'indépendance en rapport avec de faibles marges de manoeuvre.

Par ailleurs on retrouve un constat récurrent qui est décrit comme une charge de travail de plus en plus importante avec un nombre conséquent de TPE et PME sur des territoires vastes et un nombre plus important de réunions. Cette **surcharge est associée à des visites complexes et chronophages** comme les visites de reprise et de

pré reprises avec « un bruit de fond d'activités de routine qui pénalise l'activité des médecins » (méd. 1). Ce constat est unanime et renforcé par un avis critique sur leur activité : « je trouve qu'on fait beaucoup d'actes qui ne servent à rien et donc il vaudrait mieux employer les médecins pour les cas difficiles » (med.4) renforcé par une image assez négative : « je pense que les employeurs seraient contents qu'il n'y ait plus de médecin du travail » (med.6). Cette vision négative pourrait être en partie expliquée par la dimension préventive de la fonction, peu explorée pendant les études médicales. Celles-ci étant plutôt centrées sur une approche à partir d'une pathologie. Ce type d'approche n'ayant pas lieu en prévention primaire, certains médecins pourraient alors se sentir peu utiles ou efficaces. Mais il existe aussi une crainte pour certains, de laisser les visites en SMS (Surveillance Médicale Simple) aux infirmiers ce qui leur ferait perdre ce côté valorisant, « sympathique » (méd. 3) et sans trop de difficultés ; et ne gérer que des situations à problème nécessitant plus d'expertise.

L'approche collective impulsée par la réforme vient aussi perturber l'identité professionnelle des médecins. Ainsi **l'action collective axée sur de la prévention primaire en entreprise paraît nécessaire** « ça permet effectivement d'être plus nombreux dans les entreprises, d'avoir un champ d'action plus important » (méd. 6) mais pas toujours bien acceptée avec la crainte de consacrer la majorité de son temps à régler des situations individuelles à problèmes et réguler les activités des acteurs de l'équipe pluridisciplinaire « moi, ce que je vois c'est que le médecin de plus en plus va être cantonné dans son bureau » (méd. 6) avec la crainte de perdre le suivi des salariés « l'important pour moi c'est de garder le contact avec les salariés, même quand ils vont bien » (méd. 2). D'autres au contraire considèrent cette évolution favorable « ça va dans le bon sens ...et permettre au médecin de focaliser ses activités sur des points bien précis » (méd. 9) sans que l'on retrouve une crainte de perdre le contact avec l'entreprise « ...je suis tout informatisé...quand je reçois un salarié j'ouvre la fiche d'entreprise ...j'ai une vision de l'entreprise et vois ce qui a été conseillé et si ça a été mis en place » (med.4). Ces diverses approches peuvent alors être reliées à une crainte pour certains potentiellement source de résistance au changement.

Cette modification des pratiques est assimilée à une « **espèce de révolution** » (méd. 1) dans laquelle les médecins doivent apprendre « à perdre de leur toute puissance, il faut être honnête, on enlève l'auréole » (méd. 3) pour lâcher une partie du champ d'action. Cette situation est décrite par les médecins comme une dépossession avec la crainte de se retrouver en situation d'« infériorité en nombre et en compétence » (méd. 3). Cette nécessité de partage des tâches demande aux médecins de se resituer dans leur domaine d'expertise « moi, je me recentre sur ce que je sais faire et que les autres ne savent pas faire et tout ce que les autres savent faire maintenant je le délègue » (méd.3), cette façon de procéder nécessite de fait, la bonne connaissance des compétences de chacun des acteurs. Cette évolution est ressentie comme nécessaire de façon générale « ça va leur faire du bien de travailler en équipe » (inf.2) mais elle n'est pas bien vécue par tous « chez certains, ça coince » (méd. 4). Ainsi ces changements dans les modalités de fonctionnement demandent aux médecins de revoir leur pratique. La variabilité des réactions pouvant alors être reliée à l'absence de consensus et au désir de préserver leur indépendance.

D'autre part la **notion d'animateur de l'équipe semble assez floue** pour les médecins elle s'apparente pour certains à de la régulation, elle n'est pas non plus évoquée par les infirmiers qui voient surtout les médecins comme des acteurs de terrain réalisant les suivis individuels et les relations avec les employeurs. Cette nouvelle activité dévolue aux médecins peu identifiée pourrait s'expliquer par la difficulté à fonctionner en mode gestion de projet « moi je vois, c'est compliqué pour nous tous » (méd. 3) et par une lacune en formation.

Des identités professionnelles en mutation : L'absence d'historicité **des infirmiers** exerçant en santé au travail, la méconnaissance des acteurs sur le terrain des compétences de ces derniers, une réflexion limitée en amont quant à leur activité possible, rend difficile la socialisation professionnelle, ne permet pas de lisibilité du métier en l'absence de référentiel métier. Du côté des **médecins du travail**, la réforme a entraîné une remise en cause complète du métier avec, pour certains une perte de sens du travail. Le peu d'harmonisation des pratiques médicales, les nouvelles orientations imposées par la réforme rendent le métier peu lisible.

2. Un travail en collaboration à modalités variables

La mise en œuvre de la réforme passe par l'obligation réglementaire d'embaucher des infirmiers dans l'objectif d'améliorer les prestations proposées par les SSTI or cette notion n'apparaît pas toujours sur le terrain « on va embaucher une infirmière parce qu'on est obligé » (méd. 2), « on a intégré l'infirmière dans les SSTI pour suppléer le manque de médecins du travail » (inf.1) ce qui relève **plus d'une contrainte que d'un réel besoin**. Pour autant, on constate que **l'infirmier est aussi une aide, qui permet des échanges** « il y a plus une réflexion commune » (méd.6) « je pense qu'elles ont une bonne approche globale de l'individu, c'est important parce que ça m'apporte un autre regard, un autre point de vue » (méd. 3), « pour moi la collaboration c'est partage » (inf. 1).

Cette approche a pour incidence des **modes collaboratifs différents**.

Dans certains services, où le nombre de médecin reste suffisant, **l'infirmière est envisagée seule** comme une aide en action transversale de prévention ou « elle doit faire ce qu'on voudra bien lui donner à faire, je pense » (méd.2). Ce qui pourrait laisser penser que cette organisation serait basée à partir d'un mode de subordination que de réelle collaboration.

Dans un autre mode d'organisation **l'infirmier travaille avec 5 ou 6 médecins** « moi je travaille avec 6 médecins quand même, c'est énorme et compliqué » (inf. 2), cette configuration demande à l'infirmier une grande capacité d'adaptation. L'activité des infirmiers est « cantonnée essentiellement aux entretiens » (inf.1). Des échanges avec le médecin qui a en charge le secteur du salarié concerné, peuvent se faire en rapport aux difficultés évoquées pendant l'entretien infirmier. Par ailleurs la connaissance des postes de travail semble manquer « ce qui te renseigne sur les gens c'est aussi d'observer, moi ce qui me manque c'est d'aller en entreprise » (inf. 1), cette méconnaissance impacte la qualité des entretiens infirmiers « disons qu'on s'imagine beaucoup, on a du mal à voir en vrai ce qu'il se passe...c'est un peu à tâtons » (inf. 2). Les médecins considèrent aussi la connaissance des entreprises par les infirmiers

comme nécessaire « qu' elle aille plus en entreprise pour se faire déjà une idée de ce que c'est ...voir les postes » (méd.4). D'autre part la marge de manœuvre apparaît faible « on a jamais discuté des secteurs, les secteurs nous ont été attribués » (inf. 2). Pour ce qui est des actions collectives « les sensibilisations en entreprise, c'est une catastrophe » alors l'infirmier réalise « des petites campagnes d'affichage » qui sont à chaque fois validées par les médecins. Ce mode de fonctionnement apparaît plus sur des modalités de fonctionnement parallèles ou l'infirmier attend le travail du médecin « c'est souvent le médecin qui est immobile et c'est l'infirmière qui va vers le medecin....si l'infirmière ne va pas vers le médecin elle ne fait rien » (inf.2). La mise en place de groupes de travail sur une problématique transversale en équipe pluridisciplinaire « ça va mélanger tout ça » (inf. 1) apparaît comme un élément positif « ça c'est super intéressant...ça pimente un peu mon train-train » (inf.1). Les infirmiers participent aux réunions « ils (les médecins) nous ont donné un temps de parole à la réunion, qui s'appelle toujours d'ailleurs réunion de médecins, mais voilà ils nous ont accordé une place » (inf. 1). Ce mode de collaboration apparaît « comme quelque chose de positif puisque ça se passe bien » (inf.1). Ces modalités de pratique pourraient s'expliquer par une formation spécialisée peu poussée ne permettant pas aux autres acteurs d'identifier les compétences infirmières, celles-ci devant alors se 'faire une place' à la recherche d'actions à mener.

Un autre mode de fonctionnement est aussi mis en place dans un autre service. **L'infirmier travaille avec un à deux médecins** sur une répartition de « 70% de visites médicales et 30% d'action en milieu de travail » (inf.4). Dans cette organisation il apparaît que les décisions soient prises de manière participative : « moi j'ai une liste, on s'est partagé les entreprises...je me suis spécialisée dans une branche professionnelle, je me suis fait une fiche d'entreprise spéciale à cette branche donc j'ai pris tous les professionnels de cette branche de mes deux médecins » (inf.3). L'autonomie « pendant un an j'ai été en autonome » (inf.3), « je lui laisse beaucoup d'autonomie » (méd. 3) dont dispose le personnel infirmier demande des réajustements à partir des situations rencontrées, ainsi la classification de certains salariés en Surveillance Médicale Simple (SMS), alors qu'ils devraient être en

Surveillance Médicale Renforcée (SMR) au vu des risques professionnels auxquels ils sont exposés, pose des difficultés aux infirmiers en rapport avec la décision à prendre en fin d'entretien : « à un moment, je les ai pris tous les deux (médecins) et on a mis ça en place, maintenant il faut le valider... » (inf.4), ces propos nous amènent à penser que **l'infirmier est en mesure d'être force de proposition.**

Des groupes de travail sur des thématiques (RPS, bâtiment, communication, logiciel...) sont mis en place au sein du service « il y a toujours des médecins et des infirmiers dans chacun de ces groupes » (inf. 3). On peut aussi considérer qu'il y a une notion d'entraide « on retravaille en trinôme un jour par semainepour rattraper tout le retard des médecins (visites d'embauches...) parce que nous on est à jour des visites médicales simples ». Dans ce type d'organisation l'infirmier intervient en entreprise de façon autonome « donc quand je vais en entreprise il (le médecin) me fait un topo de l'accueil que je risque d'avoir.. » (Inf. 3) ; l'infirmier est en relation directe avec l'employeur « il y a certains employeurs qui me téléphonent par exemple pour avoir la référence ... » (inf. 3).

D'autre part l'organisation reste assez souple « quand j'ai un souci il y a d'autres médecins qui acceptent de voir la personne si urgent entre deux » (inf.3). Le service fonctionne dans une démarche de progression en santé qui permet de prendre en considération les dysfonctionnements « on fait une FAC (Fiche d'Amélioration Continue) et notamment on en fait une sur l'absentéisme ou on est force de proposition » (inf.4). Ce mode de fonctionnement laisse à penser que l'infirmier est un collaborateur du médecin, celui-ci ayant eu connaissance des compétences spécifiques des infirmiers dans le domaine de la santé au travail par le biais du tutorat pendant la formation.

Cette pratique n'est pas homogène et **les façons d'exercer des infirmiers sont variables en fonction des approches de chacun.** Les intégrations ont majoritairement débuté avec des médecins volontaires « j'ai été volontaire, on a commencé, j'étais ouvert, je considère que ce n'est pas parce qu'on doit changer, que ce qu'on faisait avant était mauvais. » (med.2) alors que d'autres seraient plus réticents : « on a du mal à déléguer notre prérogative...c'est-à-dire on veut tout contrôler, tout ce que fait

l'infirmier... comme si on n'avait pas confiance en ses capacités » (méd. 3), « ils ne font confiance qu'à eux-mêmes ...ils ne voient pas l'intérêt de ce qu'on fait » (inf. 2), mais l'on constate aussi une évolution « le médecin avec lequel je travaille ne faisait que du dossier papier et bien il accepte que je ne sorte pas les dossiers et que je fasse tout informatique » (inf.3) « donc ceux qui étaient réticents, ils ont observé ...petit à petit ils ont lâché du lest » (inf.1). L'on pourrait alors penser que l'acceptation d'un travail en collaboration pour certains passe par une phase d'observation nécessaire, alors que d'autres adhèrent plus vite à ce mode de fonctionnement. Cette différence initiale d'acceptation de travail en partenariat avec les infirmiers pourrait s'expliquer alors par les expériences préalables différentes : « j'ai un confrère qui a travaillé en libéral et on avait l'habitude de travailler avec les infirmiers...et ça nous a posé aucun problème » (med.3).

L'organisation des SSTI à partir d'équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la collaboration vient questionner les **limites des champs disciplinaires de chaque métier**. « Il y a des incompréhensions qui sont liées au chevauchement et au respect des compétences propres » (macro acteur). Cette difficulté peut être liée au partage de données de santé des salariés « le personnel infirmier va dans le domaine de la connaissance de la personne sur un plan soin, santé que n'avaient pas les autres personnels de l'équipe pluridisciplinaire, donc du coup ça empiète un petit peu sur le domaine » (med.1) à une méconnaissance des compétences des infirmiers « ils n'ont peut-être pas la vision de ce que sait faire une infirmière » (méd. 3) alors que les infirmiers revendiquent une part d'autonomie « pour moi la collaboration c'est un partenariat, ça veut dire qu'on a tout à fait notre rôle propre à jouer et l'on n'a pas à demander l'autorisation » (inf.4). Ces revendications pourraient s'expliquer par la particularité de l'exercice infirmier lié au rôle propre et au rôle prescrit et du flou de la réforme concernant les protocoles sur des activités autonomes infirmières. Ainsi la connaissance des limites du champ d'exercice infirmier par le médecin, pour déterminer les situations qui nécessitent un relais, paraissent parfois incomprises et semblent nécessaires aux infirmiers « il y a des choses communes de partenariat de compétences et puis il y en a d'autres qui ne relèvent pas de mon rôle et je ne vais pas prendre la responsabilité de prendre une décision alors que ça dépasse mes

compétences » (inf.4), l'infirmier revendiquant alors la présence du médecin « je ne veux pas prendre toutes les responsabilités, puis les aptitudes c'est pas moi donc j'ai besoin du médecin qui en sait plus que moi » (inf.3). Une clarification semble alors nécessaire pour ce qui est du respect du travail autonome infirmier avec la présence médicale sur des actes relevant du rôle prescrit.

Ces divergences paraissent aplanies quand les médecins ont participé en tant que tuteurs professionnels aux formations universitaires des infirmiers, ce qui leur a permis de connaître les compétences acquises « déjà il était mon tuteur à la formation, pendant toute mon année de formation, on a travaillé ensemble, je lui ai montré ce qu'on a fait, lui s'est renseigné aussi » (inf. 3), ainsi pour le médecin « je l'ai mieux connu donc j'ai confiance » (med.3). L'accompagnement du médecin tuteur professionnel pendant l'année de formation de l'infirmier faciliterait alors la mise en place de la collaboration par les connaissances des limites des champs professionnels respectifs.

