

SOMMAIRE

Page 2 : Tests de dépistage : un outil de protection et un mode d'emploi.
Page 2-3 : Où est passé le principe de précaution et de protection ?
Page 3-4 : Droit de réponse à la tribune proposée dans le JDD du 15 mai 2020
Page 4 : L'épidémie du CoVID 19 nous fait redécouvrir l'importance du travail d'équipe.

Où sont les masques ? Où sont les tests ? Où est la santé au travail ?

EDITO

Les syndiqué.e.s du secteur de la santé et du médico-social ont constaté l'apport souvent essentiel des médecins du travail pour contester une organisation du travail reposant sur des décisions au rabais en matière de mesures collectives, individuelles, et curatives (AT MP).

Cet apport s'est révélé d'autant plus important que, comme nous le verrons, les recommandations ministérielles et de certaines sociétés savantes sont apparues comme des outils d'adaptation à la carence de l'État issue du démantèlement des politiques de santé publique et de prévention des pandémies.

Équipements de Protection Individuelle type masques FFP2 ou FFP3 aux abonnés absents remplacés par de simples masques chirurgicaux, voire des masques dits « alternatifs », dispositifs périmés déclarés « bons au service » pour les soignant.e.s sur foi de prétendus tests poussés qui n'étaient en fait que de simples contrôles visuels, blouses à usage unique utilisées et donc à considérer comme des DASRI, pourtant relavées et réutilisées ou remplacées par des sacs poubelle : tous les règlements, toutes les règles de base enseignés aux soignant.e.s auront été bafoués sans honte par les tutelles enfermées dans le déni de leur carence.

De leur côté, de très nombreux citoyens se sont mobilisés pour apporter aux soignant.e.s, par leurs propres moyens, de vraies aides et une vraie solidarité : dons de vrais masques de protections homologués, réalisations de visières de protection, prêts de logements pour pallier l'absence de transports en communs, etc.

De même, de nombreux travailleurs ont tout donné pour maintenir l'ensemble des services vitaux.

Face à ce constat, les syndicats dénoncent en tous lieux utiles les mises en danger, et parvenant ainsi à s'opposer à l'offensive de l'exécutif et de sa ministre du Travail sur la réouverture à marche forcée et « quoi qu'il en coûte ».

C'est tout l'intérêt de la démarche « référé Sandouville », c'est tout l'intérêt de l'étude poste par poste et de la mise à jour du DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels), alors que des failles sous forme de « clusters » se font jour, à l'hôpital de Lannion, ou Saumur, ou dans des usines telles que l'abattoir de Fleury les Aubrais (54 cas) ou celui de Kermené - Côtes d'Armor (69 cas), où l'on portait pourtant un masque.

Fixer l'image de où nous en sommes et ce que nous voulons, marteler et faire vivre les droits issus du Code du Travail, et les recommandations axées sur la véritable protection des salarié.e.s, promouvoir les protections concrètes et réellement efficaces face à ce contexte, c'est contribuer à forger une mémoire de cette période. Elle sera l'affirmation d'un courant de résistance contre la mise en tension extrême des salarié.e.s et agents de ces secteurs, et contre l'effacement des enjeux de la santé au travail. Elle sera la réponse à l'insupportable invisibilisation des victimes.

Vincent PORTEOUS
IADE SAGE FEMME CHU LILLE
animateur du collectif sage-femmes
et du collectif infirmiers spécialisés
Éric TRON DE BOUCHONY,
Collectif médecins UFMICT CGT
Commission exécutive de l'UFMICT

**TOUS LES RÈGLEMENTS,
TOUTES LES RÈGLES
DE BASE ENSEIGNÉS AUX
SOIGNANT.E.S AURONT ÉTÉ
BAFOUÉS SANS HONTE PAR
LES TUTELLES ENFERMÉES
DANS LE DÉNI
DE LEUR CARENCE.**

► Tests de dépistage : un outil de protection et un mode d'emploi

► Après la pénurie de diagnostic direct du virus du COVID-19 par PCR, une phase d'annonce gouvernementale d'un dispositif d'accès large aux tests a enfin débuté le 11 mai dernier ! Le ministre fait part aussi de l'arrivée des « tests sérologiques » (attestant d'une infection passée) pour tous les personnels » de santé !

