

Les recommandations de la Société Française de Médecine du Travail sont utiles pour les gestionnaires de ressources humaines mais pas pour les médecins du travail

1ère semaine de confinement, pas de recommandation de la société savante, organisation balbutiante

Je suis interne en médecine du travail et j'ai rejoint depuis lundi dernier le pôle d'hygiène hospitalière du CHRU de Brest ainsi que le service de médecine du travail du personnel hospitalier.

Nous faisons appel à de très nombreuses sollicitations de la part du personnel hospitalier pour trois types de situations :

- personnels ayant été en contact avec un cas confirmé et conduite à tenir
- évaluation des symptômes chez le personnel hospitalier et indication de dépistage
- évaluation des comorbidités à risque de développer une forme grave en cas d'infection

Pendant cette première semaine, nous formulons des avis médicaux sur le risque du développement d'une forme grave de l'infection en fonction de l'état de santé de la personne, en regard des données médico-scientifique que nous avons. Globalement, nous pouvions envisager trois niveaux de risques :

- risque avéré de développer une forme grave en cas d'infection
- risque modéré de développer une forme grave en cas d'infection
- risque faible, mais non nul, de développer une forme grave en cas d'infection (= à la population)

Les données données médico-scientifique nous provenaient majoritairement d'une synthèse du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-coV2 du 5 mars 2020. Elle y intègre plusieurs études, essentiellement chinoises, concernant des patients avec des formes cliniques graves de COVID-19 par comparaison à ceux ayant des formes cliniques d'évolution simple.

En l'absence de recommandations propre de la SFMT, nous développerons au fur et à mesur, et de manière hétérogène, des hypothèses scientifiques qui nous permettait d'imaginer une conduite à tenir. Ici, je n'en retiendrai qu'une seule.

Etant donné que nous savons que les personnes ayant ces comorbidités ne développent pas toutes des formes grave d'infection à covid-19, mais qu'à l'inverse, presque toutes les personnes ayant développé une forme grave présentaient au moins l'une de ces comorbidités, il semble être légitime que nous nous focalisions sur cette population particulièrement vulnérable. En outre, nous savons que la sortie de l'épidémie ne se fera qu'une fois que l'immunité collective sera suffisamment importante dans la population. Nous ne pouvons pas, à priori, compter sur des vaccins pour cela. Il faut donc qu'une partie significative de la population contracte l'infection et en guérisse afin que la transmission épidémique s'estompe pour que toute la population en soit protégée. Pendant ce lent processus, il semble être adéquat de protéger les plus vulnérable, au moins jusqu'au passage du pic épidémique. Il s'agit d'une maladie très contagieuse. En dehors des mesures barrières et des équipements de protection individuels, le fait de diminuer le nombre de contact quotidien permet de diminuer le risque de contracter l'infection.

Ainsi donc, une ligne de conduite médicale pouvait se dégager pour les personnes particulièrement vulnérables à l'infection : réduction drastique du nombre de contact quotidien associés aux mesures barrières et EPI jusqu'au développement d'une immunité collective soit, au moins, jusqu'au passage du pic épidémique.

Ainsi nous établissions des listes de personnes particulièrement fragile, avec le souci du secret médical, qui étaient tous les soirs envoyées à la DRH. Cette dernières avaient l'air, jusque là, de décider d'un confinement à domicile pour ces personnes. Pour les autres, des réaffectation au cas par cas, notamment en dehors de services à haute densité virale pouvaient être décidé par la DRH.

Deuxième semaine, parution des recommandations de la SFMT et changement de paradigme

Le 24/03/20, des recommandations de la société française de médecine du travail (SFMT) changent, et unifient la doctrine en médecine du travail des services hospitaliers.

Elles affirment que le rôle des médecins du travail serait double : « contribuer à la protection des agents », « mais aussi contribuer à maintenir la capacité soignante de nos établissements ».

Les recommandations de la SFMT proposent donc de définir des services par niveaux de risques A,B,C,D et d'avoir une conduite à tenir en fonction de la maladie du personnel. Ainsi, avec ces recommandations, les services de ressources humaines s'affranchissent de leur responsabilité d'affecter les effectifs selon les besoins. On amène les médecins du travail à intérioriser un rôle de gestion du personnel.

Tandis que les services A,B et C peuvent accueillir des patients covid+ soit de façon pérenne soit de façon temporaire, la zone D serait donc un "service accueillant des patients fragiles pour lesquels tout doit être fait pour éviter une contamination des patients. Si des patients covid19+ sont découverts, le service doit être considéré comme type C".

Implicite, c'est comme si l'on admettait qu'il existe des zones sans virus dans l'hôpital. Ces services de catégorie "D" sont implicitement réputés indemnes de covid19, jusqu'à preuve du contraire. Cet à priori conditionne donc toute la logique de l'activité du médecin du travail.