Cependant un chevauchement peut apparaître à partir du moment où **les infirmiers participent au suivi individuel des salariés** : « les infirmiers vont faire des entretiens et du suivi infirmier et il est très important de dire que ce n'est pas une visite médicale, et ce qu'apportera l'entretien infirmier ne sera pas ce que pourra apporter la visite médicale à commencer par l'aptitude, les conclusions en termes d'orientation, l'action en milieu de travail » (macro acteur). Certains médecins considèrent que le suivi qu'ils avaient des salariés leur échappe « je pense que c'est important de connaître le vécu, de revoir les gens régulièrement et que si ce vécu est transmis à quelqu'un d'autre nous on le suit plus ce vécu » (med.2), d'autres se questionnent sur les différences dans la pratique « dans ce qui n'est pas dit et qui pose une difficulté c'est que les deux acteurs font à peu près la même chose » (macro acteur). Mais pour certains médecins, l'infirmier a une approche différente « elle a cette vision, elle a toujours cette vision globale que nous on a moins » (méd. 3) et pour les infirmiers « il y a des gens qui sont contents ...que tu as pu aider par l'écoute » (inf.1) et pour d'autres « nous on est axés

sur les risques professionnels » (inf.3). L'approche individuelle était jusque-là effectuée par les médecins, la mise en place des entretiens infirmiers pourrait alors signifier que l'infirmier est en mesure d'effectuer ce que faisait le médecin venant alors déprécier son activité.

Une autre difficulté concernant l'action en milieu de travail, semble émerger en rapport aux déplacements des infirmiers sur les lieux de travail « le fait de savoir si l'on confie ou pas aux infirmiers, exclusivement des visites médicales, le suivi de l'état de santé » (macro acteur), et sur l'articulation de ces actions avec les autres intervenants « ce qui va faire de la superposition c'est les études de poste, parce que maintenant on a des ergonomes, des techniciens en santé au travail » (med.3). Cette action vient alors modifier les frontières des territoires professionnels des acteurs déjà en places, susceptibles d'être vécues comme un envahissement, par manque de réflexion en amont.

En lien avec le contenu des entretiens il apparaît une **divergence sur le temps de face à face avec le salarié** qui paraît flexible pour les médecins : « ils ont le temps qu'ils veulent » (inf.4) alors que pour les infirmiers le temps est de vingt minutes avec six vacations d'entretiens par semaine dans un service « ça va quand on se retrouve avec des personnes qui ont un métier de secrétariat comptable ou il n'y a pas de pathologie » ou de demi-heures chacun pour d'autres « nous on a exigé qu'ils fassent demi-heure, parce qu'on fait tout quand même, on fait les échelles de Parrinaud Monoyer, on fait la prise de tension...en plus j'estime que mon rôle c'est quand même d'établir la confiance entre le salarié et moi de façon à ce qu'ils puissent se confier » (inf.2). Cette différence de temps consacré au suivi individuel pourrait poser la question de la similitude entre les modalités de pratiques « quand elles revendiquent cinq ou six consultations par demi-journée alors que le médecin en fait douze, ce n'est pas possible. Ce sont des choses que j'ai constaté concrètement et qui posent des difficultés à des services » (Macro acteur). Ainsi ce point de divergence pourrait rajouter un élément d'incompréhension entre médecins et infirmiers par manque d'équité. La différence de temps pour le suivi individuel entre médecins et infirmiers vient questionner la « valeur » de ces visites et derrière celle des acteurs. Ou bien l'on

suppose que l'une est plus complète que l'autre et donc différente, ou bien celui qui la mène est plus lent.

D'autres critères semblent importants dans un travail de collaboration. **La nécessité d'une relation de confiance** est évoquée par tous les acteurs : « c'est une question de confiance et je sais déjà, pour en avoir discuté avec certains médecins, certains médecins refuseront de déléguer certaines tâches aux infirmiers » (méd.1), la confiance apparaît comme liée à des facteurs relationnel, « j'ai confiance parce que je la connais bien » (méd.3), à la disponibilité des acteurs : « on se fait confiance l'un et l'autre, si j'ai besoin il est là, si lui a besoin je suis là, voilà » (inf.3), aux compétences de l'infirmier : « ils ont confiance parce qu'on leur montre ou leur démontre que ce qu'on fait tient la route » (inf. 3), au temps nécessaire pour établir la relation « la confiance s'établit dans le temps, il faut leur prouver qu'on sert à quelque chose » (inf.1). L'importance d'une relation de confiance apparaît comme primordiale « Je fais confiance et j'ai la chance de travailler avec quelqu'un qui travaille bien et ça c'est super important la confiance avec la personne » (méd.6). Il apparaît ainsi que la confiance s'établit à partir de la qualité du travail effectué, des compétences, et d'une phase qui permet de connaître la personne dans le temps.

Pour un médecin, la possibilité d'avoir pu participer au jury de sélection renforce cette perception « j'ai eu le plaisir de **pouvoir choisir mon infirmière** et je l'ai choisi en fonction de l'assistante avec laquelle je travaille » (med.3).

Au regard des propos recueillis la collaboration interroge **la responsabilité des acteurs**. La responsabilité médicale est pour beaucoup reliée à **des actes sous délégation** « logiquement c'est le médecin qui manage, après sur certains aspects il peut y avoir des délégations » (méd.1) mais reste assez floue « la responsabilité on peut la donner ...je donne le travail, puis on en discute mais après la personne est libre » (med.6), certains considèrent que la responsabilité est partagée : « il y a toujours une notion de responsabilité c'est sûr et certain, moi, je considère qu'elles

ont les capacités professionnelles pour assumer les responsabilités qu'on leur délègue » (med.3). Du point de vue des infirmiers « on travaille sous la responsabilité du médecin » (inf.3) « c'est lui qui doit dire à l'infirmier il y a ça et ça à faire » (inf.2) et l'infirmier considère que la responsabilité majeure qui lui incombe est en rapport **avec l'orientation des salariés** « on a notre rôle ou on fonctionne des fois sur protocole parce que des fois on a des décisions à prendre et donc il y a des orientations de salariés au niveau du suivi individuel » (inf.4), l'infirmier considère qu'il a « la responsabilité de l'informer » (inf.2) et le médecin valide certains actes infirmiers « la fiche d'entreprise il me la lit, il me la corrige » (inf.3). Ainsi ce flou concernant la responsabilité pourrait alors entraîner une réticence de certains médecins à collaborer avec les infirmiers ne sachant pas réellement identifier qui est responsable de qui ou de quoi.

La collaboration selon la réforme doit s'effectuer à partir **de protocoles**. Pour certains cette modalité est « un **protocole de fonctionnement** qui énonce les diverses actions qu'elles sont amenées à effectuer et le mode de collaboration ...par exemple qu'est-ce qu'on fait du dossier une fois qu'elle a vu le patient » (med.3), confirmant ainsi la nécessité de cadrer l'orientation des salariés en fin d'entretien infirmier ; **cela semble poser problème en terme d'interprétations** « il y a une grande confusion et des difficultés de compréhension de la part des médecins et des directeurs de services inter sur ce que sont les compétences propres de l'infirmière et sur le protocole » (macro acteur), ainsi le protocole n'a pas pour objectif de décrire comment l'infirmier doit mener un acte mais bien de l'orienter dans sa décision dès l'analyse du résultat.

Il apparaît d'autre part que l'aspect spatial est un facteur favorisant la collaboration : « un des critères favorisant le **bon fonctionnement du binôme médecin/infirmier est la proximité géographique** » (méd.4), l'éloignement géographique peut rendre le travail infirmier plus complexe « quand j'ai un souci avec un salarié il me faut trouver le médecin qui va avec et qui n'est pas forcément là, donc je me débrouille, je fais des écrits » (inf.2). Les infirmiers trouvent alors des palliatifs à cette organisation du travail en interne. Cependant cette situation peut être source de difficulté puisqu'elle impacte l'activité du salarié, ce dernier est alors parfois dans l'obligation de revenir pour rencontrer le médecin.

Un travail en collaboration a modalités variables : Malgré la collaboration exigée par la réforme, les médecins apprécient l'autre regard amené par l'infirmier. L'évolution du mode collaboratif auprès des médecins semble progresser de façon favorable en parti. Pour autant, ce travail questionne les limites des champs disciplinaires de chaque métier malgré l'utilisation de protocoles. Certains chevauchements apparaissent notamment dans la pratique des consultations. La notion de confiance établie à partir des compétences, des personnes, et du temps apparaît comme un facteur essentiel. La notion de responsabilité est évoquée mais semble floue aux yeux des acteurs. La proximité géographique apparaît comme un facteur favorable au travail en collaboration.

3. Une reconnaissance partielle des compétences infirmières

Cette modalité paraît variable entre individus, entre services et selon diverses approches. Comme nous avons pu le décrire l'infirmier n'apparaît pas intégrer les SIST pour ses compétences mais souvent en rapport avec la difficulté des services à assurer les suivis des salariés réglementaires. Ainsi certains infirmiers sont principalement affectés à des actes suivant divers objectifs « **chez les directeurs il y a une vision gestionnaire** » (macro acteur) qui souhaitent que les infirmiers assurent des entretiens de façon à apaiser les employeurs. Ces entretiens paraissent alors avoir peu de sens pour les acteurs « l'entretien, c'est un peu posé là, entre deux visites, un peu n'importe comment pour satisfaire l'employeur qui paye annuellement » (inf.2) et des médecins qui pensent « les infirmières vont mettre le bazar dans mes entreprises donc je ne vais pas les envoyer » (macro acteur). L'approche en rapport avec un besoin réglementaire et non fondée sur de réels besoins identifiés pourrait expliquer alors cette perte de sens. **Alors certains considèrent que les infirmiers sont sous employés** « on les sous utilise à l'heure actuelle...parce qu'elles ont une formation qui leur permet de faire beaucoup plus que ce qu'on leur demande » (méd.3). Cette constatation est signifiée chez certains infirmiers, à la question portant sur ce que les infirmiers considèrent effectuer pleinement leur métier : « non, pas du tout » (inf. 1) à

cause de la place prépondérante prise par les entretiens infirmiers pour l'une ; pour une autre la réponse est « non...c'est normal comme réponse ?.. » en rapport avec des dérives portant sur du travail administratif ainsi qu'une activité en milieu de travail inexistante notamment lors de sessions de sensibilisation qui n'ont pas donné suite malgré un investissement conséquent lors du travail de préparation « c'est un peu démoralisant et vexant » (inf. 1). La non reconnaissance des compétences propres aux infirmiers et le manque de prise en considération des dérives dans l'activité pourrait entraîner un sentiment de dévalorisation. Pour les autres infirmiers la réponse relève plus d'un souhait d'améliorer les pratiques existantes.

Certains infirmiers se sentent reconnus à partir de la **considération que peuvent avoir les médecins à leur encontre** : « à la réunion des médecins, j'ai apporté mes idées, qui ont été prises en compte, donc c'est pas mal, après on va voir si c'est mis en œuvre ou pas » (inf.2) « avec les médecins, ils sont quand même à l'écoute, si j'ai vu un salarié, ils prennent en compte ce que j'ai pu constater » (inf.1). Il se peut que le peu de considération qu'ont certains infirmiers concernant leur métier, qui n'est plus technique, nécessite une certaine valorisation provenant d'un tiers. Les notions de « conscience professionnelle » (inf.2) et de **pertinence des informations** apparaissent comme indicateur de compétences « il faut rester dans l'ombre et quand tu les sollicites c'est à bon escient pour qu'ils puissent dire c'est pertinent ce qu'elle me dit » (inf.1). Mais aussi les retours des salariés semblent conforter les infirmiers par rapport à leur pratique « quand les salariés viennent pour les entretiens infirmiers, ils semblent renfrognés puis ils ressortent, ils ont le sourire donc moi ça me satisfait » (inf.2). Cette attente de considération de la part de l'infirmier pourrait s'expliquer par une valeur moindre accordée à son activité nécessitant d'être compensée par la reconnaissance d'un tiers.

D'autre part **l'absentéisme lors des entretiens infirmiers** pose question pour certaines « moi j'ai l'impression qu'ils n'ont pas trop adhéré à l'arrivée de l'infirmière » (inf.1) alors que pour d'autres l'absentéisme est lié à l'organisation des convocations en rapport aux possibilités d'excuse des salariés « il y a des rois de l'excuse, nous on dit que cela représente 81% de l'absentéisme, ils s'excusent en permanence » (inf.4). Cet absentéisme peut entraîner chez certains infirmiers un sentiment d'inutilité « par

rapport à ce que disent les salariés il manque le côté médical donc du coup ça sert encore plus à rien » (inf.2). Cet absentéisme pouvant aussi être relié à la réglementation « l'entretien infirmier n'est pas obligatoire, il y a des employeurs qui les refusent » (inf.2). La notion d'absentéisme pourrait alors renvoyer au manque de considération des salariés mais aussi à l'inutilité d'un suivi individuel en santé au travail pour certains car il n'y a pas d'obligation réglementaire concernant le suivi infirmier. L'image de certains salariés des visites médicales restant plus une contrainte qu'un bénéfice.

Cet état interroge le contenu des entretiens infirmiers et leur spécificité. Les médecins reconnaissent des compétences différentes dans leur approche « je vois à travers les infirmiers ici peut être une sensibilité féminine ou peut être une implication particulière, je sais pas trop mais c'est vrai que j'aime bien ce point de vue des fois qu'elles ont et que j'ai peu » (med.3) et dans le contenu « L'interrogatoire qui à mon sens est plus poussé que le nôtre, plus medico professionnel » (med.4) avec une analyse du travail qui semble plus approfondie « les salariés préfèrent qu'on s'inquiète de leurs conditions de travail, de leur ressenti au travail, que la bobologie ou l'auscultation ». Ainsi la nécessité de différencier les suivis individuels effectués par les infirmiers et médecins semble être un facteur de reconnaissance des compétences mutuelles : « il est très important de dire que l'entretien infirmier n'est pas une visite médicale...et ne sera jamais une visite médicale dans le respect des compétences des uns et des autres » (macro acteur).

L'acquisition des compétences est réalisée de manière différente. Dans un service les infirmiers ont bénéficié de **5 jours de formation** « on a eu une formation très courte donc en fait on est toujours en perpétuel apprentissage » (inf.1), la présence d'un infirmier déjà présent dans le service a pu être bénéfique « heureusement que j'avais ma collègue qui était arrivée avant ...elle m'a dit, il faut faire comme ça » (inf.1), la recherche documentaire a permis d'apporter un complément « je me documentais pas mal aussi » (inf.1), le travail effectué par l'infirmier contribue à valoriser les compétences « voilà, toujours pareil, à nous de faire nos preuves et de montrer de quoi on est capable » (inf.2). Dans le deuxième service les compétences ont été acquises par le biais **d'une formation universitaire** d'un an en alternance « la

formation a été plus que bénéfique et moi honnêtement j'ai appris beaucoup de choses, j'en savais pas la moitié » (inf.3) qui a permis de développer les compétences infirmières relatives à cette spécialité « cela leur a permis de comprendre pleinement ce qu'était vraiment le métier » (med.4). La formation obligatoire dans le texte de la réforme paraît incontournable sur le terrain parce que les pratiques sont différentes de celles exercées en milieu hospitalier « c'est même au-delà d'une spécialité, c'est un autre mode de fonctionnement...c'est complètement une autre façon de gérer donc je crois qu'il faut une formation indispensable » (med.1).

