



HAL
open science

La collaboration médecin/infirmier(e) en santé au travail, vue par les infirmier(e)s

O. Stadler, Sophie Fantoni Quinton, P. Desobry

► To cite this version:

O. Stadler, Sophie Fantoni Quinton, P. Desobry. La collaboration médecin/infirmier(e) en santé au travail, vue par les infirmier(e)s. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2021, Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 82 (5), pp.503-511. 10.1016/j.admp.2021.04.007 . hal-03377114

HAL Id: hal-03377114

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03377114>

Submitted on 16 Oct 2023

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 | 4.0 International License

**La collaboration médecin du travail / infirmier(e) en santé travail : qu'en disent les
infirmier(e)s ?**

**The collaboration between occupational physician/occupational nurse: what do the
nurses think?**

O. STADLER-GANCEL, S. FANTONI-QUINTON, P. DESOBRY

Université de Lille

Auteur correspondant : Dr Oriane Stadler-Gancel

oriane.stadler@gmail.com

17, rue Saint Maurice

59110 La Madeleine

Abstract

Context: Following regulatory changes in occupational health, the occupational physician no longer carries out their tasks alone, and is required to collaborate with the various stakeholders in the multidisciplinary occupational health team, and primarily with the occupational health nurse. How is this collaboration perceived by occupational health nurses? What are the possible obstacles and levers, and what could be the avenues for improvement?

Method: A computerized questionnaire was completed by 249 occupational health nurses working in various autonomous and inter-company occupational health services throughout France.

Results: Collaboration with the occupational physician is perceived to be of good quality. There was no difference in quality whether the collaboration took place in autonomous or inter-company settings. The seniority of nurses, the number of physicians or the size of the multidisciplinary team also made no difference. The factors of collaboration are usually present but at different levels and could probably be strengthened. The issue of the nurse's accountability seems to be a barrier to collaboration. Nursing skills could be better used. Finally, this survey allows us to highlight several proposals for improving collaboration.

Conclusion: An effective collaboration between the occupational physician and the occupational health nurse is a crucial issue for occupational health. Actions could be implemented in the services to improve this collaboration, such as setting up joint case studies with analysis of practices for nurses, and training doctors in collaborative practice and team management.

Keywords: occupational medicine, teamwork, collaboration in medical practice, delegation

Résumé :

Contexte : Suite aux évolutions règlementaires de la santé au travail, le médecin du travail n'est plus seul pour assurer ses missions, et est amené à collaborer avec les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire en santé travail, et en premier lieu avec l'infirmier(e) en santé au travail. Comment est perçue cette collaboration par les infirmier(e)s en santé au travail, quels en sont les freins et leviers éventuels, et quelles pourraient être les pistes d'amélioration ?

Méthode : Un questionnaire informatisé a été complété par 249 infirmier(e)s en santé au travail exerçant dans divers services de santé au travail autonomes et inter-entreprises de toute la France.

Résultats : La collaboration avec le médecin du travail est perçue comme étant globalement de bonne qualité, et ce sans différence notable en fonction de l'exercice en service autonome ou inter-entreprises, de l'ancienneté de l'infirmière, du nombre de médecins ou de la taille de l'équipe pluridisciplinaire. Les facteurs de collaboration sont mis en place de façon hétérogène et pourraient probablement être renforcés. La question de la responsabilité de l'infirmier(e) semble être un frein à la collaboration. Les compétences infirmières pourraient être mieux utilisées. Enfin, cette enquête nous permet de mettre en lumière un certain nombre de propositions pour améliorer la collaboration.

Conclusion : Une collaboration efficace entre le médecin du travail et l'infirmier(e) en santé au travail est un enjeu crucial pour la santé au travail. Des actions pourraient être mises en place dans les services pour améliorer cette collaboration, telles que des études de cas en commun avec analyse de pratiques pour les infirmier(e)s, et une formation des médecins à l'exercice collaboratif et au management d'équipes.

Mots-clés : médecine du travail, travail d'équipe, collaboration dans la pratique médicale, délégation

I. Introduction

Suite à l'évolution de la réglementation introduisant la notion d'équipe pluridisciplinaire (Article R4626-17 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6D84E10FD29A07825E0AAAB52F4216D6.tplgfr43s_2?idArticle=LEGIARTI000031571188&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20170101). Consulté le 05/11/2020), le médecin du travail n'agit plus seul mais est amené à collaborer avec un certain nombre d'acteurs, en premier lieu l'infirmier(e). Certaines missions du médecin du travail peuvent ainsi être confiées aux infirmier(e)s, notamment le suivi de santé individuel des salariés. Autrefois réservé au seul médecin du travail, il peut désormais également être assuré par un(e) infirmier(e) ayant suivi une formation en santé travail (IDEST), sur protocole du médecin du travail (Article L4624-1 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000033024922>). Consulté le 05/11/2020). Une bonne collaboration médecin du travail-IDEST est donc essentielle au bon fonctionnement du service de santé au travail (SST). Néanmoins, cette collaboration est loin d'être chose facile au quotidien, alors que les médecins du travail ont assuré seuls le suivi de santé des salariés depuis de nombreuses années et que le rôle de l'IDEST est encore mal défini dans certains services de santé au travail, comme l'a souligné le rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur l'évaluation des services de santé au travail inter-entreprises publié en février 2020 (Chaumel D, Maurice B, Viquant J-P. Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) [Internet]. IGAS; 2020 févr [cité 13 août 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-070r1d.pdf>).