La CPAM et l'ARS au cœur du système de surveillance :

Depuis le 11 mai, nationalement, 6 000 nouveaux patients ont été dépistés par PCR, environ 24 quotidiennement en région Pays de Loire.

Ces dépistages sont rendus à 24h, les positifs sont transmis au logiciel SI DEP, géré par l'APHP. Tous les positifs sont scrutés par les CPAM qui prennent en charge les enquêtes et les conseils d'isolement, y compris intra familiaux.

Les ARS ont la charge de nombreux « clusters » : CH de Lannion, Saumur, Vichy, Loudun (23 cas dont 13 dans le personnel), Foyer social de Nantes...

La contagiosité débute deux jours avant les symptômes, il faut faire vite !

Dans les services « non COVID+ », comment obtenir la protection durable des personnels ?

Peut-on tester la totalité des personnes, qu'elles soient ou non symptomatiques, pour les isoler ?

Oui, et demain, avec répétition de ces tests toutes les 2 semaines (c'est le cas dans certains pays), surtout si les tests immuno-antigéniques (salivaires avec résultat minute) gagnent en fiabilité.

Mais l'enquête sur une unité, lors de la survenue de symptômes chez un patient ou un personnel, est la situation la plus rencontrée.

Attention au respect du secret professionnel :

Les médecins du travail peuvent, comme le médecin traitant, prescrire les tests et sont tenus de respecter le secret professionnel vis-à-vis de l'employeur.

L'article R 4127-95 du Code de la Santé Publique insiste sur leur indépendance vis à vis d'un employeur qui imposerait des tests ; et depuis le décret n° 2020-549, ils prescrivent des arrêts de travail.

Porter au CHSCT une politique de protection des travailleurs :

Les représentants au CHSCT-CSE ont quelques outils pour faire réaliser des tests à ambition de protection des personnels :

► L'Article R. 4121-2 du code du travail (CT) oblige à la mise à jour du document unique [...] « Lors d'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque [...] ».

► Par l'Article R. 44624-1 du CT, le médecin du travail peut proposer des mesures individuelles par écrit à l'employeur, tenu de les prendre en considération et, en cas de refus, de faire connaître ses motifs.

► Enfin l'article R4424-3 CT oblige, lorsque l'exposition des travailleurs à un agent biologique dangereux ne peut être évitée, à la réduire en prenant les mesures suivantes :

4. Mise en œuvre de mesures de protection collective [...], de mesures de protection individuelle ;

6. Etablissement de plans à mettre en œuvre en cas d'accidents impliquant des agents biologiques pathogènes.

Éric TRON DE BOUCHONY,
Collectif médecins UFMICT CGT,
commission exécutive de l'UFMICT.



► Où est passé le principe de précaution et de protection ?

► Dès qu'il a été reconnu que la pandémie Covid-19 atteignait la France s'est posée la question de la protection des professionnel.le.s de santé et médico-sociaux.

Confortés par les déclarations du gouvernement, nombreux sont ceux qui pensaient pouvoir compter sur un système de santé préparé au mieux, notamment grâce à l'existence des « stocks d'état » d'EPI.

Les plus prudents comptaient sur le cadre réglementaire strict (notamment l'article R4424-3 du code du travail) qui encadre la protection des travailleurs exposés à un risque infectieux en imposant à l'employeur une obligation de moyens dite renforcée : de solides recommandations de sociétés « savantes » préconisaient le port d'un masque type FFP2 pour tout contact avec un patient Covid19 suspect ou confirmé.

Les certitudes ou la simple confiance se sont fracassées sur la pénurie, voir la rupture d'approvisionnement, d'un élément de protection individuelle courant et peu coûteux avant la crise : le masque de protection respiratoire FFP2 ou FFP3.