La participation aux actions en milieu de travail paraît un facteur nécessaire au développement des compétences. Pour certains cette activité relève du rôle propre infirmier « par rapport à la prévention, l'infirmier a tout à fait sa place dans le cadre de son décret de compétences » (inf.4). Les médecins pensent eux aussi « qu'il faut que le personnel infirmier ait une activité d'intervention en entreprise...il faut que ce soit harmonieux entre les visites et l'entreprise » (méd.1) avec parfois un réel appui auprès de la hiérarchie « nous, on a demandé au directeur que les infirmiers aient le même temps d'action en milieu de travail que les médecins » (méd.4). Cette activité paraissant nécessaire à la qualité des entretiens « dans le cadre de la visite, si l'infirmier ne connaît pas l'entreprise, les postes de travail, on ne connaît pas le travail réel, on se fait une idée » (méd.6). D'autres activités relèveraient de compétences infirmières « on pourrait envisager le handicap, j'ai ça en tête mais il y a certainement d'autres idées à avoir, mais la compétence de l'infirmière pourrait justifier que ce soit elle qui y aille plutôt que la technicienne hygiène et sécurité pour l'analyse de certains risques, je pense au risque psychosocial, les risques de TMS » (macro acteur). Ces activités encore peu ou mal identifiées reflètent l'absence du référentiel métier et rendent difficiles en amont le renforcement de ces compétences.

La réalité sur le terrain concernant le respect des compétences semble parfois difficile notamment **dans l'accomplissement par les infirmiers de tâches ne relevant pas de leurs compétences ou dans la répartition des activités.** « Il ne faut pas non plus que le médecin nous donne une surcharge de travail qui n'est pas forcément liée au travail infirmier...il faut pas que ce soit que l'infirmière qui fasse les fiches d'entreprises. Il faut quand même qu'il y ait un équilibre ...il faut pas qu'on remplace la secrétaire » (inf.3),

ces activités venant empiéter sur des missions propres « ça fait plus d'un mois que c'est moi qui planifie mes rendez-vous, je trouve que c'est lourd parce que c'est pris sur mon tiers temps et moi je fais pas autre chose. Déjà ça fait pas parti de mon rôle d'infirmière ou alors qu'on me le dise » (inf 2).

Ces situations associées à **la non reconnaissance des compétences et le manque d'autonomie** entraînent un certain désintéressement. Pour un infirmier, suite à des souhaits de s'investir dans des champs d'actions sans être entendu « ça m'a un peu bloqué, je me suis un peu détournée et j'ai pas demandé mon reste. Je me suis dit, tu fais des entretiens infirmiers, ma foi tu sais ce que tu peux apporter ; tu as des gens qui sont contents, prends déjà ça, c'est déjà bien » (inf.1) entraînant des départs d'infirmiers « il y a un **turn-over important** d'infirmières dans certains services » (macro acteur). Ces départs pourraient être dus à la déqualification du métier par la perte d'autonomie et le manque de reconnaissance des compétences propres.

Une reconnaissance partielle des compétences infirmières : L'embauche des infirmiers pour combler un manque d'effectif n'apparaît pas comme un facteur favorisant la reconnaissance des compétences de ces acteurs. Certains considèrent qu'ils sont sous employés car ils n'exercent que partiellement leur travail. La reconnaissance se fait par rapport aux retours des médecins et des salariés, mais l'absentéisme des salariés lors des entretiens infirmiers pose parfois question. Cette reconnaissance passe aussi par la différenciation entre le contenu de la visite médicale et de la consultation infirmière. L'acquisition des compétences est variable en fonction du type de formation et nécessite la connaissance des milieux de travail. Les activités en dehors du champ d'activité infirmier ne permettent pas la valorisation des compétences.

4. Des situations délicates dues à un double rattachement hiérarchique

Deux systèmes hiérarchiques organisent le travail des infirmiers qui sont susceptibles d'entraîner des confusions « les médecins ne sont pas branchés sur la sensibilisation individuelle, pourtant c'est notre activité principale en fait, c'est ce qui nous est demandé quand même par la direction » (inf.2), on peut en conclure que la direction des SSTI dicte le travail infirmier. Les orientations de la direction semblent parfois aller à l'encontre de la vision des médecins « il y a une tendance de la direction à vouloir faire un peu plus de visite et peut être un peu moins de terrain donc nous on insiste pour qu'il y ait une répartition qui reste » (med.6) et certains médecins viennent en appui « un médecin aurait tendance à nous couvrir, à nous protéger quand la direction veut nous faire faire des trucs. Il dit « attendez, ça va pas, on va pas les envoyer au casse gueule, on va prendre du temps » (inf.1). Un certain flou entre des positionnements professionnels et institutionnels pourrait expliquer ces ambiguïtés. Une volonté gestionnaire des directions et la nécessité pour les médecins que les infirmiers puissent observer les situations de travail peuvent expliquer ces injonctions. Ainsi ces situations sont susceptibles d'entraîner un tiraillement entre des demandes de la direction et celles des médecins en mettant les infirmiers en porte-à-faux. Pour aller plus loin, nous pourrions penser que le corps infirmier est utilisé par les directions pour faire bouger les médecins ; ou récupéré par les médecins pour maintenir et renforcer l'opposition à la direction.

Dans le domaine organisationnel, concernant les salariés à suivre, la répartition dépend du secteur dont le médecin à la charge, soit de façon imposée « c'est le médecin qui choisit les salariés que l'infirmière voit » ou bien décidé en concertation. Pour certaines les actions de sensibilisation sont validées par le médecin, d'autres sont discutées mais elles peuvent être aussi demandées par la direction « on a fait une journée prévention TMS, ça a très bien marché...et donc le directeur a demandé à ce qu'on refasse d'autres journées comme ça » (inf.3).

D'autre part la perception relative aux enjeux de pouvoir peut s'expliquer par des « directions de service qui savent très bien qu'ils n'arriveront jamais à gérer les médecins ... et se disent que tous les nouveaux qui arrivent (infirmiers, IPRP) passent

sous ma coupe» (macro acteur) avec la mise en place d'une organisation matricielle qui justifierait « une animation technique infirmière » (macro acteur), cette demande est précisée chez les infirmiers « je le vois même avec un cadre de santé infirmier SIST ... avec **un cadre infirmier coordinateur, un médecin coordinateur** » (inf.4). Or cette configuration peut potentiellement entraîner des problèmes en termes de pouvoir et de hiérarchie. La commission medico technique (CMT) élabore le projet pluri annuel de service, elle est consultée sur la mise en œuvre des compétences pluridisciplinaires, l'organisation des actions en milieu de travail (AMT)....Elle est composée de médecins, d'infirmiers, d'IPRP. Chaque groupe professionnel élit un professionnel qui les représentera en fonction d'un certain nombre. Or le professionnel représentant les infirmiers peut ne pas être le cadre infirmier ce qui pourrait poser question sur la légitimité des décisions d'autant plus « que c'est le médecin qui anime et coordonne l'équipe » (Macro acteur). Cette fonction occupée par les médecins peut aussi parfois être difficile à maintenir par rapport aux décisions de cette commission « la Commission Médico Technique (CMT) dans laquelle les médecins seront loin d'être majoritaires alors que le texte leur laisse le leadership au sein des équipes, il y a des problèmes qui vont jaillir parce que **la décision de la CMT peut ne pas être représentative de la position des médecins sur le leadership** » (macro acteur). Ainsi la légitimité des décisions prises par les médecins ou infirmiers coordinateurs pourraient ne pas être reconnues par la CMT mettant à mal les fonctions d'animation et d'encadrement d'équipes.

Des situations délicates dues à un double rattachement hiérarchique : Un rattachement hiérarchique mal identifié met les infirmiers dans des situations paradoxales entre des demandes de la direction parfois désapprouvées par les médecins. Un infirmier coordinateur semble nécessaire mais sa légitimité pourrait être remise en question à partir des décisions prises par les CMT, situation similaire pour le médecin coordinateur.

5. Diverses pratiques sur l'usage de l'informatique

La mise en place et le développement de logiciels spécifiques au domaine de la santé au travail semblent avoir des répercussions sur l'organisation du travail. Le passage à l'informatique représente une charge de travail qui se répercute sur du temps infirmier non prévu à cet effet « comme on ne capte pas en entreprise et qu'on est beaucoup en entreprise, on peut pas faire la saisie là-bas. Tu reviens sur le tiers temps et tu fais la saisie » (inf.1). Alors que **les infirmiers sont informatisés, certains médecins fonctionnent avec des dossiers papiers** « des fois je me retrouve avec le dossier papier, je regarde pas forcément le dossier informatique et je n'ai pas les dernières données et je m'aperçois que le salarié a été vu par l'infirmier l'année dernière » (méd.4), cette situation génère alors des problèmes de communication et d'organisation « le problème c'est qu'on sait pas qui a vu qui, sur le logiciel on le voit pas forcément très bien » (méd.4). Cette situation pourrait s'expliquer par la demande faite aux infirmiers par les directions de passer à des moyens informatiques alors que certains médecins ont pour habitude de fonctionner avec le dossier papier.

Certains infirmiers considèrent que le logiciel est « mal foutu, on perd un temps fou » (inf.2), il paraît utile pour réaliser les statistiques mais ne reflètent pas l'approche infirmière « l'humain là-dedans je sais pas trop où il est » (inf.2), ne permettant pas de lisibilité sur la restitution des entretiens infirmiers « je peux faire des écrits mais ça ne ressort pas l'année prochaine quand il (le médecin) va lire mon entretien » (inf.2).

Cet aspect négatif ne semble pas ressenti par tous les infirmiers ou l'outil informatique permet de mieux repérer les risques « alors les expositions, on est en train de travailler sur le logiciel pour prendre chaque profession qui est associée à une liste de risques professionnels ...avec le salarié on regarde s'il est exposé à tel ou tel risque, on enlève ou on rajoute » (inf.3) ce qui permet par la suite de « voir sur quoi il faut qu'on travaille essentiellement » (inf.3). Ces deux approches pourraient être reliées au contexte d'exercice, les infirmiers plus axés sur l'écoute retrouvent difficilement dans ces logiciels le moyen de retranscrire le contenu de l'entretien, alors que les infirmiers plus orientés sur le volet professionnel semblent apprécier l'utilité d'un logiciel spécifique.

L'usage de l'informatique est aussi un moyen de travail en binôme médecin infirmiers pour échanger sur les modalités de fonctionnement « là on (médecins et infirmiers) était en réunion « LOGICIEL » ce matin pour justement travailler sur les entretiens infirmiers, sur les protocoles » (inf.3). Ce travail de réflexion sur **l'usage du dossier médical informatisé est un moyen de reconsidérer la division du travail et les frontières entre les champs professionnels** des uns et des autres « les médecins ont développé de leur côté une session correspondant à un examen médical et un groupe de médecins et d'infirmiers ont défini la session infirmière de recueil, ils ont fini par s'apercevoir en fait que s'ils voulaient avoir des indicateurs cohérents il fallait qu'ils s'harmonisent » (macro acteur). Cette réflexion incite les acteurs à ne « pas définir l'un et l'autre séparément mais réfléchir à définir l'un et l'autre simultanément » (macro acteur) parce qu'il y a « une partie commune et une partie différente » (macro acteur). Ainsi la nécessité d'utiliser et de choisir des termes prédéfinis pour harmoniser le recueil de données dans l'objectif de réaliser une veille sanitaire demande à chacun des acteurs de s'accorder sur l'usage de l'informatique.

Diverses pratiques sur l'usage de l'informatique: Le déploiement de l'usage de logiciels spécifiques en santé au travail avec des médecins parfois peu enclins à abandonner les dossiers médicaux sur support papier rend plus difficile le travail infirmier. D'autre part certains infirmiers considèrent que les logiciels sont peu adaptés à leurs pratiques. D'une façon un peu plus inattendue, la nécessité de définir les indicateurs à intégrer dans les logiciels interroge les médecins et les infirmiers sur les limites de leurs champs professionnels.

6. La place de l'infirmier dans le changement

Si pour certains **le changement est imposé** « par le manque d'effectifs de médecin » (med.6) avec l'impression de faire du « replâtrage » (med.6), **il semble cependant que la nécessité de cette transformation soit incontournable** « le métier se transforme et la collaboration est indispensable » (med.3). Certains médecins envisagent alors de « se recentrer sur ce que l'on sait faire » (med.3). Avec le constat que « les gens doivent intégrer que la visite périodique, c'est vraiment pas ça qui fait la santé au travail »

(med.1) et d'améliorer les prestations « la prévention en entreprise serait plus efficace parce que là, dans les entretiens infirmiers, franchement, on recherche des risques et après... » (inf.2). Une présence dans les entreprises plus importante paraît alors nécessaire « ça permet effectivement d'être plus nombreux dans les entreprises, d'avoir un champ d'action plus important » (med.6), avec le développement d'activités collectives « plutôt que de faire du cas par cas, plutôt des actions d'informations collectives que ce soit auprès des salariés ou des employeurs » (med.4). Cette dimension de **prévention primaire** est bien représentée auprès des acteurs « il faut essayer de mettre en place des actions en milieu de travail et justement développer ce côté préventif...pour éviter de se retrouver avec de plus en plus de visites médicales sur des visites d'inaptitude, de reprise, moi je pense que la prévention de la désinsertion professionnelle passera essentiellement par ça » (inf.4) et d'assurer un suivi des salariés plus rapproché « déjà les salariés ont une visite, ils sont vus par le service de santé de façon plus fréquente » (med.4). Nous pouvons considérer que ces réactions reflètent les connaissances qu'ont les acteurs des textes de la réforme notamment par la volonté du législateur de renforcer la prévention primaire, elles nous renseignent aussi sur l'adhésion plutôt favorable à ce changement.

D'autre part, pour certains, l'évolution de la Santé au travail semble nécessaire calquée sur l'organisation de la santé dans le secteur général actuellement, « j'ai connu la médecine ou on était très sectorisé en termes de médecins, infirmiers...donc c'était très tranché et donc on voit qu'on évolue vers un travail beaucoup plus en équipe, une relation entre l'hôpital et la périphérie, entre les médecins et les paramédicaux » (méd.1). Ainsi l'adhésion à la réforme paraît envisageable et acceptable parce que l'organisation se rapproche de celle des soins de ville.

Le changement est incontestable pour certains. Dans dix à quinze ans certains pensent qu'il y aura « un médecin avec énormément d'entreprises et de salariés ; avec l'équipe pluridisciplinaire et un médecin d'expertise, « on peut pas aller contre, c'est pas plus mal » (méd.4). Des médecins pensent qu'ils vont exercer en « prévention secondaire et faire du maintien dans l'emploi et de la gestion de projet » (med.3) et considèrent qu'il est nécessaire de déterminer les actions prioritaires « il faudra vraiment être

pertinent sur les choix, être beaucoup plus dans le fonctionnement utile, prioriser certaines actions plutôt que de se disperser sur des actions transversales qui n'étaient pas justifiées » (med.1).

Certains envisagent le suivi systématique des salariés par les infirmiers « transférer les visites annuelles c'est idiot, il vaut mieux dire : la visite annuelle n'existe plus et on la remplace par l'entretien infirmier, donc ce sont les infirmières qui en fait feront cette prévention primaire » (med.3). De même certains infirmiers considèrent que « notre champ de visite médicale je pense qu'il va s'agrandir » (inf.3) avec un renforcement des actions collectives « on fera de la prévention mais pas en individuel, en collectif » (inf.1).

L'absence de changement pouvant mettre en péril la santé au travail « on va être obligé de lâcher une partie de notre champ d'action parce qu'on pourra pas, à un moment donné. Si administrativement on peut pas laisser des entreprises dans le « droit juridique », la médecine du travail va disparaître » (méd.3). Cette réflexion sur le devenir de la santé au travail pourrait soulever une inquiétude chez les acteurs qui paraissent conscients des enjeux à venir.

La part prise par les infirmiers dans ce changement est significative. Il apparaît au décours des entretiens un certain désir des infirmiers pour **redynamiser l'image de la santé au travail** « on entend souvent dire que le médecin du travail était derrière un vieux bureau poussiéreux et, excuse-moi l'expression, qui servait pas à grand-chose ; alors que là, je pense qu'on est en train d'essayer de recréer une nouvelle dynamique » (inf.4) avec l'impression que les infirmiers contribuent à ce changement « **on essaie de dépoussiérer un peu l'image de la médecine du travail par le biais des infirmiers** entre autre et ça passe pour l'instant » (inf. 3). Le passage à l'informatisation à partir de l'activité infirmière peut être considérée comme un moyen d'évolution, les infirmiers ayant été obligés d'utiliser cet outil « ça, de toute façon on n'a pas le choix c'est obligatoire » (inf.2).