Nous nous sommes donc interrogés sur la perception de cette collaboration médecins/infirmiers du point de vue de l'infirmier(e).

Différentes hypothèses exploratoires, issues de la revue de la littérature (Gangloff-Ziegler C. Les freins au travail collaboratif. *Marché Organ.* 2009;10(3):95) (Van den Berg C. Quels leviers pour une collaboration efficace ? Le rôle de la confiance et de la culture : le cas de la fusion-acquisition entre Air-France et KLM [Internet]. Université Panthéon-Sorbonne; 2016 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01497889>) (Seigle G, Bardoux A. Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge [Internet]. Université de Lille; 2018. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/13638204-bb85-41e1-a84d-401ef98e6563>) (Thiriez C. Médecin généraliste et chirurgien dentiste sur le pôle de santé de la ville de Hem : comment mieux collaborer ? [Internet]. Université de Lille; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9a2b5b4b-ad36-4254-8e37-5fbbe502f138>) et de notre expérience de terrain ont guidé l'élaboration de notre questionnaire :

1. La collaboration est vécue de manière différente en SSTA (Service de Santé au Travail Autonome) et en SSTIE (Service de Santé au Travail Inter Entreprises).
2. Les « jeunes » infirmier(e)s vivent mieux la collaboration que ceux (celles) dont la formation est plus ancienne (en raison de l'accent mis sur la collaboration dans les récentes législations et dans le contenu des formations).
3. La collaboration est délicate parce qu'il n'y a pas toujours de médecin présent avec qui collaborer (ou il y en a trop).
4. Plus les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nombreux et plus la collaboration est compliquée.
5. Les facteurs de collaboration sont insuffisamment mis en place dans les services.

6. La question de la responsabilité de l'infirmier(e) est un frein à la collaboration (le médecin n'ose pas déléguer de peur que ça lui « retombe dessus », et l'infirmier(e) lui(elle)-même ne souhaite pas s'investir davantage dans le suivi individuel de peur que sa responsabilité puisse être mise en cause).
7. Les compétences des infirmier(e)s ne sont pas pleinement utilisées.
8. La collaboration est positive (et devrait être développée) mais non pleinement effective.
9. Des outils pourraient favoriser une meilleure collaboration.

Pour explorer ces différentes hypothèses, nous avons mené une enquête auprès d'infirmier(e)s en santé travail, afin de pouvoir déterminer les leviers et freins éventuels d'une bonne collaboration médecin-infirmier(e) en santé travail.

II. Matériel et méthode

Nous avons choisi de nous focaliser sur la perspective de l'infirmier(e), à l'aide d'un questionnaire informatisé (via un formulaire Framafoms) diffusé auprès d'infirmier(e)s exerçant dans divers SSTA et SSTIE de droit privé, à l'échelle nationale, grâce à la collaboration de plusieurs médecins du travail, et avec l'aide de la responsable formation de la licence santé travail proposée par l'ISTNF (Institut de Santé au Travail du Nord de la France). Le questionnaire était strictement anonyme et confidentiel, et est disponible en annexe.

Les réponses ont été soumises entre le 11 octobre 2019 et le 13 décembre 2019.

A partir des données recueillies par le questionnaire, nous avons créé une nouvelle variable afin de distinguer les infirmier(e)s disposant d'une formation en santé au travail des autres. Les formations IDEST (Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat en Santé Travail) prises en compte

sont le DIUST (Diplôme Inter Universitaire Santé au Travail), la licence santé travail, la formation IDEST à l'ASTI (Association de Santé au Travail Inter Services), celle dispensée par AFOMETRA.

Les répondant(e)s ont été interrogé(e)s sur leur perception d'un certain nombre de facteurs de collaboration, en leur demandant de qualifier (dans leur situation personnelle) chacun de ces facteurs comme étant insuffisants (0), plutôt insuffisant (1), plutôt suffisant (2) ou suffisant (3).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives non gaussiennes ont été décrites en termes de médiane et d'intervalles interquartiles. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons de deux groupes d'infirmiers ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou d'un test exact de Fisher (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées) pour les variables qualitatives, à l'aide d'un test de tendance de Cochran-Armitage pour les variables ordinales et à l'aide d'un test U de Mann-Whitney pour les variables quantitatives non gaussiennes.

Les tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4) et à l'aide du logiciel R (version 3.6.1, R Core Team). Les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Méthodologie - Biostatistique du CHU de Lille.