Avant même le confinement, il a été constaté que les stocks stratégiques de masques FFP2 censés participer à la protection des soignants n'existaient pas. En cause, l'état et les

gouvernements successifs qui, depuis 2011, ont tous renoncé à remplacer les masques consommés par la pandémie H1N1.

L'UFMICT CGT quant à elle soulignait dès le début de la pandémie les risques majeurs de la mise en place d'une politique de santé au travail asservie par d'autres intérêts que ceux des travailleurs.

Il est ensuite apparu que le flot des différents messages portés par le gouvernement et certaines sociétés savantes avaient pour but de valider la dégradation du niveau de protection des professionnels exposés aux coronavirus. Les consignes gouvernementales et certaines recommandations qui étaient en cours jusqu'à la reconnaissance devant les députés par O. Véran de cette absence de stocks ont été modifiées ensuite au seul but de les d'adapter à la carence et non à l'intérêt des travailleurs.

Le principal axe de dégradation a été la mise en place d'une « doctrine politique » de protection limitée au risque élevé d'aérosolisation (dentiste, préleveurs de PCR, professionnels

de la sphère ORL), ce qui par définition exclut tous les autres niveaux de risque pourtant bien réels.

Les fiches consignes «Établissements de santé» et «médicaux sociaux» du ministère en date du 12 mai précisent toujours : «*Les masques FFP2 sont réservés par priorité à la protection des professionnels de santé soumis à un fort risque d'aérosolisation à l'occasion de gestes invasifs et de manœuvres sur les voies respiratoires* ».

Sans s'appuyer sur aucune étude, la SHHF (société d'hygiène hospitalière française) a également modifié ses recommandations les faisant opportunément coller aux nouvelles consignes du ministère.

Que dire aussi de l'instruction « *MINSANTE/CORRUSS n°2020-20 : Conduite à tenir pour l'utilisation de masques FFP2* » qui autorisait l'utilisation sans limite des masques FFP2 périmés sur la foi de simples contrôles visuels ou de l'affirmation impossible à vérifier que les conditions de stockages avaient été conformes à des normes strictes ? Autorisation finalement limitée à 24 mois de dépassement par le vrai ministère de tutelle de ces dispositifs : celui du Travail.

Il convient de rappeler que le principe d'une recommandation de société savante est de dire la juste attitude en tenant compte de la balance bénéfique/risque. Il n'y a aucun risque à porter des EPI d'un niveau de protection supérieur.

Ces recommandations n'ont donc constitué que la mise en avant d'arguments d'autorité au but d'interdire les légitimes questionnements des soignants sur l'absence de protection adaptées.

De nombreux DGI ont alors été déposés par les syndicats. La CGT du CHU de Lille à même déposé un recours en référé devant le conseil d'Etat.

Si les Inspecteurs du travail ont été généralement très réactifs et ont été à même d'imposer une amélioration du niveau de protection des hospitaliers, le résultat du recours devant la juridiction administrative s'annonce bien plus incertain.

Au final, l'État a été très actif pour dégrader les consignes de protection des soignants, bien plus que pour rendre effective son annonce de réquisition des masques à leur profit ou lever les obstacles à la mobilisation des laboratoires de recherche médicale ou vétérinaires en faveur de la campagne de tests prônée par l'OMS.

Tout cela a, sans qu'on puisse en douter, alourdi le bilan de cette pandémie et altérera durablement la confiance des soignants en leurs tutelles. Cette confiance ne sera pas restaurée sans une reconnaissance préalable des fautes de chacun et la mise en œuvre d'un vrai changement de méthode et de cap.

Vincent PORTEOUS

IADE SAGE FEMME CHU LILLE

animateur du collectif sage-femmes et du collectif infirmiers spécialisés
Commission exécutive de l'UFMICT

► **Droit de réponse à la tribune** **proposée dans le JDD du 15 mai 2020**

<https://www.lejdd.fr/Politique/tribune-148-deputes-lrem-reclament-une-reforme-de-la-sante-au-travail-3968610>

✦ **Alain Carré, médecin du travail est membre du collectif santé au travail de l'UGICT CGT. Il répond à une tribune de S. Guerini publiée dans le Journal Du Dimanche et co-signée par la députée LECOQ et 158 députés «marcheurs», visant à mettre à bas l'indépendance de la médecine du travail au motif de la crise en cours.**

Dans le cadre de la République Sociale de 1946 est créé un corps de médecins du travail, délégataires de l'obligation constitutionnelle régalienne de « *protection de la santé* » et chargés « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Prévention médicale le plus en amont possible des risques du travail et centrage de la prévention exclusivement sur ces risques sont les bases de leur mission.