Le changement s'est aussi opéré auprès des médecins, le questionnement sur les tâches des uns et des autres avec l'arrivée des infirmiers, entraîne **des changements auprès des médecins** « on est obligé de se remettre en question » (méd.4), avec des

infirmiers qui paraissent investi dans cette démarche « on essaie de les faire évoluer » (méd.3). Cependant tous n'adhèrent pas et les réactions sont variables « il y en a qui jouent le jeu et qui petit à petit..., évidemment ça se fait pas en huit jours, mais d'autres je suis pas certaine » (inf.3). L'on peut penser que l'arrivée de personnels nouveaux avec des parcours professionnels souvent variés et hors de la santé au travail, vient questionner les acteurs déjà en place et génère des changements.

Ce changement engendre un retentissement sur la profession d'infirmier « on est dans une période où on a besoin de beaucoup travailler parce que, petit à petit, tout en douceur, sans faire du rentre dedans, mais par la compétence, par l'écoute, par le travail, c'est peut être utopique ce que je dis, mais **je pense que c'est maintenant qu'on crée notre métier de demain** » (inf.4) afin de montrer que les infirmiers ont un rôle à jouer en santé au travail « à nous de faire nos preuves d'évoluer dans le bon sens, de montrer qu'on fait des choses importantes et finalement se montrer indispensable » (inf.2). Cette perception pourrait s'expliquer par la compréhension qu'ont les infirmiers de l'élaboration du métier à partir de la pratique, des expériences successives et des connaissances.

La place de l'infirmier dans le changement: Malgré un changement imposé par le législateur les acteurs de terrain considèrent comme indispensable le développement de la prévention primaire. Le renforcement de cet axe associé à des acteurs plus nombreux dans les services permet d'assurer un suivi des salariés de façon régulière et rapprochée. Cette évolution semble évidente pour certains parce que calquée sur des pratiques en développement dans le domaine du soin classique. Les médecins du travail envisagent une médecine d'expertise associée à des actions ciblées et prioritaires et des infirmiers assurant le suivi individuel en prévention primaire. Ce changement apparaît pour certains comme le moyen de redynamiser l'image de la santé au travail, il vient modifier les pratiques. Pour les infirmiers ce changement initie la construction du métier en Santé au Travail.

7. Une phase d'intégration plurielle

L'importance de cette période d'intégration est évoquée chez de nombreux acteurs. A partir des deux SSTI qui ont fait parti de notre terrain d'étude nous avons pu explorer deux possibilités d'intégration. Dans un service les infirmiers ont bénéficié de cinq jours de formation à leur arrivée, avec deux infirmiers arrivés à un an d'intervalle. Dans l'autre service, trois infirmiers ont été embauchés en même temps, ils ont débuté en intégrant une formation universitaire en alternance sur un an, trois médecins ont été les tuteurs professionnels.

D'une façon générale cette intégration réfère à **la notion de temps** « et peut être, sur quelques mois, l'infirmier joue son intégration ou son rejet » (méd.1). Dans les services où l'infirmier a bénéficié d'une formation diplômante, un médecin considère que « ça aurait été plus long » (med.4) si l'infirmier avait eu une formation réduite et « la confiance s'établit avec le temps » (inf.2).

Pour les infirmiers ayant bénéficié de cinq jours de formation « au début j'ai fonctionné par tâtonnement, ça aurait pu être mieux si j'avais eu une formation » (inf.1), cette situation entraîne des difficultés de fonctionnement « très honnêtement au début c'est compliqué... c'était pas du tout pertinent, je sollicitais vachement le médecin, heureusement j'ai des médecins cool » (inf.1). Cette situation demandant alors aux infirmiers de démontrer leur compétence « **à nous de faire nos preuves, de montrer de quoi on est capable** » (inf.2) et de montrer de la souplesse « je pense qu'il faut arrondir les angles » (inf.4). Ces situations qui sont susceptibles de mettre les infirmiers en difficulté peuvent s'expliquer par la méconnaissance du domaine de la santé au travail, non abordé en formation initiale infirmière.

Cette difficulté des débuts peut être atténuée par la présence d'un collègue infirmier déjà en place « j'ai eu la chance de pouvoir me reposer sur elle » (inf.1). L'infirmier déjà en place ayant auparavant subi la situation « moi, les foudres c'est ma collègue qui les a prises avant moi » (inf.1).

D'autres facteurs comme « **la personnalité de l'infirmier** » (med.1) paraissent importants avec « une phase d'observation » (med.1) permettant de mieux se

connaître « puis après on se rend compte finalement que la personne a beaucoup plus de choses à apporter que nous on en a d'en craindre » (med.1). Et les difficultés rencontrées relèvent de problèmes interrelationnels qui renvoient « à des problèmes de personnes, des personnalités » (macro acteur) ou lié au comportement « ça va être le comportement des premiers mois qui va être déterminant (Med.1). La possibilité de **débuter l'intégration avec des médecins volontaires** semble faciliter cette période « il faut aussi que le médecin ait envie d'intégrer une infirmière, si tu tombes sur un médecin qu'on a contraint et forcé à prendre un infirmier, forcément ça va pas bien se passer » (inf.1). Si dans certaines situations des médecins réticents au débuts évoluent, cela n'a pas toujours fait tache d'huile « on s'aperçoit que ceux qui n'étaient pas convaincus n'ont pas été convaincus par l'expérience, peut-être qu'il y a eu des défauts de communication et de valorisation de cette expérience antérieure » il semblerait alors qu'il y ait une lacune de préparation et de réflexion sur la place à donner et d'anticipation qui n'a pas été faite sur la place, les conditions, les missions » (macro acteur). L'habitude pour certains médecins de travailler de façon isolée, la volonté de préserver leur indépendance, la résistance au changement pour conserver leur autonomie pourraient expliquer ces différentes modalités d'acceptation de pratiques.

Une phase d'intégration plurielle : L'importance de la période d'intégration retentit sur la pérennité de l'infirmier à son poste. Cette phase est tributaire du type de formation spécialisée initiée et de la volonté du médecin de travailler en collaboration avec un infirmier. Elle est reliée pour certains médecins au comportement et à la personnalité de l'infirmier. Cette période d'intégration nécessite du temps pour renforcer la connaissance des uns et des autres et lever les craintes. Pour les infirmiers elle demande tact, perspicacité et adaptabilité.

8. Une communication aléatoire:

Les propos recueillis nous ont permis d'identifier deux niveaux de communication, **l'un entre les acteurs internes et l'autre envers les différents interlocuteurs ou institutions extérieurs aux SSTI**. La communication au sein même des services varie d'une équipe à l'autre, quant aux modalités de communication et apparaît sur plusieurs plans. La circulaire d'application de la réforme de novembre 2012 considère comme indispensable, d'institutionnaliser des temps d'échanges dans le fonctionnement des équipes et notamment entre le médecin du travail et l'infirmier en matière de suivi individuel des salariés. Cette modalité est appliquée différemment « il y a des services qui ont mis en place des réunions systématiques, nous on a pas fait comme ça parce qu'on a un mode de fonctionnement qui est en **communication informelle** » (méd.3), ceci semble justifié par une organisation moins contraignante « ça doit être fait à tout moment dans les couloirs ou si elle a un problème en consultation je peux venir, c'est moins lourd » (méd.4). Alors que pour certains, ce mode de fonctionnement semble convenir, pour d'autres il paraît imposé par des contraintes temporelles « on s'attrape dans les couloirs...normalement il doit y avoir des staffs entre infirmiers et médecins mais ça se passe pas comme ça, c'est toujours entre deux portes » (méd.6), avec un même ressenti pour un infirmier « on a pas trop de plage de temps pour communiquer » (inf.2). L'on pourrait penser que **la charge de travail impacte les modalités de communication** car elle ne libère pas suffisamment de temps pour échanger sur les salariés reçus. Toutefois certaines équipes adoptent un fonctionnement non formalisé qui paraît leur convenir alors que d'autres équipes semblent plus frustrées par la difficulté à planifier ces temps d'échanges. Ce point pourrait alors impacter le travail en collaboration.

En effet la communication est liée au travail en collaboration « le travail est super intéressant parce que ça permet des échanges, on est sans arrêt en train d'échanger avec les uns, les autres » (méd.6) permettant ainsi de partager les points de vue, et pour certains infirmiers « pour que ça marche il faut communiquer au maximum, expliquer ce que l'on fait, pourquoi on le fait, à quoi ça sert » (inf.2) qui dans ce cas

pourrait plutôt se rapprocher de conduites rassurantes de la part des infirmiers envers les médecins.

Cependant des échanges plus cadrés entre médecins et infirmiers semblent nécessaires pour les actions en entreprise « toutes les semaines, de temps en temps, ça nous arrive ...ce serait plutôt pour les AMT, les objectifs... » (méd.4). Pour certains cette communication devrait être plus formalisée « pour interconnecter nos pratiques et pour ne pas se disperser » (méd.3).

La communication est verbale, mais aussi dans certaines situations, lorsque l'infirmier travaille avec de nombreux médecins « on communique très facilement avec les médecins, on s'appelle, on s'envoie un mail » (inf.1). Afin de palier à la dispersion des médecins et à la nécessité de communiquer les acteurs utilisent plusieurs moyens qui peuvent impacter le temps de réponse et donc la prise en charge des salariés.

Il existe par ailleurs des échanges sur des thématiques en groupe de travail : « comité de pilotage, groupe RPS (Risques Psycho Sociaux), groupe OPPBTP (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics) » (inf.3) ou « des réunions de médecins pour discuter des problématiques » (inf.1). La mise en place de ces groupes interdisciplinaires semble répondre l'esprit de la réforme en créant des groupes projets à partir des risques identifiés afin d'agir en prévention primaire.

La communication vers l'extérieur semble poser plus de difficulté « il n'y avait rien en communication » (inf. 3), dans un service « on a un groupe communication dont on fait partie » (inf.3) « on a créé un nouveau logo, on a créé le site internet » (inf.3). D'autres acteurs jouent ce rôle car **ils constatent que les salariés, les employeurs ne connaissent pas les possibilités offertes par les SSTI** « moi j'ai envie de reintéresser les gens à la médecine du travail, de leur montrer qu'on peut mettre en place des choses, qu'il n'y a pas que le médecin » (inf.1) alors certains considèrent qu'il est nécessaire d'informer les employeurs par rapport à l'arrivée des infirmiers « **on peut le concevoir comme une version dégradée**, du coup un relationnel qui n'est pas forcément optimal » (méd.1), pour éviter cette image « si ces activités sont confiées aux infirmiers, au contraire c'est pour avoir un meilleur fonctionnement de l'équipe, c'est vrai il faut faire passer le message aux chefs d'entreprises, aux salariés, aux syndicats »

(méd.1). Si cette communication semble nécessaire certains mettent un bémol, notamment lors du travail dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) « on a l'impression vraiment que c'est du travail de communication pour faire beau sur la feuille » (méd.3). La nécessité ressentie par les acteurs de communiquer auprès des adhérents paraît importante, l'on pourrait penser que cela permet d'améliorer l'image de la santé au travail et renvoyer à une forme d'utilité et de valorisation professionnelle. L'intérêt d'améliorer ce type de communication peut s'envisager dans la perspective de favoriser les actions en milieu de travail.

Une communication aléatoire : La communication entre médecins et infirmiers concernant les situations des salariés semblent nécessaires mais sont peu formalisées dans l'ensemble, une charge de travail importante pourrait en être une des raisons ne permettant pas d'avoir suffisamment de temps. Les impacts de la réforme se font sentir car les groupes projets se développent et sont bien identifiés, ils permettent des échanges dans un cadre pluridisciplinaire. La communication vers l'extérieur paraît incontournable pour faire connaître les prestations, pour expliquer les nouveaux fonctionnements, valorisant ainsi la santé au travail et ses acteurs.

SYNTHESE :

Les nouvelles pratiques en santé au travail, issues de la réforme de 2012, viennent impacter les contenus représentationnels des infirmiers, en effet le caractère descriptif (Piasser, 1999) reste peu identifiable par le manque d'historicité et l'absence de référentiel métier.

Cette situation vient limiter les routines comportementales issues de l'expérience. De plus, l'élaboration des savoirs professionnels passe par l'acquisition de connaissances, comme nous avons pu le constater les formations proposées sont très diverses régulant alors, de façon variable la fonction cognitive.

L'ensemble de ces éléments rend difficile la période d'intégration des infirmiers par l'inexistence de fonction d'orientation des conduites pour certains, ne permettant pas toujours d'avoir des réponses adaptées et par des dysfonctionnements relationnels car certains collaborateurs sont réticents à l'idée de les considérer comme appartenant au groupe. Ces situations peu établies permettent difficilement les prises de position dans les situations relationnelles. Or le travail en collaboration se construit sur des interrelations, la difficulté pour certains infirmiers de développer des comportements rejait sur le niveau positionnel (Doise, 1982) pouvant altérer le travail en collaboration. Ce niveau positionnel est d'ailleurs parfois difficile à déterminer à cause de rattachements hiérarchiques peu ou mal identifiés, cet aspect est exacerbé par des normes réglementaires professionnelles, rôle propre et rôle autonome parfois méconnus ou peu respectés des collaborateurs.

D'autre part nous avons pu constater que le travail en collaboration renvoie au niveau idéologique (Doise, 1982) puisque la notion de confiance reste une valeur essentielle et les normes ont été évoquées à partir des protocoles et du cadre de la responsabilité.

Pour ce qui est des médecins, ce changement à partir de la réforme reste une démarche partiellement participative. Il vient modifier l'environnement de travail, puisqu'il touche à l'organisation. Malgré la connaissance parfois pas toujours bien identifiée des raisons de la réforme, l'adhésion au changement n'est pas uniforme, les bénéfices au niveau personnel, professionnels ou ayant trait au domaine de la santé au travail ne paraissent pas évidents.

Le changement crée une instabilité puisqu'il vient toucher aux attitudes, valeurs remettant en cause la fonction de protection de l'identité du groupe (Piasser, 1999). Les individualités dans les pratiques qui ont toujours existées ne facilitent pas le caractère prescriptif de la représentation professionnelle du médecin et rendent difficile la stabilité d'une identité commune. Ces éléments peu ou mal définis sont susceptibles d'altérer les prises de position et la communication.

Le travail en collaboration, entre le médecin et l'infirmier, est l'organisation sur laquelle doivent s'appuyer les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin étant l'animateur et le coordinateur. Cette position demande d'adopter une nouvelle

posture tout en révisant ses pratiques qu'il devra confier à d'autres acteurs. Cette nouvelle conception vient questionner fortement la norme car les médecins du travail s'appuient sur leur indépendance professionnelle.

La collaboration fait aussi appel à la communication, or les modifications des caractères descriptifs sur les contenus représentationnels, les atteintes des caractères prescriptifs impactent les interrelations et peuvent en altérer la communication.

Ce travail de synthèse issu de l'analyse du contenu des entretiens, la compréhension des phénomènes, les interprétations formulées sont des éléments sur lesquels nous allons nous appuyer pour établir les pistes d'amélioration.