III. Résultats

Nous avons pu recueillir 268 réponses au questionnaire. Après élimination des réponses aberrantes, nous avons pu exploiter un total de 249 réponses.

1. Analyse descriptive

a. Caractéristiques générales

Les caractéristiques générales des répondant(e)s sont détaillées dans le tableau 1.

b. Appréciation de la qualité globale de la collaboration

Les infirmier(e)s interrogé(e)s étaient globalement satisfait(e)s de la qualité de leur collaboration avec le médecin, qu'ils/elles estimaient « plutôt bonne » dans 55,2 % des cas, et « très bonne » dans 32,7 % des cas.

c. Appréciation de la qualité globale de la collaboration par sous-groupes SSTA / SSTIE

La répartition des effectifs d'infirmier(e)s considérant la qualité de leur collaboration avec le médecin du travail comme très mauvaise / plutôt mauvaise / plutôt bonne / très bonne était sensiblement la même en fonction du type de service (SSTA / SSTIE). Voir figure I

d. Le rôle des responsabilités

Les infirmier(e)s considèrent que les risques en matière de responsabilité dans les actes délégués par le médecin sont un frein (« plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ») à la collaboration médecin-infirmier(e) dans 40,7 % des cas (donc 101/248 réponses)

Par ailleurs, 40,6 % des infirmier(e)s interrogé(e)s estiment ne pas connaître suffisamment les limites de leur responsabilité civile, pénale et déontologique.

e. Temps médical

Les infirmier(e)s interrogé(e)s rapportaient passer un temps médian de 2 demi-journées par semaine sans médecin dans le service (0 pour 25 % des infirmier(e)s, et plus de 5 pour

25 %). Pour 20,3 % d'entre eux, ils/elles ne peuvent pas toujours joindre le médecin du travail référent en cas de besoin. Cependant, ils/elles ne sont que très rarement amené(e)s à travailler sans être en mesure de joindre un médecin quel qu'il soit (médiane 0,0 (0,0 ; 1,0) (ce médecin n'étant pas forcément le médecin du travail référent, mais pouvant être un médecin du travail d'une autre équipe santé travail par exemple).

f. Facteurs de collaboration

Selon les facteurs de collaboration étudiés, la part des infirmier(e)s qui les qualifient plutôt insuffisants ou insuffisants est la suivante (par ordre décroissant) : la reconnaissance équitable des membres de l'équipe santé travail (69,7%), les temps d'échanges dédiés (50,6%), la culture d'entreprise ou du service en faveur de la collaboration médecin/infirmier (50,4%), les temps informels de cohésion de l'équipe santé travail (47,7%), la clarté du pilotage des actions menées dans leur équipe (45,9%), l'existence d'outils de collaboration efficaces (42,7%), la discussion et la co-construction des protocoles (38,6%), la précision du champ d'intervention des autres membres de l'équipe (38,6%), la disponibilité du médecin (37,4%), la reconnaissance de leurs compétences (35,4%), le partage des connaissances de la part du médecin (32,9%), la reconnaissance de leur valeur ajoutée dans l'équipe (32,1%), la vision commune des actions à mener avec le médecin (31,1%), la possibilité de communication avec le médecin (27,8%), l'autonomie dans la mise en œuvre des missions qui leur sont déléguées (16,9%), leur perception des compétences du médecin (15,8%), leur entente mutuelle avec le médecin (10,6%).

g. Utilisation des compétences infirmières

Les répondant(e)s considéraient dans l'ensemble que leurs compétences infirmières étaient suffisamment utilisées (« plutôt d'accord » dans 43,4 % des cas, « tout à fait d'accord » dans

14,9 % des cas ; « plutôt pas d'accord » dans 33,7 % des cas, et « pas du tout d'accord » dans 8 % des cas).

h. Souhait de s'investir davantage

Ils/elles étaient 73,2 % des infirmier(e)s interrogé(e)s à souhaiter pouvoir s'investir davantage dans les suivis individuels, et 88,2 % dans les actions en milieu de travail.

Les infirmier(e)s ont aussi proposé (en commentaire libre) des pistes dans lesquelles ils/elles souhaiteraient pouvoir s'investir davantage :

- Prévention collective : *pouvoir faire des actions de sensibilisation des salariés à des risques constatés en entretien, rédiger des protocolisations de suivi et des conseils aux entreprises, pouvoir être plus présent sur le terrain (présence accrue sur le terrain de l'infirmier(e) mais également du médecin) afin d'avoir une meilleure connaissance de l'entreprise et être présent pour ceux qui en ont besoin.*
- Prévention individuelle : *suivre les préconisations, faire des études de poste.*
- Au niveau du SST : *participer à la gestion du service, organiser des formations des pairs.*
- Mais aussi : *pouvoir monter des projets en partenariat avec d'autres structures de santé au travail, participer à des groupes nationaux sur des projets santé travail.*