Des revendications des travailleuses et des travailleurs ont abouti au début des années 1980 à la création des CHSCT permettant aux travailleurs d'intervenir collectivement sur leur santé au travail et les conditions de travail et apportant la visibilité de la réalité du travail dans la prévention des risques professionnels. Cette avancée a été anéantie par l'actuelle mandature en mélangeant la «chèvre» économique avec le «chou» de la santé au travail dans les CSE. Il faudrait en finir maintenant avec la médecine du travail, car elle resterait la seule source potentielle de visibilité en matière de santé au travail.

Or, dès 1980, le CNPF puis le MEDEF et son relai le CISME vont user de leur influence pour, comme le décrit un sociologue, créer « *une médecine du travail sans les médecins* ».

L'introduction de la notion de « *santé au travail* », confiée à des services largement contrôlés par le patronat, est l'un des moyens de ce sabotage. Dès lors, d'exécutif complaisant en exécutif complaisant, la médecine du travail va être ballottée de réformes en réformes qui ont pour effet de la priver de ses moyens, notamment en lui imposant un numerus clausus qui tarit rapidement le recrutement des médecins.

L'étouffement par l'inflation des effectifs par médecin, qui joue également un rôle dissuasif, n'est pas totalement compensé

par l'introduction d'autres professionnels, car ceux-ci sont majoritairement détournés vers « l'aide aux entreprises ».

Une nouvelle réforme a été proposée en 2019 par Mme LECOQ, députée célèbre pour avoir organisé un colloque pour « *Faire de la France la championne du monde du bonheur au travail* » et, selon son curriculum, « *industriel et chef d'entreprise* ». Son projet de 2019 propose d'alléger les obligations des employeurs en matière de traçabilité des risques, supprime la possibilité de conseil collectif formel du médecin du travail sur la prévention des risques, propose que les généralistes effectuent les visites médicales : Il semble qu'elle ait été choisie par ses pairs pour mettre un point final à la prévention médicale primaire des risques professionnels.

Dans la tribune du JDD, dont elle est l'initiatrice, les propositions sont, de fait, des éléments de stratégies de destruction:

- ➔ Détournement de la médecine du travail de la prévention centrée sur les risques au travail, en proposant de substituer à la prévention des risques professionnels une « prévention dans la vie quotidienne, par des actions concrètes telles que (...) le développement de la pratique sportive au travail ».
- ➔ Aucune proposition pour prévenir les cancers professionnels ou les maladies chroniques du fait du travail, mais promesse de permettre l'accès éventuel à l'emploi de travailleurs malades.
- ➔ Création d'un diplôme spécifique en pratique avancée en santé au travail pour les infirmiers, mais impasse sur un statut d'indépendance professionnelle et celui d'une équipe médicale, médecin et infirmier du travail.

➔ Rien sur les effets négatifs du management néolibéral sur la santé psychique malgré le procès France-télécom. Tout au contraire, une autre proposition cultive le mythe de « *l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux* ». Cet oxymore ignore que depuis le néolithique le profit de quelques-uns se construit sur l'exploitation de la santé du plus grand nombre. De l'esclave au salarié, toutes les améliorations de la santé au travail ont été obtenues par les luttes pour la santé et la dignité.

➔ Pire encore, les signataires proposent un projet de DRH auxquels seraient rattachés les médecins du travail, leur donnant accès aux informations d'atteinte à la santé dont ils sont réglementairement privés.