Afin de proposer des recommandations qui recouvrent les éléments émergents suite à notre travail d'analyse, nos propositions seront faites dans les domaines organisationnels, techniques et humains

Domaine organisationnel :

Préférer des équipes restreintes (médecin, infirmier, assistante) composées d'un infirmier travaillant en collaboration avec 1 à 2 médecins maximum. Comme nous avons pu le constater, au moins deux modalités de répartition existent : un infirmier qui travaille avec deux médecins ou un infirmier qui travaille avec cinq ou six médecins. Les difficultés décrites précédemment par les infirmiers provenaient d'une lourdeur importante liée au fonctionnement avec de nombreux médecins. La configuration restreinte éviterait une dispersion de l'infirmier, améliorerait l'organisation de son travail ainsi que le travail en collaboration. Afin de faciliter les échanges entre le médecin et l'infirmier, en cas de difficulté avec un salarié, et dans la mesure du possible, il serait préférable que les vacations médicales soient planifiées en même temps que les vacations infirmières afin que les deux interlocuteurs soient dans le même lieu sur des plages de temps concomitantes. A plus ou moins long terme, la répartition entre médecins et infirmiers peut s'inverser. La répartition entre ces deux professions, dans le cadre de la surveillance médicale des salariés, pourrait être faite à partir de la priorisation des missions, elle devrait privilégier l'équilibre entre la répartition des compétences infirmières et médicales.

Prévoir un temps pour les infirmiers en entreprise au moins égal à 30 % de leur temps de travail afin de réaliser des observations de situations de travail. En effet, les visites en entreprise permettent d'objectiver le travail réel, elles facilitent le lien avec les salariés, les employeurs et favorisent la communication. La connaissance des situations de travail permet de réaliser des consultations infirmières de qualité basées sur les connaissances des postes de travail.

Si l'observation en entreprise demeure indispensable, le temps consacré aux études de poste et aux actions en milieu de travail doit rester modulable et adapté au projet de service. Ces visites peuvent être réalisées seules ou avec le médecin, l'assistant santé travail, l'IPRP...la participation de ces acteurs sera fonction de l'objectif de la visite et/ou de la problématique. S'il s'agit principalement d'un problème de santé du salarié, un personnel de santé peut intervenir, s'il s'agit d'une situation de santé associée à des risques professionnels particuliers un personnel plus technique pourrait participer.

Intégrer les infirmiers aux démarches de maintien dans l'emploi. La connaissance du domaine de la santé, des séquelles des pathologies, d'accidents, la connaissance des pathologies chroniques, la prise en charge holistique des patients en milieu de soin, la connaissance des organismes dédiés au maintien dans l'emploi, la coordination des soins, sont des éléments maîtrisés et pratiqués par les infirmiers et qui entrent pleinement dans leur domaine de compétences.

Développer la connaissance de la santé collective des salariés par **la promotion de la santé au travail et la veille sanitaire**. Ces actions, comme nous avons pu l'observer ne sont que partiellement menées par des infirmiers. Les compétences acquises en formation initiale complétées par des formations spécifiques au monde du travail permettent aux infirmiers d'être des membres actifs dans ces démarches.

Développer et/ou favoriser les groupes projets en pluridisciplinarité en fonction des besoins de santé des salariés ou des risques identifiés. Ces espaces de travail permettent une cohésion d'équipe, facilitent les échanges et dynamisent un groupe sur un projet de santé au travail. Ces groupes permettent aux infirmiers et médecins d'envisager la santé au travail autrement que par la réalisation de visites médicales ou d'entretiens infirmiers et de participer à des actions de prévention primaire.

Homogénéiser l'utilisation de l'outil informatique auprès des médecins et des infirmiers pour éviter différents supports en apportant des améliorations et en proposant un accompagnement pour les acteurs qui ne maîtrisent pas l'outil. Afin d'harmoniser les pratiques et définir les modalités de saisies, il serait souhaitable de développer des groupes de travail autour de l'utilisation des logiciels pour établir les

éléments à intégrer, permettre la réflexion et les échanges sur les modalités d'implémentation et repérer les éléments propres à chaque groupe professionnel. L'outil informatique pourrait alors être un outil de médiation. Envisager que les médecins et les infirmiers puissent travailler avec le fournisseur de logiciel pour adapter l'outil à la pratique.

Domaine technique :

Un **agencement des locaux** en vue de faciliter le travail en équipe est important. Il pourrait permettre de densifier la collaboration. L'idée étant de favoriser les échanges et faciliter le travail des acteurs en apportant des réponses rapides en raison de la proximité des uns et des autres. La communication est importante pour les acteurs, des locaux adaptés qui favorisent les échanges formels et informels participent à la dynamique de groupe.

Domaine humain :

La formation auprès des médecins et des infirmiers semble incontournable.

Une formation complète de spécialisation en santé au travail pour les infirmiers permet l'acquisition des compétences. Celle-ci faciliterait le travail en collaboration, augmenterait la rapidité d'intégration, et aiderait à la mise en place d'une relation de confiance. D'autre part, la possibilité de réaliser une formation en alternance avec un tuteur professionnel comme médecin facilite la connaissance de ce dernier sur les capacités des infirmiers lors de la formation et permet ensuite de connaître les activités que pourra mener l'infirmier. Enfin une formation demandant la réalisation de projets tutorés ou travaux appliqués incite l'infirmier qui les met en pratique, à adopter progressivement une nouvelle posture professionnelle et permet auprès des autres acteurs, mais aussi des salariés et des employeurs, de générer un autre regard en modifiant la représentation initiale des infirmiers.

Le cadre des 150 heures minimum signé dans la convention collective doit être élaboré à partir du contenu défini lors du séminaire de 2012 organisé par le collège des enseignants de Médecine et Santé au Travail⁷, associé à des projets tutorés et suivis par un tuteur professionnel. Une validation d'acquis partielle peut permettre dans un deuxième temps d'accéder à un cursus universitaire de type Licence Master Doctorat.

L'importance d'une formation de qualité qui allie l'acquisition de connaissances et le développement des compétences par un accompagnement organisé à partir de travaux pratiques cohérents et progressifs semble être un facteur d'intégration, de professionnalisation pour l'étudiant en formation mais aussi de connaissance mutuelle entre le médecin et l'infirmier qui vont être amenés à collaborer.

La généralisation aux professionnels de santé du Développement Professionnel Continu doit permettre aux infirmiers peu formés de bénéficier de formations complémentaires pour être en mesure de développer leurs compétences spécifiques en santé au travail. Un panel de formation agréé OGDPC est en train de se développer.

L'offre de formation pour les acteurs de la santé au travail devrait comprendre la formation sur la conduite de projets, ainsi qu'une formation axée sur la relation/négociation avec l'employeur. Cette dernière pourrait être utile pour faciliter l'information des prestations des SSTI auprès des employeurs, d'améliorer la communication pour favoriser les actions en milieu de travail ainsi que le suivi des préconisations.

Utiliser **la démarche de progrès en santé au travail** proposée par le CISME⁸ en 2004, non pas comme un moyen de contrôle mais bien comme principe d'amélioration continue. Cette approche reste intéressante si elle permet d'accompagner le changement, d'harmoniser les pratiques, d'impulser une dynamique de travail collectif

⁷ L'objectif de ce séminaire était de décliner une formation de base ou « initiale » définissant des compétences propres à une infirmière de santé au travail et lui permettant d'appréhender tous les modes d'exercice (service de santé au travail interentreprises, service de santé au travail autonome, service de santé au travail de la médecine agricole, service de santé au travail de la fonction publique...). Il avait établi une répartition des enseignements sur une volumétrie horaire d'au moins 150 à 200 heures de cours.

⁸ CISME : Centre Interservices de Santé et de Médecine du Travail

en pluridisciplinarité, de valoriser tous les acteurs et favoriser l'intégration des infirmiers dans le respect de leurs compétences professionnelles.

Dans cette perspective la mise en place de **groupes d'échanges de pratique** serait bénéfique afin que chaque profession puisse connaître l'autre pour faciliter la collaboration. Ces groupes peuvent être réalisés entre professions identiques pour harmoniser les pratiques et en interprofessionnel pour faciliter la compréhension des uns et des autres.

Respecter les compétences infirmières en ayant intégré la notion de rôle propre et de rôle prescrit. L'absence de reconnaissance du rôle autonome infirmier en contrôlant tous leurs actes est un facteur de perte de sens du travail infirmier. Ainsi le contenu de la consultation infirmière fait partie du rôle propre infirmier puisqu'il s'agit de réaliser un recueil de données, de repérer des situations à risque et d'adopter une démarche clinique pour apporter conseil et orienter si besoin. **Les protocoles** qui paraissent nécessaires se situent en fin de consultation en tant qu'arbre décisionnel pour permettre à l'infirmier d'orienter le salarié vers le médecin du travail, un médecin généraliste... en fonction des éléments recueillis lors de la consultation.

Comme nous avons pu le constater **le respect des tâches est important**. Un glissement de l'activité vers du travail administratif est fréquent. Ces nouvelles actions viennent empiéter sur des compétences cœur de métier, elles amènent un appauvrissement des tâches et peuvent être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation. De même une **clarification des rôles hiérarchiques est indispensable** pour éviter à l'infirmier d'être le « médiateur » de la direction vers les médecins. La différenciation entre une hiérarchie administrative et fonctionnelle devrait être établie et reconnue.

Envisager **un référent métier infirmier** sur le plan institutionnel au niveau national et régional. Comme dans les structures parallèles de soins classiques (ARS, hôpitaux...) des infirmiers cadres de santé sont présents au sein des institutions. La mise en place de tels référents montrerait la volonté institutionnelle d'amener ces deux professions à collaborer à tous les niveaux institutionnels. Ils seraient des garants du respect de la profession infirmier et faciliteraient la compréhension des compétences infirmiers, la

plus-value des formations spécialisées et permettrait le respect de l'identité professionnelle dans le cadre d'un travail en collaboration.

La nécessité **d'un référentiel métier** paraît indispensable pour faciliter l'intégration, afin d'harmoniser les pratiques et permettre l'adhésion à une identité professionnelle. La création d'un référentiel métier infirmier facilite l'intégration des infirmiers pour orienter les conduites. La réflexion sur un référentiel métier pour les médecins pourrait amener à harmoniser les pratiques et réduire les individualités.

La **préparation à l'accueil d'un infirmier** semble incontournable. Ce travail de réflexion devra tenir compte des besoins du service en fonction des projets. Il devra permettre d'identifier les besoins en formation de l'infirmier embauché. La coopération à cette réflexion du médecin de l'équipe semble indispensable à tous les niveaux. Sa présence à l'embauche est conseillée. Il est souhaitable que l'infirmier puisse assurer les consultations infirmières de façon progressive en ayant en amont les connaissances des risques à inventorier et débiter par des salariés dont les situations de travail restent assez simples.

L'investissement en amont sur une formation adaptée qui facilite progressivement à l'infirmier l'acquisition de compétences et qui permet au médecin de connaître son collaborateur sont gages d'un travail pérenne, ayant du sens et permettant une dynamique d'équipe. Les réflexions et planifications préalables sont importantes pour préserver la cohérence de la démarche.

CONCLUSION

L'étude menée dans ce travail de recherche a permis de faire surgir des éléments de compréhensions sur les conséquences de l'intégration des infirmiers dans les SSTI. Le contexte historique 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 infirmiers 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'infirmière majoritairement représentée dans les milieux de soins curatifs a rendu son intégration dans les services de santé au travail difficile à appréhender.

Grâce au cadre conceptuel basé sur les représentations professionnelles et le changement nous avons pu faire émerger plusieurs niveaux d'analyses du niveau intra individuel, interindividuel, positionnel au niveau idéologique (Doise, 1982). L'analyse qualitative menée auprès d'infirmiers et de médecins de différents SSTI nous a permis d'identifier plusieurs catégories.

Ainsi l'intégration des infirmiers est venue interroger les médecins sur leurs pratiques professionnelles occasionnant pour certains un phénomène de résistance au changement. La difficulté d'identifier l'activité de l'infirmier et son manque d'historicité dans ces structures permet difficilement de dégager une identité professionnelle. Cette situation rend les métiers peu lisibles et ne facilite pas le travail en collaboration. De plus le rattachement hiérarchique mal identifié rend difficile le positionnement des infirmiers dans ce nouveau métier notamment parce que leurs compétences sont partiellement reconnues et que le rôle propre est peu ou pas respecté. Cette méconnaissance peut rendre alors la phase d'intégration plus délicate. Cette période est parfois associée au développement de l'outil informatique qui vient modifier les pratiques des médecins mais qui vient aussi interpeller les acteurs sur les limites de leurs champs professionnels. L'importance de la communication est mise en avant car elle favorise le travail de collaboration en interne et permet une meilleure lisibilité auprès des adhérents, facilitant ainsi les actions des intervenants et potentiellement source de revalorisation professionnelle.

Les recommandations que nous avons proposées concernant les organisations du travail notamment sur la répartition des activités à développer ; le domaine technique en aménageant les locaux de façon cohérente ; le domaine humain avec l'importance de la formation, de la préparation de l'intégration des infirmiers, le respect des compétences infirmières pourraient contribuer à l'amélioration des situations de travail des infirmiers et des médecins dans les SSTI.

Nous avons pu remarquer lors de nos différentes rencontres et échanges que le sujet donnait lieu à de nombreux débats passionnés parce qu'il touche les dimensions professionnelles mais aussi le devenir de la santé au travail.

Si ce travail avait pour finalité de comprendre les enjeux au sein des SSTI, nous n'avons pas pu évaluer les effets de la réforme sur le vécu au travail, les conséquences sur les embauches, les départs ou démissions à grande échelle, une étude quantitative nationale pourrait être nécessaire dans le cadre d'une évaluation à 4 ans de la réforme.

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.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Autissier, D. & Moutot, J-M. (2010). *Méthode et conduite du changement*. Paris : Dunod.

Bataille, M., Blin, J-F. Jacquet-Mias, C. & Piasser, A. (1997). *Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles*, L'année de la recherche en sciences de l'éducation, Paris, Presses Universitaires de France.

Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York : Ballantine.

Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Armand Colin.

Blin, JF. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, l'Harmattan.

Buzzi, S. , Devinck, JC. , & Rosental , PA . (2006). *La santé au Travail 1880-2006*. Paris : La découverte.

Colliere, M.F. (1998). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : interéditions.

Cros, F. (1998). *Dynamiques du changement en éducation et formation. Considérations plurielles sur l'innovation*. Paris : INRP/IUFM Versailles

Dellacherie, C., Frimat, P., & Leclercq, G. (2010). *Rapport : La santé au travail : Vision nouvelle et professions d'avenir Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*.

Dewey, J. (1929). *The quest of certainty*. New York : Minton Beach

Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris : PUF.

Doise, W. & Palmonari, A. (1990). *L'étude des représentations sociales*. Paris : Delachaux et Niestle.

Durkheim, E. (1996). *Emile Durkheim. Sociologie et philosophie*. Paris : Quadrige/PUF. 1^{ère} éd. 1898.

Flament, C. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

Gilly, M. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

Hughes, E. (1996). *Le regard sociologique*. Paris : EHESS

- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF
- Jodelet, D. (1992) Les représentations sociales, *Le courrier du CNRS*, 79.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Lévy-Bruhl, L. (1927) *L'âme primitive*. (1927). Paris: Les Presses universitaires de France.
- Lourau, R. (1970). *L'Analyse institutionnelle*. Minuit.
- Maréchal, A. & Psiuk, T. (1995) *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Lamarre
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : PUF
- Moliner, P. Rateau, P. & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales : pratique des études de terrain*. Presse Universitaire de Rennes.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfant, imitations, jeu et rêve*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Ramazzini, B. (1700). *De morbis artificum diatriba (traité des maladies des artisans)*. Padoue.
- Rhéaume, J. (2002). *Changement. Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. Paris : Eres.
- Rocher, G. (1968). *Le changement social*. Paris : Le Seuil.
- Seca, J-M. (2010). *Les représentations sociales*. Paris : Armand-Colin.
- Smith, J-A. (1995). *Qualitative psychology : a practical guide to research methods*. London : Sage.
- Watzlawick, P. et al. (1975). *Changements. Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Le Seuil.
- Villermé, M. (1840). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de laine, de coton, et de soie*. Paris : Jules Renouard et Cie, Libraires
- Weick, K.E. & Quinn, R. (1999). Organizational change and development. *Annual review of psychology*, 50, 361-386.