A l'inverse, ils/elles souhaiteraient être moins impliqué(e)s dans les tâches de secrétariat et les tâches administratives qui pourraient être faites par des assistant(e)s.

i. Apport de la collaboration médecin / infirmier(e)

Concernant ce que peut apporter la collaboration médecin / infirmier(e) en santé travail, les réponses formulées sont :

- Un meilleur suivi de santé pour les salariés pour 94 % des infirmier(e)s
- Pallier le manque de temps médical pour 47,4 %
- Confronter les points de vue sur la prévention pour 79,1 %
- Confronter les points de vue sur les situations individuelles pour 84,7 %
- Confronter les points de vue sur les projets en santé au travail pour 74,3 %
- Développer les compétences pour 79,1 %

Mais aussi (commentaires libres) :

- Meilleure prise en charge collective et au long cours. Intérim mieux assuré
- Donner du sens au travail interdisciplinaire
- Confronter les points de vue sur les situations collectives
- Meilleure image du service au sein de la structure
- Utiliser les compétences infirmières autrement que sur des tâches administratives redondantes qui pourraient être faites par des assistant(e)s
- Pouvoir être plus présent sur le terrain et pour ceux qui en ont besoin, et permettre au médecin d'aller sur le terrain
- Une implication et une meilleure connaissance de l'entreprise

Par ailleurs, 98,4 % des infirmier(e)s sont d'accord (plutôt d'accord ou tout à fait d'accord) avec le fait qu'une plus grande collaboration médecin / infirmier(e) peut apporter un meilleur service rendu en santé au travail.

j. Faisabilité d'une plus grande collaboration médecin / infirmier(e)

C'est plus de 88 % des infirmier(e)s interrogé(e)s qui estiment qu'une plus grande collaboration médecin / infirmier(e) est faisable (plutôt faisable ou tout à fait faisable).

k. Propositions de mesures pour améliorer la collaboration

Concernant les mesures pouvant être mises en place pour améliorer la collaboration, 37,8 % des infirmier(e)s plébiscitent le coaching des équipes, 43,8 % les séminaires communs, 45,0 % les réunions entre pairs, 69,1 % les études de cas en commun avec analyse de pratiques, 46,2 % un référentiel de pratiques professionnelles, 72,7 % une formation des médecins à l'exercice collaboratif (ce qui en fait la mesure la plus plébiscitée), et 36,1 % une formation des infirmier(e)s à l'exercice collaboratif.

Parmi les autres mesures proposées par les infirmier(e)s, on peut noter les propositions suivantes :

- Reconnaissance : meilleure reconnaissance du statut et des compétences infirmières, ainsi qu'une meilleure reconnaissance financière.
- Temps : davantage de temps pour échanger entre le médecin et l'infirmier(e), et pour construire en collectif une action experte et concertée autour des problématiques de l'entreprise.
- Formation : formation et information des médecins sur le référentiel infirmier et le rôle propre de l'infirmier(e), formation en communication et management dans le parcours de formation des IDEST et des médecins.
- Législation : une définition plus précise du rôle propre infirmier en santé au travail au niveau législatif, et la possibilité d'accéder au statut « Infirmier en Pratique Avancée » pour les IDEST (comme c'est le cas depuis peu pour d'autres catégories d'infirmier(e)s).

1. Commentaires et suggestions libres marquants :

- Difficulté de travailler avec trop de médecins : pratiques différentes d'un médecin à l'autre.
- Difficulté pour travailler avec certains médecins qui ne veulent pas déléguer, ou ne savent pas travailler en équipe (n'en ayant pas l'habitude, et n'étant pas assez formés). Il faudrait pouvoir offrir la possibilité à l'infirmier(e) de choisir son médecin.
- Confrontation à des problèmes d'ego de la part du médecin, voire à des personnalités autoritaires avec qui il est difficile d'échanger et de collaborer.
- Manque de temps de manière générale (avec dénonciation parfois de « VIP à la chaîne » ne permettant pas de faire de la prévention), et de temps d'échange en particulier.
- Manque de clarté quant au rôle de chacun dans l'équipe : « *Parfois le médecin "ne sait pas" vraiment à qui confier certaines missions : à l'AST (Assistant(e) en Santé Travail) ? à l'IDEST ?* »
- Méconnaissance des médecins du rôle propre des infirmier(e)s, de leur décret de compétence, et du contenu de leur formation infirmière.
- Perception des infirmier(e)s d'une certaine difficulté pour les médecins de « faire confiance », avec parfois une peur (perçue par l'infirmier(e)) du médecin de perdre son statut dans l'entreprise.
- Manque de reconnaissance du métier de l'IDEST par l'Etat, et souhait qu'il soit reconnu comme une spécialité à part entière (niveau master).
- Souhait que les médecins puissent bénéficier de formations au management.