Leux problèmes, de natures différentes, que posent ces recommandations

Le premier est de nature médico-scientifique voir épistémologique. Disons le : la zone D est une vue de l'esprit qui n'existe pas dans la réalité hospitalière. Comme nous ne dépistons pas tout le monde, et que le virus circule chez des personnes asymptomatiques, qu'il n'y a pas d'EPI, seule la diminution du nombre de contact humain quotidien est de nature à baisser le niveau de risque. Travailler à l'hôpital représente un risque forcément plus élevé qu'un confinement à la maison. D'ailleurs, nos épidémiologistes affirment que nous sommes dans la phase 3, c'est à dire en phase *épidémique*. Autrement dit, le virus est en "circulation active" à l'échelle du territoire et même bien au delà. Il s'arrête pas à la porte des services de catégorie D.

Ainsi, les recommandations ne préconisent pas la diminution du nombre de contact humains pour les personnels les plus à risque. Elles proposent simplement de réaffecter les personnes dans la zone D, zone censée être vierge de virus.

Le second problème que font émerger ces recommandations est l'ambiguïté des rôles du médecin du travail et ceux du service de ressource humaine.

Ainsi, la ré-affectation des personnes avec un asthme sévère, une mucoviscidose, une insuffisance cardiaque sévère, une insuffisance rénale dialysée, une personne enceinte... (c'est-à-dire des personnes ayant une comorbidité pouvant entraîner une infection grave) n'est plus gérée par les ressources humaines mais par les médecins du travail.

Une généalogie des recommandations de la SFMT : les recommandations préalable du Haut Conseil de la Santé Publique

En faite, les recommandations de la SFMT poursuivent la logique du Haut Conseil de la Santé Publique qui, le 17/03/20, a publié une liste de recommandations pour les personnels soignants présentant un risque d'infection grave au COVID-19.

Celle ci propose des "mesures particulières qui doivent permettre "d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum." Le double objectif affiché plus tard, par la SFMT trouve son origine dans cette communication du 17/03/20.

Le HCSP indique également que “la pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité.” On peut supposer que cet appel du HCSP à l'évaluation par le médecin du travail, sera le déclencheur et incitera la SFMT à faire ces propres recommandations.

La place de chacun, employeur et médecin du travail, est pourtant bien définie par la Loi

Le code du travail est pourtant clair : *“L'employeur est tenu par la loi de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés (article L. 4121-1 du Code du travail). L'employeur ne doit pas seulement diminuer le risque, mais l'empêcher.”* Cet article s'oppose également aux employeurs de la fonction publique hospitalière. C'est lui, qui a la responsabilité d'affecter son personnel, et d'organiser le travail.

Le rôle du médecin du travail est d'apporter une analyse médico-scientifique à l'employeur. *“Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux”* Article R4623-1

En outre, celui-ci est libre de ne pas suivre l'avis médical du médecin du travail. Il ne s'oppose pas à l'employeur. Dans cette crise, cette “guerre”, il pourrait être compréhensible, afin de permettre la continuité des soins, qu'un employeur via la DRH ne suivent pas l'avis du médecin du travail. **Mais dans ce cas, c'est bien la responsabilité de l'employeur qui est engagé.**

Personnellement, je n'irai pas juger le bien fondé de ce type de décisions difficiles en « temps de guerre ». La décision d'exposer des personnes vulnérable dans un but d'intérêt général, en suivant une éthique autre que la déontologie médical, pourrait se comprendre.

Ces recommandations de la SFMT intègrent donc, une mission de gestion des effectifs qui ressort habituellement des services de ressources humaines. Or, nous ne pouvons être dans une logique d'analyse de l'état de santé d'un point de vue médical et en même temps dans une logique d'affectation du personnel aux postes de travail.

Le médecin du travail serait d'ailleurs un très mauvais manager ne sachant pas quelles sont les possibilités de réaffectation du personnel dont les soins ont été dé-programmer (en “chômage technique”), des effectifs des cliniques privées à mobiliser, de la réserve sanitaire pour remplacer les personnes vulnérables et permettre la continuité des soins.

Pourtant, ces recommandations de la SFMT pourraient être très utiles. Mais elles auraient dû émaner du ministère de la santé ou des ARS afin de servir les directions des hôpitaux, les ressources humaines. Elles n'auraient jamais dû être pensées pour orienter l'activité des médecins du travail.

Une autre façon de se convaincre de ce mélange des genres est d'observer quelles sont les prérogatives d'une direction d'hôpital. Précisément, « contribuer à la protection des agents », « mais aussi contribuer à maintenir la capacité soignante de nos établissements », en sont leurs propres missions.

Le seul objectif de la médecine du travail du personnel hospitalier devrait être, surtout en temps de crise du covid-19: aucun personnel hospitalier en soin intensif, en réanimation ou décédé du covid-19.

Rappel utile, les recommandations des sociétés savantes, y compris celles de la HAS sont des propositions pour aider le praticien et n'ont pas de valeur légale. Il est de la responsabilité du praticien d'argumenter ses décisions.

25/03/20

Romain Da Rocha
Interne en médecine du travail à Brest