Chapitre de livre collectif :

Broussal, D. (2013). Quelles conceptions de l'action pour penser la conduite et l'accompagnement du changement ? In V. Bedin (Ed), *Conduite et accompagnement du changement* (pp. 167-178). Paris : L'Harmattan.

Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In J.F. Richard, R. Ghiglione & C. Bonnet (dir.), *Traité de psychologie cognitive*, (pp. 113-174). Paris: Dunod.

Guy, D. (2013). Clarification terminologique, mise en contexte et fictions du changement. In V. Bedin (Ed), *Conduite et accompagnement du changement* (pp. 127-150). Paris : L'Harmattan

Jodelet, D. (1991). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, (pp. 31-61). Paris : PUF

Jodelet, D. (2003). Représentations sociale : phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Eds.), *La psychologie sociale*. (pp. 363-384). Paris : PUF, coll. Quadrige – Manuels.

Piaser, A. (2000). La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire, *Les dossiers des sciences de l'éducation*, (pp. 57-70). Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.

Saint-Jean, M. & Seddaoui, F. (2013). Le concept de « développement » en question dans l'approche des différents niveaux de changement. In V. Bedin (Ed), *Conduite et accompagnement du changement* (pp. 181-194). Paris : L'Harmattan

Article d'un périodique :

Aballéa, F. (2004). Surintendante d'usines-conseiller du travail et conseiller en économie sociale familiale : deux dynamiques professionnelles divergentes, *Revue française des affaires sociales*, juil-sept, 207-230.

Barlet, B. (2012). Quelle place pour les infirmiers en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels. *Revue Sociologie Santé*, 35, 155-177.

Carbuccia, H. ,Eynard, C. & Roux, C. (2008). Modèles professionnels et identification des élèves infirmier(es) au début du XX siècle en France. *Sciences croisées*, 2-3, 1-17.

Chaboissier, M. (2009). Les compétences infirmières et la formation initiale. *Revue Soins*, 732, 1-2

Davezies, P. (2000). La prise en charge de la santé en France, aperçu historique des fondements idéologiques de l'institution. *Médecine et Travail*, 183, 42-44.

Davezies, P. (2010). Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services interentreprises de santé au travail. *Revue du journal des professionnels de santé au travail*, 5, 14-16.

Lorenzi-Cioldi, F. (1991). Pluralité d'ancrage des représentations professionnelles chez des éducateurs en formation et des praticiens. *Revue Internationale de Psychologie sociale*, 4, 3/4, 357-379.

Moliner, P. (1992). Représentations sociales: schèmes conditionnels et schèmes normatifs. *Bulletin de psychologie*, 405, 325-329.

Omnès, C. (2007). Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? , *Connaissance de l'Emploi*, 42, 1-4

Le journal des professionnels de la santé, (2013). *Histoire vraie d'automate infirmier*. Syndicat National des Professionnels de Santé au Travail.51.

Rapports :

Conso, F. & Frimat, P. (2007). *Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail*. iga-igaenr.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2012). *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011*, 802.

Henart, L. Berland, Y & Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Paris.

Textes règlementaires :

Circulaire DGT/ n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail NOR : ETST 1239145C

LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail NOR: ETSX1104600L

Thèse :

Piaser, A. (1999). *Représentations professionnelles à l'école. Particularités selon le statut : enseignant, inspecteur*. Thèse de doctorat, Université Toulouse 2 - Le Mirail, Toulouse.

Communication :

Lecomte-Menahes, G. (2011) « *Pluridisciplinarité* » et réorganisation des services de santé au travail : comment les médecins se positionnent-ils ? . Université de Nantes

Table des annexes

Annexe I - Les missions définies par la loi du 21 juillet 2011	p.102
Annexe II - Le décret 2004-802 du 29 juillet 2004	p.103
Annexe III – Trame d’entretien macro - acteur	p.111
Annexe IV – Entretien anonymisé	p.112
Annexe V – tableau des thèmes émergents de l’entretien anonymisé	p.119
Annexe VI tableau des inférences	p.125

ANNEXE I

Les missions définies par la loi du 21 juillet 2011

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

A cette fin, ils assurent la surveillance de l'état de santé des salariés, conduisent des actions de santé au travail, conseillent les employeurs et les salariés et leurs représentants.

Articles L. 4622-2 et L. 4622-4 du code du travail.

« Les services de santé au travail :

1. conduisent des actions en santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des salariés tout au long de leur parcours professionnel ;
2. conseillent les employeurs, les salariés et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin :
 - a. d'éviter ou de diminuer les risques professionnels,
 - b. d'améliorer les conditions de travail,
 - c. de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail,
 - d. de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle,
 - e. de contribuer au maintien dans l'emploi des salariés.
3. assurent la surveillance de l'état de santé des salariés 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. »

ANNEXE II

La législation de la profession infirmière : le décret 2004-802 du 29 juillet 2004

Extrait concernant la profession d'infirmier, tiré du décret 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au journal officiel n°183 du 9 août 2004.

LIVRE III

AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE Ier PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre Ier Exercice de la profession

Section 1

Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants **soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :**

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;

- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- 43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Education à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

ANNEXE III

TRAME D'ENTRETIEN MACRO ACTEUR :

ENTRETIEN MACRO ACTEUR : Médecin Inspecteur régional :

Variables illustratives :

Fonction :

Missions :

Modalités de participation à la réforme :

Limite des fonctions :

Questions macro acteur : - Selon vous, comment s'est passée l'insertion des infirmiers dans les SSTI ? (quel a été le déroulement de la réforme sur ce thème ?)

- quelle est l'incidence de la réforme sur les médecins ? Sur les infirmiers ? Sur le fonctionnement des SSTI ?

Relances :

- collaboration médecins /infirmiers
- adhésion ou rejet du changement médecins /infirmiers
- sur les identités professionnelles de chaque corps de métier
- sur les limites de leurs champs professionnels

- Selon vous, y aurait-il des choses à travailler pour optimiser ce changement ?

- Comment voyez-vous évoluer la collaboration méd. /inf. dans les années à venir ?

ANNEXE IV

ENTRETIEN ANONYMISE :

P.1	ENT 2 INF : 51 min infirmière en santé au travail, X ans, sexe féminin sur ce poste depuis trois ans.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38	I : avant d'être sur ce poste où as-tu exercé ? IDE : j'ai fait cinq ou six lieux différents, du libéral et divers services soins. I : As-tu pratiqué auparavant différentes façons de collaborer avec les médecins ? IDE : alors la plupart du temps j'ai travaillé sans médecins parce qu'en libéral les médecins ne sont pas là sauf quand on va les voir, dans un clinique le médecin était là deux jours par semaine le reste du temps quand il était pas là c'était là qu'arrivaient les problèmes... Donc à nous à gérer tout ça. Ensuite dans un autre service c'était pareil le médecin était là 2 jours par semaine par contre ici ils sont là mais bon... Rires... C'est pas du tout la même activité ici il n'y a pas d'urgence, ça n'a rien à voir. I : que sais-tu de la réglementation concernant l'arrivée des infirmiers dans les services de santé au travail interentreprises ? IDE : où la... Ce que je sais c'est qu'il y a une obligation de la pluridisciplinarité avec l'introduction des infirmières des IPRP voilà euh... I : et concernant les missions de chacun, que sais-tu ? IDE : le rôle des infirmières c'est les entretiens infirmier, c'est la sensibilisation dans les entreprises du personnel, c'est les missions qu'on nous demande en priorité. Ce sont les missions de prévention de toute façon c'est plus axé maintenant sur la prévention que sur les visites médicales pures, donc l'intervention dans les entreprises les études de poste les participations au CHS etc ... Etc. I : quelle est la représentation pour toi du médecin du travail ? IDE : l'écoute, et empathie ça peut aller ensemble ? La prévention forcément, la relation avec les entreprises ben voilà c'est ça, c'est ce que je dis. I : que font effectivement les médecins d'un service ? IDE : ils font beaucoup de choses, ils sont pas mal occupés, ils sont beaucoup à l'extérieur je trouve, sur les X médecins qu'on a, ils ne sont jamais là ensemble sauf pour les réunions il y en a certains qui sont en centre annexe, d'autres en entreprise alors, soit pour des visites médicales, pour des études de poste, des réunions CHS etc ...euh ...voilà après sur les services c'est beaucoup les visites, les réunions médecins, les participations au groupe de travail aussi dans le cadre du CPOM voilà I : quand tu dis qu'ils ne sont pas là, ça signifie que ça perturbe l'unité, la cohésion ? IDE : non, parce qu'ils sont en tiers-temps, quand ils ne sont pas là donc c'est organisé... C'est vrai que ce qui me fait dire ça c'est la structure de l'établissement. C'est un grand couloir avec des bureaux de part et d'autre et souvent les bureaux sont vides et c'est ça qui donne cet effet mais je pense que c'est partout pareil de toute façon, les médecins en tiers-temps sont absents souvent et voilà. Alors, après moi, en tant qu'infirmière c'est un peu complexe parce que je travaille avec six médecins différents donc quand j'ai un souci avec un salarié il me faut trouver le médecin qui va avec et qui n'est pas forcément là, donc je me débrouille je fais des écrits des choses comme ça. Moi c'est un terme d'organisation pour moi entre eux je sais pas si ça les perturbe. I : est-ce que cette organisation a un impact sur l'organisation du travail en terme de projet ? IDE : ça évolue petit à petit, progressivement là, on est en train de faire des groupes de travail sur les thématiques dans le cadre du CPOM, donc forcément il y a le médecin, l'infirmière, l'IPRP, l'assistante, donc

P.2	
39 40	ça va un petit peu mélanger tout ça. Ca va leur faire du bien de travailler en équipe de voir qu'on est capable de faire des choses...
41	I : ils y adhèrent à cette façon de fonctionner ?
42	IDE : ben là c'est tout neuf, pour l'instant on a fait... Moi pour l'instant, j'ai fait que deux réunions bon j'ai
43	apporté mes idées qui ont été prises en compte voilà donc c'est pas mal. Il y a quand même un dialogue qui
44	s'instaure, après on va voir si c'est mis en œuvre ou pas .. rire... On est reconnu quand même les infirmières,
45	enfin ici, on est reconnu.
46	I : ça a toujours été le cas ?
47	IDE : c'est un peu difficile à dire. Voilà, il y a beaucoup de médecins, je travaille avec six il a fallu faire ses
48	preuves quand même, c'est-à-dire instaurer une relation de confiance au départ parce qu'en fait c'est le
49	médecin qui choisit les salariés que l'infirmière voit donc il faut quand même qu'il y ait un retour si
50	nécessaire...
51	I : comment tu la vois toi ton histoire ici ?
52	IDE : et ben, mon histoire ici je pense que les infirmières ça a été imposé par la loi, du coup les médecins se
53	sont retrouvés avec ces infirmières qui arrivent, qui savaient pas trop au départ ce qu'elles allaient faire, qui
54	ne savaient pas de quoi elles étaient capable. Ce qui est normal puisque l'activité se crée donc voilà, donc, il
55	a fallu qu'ils fassent avec, mais pour qu'ils fassent avec il a fallu qu'on les travaille c'est-à-dire prendre
56	certains de leurs salariés, déjà établir ce qu'on allait faire nous, parce que moi quand je suis arrivée j'étais
57	toute seule. Il a fallu que je mette tout en place, l'entretien infirmier etc. etc. etc ... avant d'attaquer le
58	travail leur présenter tout ce que j'ai mis en place, voir avec eux pour leur faire valider , tout est validé de
59	toute façon hen, et du coup une fois que tout a été validé je me suis lancée dans les entretiens et je leur ai
60	fait des rapports chaque fois qu'il y avait des rapports à faire. Du coup ils savent que dès qu'il y a le moindre
61	petit souci, ne serait-ce qu'une tension trop élevée ou quoi, ils savent qu'ils sont au courant donc ça les
62	rassure même si une tension élevée ne dépend pas de la médecine du travail, ça dépend plutôt du
63	généraliste mais au moins ils sont au courant, ils savent au moindre petit truc qu'ils seront informés donc du
64	coup la confiance s'est installée petite à petite avec les petits trucs comme ça. Mais... Il a fallu le faire. Mais
65	c'était pas évident ils avaient pas choisi...bon voilà, quand on rentre dans un service comme ça, il faut avoir
66	l'envie parce que si on est passif... Là il y a tout à créer mais c'est intéressant c'est ça qui est bien parce que
67	d'un autre côté on peut le créer à notre façon.
68	I : donc pour que ça marche d'après toi il faut quoi ?
69	IDE : pour que ça marche il faut communiquer au maximum, expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait, à
70	quoi ça sert, qu'est-ce que ça peut amener et dans ce cadre-là les médecins sont partant ils veulent bien
71	tester... Tester je dis... Dans l'ensemble, ils ont adhéré , moi je travaille avec six médecins quand même, c'est
72	énorme et compliqué. Ceux qui travaillent avec moi ont adhéré après il y a là un ou deux avec qui je travaille
73	pas.
74	I : Et tu comprends pourquoi ils sont réticents ?
75	IDE : oui je comprends, je peux comprendre il n'y a pas de confiance mais bon parce qu'ils ne font confiance
76	qu'à eux-mêmes aussi, ce sont des gens qui connaissent leur métier ils sont sûrs d'eux, ils ne voient pas
77	l'intérêt de ce qu'on fait mais bon c'est normal dans tout groupe il y a des réticences tout peut pas aller à 100
78	% très bien en fait dans la vie c'est comme ça. Après ça dépend des caractères, des personnes voilà... Il faut
79	l'accepter. En fait quand je dis ça c'est surtout un médecin qui est là depuis très longtemps il a l'habitude de
80	travailler comme ça et pas autrement, c'est pas que pour les infirmières, c'est pour tout ce qui bouge c'est
81	compliqué.
82	I : Selon toi que devraient faire les médecins ?
83	IDE : c'est une question qui demande réflexion.... Moi je trouve qu'il prennent bien en charge des salariés

84 dans l'ensemble, d'après ce que je peux voir, parce que je vois pas tout aussi, et que ça fait que trois ans que
 85 je suis là je suis encore jeune dans le métier. Le salarié est quand même bien pris en charge d'un début de
 86 problème jusqu'à la fin quand même, ils sont quand même assez en relation avec les entreprises. Non je
 87 trouve que c'est pas mal ce qu'ils font quand même, les salariés que je rencontre dans l'ensemble sont
 88 plutôt... J'ai pas trop de remarques négatives de leur médecin du travail, même quasiment pas, franchement
 89 je trouve que nos médecins sont pas mal, ils sont quand même assez à l'écoute, ils sont consciencieux. Moi
 90 je trouve que quand même ils sont pas mal, je veux pas leur jeter des fleurs mais... Il font leur métier comme
 91 il faut.