2. Analyses croisées

a. Différences de formation

Les différences de formation (le fait d'être titulaire d'une formation en santé au travail ou non) en fonction de l'âge et du service, sont détaillées dans le tableau 2.

On observe une différence statistiquement significative de formation entre les infirmier(e)s de SSTA et les infirmier(e)s de SSTIE, ces dernières étant davantage titulaires d'une formation IDEST. En revanche, il n'est pas observé de différence significative de formation par rapport à l'âge.

b. Temps d'échange

Nous avons cherché à déterminer quelle était la durée du temps d'échange pouvant être considérée comme suffisante pour favoriser la collaboration. Nous avons comparé la perception du facteur de collaboration « temps d'échange » avec le nombre de demi-journées hebdomadaires consacrées au temps connexe.

La différence observée étant non significative, il n'est pas possible de conclure sur ce point.

Risques en matière de responsabilité

Nous avons cherché à déterminer si :

- Le fait d'avoir une formation IDEST ou non, ainsi que le fait d'avoir de l'expérience (approchée par l'ancienneté d'obtention du DE), pouvait influencer la perception par l'infirmier(e) que les questions de responsabilité constituent un frein à la collaboration étudiée ;

- Le fait de considérer les risques en matière de responsabilité comme un frein pouvait influencer le fait de vouloir s'investir davantage dans le suivi individuel des salariés ou dans les AMT (Actions en Milieu de Travail).

Toutes les différences observées étant non significatives, il n'est pas possible de montrer qu'il existe un lien entre ces paramètres.

c. Avis spéculatif concernant la collaboration

Il a été demandé aux infirmier(e)s leur opinion sur l'intérêt de la collaboration médecin du travail / infirmier(e) en santé travail, à travers la question « Pensez-vous qu'une plus grande collaboration médecin / infirmier(e) puisse apporter un meilleur service rendu en santé au travail ? » Nous avons cherché à déterminer s'il existait un lien entre cette opinion (favorable ou non) de la collaboration et :

- le fait d'avoir ou non une formation IDEST,
- L'ancienneté d'obtention du DE infirmier,
- l'ancienneté de carrière dans la santé au travail.

Force est de constater que la majorité des infirmier(e)s considèrent qu'une plus grande collaboration médecin / infirmier(e) peut apporter un meilleur service rendu. Les effectifs des infirmières ayant répondu « pas du tout d'accord » ou « plutôt pas d'accord » sont donc insuffisants pour pouvoir effectuer une comparaison.

d. Qualité de collaboration et facteurs de collaboration

L'évaluation de la qualité de collaboration en fonction du caractère suffisant ou non des différents facteurs de collaboration est détaillée dans le tableau 3. On met en évidence une corrélation très significative entre la qualité de collaboration perçue et l'ensemble des facteurs de collaboration étudiés.

Perception du fait que ses compétences infirmières soient suffisamment utilisées et qualité de la collaboration

Les infirmier(e)s qui considéraient que leurs compétences infirmières étaient suffisamment utilisées avaient une perception significativement meilleure de la qualité de leur collaboration avec le médecin du travail (cf tableau 4).

e. Taille de l'équipe pluridisciplinaire et qualité de la collaboration

Les infirmier(e)s considérant la qualité de leur collaboration avec le médecin du travail comme « plutôt bonne » ou « bonne », travaillaient avec une équipe pluridisciplinaire (en comptant le nombre de médecins, de secrétaires, d'assistant(e)s, d'infirmier(e)s au sein du SST, et d'IPRP, Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) composée d'une médiane de 7 personnes, contre 5,5 personnes pour les infirmier(e)s estimant la qualité de leur collaboration avec le médecin du travail comme « très mauvaise » ou « plutôt mauvaise ». Néanmoins, cette différence était non significative ($p = 0,38$).

f. Type de service et qualité de la collaboration

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative concernant la qualité de la collaboration selon le type de service (SSTA / SSTIE) ($p = 0,39$).

g. Ancienneté et qualité de la collaboration

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative en terme de qualité de la collaboration en fonction de l'ancienneté (ancienneté d'obtention du DE infirmier et ancienneté de carrière dans la santé au travail) ($p = 0,93$).

h. Nombre de médecins et qualité de la collaboration

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative en terme de qualité de la collaboration en fonction du nombre de médecins ($p = 0,42$).

Discussion

A travers cette enquête, nous avons cherché à connaître la perception par l'infirmier(e) de la collaboration médecin / infirmier(e) et les freins et leviers de cette collaboration. Les résultats montrent que la collaboration est perçue comme étant de bonne qualité par la majorité des infirmier(e)s interrogé(e)s et ce, sans différence significative en fonction de l'exercice en service autonome ou inter-entreprises, de l'ancienneté de l'infirmier(e), du nombre de médecins ou de la taille de l'équipe pluridisciplinaire. Les facteurs de collaboration sont mis en place de façon hétérogène et pourraient probablement être renforcés. La question de la responsabilité de l'infirmier(e) semble être un frein à la collaboration. Les compétences infirmières pourraient être mieux utilisées. Enfin, cette enquête nous permet de mettre en lumière un certain nombre de propositions pour améliorer cette collaboration.

