

Covid 19, régression résistible de la médecine du travail

Avec l'arrivée de la pandémie covid-19, l'accompagnement des professionnels de santé au travail ne pouvait qu'être hésitant et fluctuant avec la prise de connaissance progressive du SRAS-COV2.

En raison des nouvelles formes et réseaux de communication, pour la première fois dans l'histoire, une nouvelle pathologie était découverte quasi simultanément par les professionnels de santé et la population. Les salariés comme les patients ont appris en même temps que les soignants la contagiosité et les facteurs de gravité de la maladie. Cette acculturation, avec ses diversités et ses dérives, doit rendre encore plus modeste le supposé-savoir du corps médical, même si nos formations et nos pratiques peuvent nous donner des références. Pour les professionnels de santé au travail, la logique est plus que jamais d'accompagner sans prétention les salariés et les entreprises mais en leur fournissant le complément de références qui structureront leur compréhension et leur permettront de construire les principes de l'activité entre les règlements et leur pouvoir d'agir.

16 mars - C'est avec sidération que nous avons découvert, au début du confinement, que de nombreux services de santé au travail interentreprises (SSTI) ont renvoyé leurs collaborateurs chez eux en annonçant un chômage partiel et en ne gardant qu'une activité minimale souvent arbitrairement choisie par les directions des services, en négligeant le développement d'une mission spécifique des professionnels de santé au travail face à cette situation inédite et stressante du Covid19.

Des médecins du travail ont tenté de sauver l'honneur de leur mission en s'impliquant dans une mise à disposition tant pour les salariés que pour les entreprises. Pour des infirmières ou assistantes en santé au travail, la participation a encore été moins facile et plus aléatoire.

Dans la logique de l'évolution des filtrages centralisés de ces dernières années, la médecine du travail est devenue inaccessible pour une grande majorité des salariés ; souvent les dispositifs d'accueil et d'appel des services de santé au travail interentreprises ont été très déficitaires et sont restés davantage des obstacles que des relais.

On peut se poser la question du rôle de PRESANSE et des fédérations des directions des SSTI dans cet épisode de désengagement irresponsable en santé au travail.

17 mars - l'instruction signée par le Directeur Général du Travail, monsieur Struillou, certes incite au report de toutes les visites non indispensables, à la répartition entre travail présentiel si nécessaire et télétravail à domicile. Mais on perçoit qu'avec la promotion du maintien de la mission d'intérêt général des SSTI il ne décline l'activité des consultations que par des « VIP ou des visites d'aptitude ou de reprise », et par la « diffusion des messages de prévention ». En quelque sorte en maintenant une pseudo garantie assurantielle pour les entreprises. La DGT ne prend pas la mesure des rôles à développer en santé au travail face à ce bouleversement sociétal ; une fois de plus, elle ne fait pas preuve de pertinence pour l'adaptation à la réalité des conditions de travail à l'humain par une implication des professionnels de santé au travail.

Le bureau du Conseil National professionnel de Médecine du travail s'est questionné dès le 18 mars sur l'opportunité d'une intervention sur le sujet. Trois des neuf membres du bureau signalant leur investissement au-delà du temps plein dans l'élaboration de

recommandations ad-hoc par la Société Française de Médecine du Travail, l'attente était convenu.

L'ordonnance du 1^{er} avril signée par les ministres du travail de la Santé et de l'Agriculture infléchit le caractère rigide de l'instruction de la DGT en levant l'obstacle des obligations de visites à l'embauche et à la reprise du travail.

En revanche si elle promeut la médecine du travail dans l'appui et l'accompagnement des entreprises mais omet la mise à disposition et l'accompagnement des travailleurs eux mêmes. Doit-on rappeler que la santé au travail est pour la préservation de la santé des travailleurs et non pas celle de l'entreprise, comme c'est souvent extrapolé dans la confusion.

La dérogation annoncée pour la prescription d'arrêts de travail et de tests de dépistage, pouvait se comprendre avec la désorganisation des accès à la médecine de soins, mais ceux-ci étaient redevenus accessibles au moment de la publication du décret d'application du 11 mai. De plus le protocole décrété pose des problèmes à la fois de positionnement du Médecin du travail et de secret médical. N'y aurait-il pas là une vieille tentative de ne pas limiter la médecine du travail à une mission de prévention et lui attribuer une fonction de contrôle ? C'est un péril contre lequel la vigilance s'impose.

Les recommandations de la SFMT du 23 mars ciblaient les Médecins du travail du Personnel Hospitalier. Les ressources et les références invoquées, puisées dans les données de Santé Publique France et les recommandations du Haut Comité de Santé publique, sont incontournables et les plus consensuelles du moment. La réflexion part de huit situations de demande de l'agent qui contacte le médecin du travail, avec la prise en compte de la densité de présence du Sarscov2 dans le service de soins, le degré de fragilité de l'agent, de son entourage, ou des signes suspects de maladie ou de contagiosité. C'est un travail de catégorisation intéressant, reconnu utile aussi par le suivi des personnels soignants hors de l'hôpital, dans des cliniques, des EPHADS ou des acteurs de services à domicile. À noter aussi dans la situation 8, l'attention à la prévention de l'épuisement professionnel.