92 I : Penses-tu effectuer pleinement ton métier d'infirmière en santé au travail ?

93 IDE : nonrire C'est normal comme réponse ? Déjà j'ai des soucis avec les filles... non pas qui
 94 m'assistent, mais qui me planifient les plannings. Depuis que je suis arrivée ici, j'en ai changé plusieurs fois ,
 95 ça fait un mois et demi que c'est moi qui planifie mes rendez-vous mes entretiens. J'ai toujours eu une
 96 assistante pour planifier les rendez-vous ça a déjà changé quatre fois pour une question d'organisation de
 97 service. Donc là, ça fait un mois et demi que je fais moi-même, je trouve que c'est lourd parce que c'est pris
 98 sur mes tiers-temps en fait, je fais que ça quoi. Déjà ça fait pas parti de mon rôle d'infirmière ça ou alors
 99 qu'on me le dise, mais c'est pas dans la fiche de poste, moi je veux bien le faire mais c'est pris sur les tiers-
 100 temps et moi je fais pas autre chose. À la base c'était organisé comme ça infirmières-assistantes, maintenant
 101 je vais en avoir une autre .Après on m'a proposé d'avoir deux assistantes rien que pour moi, c'est trop
 102 compliqué parce que j'ai déjà six médecins deux assistantes deux agendas : un papier, un informatique, c'est
 103 schizophrène comme fonctionnement c'est pas possible. On a fait une réunion de service, bon finalement il
 104 n'y en aurait qu'une qui s'en occuperait mais elle est déjà débordée du coup ça va être une autre qui va le
 105 faire, voilà donc apparemment on a trouvé une solution. Après, les sensibilisations en entreprise, c'est une
 106 catastrophe, depuis que je suis arrivée ça fais trois ans on m'en a demandé une dans une entreprise sur le
 107 travail atypique auprès de salariés seniors donc ils font les trois sept alors, conseil sur l'hygiène alimentaire
 108 et le sommeil. Donc j'ai fait une sensibilisation super, un PPT de 45 diapos avec ... Je joins toujours une
 109 plaquette qui va avec, alors c'est sur la demande de médecins de l'entreprise, le médecin me l'a demandé
 110 donc j'y suis allée j'ai présenté ça, il y a déjà une infirmière dans cette entreprise, donc tout le monde a
 111 trouvé ça super , les salariés il y a eu un très bon retour tellement que j'ai demandé quand est-ce que je
 112 venais en faire une seconde parce que j'avais un groupe de 10 personnes et l'infirmière m'a répondu : 'Ha,
 113 mais maintenant c'est moi qui vais faire la sensibilisation' donc je me suis fait piquer ma sensibilisation voilà.
 114 Du coup on me demande de faire des sensibilisations, la direction, mais bon si on ne les pique à chaque fois
 115 que je les fait, ça me demande un travail énorme et je l'ai fait qu'une fois.

116 I : et tu n'as pas moyen de les faire pour les entreprises ou il n'y a pas des infirmiers ?

117 IDE : Là, c'est une demande de l'entreprise dont je me la suis gardée sous le coude. C'est effectivement avec
 118 le médecin qu'on doit aller la présenter à une autre entreprise. Ça devait se faire il y 3 mois ça a été annulé
 119 et depuis on attend ; il a relancé : oui oui oui mais pour l'instant pas de réponse. Cette même entreprise, la
 120 première dont je te parlais m'avait demandé aussi de faire un petit topo sur la canicule cet été donc je leur
 121 ai fait 2 PPT. Pareil 45 diapos, une pour les salariés et une sur la législation pour les employeurs ils l'ont pris
 122 et voilà ils s'en sont saisis je ne sais pas du tout ce qu'ils ont fait, je n'ai aucun retour donc c'est un peu
 123 démoralisant et c'est vexant... Parce que bon, on fait quelque chose, on se donne à fond, c'est un sacré
 124 boulot, on a aucun retour ou alors on se le fait piquer, ça c'est quand même dur ... Je trouve que c'est grave,
 125 c'est du vol intellectuel Donc ça, je trouve c'est, je sais pas comment on peut organiser ça de façon à ce
 126 que ce soit pérenne, parce que finalement si c'est pour produire de la documentation moi je veux bien, mais
 127 qu'on me le dise à l'avance : 'faite moi un outil et on s'en servira' c'est clair net. Alors après, je me suis
 128 penchée sur le service, ici je fais des petites campagnes d'affichage avec toujours une plaquette à chaque

129 fois que je fais une sensibilisation, je fais une plaquette pour le salarié qu'il puisse prendre à la maison pour
 130 pouvoir se remémorer, éventuellement montrer à son conjoint voilà. Et donc je fais ça en fonction des
 131 saisons Voilà donc je fais ça, mais en termes de sensibilisation je trouve que l'infirmière en santé au travail
 132 c'est compliqué, parce qu'il y a très peu de demande de la part des médecins normalement c'est le médecin
 133 qui doit initier.

134 I : et pourquoi d'après toi ils ne demandent pas ?

135 IDE : alors, est-ce que c'est les entreprises qui leur demandent de faire ça ou pas, moi je sais pas, est-ce qu'ils
 136 n'y pensent pas ? Après moi ce que je fais c'est que quand je prépare des sensibilisations comme ça soit en
 137 entreprise, soit ici ; je leur présente en réunion médecins du travail, déjà pour validation et puis pour leur
 138 montrer aussi ce qu'on peut faire nous les infirmières et du coup à chaque fois ils sont supers contents, et ils
 139 valident, donc je fais mais après... Il y en a un médecin qui vient réclamer des plaquettes de temps en temps
 140 mais c'est tout sur les six médecins ça fonctionne pas très bien, ils ne sont pas branchés là-dessus, pourtant
 141 c'est notre activité principale en fait c'est ce qui nous est demandé quand même par la direction.

142 I : pour revenir à la question, penses-tu faire ton activité pleinement, toi infirmière avec les compétences
 143 infirmières, est-ce que tu considères que tu pourrais faire ton activité autrement ?

144 IDE : nous on a le logiciel X je sais pas si tu le connais, bou ... C'est pas terrible c'est pas du tout fait pour les
 145 infirmières, tout est mélangé, c'est d'un compliqué en fait ça va pas. Nous, de toute façon, les entretiens
 146 infirmiers avec ma collègue, on a exigé qu'ils fassent demi-heure, parce qu'on fait tout quand même, on fait
 147 les échelles Parrinaud Monneyer, on fait la prise de tension en fait on fait tout, du coup demi-heure en plus
 148 j'estime que mon rôle c'est quand même d'établir la confiance entre le salarié et moi de façon à ce qu'ils
 149 puissent se confier, de la façon dont il ne ferait pas avec le médecin, pour avoir des petits trucs des petits
 150 détails Et ça j'avoue que mon travail précédent m'aide beaucoup à ça, c'est énorme je pensais pas que
 151 ça m'apporterait autant. Voilà du coup ce qui est marrant, en fait, ce que j'ai remarqué c'est que souvent
 152 déjà ils arrivent : « ouais qu'est-ce que c'est ces entretiens infirmier ? », ils semblent renfrognés, puis ils
 153 ressortent, ils ont le sourire donc moi ça me satisfait, je me dis qu'ils ont apprécié, ils ont pris quelque chose
 154 apparemment, les médecins ont des bons retours sur les entretiens infirmiers donc c'est pas mal.

155 I : En quoi tu penses parce que tu es infirmière, que tu es différente des médecins ?

156 IDE : parce que les médecins déjà ils ont moins de temps, ils auront 10 minutes, un quart d'heure, moi déjà
 157 le salarié je l'installe je lui explique systématiquement même après trois ans d'activité qu'est-ce que c'est
 158 que l'entretien infirmier, ou est ce qu'ils se situent entre les visites médicales, à quoi il sert, je lui explique
 159 que nous, c'est plutôt de la prévention que du soin ; nous on ne fait pas de soins, avec nous ils ont plus le
 160 temps de parler j'essaie de... Quand je leur demande leurs enfants, quels sont leurs prénoms, qu'est-ce
 161 qu'ils font dans la vie, est ce qu'ils sont étudiants, machin, truc, j'essaie de le faire parler un petit peu, du
 162 coup ils arrivent à parler d'eux ben des fois on dépiste des trucs auxquels ils ne penseraient pas à parler aux
 163 médecins, on prend le temps, on écoute. Bon eux aussi ils écoutent quand même, mais ils sont speedés,
 164 nous ont l'est moins. Des fois il faut recadrer quand même car des fois il y a des entretiens qui durent jusqu'à
 165 trois quarts d'heure, ils exposent des problèmes perso moi j'estime qu'on est quand même là pour les
 166 écouter et puis ça leur fait du bien psychologiquement de s'exprimer. Enfin... Voilà alors qu'on ne peut pas
 167 non plus passer outre on est obligé d'être empathique.

168 I : pour revenir à la question en quoi le logiciel te pénalise-t-il dans ton activité ?

169 IDE : oui le logiciel est mal foutu, on perd un temps fou, ça de toute façon on n'a pas le choix c'est imposé

170 I : il y a une rubrique consacrée aux infirmières sur le logiciel ?

171 IDE : Si, je peux faire des écrits mais ça ne ressort pas après, quand le médecin relit mon entretien ça ressort
 172 pas. L'année prochaine quand il va relire mon entretien... Voilà c'est pas du tout lisible c'est vraiment fait
 173 pour des statistiques, mais après l'humain là-dedans je sais pas trop où il est, après les chiffres pouls tension

P.5	
174	et poids le reste... Il y a les risques répertoriés... Moi j'essaie de détailler mais bon... C'est pas... C'est
175	déshumanisé je trouve, complètement ; c'est vraiment pour les stats... Du coup c'est pas intéressant quoi.
176	I : concernant la collaboration, qu'est-ce que tu sais de la réforme?
177	IDE : le médecin est coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire, c'est lui qui doit dire à l'infirmier il y a ça et ça
178	à faire, voyez tels et tels patients.
179	I : cela signifie donc pour toi que c'est lui qui doit te dire ton travail ?
180	IDE : non,... Non non non...rire... C'est lui qui doit initier certaines choses mais après... Mon travail... C'est
181	décidé par la hiérarchie, par la direction.
182	I : cela a-t-il un impact sur ton autonomie ?
183	IDE : non honnêtement non, pour les entretiens par exemple s'il y a un problème c'est moi qui vais décider si
184	j'oriente sur le médecin ou pas, si je l'en informe, si c'est oral, si c'est écrit ou si je l'oriente sur le généraliste
185	je peux faire des courriers pour le généraliste aussi, non pour ça le rôle propre quand même il est... Moi je
186	m'en sers.
187	I : qu'évoque pour toi le travail en collaboration ?par rapport aux champs professionnels ?
188	IDE : il y a des moments où l'assistante cherche des salariés à me faire voir en entretien et elle n'arrive pas à
189	en trouver parce que les médecins ne donnent pas de salariés à voir. Est-ce que ça vient des médecins, est-
190	ce que ça vient des assistantes qui n'ont pas le temps de faire le point sur les salariés que nous on doit avoir
191	ça je sais pas trop. Mais après c'est souvent le médecin qui est immobile et c'est l'infirmière qui va vers le
192	médecin qui demande...
193	I : alors la collaboration elle est que dans un sens ?
194	IDE : oui... Oui... Enfin oui ... Ça commence à s'améliorer mais je trouve que quand même si l'infirmière ne va
195	pas vers le médecin elle ne fait rien il est arrivé des fois que le médecin quand même est venu me voir et m'a
196	demandé de faire le point sur le ressenti au travail sur certaines entreprises avec les salariés de l'entreprise
197	oui... Ça communique quand même...
198	I : Dans le cadre de la collaboration as-tu toujours considéré que tu avais pu garder ton identité
199	professionnelle d'infirmière ?
200	IDE : oui... Oui
201	I : que penses-tu de la responsabilité dans le cadre de la collaboration ?
202	IDE : disons que moi j'ai la responsabilité de l'informer, et après c'est lui qui prend le relais ça a toujours été
203	comme ça infirmières-médecins en fait... Ça dépend si j'oriente par exemple un salarié sur un médecin
204	généraliste bon ben j'en informe le médecin d'ici, voilà c'est tout après... Ma responsabilité je l'assume.
205	I : que penses-tu de la collaboration en terme de confiance ?
206	IDE : je pense que la confiance s'établit au fur et à mesure qu'on travaille ensemble dans le temps il faut leur
207	prouver... Parce que quand on est arrivé ils ont été obligés de nous prendre donc il faut leur prouver qu'on
208	sert à quelque chose que c'est positif, c'est pas neutre, qu'on n'est pas là à servir à rien. Plus le temps passe
209	plus on se connaît, on connaît la façon de travailler des gens donc forcément ça s'améliore, ça dépend les
210	médecins aussi.
211	I : est-ce qu'il y a un lien avec l'acquisition de connaissances ?
212	IDE : oui forcément plus on connaît l'entreprise, plus on fait des formations, plus les médecins sont confiants
213	enfin... Il me semble enfin... C'est logique
214	I : comment peut-on être efficace dans la collaboration ?
215	IDE : on communique déjà, c'est essentiel la communication euh...voilà... Communication, écoute euh ...
216	Avoir confiance à l'autre sur les tâches de travail quand on demande de faire quelque chose, il faut que ce
217	soit fait, voilà il faut être sérieux dans son travail, avoir de la conscience professionnelle.
218	I : selon toi quels sont les avantages et les inconvénients du travail de collaboration entre les médecins et les

219 infirmiers ?

220 IDE : ben les avantages c'est surtout.... Ben nous ce qui nous intéresse c'est la santé du salarié au travail,
221 donc les avantages c'est qu' être en collaboration, parler des salariés, de leur poste de travail, de leur
222 entreprise, de la gestion de l'entreprise, de la politique, ce qui fait qu' on connaît mieux les conditions de
223 travail des salariés ça c'est quand même intéressant. Les inconvénients... J'en vois pas trop des
224 inconvénients... Je sais, pas il faudrait que je réfléchisse mais... Un inconvénient c'est d'arriver à
225 communiquer parce qu'on n'est pas toujours là au bon moment on a pas trop de plages de temps pour
226 communiquer. On peut communiquer par mail mais moi j'aime bien aller les voir parce que je suis sur place
227 donc quand il n'y a pas d'urgence je vais voir on en discute sinon par mail je peux le faire, je le fais, pas
228 souvent. Après oui les inconvénients c'est qu' on a du mal à se trouver du temps pour parler. Alors
229 justement la dans les axes d'amélioration, on a décidé en réunion de médecins qui ont lieu deux fois par
230 mois en tout début de réunion on va faire un point sur l'activité infirmières donc là on va pouvoir parler de
231 tout et de rien quoi... Surtout de tout ... Rire... Tout ce qu'on fait tout ce qui va pas tout ce qu'on aimerait
232 améliorer etc. etc.

233 I est-ce que tu sais ici si les médecins qui savent ce que peut faire infirmière ?

234 IDE non en fait certains oui d'autres non ils ne connaissent pas tellement le métier je pense c'est normal
235 c'est un métier nouveau même nous... On arrive là... Voilà toujours pareil à nous de faire nos preuves et de
236 montrer de quoi on est capable, quoi, au tout début j'étais en attente qu'ils me demandent des actions de
237 prévention tout ça et puis voyant que ça bougeait pas c'est moi qui ai commencé à leur proposer des
238 thématiques etc.... Les IPRP ils ont fait pareil, quand ils sont arrivés c'était ça aussi donc voilà il faut leur
239 montrer de quoi on est capable et à quoi ça sert, voilà

240 I : si tu vois des salariés et que tu te dises que dans cette entreprise ce serait intéressant que tu fasses une
241 sensibilisation, si ça vient de toi ?

242 IDE : je peux le proposer aux médecins, ça m'est jamais arrivé pour l'instant...euh A voir je pense que
243 certains seraient partants de suite mais il faut qu'ils en parlent quand même à l'entreprise.

244 I concernant les pistes d'amélioration, quels critères te semblent pertinents pour que le binôme médecin
245 infirmier fonctionne ?