Les forces de cette étude résident tout d'abord dans son caractère très actuel, et dans l'originalité de l'enquête. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travail similaire questionnant le vécu de la collaboration médecin / infirmier(e) au prisme de la perception des infirmier(e)s : il s'agit donc à notre connaissance, d'un travail inédit.

Parmi les biais présents dans cette étude, nous pouvons noter en premier lieu un biais de sélection des répondant(e)s : d'une part en raison du format numérique du questionnaire, qui a pu potentiellement rebuter certain(e)s (et sélectionner par défaut des répondant(e)s plus à l'aise avec le mode numérique), et d'autre part par l'intérêt porté au sujet lui-même, sélectionnant ainsi une population d'infirmier(e)s s'interrogeant plus particulièrement sur les modalités de collaboration. On peut penser aussi que la population étudiée n'est pas forcément représentative de l'ensemble de la population des IDEST en France car la diffusion du questionnaire s'est faite via un réseau de médecins du travail exerçant en service autonome, et via le réseau des anciennes promotions d'IDEST formées au sein de l'ISTNF (avec pour corollaire que 75 % des infirmier(e)s ayant répondu à notre étude sont titulaires de

la licence santé travail délivrée par l'ISTNF). Toujours sur cette question de la formation, nous avons fait le choix de faire 2 groupes, un groupe avec les infirmier(e)s ayant suivi une formation IDEST telle que le DIUST, la licence santé travail, la formation IDEST à l'ASTI et celle dispensée par AFOMETRA, et un groupe avec les infirmier(e)s n'ayant pas suivi de formation IDEST spécifique. Ce choix de classification ne préjugait pas nécessairement du caractère universitaire ou non de la formation, et a été fait de manière arbitraire, afin d'éviter de multiplier les groupes, ce qui aurait posé des problèmes d'effectifs au niveau statistique.

De plus, le questionnaire étant anonyme, un risque de doublons au niveau des réponses est possible, puisque nous n'avons aucun moyen de vérifier que la même personne n'avait pas soumis le questionnaire plusieurs fois.

Soulignons également que le remplissage du questionnaire a eu lieu avant la survenue de la pandémie de COVID-19, qui depuis peut avoir modifié les interactions de l'équipe.

Nos résultats appellent un certain nombre de remarques.

Tout d'abord, et au regard du frein potentiel à la collaboration médecin/infirmier(e) constitué par les questions de responsabilité, il serait peut-être alors pertinent de généraliser dans la formation des IDEST un module juridique simple et systématique afin de leur permettre de se former aux grands enjeux de la responsabilité en santé au travail, surtout si on se dirige vers plus d'autonomie pour les IDEST. En complément, il serait intéressant de pouvoir interroger les médecins sur cette question afin de savoir si cette question de la responsabilité est également perçue par eux comme un frein à la délégation de tâches du médecin vers l'infirmier(e).

Ensuite, les infirmier(e)s interrogé(e)s considéraient que leurs compétences étaient suffisamment utilisées dans près de 60 % des cas, ce qui est relativement satisfaisant mais laisse tout de même une certaine marge de progression. Ce qui pourrait expliquer, au moins en

partie, cela est selon nous, le problème de chevauchement des missions entre les différents membres de l'équipe : près de 40 % des infirmier(e)s considéraient que la précision du champ d'intervention des autres membres de l'équipe était non suffisante. Les infirmier(e)s déplorent notamment un certain « flou » pratique entre les missions dévolues à l'AST et celles de l'infirmier(e) : « *Parfois le médecin "ne sait pas" vraiment à qui confier certaines missions : à l'AST ? à l'IDEST ? Il y a parfois confusion au sein de l'équipe pluri.* » dit l'une d'entre elles. Ils/elles regrettent également de devoir passer trop de temps à exercer des tâches administratives de secrétariat. Par ailleurs, ils/elles souhaiteraient que le médecin du travail ait une meilleure connaissance de leur « rôle propre » infirmier, ce qui pourrait faciliter la délégation.

Enfin, parmi les mesures proposées pour améliorer la collaboration, les infirmier(e)s plébiscitent particulièrement la mise en place d'études de cas en commun avec analyse de pratiques (pour 70% d'entre eux/elles) et une formation des médecins à l'exercice collaboratif plutôt que la multiplication des protocoles. Ce dernier point a été repris dans les commentaires libres, en soulignant le fait que les médecins du travail n'ont pas toujours l'habitude du travail en équipe.