Toutefois deux points d'achoppement avec des praticiens :

- le 2^{ème} objectif de « *contribuer à maintenir la capacité soignante de l'établissement* » a fait craindre à des médecins du travail le dépassement de leur rôle pour assister le management autrement par les connaissances en santé au travail.
- Cette crainte était renforcée par exemple par les termes utilisés dans la situation 2 de l'agent qui a des facteurs de risques de formes graves par un tableau reprenant chaque pathologie mentionnée comme à risque par le HCSP. De « Éviction » du type A des services comme la réanimation, « pas de soins aux malades covid19 dans le type C, à « pas d'éviction » dans le type D où il ne doit pas y avoir de patients fragiles (gériatrie hématologie, oncologie ...)

Cette sémantique évoque un pouvoir sélectif des médecins du travail au-delà de la mise en danger d'autrui. Elle ne semble pas laisser de place à l'appropriation du consentement éclairé par le salarié et de son engagement ou de ses appréhensions.

Le bureau du Conseil National Professionnel de Médecine du Travail a engagé un questionnement sur une éventuelle pondération de ces termes pour éviter que la contribution de la médecine du travail ne soit comprise par des agents et par les ressources humaines comme un pouvoir médical sélectif qui pourrait se substituer à l'aménagement des conditions de travail et à des affectations suivant les types de services.

La demande de cette pondération était ressentie par des acteurs SFMT de la recommandation comme une critique inacceptable.

En tant que président, j'ai diffusé le 3 avril quand même le communiqué en précisant dans l'envoi "*qu'il n'avait pas le consensus de tout le bureau* », mais que « *les controverses font parti du débat à poursuivre plutôt que de le taire* ».

Cette publication non consensuelle a été invoquée comme une remise en cause de l'existence du CNPMT.

Tous les médecins du travail de la SFMT ne sont évidemment pas pour un pouvoir médical sélectif autoritaire, mais l'adhésion à la dénomination de guerre contre le Covid n'est sans doute pas neutre au point de nous ramener aux prémisses de la médecine du travail hyper sélective des années quarante du siècle dernier. Préférons le terme de mobilisation pour la prévention qui ne limitera pas notre engagement mais évitera peut être des dérives.

Les 4 avis de la SFMT diffusés dans la foulée de cette polémique les 6 et 7 avril utilisent des formulations bien mieux pondérées qui répondent à nos inquiétudes de dérives sélectives pour le management. Les Thèmes travaillés portent sur l'association de l'activité dans le cadre de l'épidémie covid19 avec plusieurs situations : l'asthme, la prise de biomédicaments et de thérapies ciblées, des maladies chroniques traitées par AINS, l'avancée en âge. Les préconisations d'une information transparente, du renforcement des mesures barrière, ou d'éviter certaines affectations, apparaissent comme des pondérations satisfaisantes.

Une enquête Flash réalisée par des Médecins du travail hospitalier sur plusieurs sites du 15 au 23 avril près de 8500 soignants, médecins, infirmiers, aides soignants et assistants de service hospitalier tend à montrer une incidence moindre (~3%) dans les services de réa eux mêmes que dans les services accueillant des malades covid non réa (<6%) mais aussi moindre que dans les services courant supposés ne pas accueillir de malades Covid (~4%). Elle est certes incomplète et n'a pas les garanties épidémiologiques et statistiques de principe, mais elle évoque très clairement que la rigueur des EPI et des mesures barrière dans les services de réa sont une base de la diminution contagieuse, et que la sélection des travailleurs dans les services non Covid avec moins de mesures barrière -sans doute personnelles et collectives – est une protection erronée.

À retenir

La tentation de la sélection est forte dans ces circonstances avec les allusions guerrières, mais elle ne respecte pas l'éthique et de plus est contre productive en matière de santé au travail. Elle ne respecte pas le consentement éclairé des salariés. Elle ne prend pas en compte les capacités d'acculturation et de pouvoir d'agir des salariés, des collectifs de travail et des institutions.

L'implication des médecins du travail dans le management des ressources humaines est le plus souvent inappropriée à la préservation et la construction de la santé au travail ; la plus value de la médecine du travail réside dans les repères constitués par le dire sur les liens santé au travail au travailleur lui même, à l'entreprise et aux collectivités de travail.

L'appropriation par la très grande majorité de la population des gestes barrière de protection collective dans le cadre de cette épidémie de Covid 19, n'est-elle pas le témoin d'acculturations possibles en santé au travail ?

Gérard LUCAS
Médecin du travail senior