246 IDE : silence Déjà avoir des temps de rencontre comme je disais parce que ça on est pas très bon, on va
247 voir avec si avec ces réunions ça s'améliore. Ben c'est surtout la communication pouvoir discuter de cas
248 particuliers, d'entreprises.... Ce qui serait bien en fait moi ce que j'aimerais bien pouvoir visiter les poste de
249 travail parce que ça c'est très compliqué apparemment parce que les employeurs ont l'impression qu'on
250 vient surveiller plutôt que de se rendre compte du coup les médecins qui vont seul ou l'IPRP mais nous les
251 infirmières le poste de travail c'est très compliqués, on les découvre au détour d'un CHS ou alors quand on
252 va dans une entreprise pour faire des entretiens souvent on traverse les locaux on essaye de regarder plus
253 ou moins et puis il y a aussi l'interrogatoire du salarié moi je lui fais décrire son poste à chaque fois mais
254 après il me raconte ce qu'il veut ou ce qu'il peut . Disons qu'on s' imagine beaucoup on a du mal à voir en vrai
255 ce qu'il se passe. Ça fait un peu compliquer c'est un peu à tâtons.

256 I : selon toi la collaboration s'inscrit-elle dans la transformation de ton métier ?

257 IDE : de toute façon le métier va évoluer je pense puisqu'il est tout neuf donc là on est en phase de test
258 quand même donc je pense qu'après il va falloir évaluer tout ça en fait c'est déjà fait sûrement j'imagine...
259 Évaluer tout ça et voir justement comment on peut améliorer ou modifier orienter le métier après il y a
260 l'histoire des médecins qui sont insuffisants aussi, donc des infirmières vont être amenées à plus de
261 responsabilité j'imagine, je sais pas... Ça peut évoluer complètement différemment que ce que c'est
262 actuellement... Ça serait intéressant d'ailleurs qu'on soit vraiment axé sur de la prévention, parce que la,
263 bon, les entretiens infirmier..... C'est bien mais, comment dire, c'est pas obligatoire il y a des employeurs qui

P.7	
264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278	les refusent il y en a qui ne veulent pas comprendre ce que c'est... C'est un peu compliqué quoi ça a pas vraiment de statut on fait ça c'est un peu posés-la entre deux visites un peu n'importe comment pour satisfaire à l'employeur qui paye annuellement moi je le ressens comme ça quoi... C'est pas optimum.... Après, est-ce que les entretiens infirmier ça va continuer comme ça ou est-ce que ça va le évoluer comme on disait vers de la prévention en entreprise ça serait plus efficace parce que là, franchement on recherche des risques après... Qu'est-ce qu'on peut faire... Surtout quand on connaît pas le poste de travail, qu'on les imagine. Nous c'est surtout des conseils de prévention primaire faut pas rever ça pourrait être mieux être plus efficace. I : comment vois-tu la profession de l'infirmière de 10 à 15 ans santé au travail ? IDE : Je sais pas... Soit on existera plus....rire... C'est une possibilité parce qu'on se rendra compte que finalement on ne sert pas à grand-chose....rire.... Soit, encore une fois, a nous de faire nos preuves et d'évoluer dans le bon sens, quoi, de montrer qu'on fait des choses importantes et finalement se montrer indispensable....rire.... Il faudrait faire des groupes d'infirmières pourra discuter de tout ça j'en avais parlé avec ma directrice au début quand j'étais ici mais il faudrait que quelqu'un se bouge pour organiser ça.... I : Merci beaucoup

Annexe V

L'usage de l'informatique	Hiérarchie	Relation médecin – infirmier/ collaboration	Exercice infirmier			Travail en équipe	Des métiers peu ou mal définis		Communication /relations	Reconnaissance	Les infirmiers comme moteur de changement
			Autonomie	Limites	Rôles		Différentes pratiques médicales	Pratiques infirmières différentes de celles des médecins			
-le logiciel est mal foutu on perd un temps fou (169, p.4) --c'est pas du tout lisible, c'est vraiment fait pour des statistiques (172, p.4) -après l'humain la dedans je sais pas où il est, c'est déshumanisé (175, p.4)	c'est le médecin qui choisit les salariés que l'infirmière voit (49p. 2) - avant d'attaquer le travail il a fallu leur présenter tout ce que j'ai mis en place, voir avec eux pour leur faire valider, tout	je me débrouille, je fais des écrits (34, p.1) . je travaille avec 6 médecins, il a fallu faire ses preuves, c'est-à-dire instaurer une relation de confiance (47, p.2). Ils savent que dès qu'il y a le moindre petit souci, ils	 Ici je fais des petites campagnes d'affichage, je fais une plaquette pour le salarié, je fais ça en fonction des saisons (129, p.3) -les entretiens infirmiers avec ma collègue on a exigé qu'ils fassent ½	c'est un peu complexe parce que je travaille avec 6 médecins différents donc quand j'ai un souci avec un salarié il me faut trouver le médecin qui va avec (32,33, p.1) -ça fait 1 mois ½ que c'est moi qui	.les rôles des infirmiers c'est les entretiens infirmiers, c'est la sensibilisation dans les entreprises (14, p.1) -ce sont les missions de prévention (15, p.1). -j'estime que mon rôle c'est d'établir la confiance	- on est en train de faire des groupes de travail sur des thématiques dans le cadre du CPOM, donc forcément il y a le Médecin, l'infirmière, l'IPRP, l'assistante donc ça va mélanger un peu tout ça (37, p.1)	.écoute, empathie, prévention, relation avec les entreprises (19, p.1). les médecins sont pas mal occupés, ils sont beaucoup à l'extérieur, ils ne sont jamais la	-l'activité se crée (54, p.2) -il a fallu déjà établir ce qu'on allait faire nous, parce que moi quand je suis arrivée j'étais toute seule (56, p.2) .là il y a tout à créer mais c'est intéressant c'est ça qui est bien parce	--travailler en collaboration c'est parler des salariés, de leur poste de travail (221, p.6) - ce qui fait qu'on connaît mieux les conditions de travail (222, p.6) - on n'a pas trop de plage	ça va leur (médecins) faire du bien de voir qu'on est capable de faire des choses (39, p.2). pour l'instant j'ai fait que deux réunions, bon j'ai apporté mes idées qui ont été prises en compte, voilà donc c'est pas	il a fallu qu'ils fassent avec (les infirmiers), il a fallu qu'on les travaille (55, p.2) -il va falloir évaluer et voir comment on peut modifier ou orienter le métier (259, p.6)

	est validé de toute façon (58, p.2) -la sensibilisation, c'est notre activité principale en fait c'est ce qui nous est demandé quand même par la direction (15, p.1) - ça de toute façon on n'a pas le choix s'est imposé (le logiciel) (170, p.4) -c'est le médecin qui doit dire à l'infirmier il y a ça et ça à faire, voyez tels et tels patients (177, p.5)	savent qu'ils sont au courant donc ça les rassure du coup la confiance s'est installée petit à petit avec les trucs comme ça (64, p.2) -pour que ça marche il faut communiquer au maximum, expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait, à quoi ça sert (69, p.2) - moi je travaille avec 6 médecins, c'est énorme et compliqué (71, p.2) -certains ne font confiance qu'à eux-mêmes (75, p.2)	heures parce qu'on fait tout (146, p.4) -pour les entretiens si il y a un problème c'est moi qui vais décider si j'oriente vers le médecin ou pas (183, p.5)	planifie mes RDV, mes entretiens. J'ai toujours eu une assistante, ça a déjà changé quatre fois pour une question d'organisation de service. Je trouve que c'est lourd car c'est pris sur mes tiers temps...déjà que ça fait pas parti de mon rôle d'infirmière ça ou alors qu'on me le dise (96, p.3) - après on m'a proposé d'avoir deux assistantes : c'est trop compliqué parce que	entre le salarié et moi de façon à ce qu'il puisse se confier, de la façon dont il ne le ferait pas avec le médecin (149, p.4) -nous c'est plutôt de la prévention que du soin (159, p.4)	-on a décidé en réunion des médecins qui ont lieu deux fois par mois en tout début on va faire un point sur l'activité infirmière donc là on va parler de tout et de rien, surtout de tout... (230, p.6)	ensemble sauf pour les réunions (23, p.1) souvent les bureaux sont vides les médecins en tiers temps sont absents souvent (31, p.1) .ça va leur faire du bien de travailler en équipe (39, p.2) -les médecins ont 10 ou 15 min pour les entretiens (156, p.4) -ils	que d'un autre coté on peut le créer à notre façon (66, p.2) - au départ les infirmiers ça a été imposé par la loi, du coup les médecins se sont retrouvés avec ces infirmiers qui arrivent, qui savaient pas trop au départ ce qu'elles allaient faire, qui ne savaient pas de quoi elles étaient capables (52, p.2) -ça fait 3 ans que je suis là et je suis encore jeune	de temps pour communiquer (225, p.6) -on a du mal à se trouver du temps pour parler (228, p.6)	mal...après on va voir si c'est mis en œuvre ou pas (43, p.2) on est reconnu quand même les infirmières ici (44, p.2) -ils (médecins) ne voient pas l'intérêt de ce qu'on fait. En fait quand je dis ça c'est surtout un médecin qui est là depuis très longtemps, il a l'habitude de travailler comme ça et pas autrement (80, p.2) -la sensibilisation en entreprise c'est une	
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

	-mon travail c'est décidé par la hiérarchie, par la direction (181, p.5)	-moi je trouve qu'ils prennent bien en charge les salariés ...ils font leur métier comme il faut (83, p.2) -par moments l'assistante cherche des salariés a me faire voir et elle n'arrive pas a en trouver car les médecins ne donnent pas de salariés a voir (188, p.5) -c'est souvent le médecin qui est immobile et c'est l'infirmière qui va vers le médecin (191, p.5) - si l'infirmière ne va pas vers le médecin elle		déjà 6 médecins, 2 assistantes, 2 agendas (papiers, informatiques) c'est schizophrène (102, p.3) -			écoutent quand même mais ils sont speedés (163, p.4)	dans le métier (85, p.2) -avec nous les salariés ont plus le temps de parler, des fois on dépiste des trucs auxquels ils ne penseraient pas à parler au médecin (162, p.4) -ils (les médecins) ne connaissent pas tellement le métier (d'infirmier) (234, p.6) -c'est un nouveau métier (236, p.6) - a nous de faire nos preuves , de montrer de quoi on est		catastrophe, depuis que je suis arrivée on m'en a demandé 1 dans une entreprise. J'ai fait une sensibilisation : super, un PPT de 45 diapos, il y a eu un très bon retour (111, p.3) me suis fait piquer ma sensibilisation (113, p.3) -c'est un peu démoralisant et vexant. (123, p.3) -en terme de sensibilisation c'est compliqué parce qu'il y a très peu de demande des	
--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

		ne fait rien (195, p.5) -il est arrivé des fois que le médecin viennne me voir pour connaitre le ressenti au travail de salariés sur certaines entreprises (195, p.5) -j'ai la responsabilité de l'informer et après c'est lui qui prend le relais (202, p.5) -la confiance s'établit dans le temps il faut leur prouver qu'on sert a quelque chose qu'on n'est pas la a servir à rien (206, p.5)						capable (235, p.6) j'aimerais bien pouvoir visiter les postes de travail parce que ça c'est très compliqué apparemment , on les découvre au décours d'un CHS ou quand on va dans une entreprise faire des entretiens (249, p.6) -on s'imagine beaucoup, on a du mal à voir en vrai ce qu'il se passe (254, p.6)		médecins, normalement c'est le médecin qui doit initier. (132, p.4) Je leur présente en réunion pour validation, ils sont super contents mais sur les 6 médecins ça fonctionne pas très bien, ils ne sont pas branchés la dessus (139, p.4) -quand les salariés viennent pour les entretiens infirmiers ils semblent renfrognés puis ils ressortent, ils ont le sourire	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--

		-avoir de la conscience professionnelle (217, p.5) - au début j'étais en attente qu'ils me demandent des actions de prévention et puis voyant que ça ne bougeait pas c'est moi qui ait commencé à proposer des thématiques (236, p.6)								donc moi ça me satisfait (153, p.4) - les médecins ont des bons retours sur les entretiens donc c'est pas mal (154, p.4) -les entretiens infirmiers c'est bien mais pas obligatoire il y a des employeurs qui les refusent (263, p.6) - c'est un peu posé là entre deux visites pour satisfaire l'employeur (265, p.6) -dans 10 à 15 ans soit on existera plus parce qu'on se	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										rendra compte que finalement on ne sert pas a grand-chose (274, p.7)	

Annexe VI

INFERENCEES	
THEMES	CATEGORIES
. différentes pratiques médicales . pratiques infirmières différentes de celles des médecins . rôle infirmier . limites de l'exercice . prévention/soin . médecins avec exercice précédent individuel . interrogation sur le métier . l'activité	Des identités professionnelles en mutation
. travail en équipe . relation médecin infirmier . responsabilité/collaboration . organisations . délégation . confiance . craintes . formation . méconnaissance du métier d'infirmier	Un travail en collaboration a modalités variables
. reconnaissance des médecins, des salariés . développement professionnel . le métier d'infirmier au travail vu par le médecin . spécificité de la spécialité . l'utilité . faire ses preuves . degré d'autonomie . actions de sensibilisations difficiles	Une reconnaissance partielle des compétences infirmières

. hiérarchie . hiérarchie médecin/direction . ordres . le médecin anime et coordonne	Des situations délicates dues à un double rattachement hiérarchique,
. usage de l'informatique . logiciel . dossiers médicaux . réunions pour harmoniser les pratiques . informatique déshumanise -	Diverses pratiques sur l'usage de l'informatique
. les infirmiers comme moteur du changement . obligations de la réforme . les infirmiers bousculent les pratiques médicales	La place de l'infirmier dans le changement
. phase d'intégration/ expérimentation . tâtonnements . plusieurs types . formation -	Une phase d'intégration plurielle

RESUME :

L'évolution du monde du travail a modifié les risques professionnels et progressivement les services de santé au travail se sont retrouvés inadaptés. Le législateur a alors mis en place la réforme de la médecine du travail du 20 juillet 2011. Cette dernière impose l'embauche d'infirmiers dans les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) entraînant des répercussions professionnelles et organisationnelles. A partir d'une recherche qualitative à visée compréhensive, basée sur les concepts des représentations professionnelles et du changement, nous avons mené des entretiens semi directifs auprès de médecins et d'infirmiers dans trois SSTI différents. L'analyse de contenu basée sur l'Analyse Interprétative Phénoménologique (Smith, 1995) a mis en évidence l'impact du changement sur les limites des champs professionnels des médecins générant diverses attitudes. Ce changement entraîne aussi des répercussions positionnelles et identitaires auprès des infirmiers. Ces états interfèrent alors sur le travail en collaboration. Plusieurs pistes d'améliorations concernant les domaines organisationnels, humains et techniques viennent compléter ce travail.

Mots clés : collaboration/ identité professionnelle/reconnaissance
professionnelle/changement/représentations professionnelle.

The evolving world of work has changed the occupational risks such that the occupational health services have gradually found themselves to be inadequate. The legislator then set up the reform of occupational medicine since July 20th, 2011. The latter requires the hiring of nurses in occupational health services to business resulting in implications both professionally as well as for the organization. From qualitative research through to understanding, based on the concepts of professional representations and change, we conducted semi-structured interviews with doctors and nurses in three different occupational health services. Content analysis based on the 'Interpretative Phenomenological Analysis' (Smith, 1995) showed that the change had challenged the professional boundaries of doctors, generating various attitudes. It also had ramifications about position and identity for nurses. This all impacts upon working collaboratively. There are several areas for improvement regarding the organizational, human and technical areas in order to complete this work.

Key words : Collaboration / professional identity / professional gratitude /change /
professional representations.