Conclusion

Ce travail original nous a permis de nous pencher sur la relation singulière de collaboration entre le médecin du travail et l'infirmier(e) en santé travail. Cette relation, comme toute relation humaine, est complexe et riche, et il reste sûrement beaucoup à apprendre sur ce sujet d'autant qu'on se dirige certainement vers un champ de mission élargi pour ces IDEST. La collaboration médecin du travail / infirmier(e) en santé travail est très majoritairement bonne dans l'ensemble (que ce soit en SSTA ou en SSTIE), à en croire les résultats de cette étude, néanmoins il reste une marge de progression et des actions pourraient être mises en place afin d'améliorer cette collaboration. Les IDEST sont demandeuses sur le sujet, et pourraient avoir

un rôle encore plus utile au sein de l'équipe pluridisciplinaire si la collaboration était optimisée, ce qui ne pourrait qu'être bénéfique pour les salariés, leurs entreprises, et les médecins du travail avec qui ils (elles) travaillent. Il serait par ailleurs intéressant de connaître l'opinion des médecins du travail à ce sujet, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre étude.

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous, ensemble. » Euripide

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier particulièrement Camille Ternynck, Dr Karinne Legrand-Cattan et Mme Murielle Tonneau pour leur aide précieuse ainsi que tous les infirmier(e) s qui ont répondu au questionnaire.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

Article R4626-17 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6D84E10FD29A07825E0AAAB52F4216D6.tplgfr43s_2?idArticle=LEGIARTI000031571188&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20170101. Consulté le 05/11/2020

Article L4624-1 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000033024922>. Consulté le 05/11/2020

Chaumel D, Maurice B, Viquant J-P. Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) [Internet]. IGAS; 2020 févr [cité 13 août 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-070r1d.pdf>

Gangloff-Ziegler C. Les freins au travail collaboratif. *Marché Organ.* 2009;10(3):95

Van den Berg C. Quels leviers pour une collaboration efficace ? Le rôle de la confiance et de la culture : le cas de la fusion-acquisition entre Air-France et KLM [Internet]. Université Panthéon-Sorbonne; 2016 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01497889>

Seigle G, Bardoux A. Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge [Internet]. Université de Lille; 2018. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/13638204-bb85-41e1-a84d-401ef98e6563>

Thiriez C. Médecin généraliste et chirurgien dentiste sur le pôle de santé de la ville de Hem : comment mieux collaborer ? [Internet]. Université de Lille; 2015. Disponible sur:

<https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9a2b5b4b-ad36-4254-8e37-5fbbe502f138>

Figure I : Evaluation de la qualité de la collaboration en fonction du type d'exercice

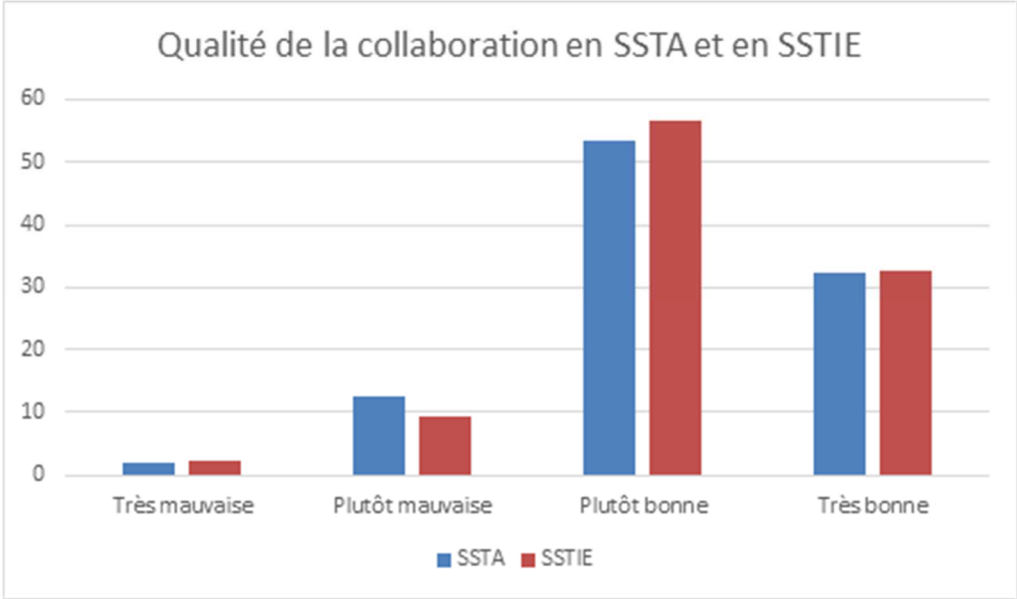


Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée

Variable	SSTA (N = 105) N (%) / Médiane (Q1,Q3)	SSTIE (N = 142) N (%) / Médiane (Q1,Q3)	Total (N = 249) N (%) / Médiane (Q1,Q3)
Age	47,0 (40,0 ; 54,0)	45,0 (35,0 ; 53,0)	45,0 (38,0 ; 54,0)
Sexe			
Homme	8 (7,7)	18 (12,8)	27 (11,0)
Femme	96 (92,3)	123 (87,2)	219 (89,0)
Données manquantes	1	1	3
Ancienneté d'obtention du DE*			
< 5 ans	1 (1,0)	17 (12,8)	18 (7,6)
5 à 10 ans	16 (15,7)	31 (23,3)	47 (19,9)
10 à 20 ans	26 (25,5)	33 (24,8)	59 (25,0)
> 20 ans	59 (57,8)	52 (39,1)	112 (47,5)
Données manquantes	3	9	13
Ancienneté de carrière dans la santé au travail			
< 5 ans	22 (21,0)	44 (31,2)	66 (26,7)
5 à 10 ans	28 (26,7)	53 (37,6)	82 (33,2)
10 à 20 ans	35 (33,3)	31 (22,0)	66 (26,7)
> 20 ans	20 (19,0)	13 (9,2)	33 (13,4)
Données manquantes	0	1	2
Temps de travail			
Temps partiel	16 (15,7)	31 (22,1)	47 (19,3)
Temps plein	86 (84,3)	109 (77,9)	196 (80,7)
Données manquantes	3	2	6

Diplômes en santé travail			
DIUST	12 (11,4)	14 (9,9)	26 (10,4)
Licence professionnelle en santé travail	66 (62,9)	120 (84,5)	187 (75,1)
Autre formation en santé travail (formation IDEST à l'ASTI, AFOMETRA...)	11 (10,5)	5 (3,5)	16 (6,4)
Aucune formation IDEST qualifiante			20 (8,1)

* DE : Diplôme d'Etat

Tableau 2 : Différences de formation en fonction de l'âge et du type de service

Variable	Aucune formation (N=32)	Formation IDEST (N=217)	p-value
Type de service			
SSTA	77,4 %	37,5 %	< 0,001
SSTIE	22,6 %	62,5 %	
Age médian (Q1 ; Q3)	47,0 (39,0 ; 57,0)	45,0 (37,0 ; 53,0)	0,36

Tableau 3 : Qualité de collaboration et facteurs de collaboration

Variable	Qualité de collaboration		p-value
	Mauvaise (N = 30)	Bonne (N = 218)	
Discussion et co-construction des protocoles			
Insuffisant	83,3	32,6	< 0,001
Suffisant	16,7	67,4	
Autonomie dans la mise en œuvre des missions déléguées à l'infirmier(e)			
Insuffisant	53,3	11,9	< 0,001
Suffisant	46,7	88,1	
Vision commune des actions à mener avec le médecin			
Insuffisant	86,7	23,5	< 0,001
Suffisant	13,3	76,5	
Reconnaissance de vos compétences			
Insuffisant	83,3	28,8	< 0,001
Suffisant	16,7	71,2	
Reconnaissance de votre valeur ajoutée dans l'équipe			
Insuffisant	86,7	24,8	< 0,001
Suffisant	13,3	75,2	
Précision du champ d'intervention respectif des autres membres de l'équipe			
Insuffisant	73,3	33,8	< 0,001
Suffisant	26,7	66,2	
Votre perception des compétences du médecin			

Insuffisant	58,6	10,2	< 0,001
Suffisant	41,4	89,8	
Partage des connaissances de la part du médecin			
Insuffisant	90,0	25,2	< 0,001
Suffisant	10,0	74,8	
Temps d'échanges dédiés			
Insuffisant	90,0	45,4	< 0,001
Suffisant	10,0	54,6	
Possibilité de communication avec le médecin			
Insuffisant	73,3	21,7	< 0,001
Suffisant	26,7	78,3	
Disponibilité du médecin			
Insuffisant	86,7	30,7	< 0,001
Suffisant	13,3	69,3	
Entente mutuelle avec le médecin			
Insuffisant	60,0	3,7	< 0,001
Suffisant	40,0	96,3	
Outils collaboratifs efficaces			
Insuffisant	81,5	37,6	< 0,001
Suffisant	18,5	62,4	
Clarté du pilotage des actions menées dans votre équipe			
Insuffisant	96,7	39,0	< 0,001
Suffisant	3,3	61,0	
Temps informels de cohésion de l'équipe santé travail			
Insuffisant	93,3	41,6	< 0,001
Suffisant	6,7	58,4	

Culture d'entreprise en faveur de la collaboration médecin/infirmier			
Insuffisant	76,7	46,9	0,002
Suffisant	23,3	53,1	
Reconnaissance équitable des membres de l'équipe santé travail			
Insuffisant	90,0	67,1	0,011
Suffisant	10,0	32,9	

Tableau 4 : Utilisation des compétences infirmières et qualité de la collaboration

Utilisation suffisante des compétences infirmières	Qualité de la collaboration		p-value
	Très mauvaise ou plutôt mauvaise (N=30)	Plutôt bonne ou très bonne (N=218)	
Pas du tout d'accord ou plutôt pas d'accord	90 %	35,3 %	< 0,001
Plutôt d'accord ou tout à fait d'accord	10 %	64,7 %	