Tout cela se présente sous la toile peinte des bons sentiments et du bon sens. « *Tout flatteur vit au dépend de celui qui l'écoute* » : Comme tout néolibéral, si Mme LECOQ semble vous promettre le mieux, c'est qu'elle se prépare à faire le pire. Ainsi en est-il du projet des 158 député.e.s signataires. S'il aboutissait, on assisterait à un retour vers le passé, c'est-à-dire vers une médecine de sélection. Le pronostic vital de la médecine du travail serait engagé et la santé au travail lobotomisée.

Nous appelons les personnels des services de santé au travail ainsi que les travailleuses et les travailleurs à s'y opposer.

Alain CARRÉ, médecin du travail,
UGICT CGT.

▶ L'épidémie du CoVID 19 nous fait redécouvrir l'importance du travail d'équipe.

➔ L'analyse ergonomique participative, avec des observations croisées d'un métier par un autre, permet de montrer les difficultés pour le travail d'équipe efficace et solidaire.

Les études menées dans plusieurs services d'urgence ont montré que les soignants médicaux et paramédicaux, en filière longue, changent tous plus de 200 fois de lieu de travail par jour, se cherchent et cherchent les informations, sans pouvoir débattre réellement des difficultés.

Les interruptions, les conversations simultanées et le temps perdu en déplacements ralentissent les prises en charge et augmentent la crainte de commettre des erreurs et les événements violents.

Le temps passé par les médecins au téléphone pour convaincre de « prendre » un malade est usant. La charge de travail de tous est augmentée par les soins aux malades dans les couloirs, attendant une hospitalisation, qui s'ajoute à la prise en charge des nouveaux patients en box, les familles étant tenues à l'écart.

Le fonctionnement en trinôme : 1 médecin, 1 infirmier et 1 aide-soignant (quadrinôme s'il y a un interne) s'occupant d'un même groupe de malades a montré l'efficacité d'une équipe pluridisciplinaire travaillant ensemble.

Les évaluations menées dans les pays nordiques ont porté sur des trinômes s'occupant de 3 boxes. Mais, même pour 5 boxes, c'est déjà un fonctionnement plus efficace que le tourbillonnement actuel où les infirmiers sectorisés cherchent lequel des 2 médecins a pris en charge le patient et où les aides-soignants n'ont aucune possibilité de partager ce qu'ils ont appris lors des soins de base et brancardages de patients.

La filière ambulatoire, fonctionnant souvent en un trinôme, montre la qualité de cette collaboration, tant pour la rapidité que pour la discussion des décisions au sein de l'équipe et avec malades et familles.

Aussi bien pour le réaménagement que pour la conception d'un nouveau bâtiment, l'analyse du travail réel permet de trouver le meilleur compromis concernant les surfaces, les proximités, pour faciliter ce travail d'équipe. Des perspectives d'effectifs normés aux urgences pourraient être travaillées ainsi pour arriver à un bon fonctionnement en trinômes.

Les études statistiques Presst-Next et Sesmat ont montré que le travail d'équipe pluridisciplinaire est la base de la satisfaction professionnelle et de la qualité des soins.

De très nombreuses études dans tous les pays, soulignent que les soignants avec une bonne qualité du travail d'équipe ont moins de *burn out*, craignent moins les erreurs, sont moins victimes de violences et envisagent moins d'abandonner leur métier. Les services d'urgences sont particulièrement exposés à ces risques.

Le développement de la polyvalence des soignants sur le pôle et du travail en 12 heures, sans temps de chevauchement, ont réduit les possibilités de construire des équipes solidaires et apprenantes.

Les analyses ergonomiques participatives, dans tout type de service, ont montré que les locaux de support du travail regroupant les soignants par catégories professionnelles ne permettaient pas la discussion des difficultés techniques et émotionnelles, car il n'est pas possible d'avoir à l'esprit les aspects de la prise en charge globale d'un très grand nombre de malades sans sectorisation.

La crise actuelle a vu se revivifier le travail d'équipe, pour trouver ensemble des solutions pratiques d'organisation et se soutenir, dans un contexte hospitalier où le management d'entreprise avait supprimé beaucoup des moyens nécessaires.

Mais, si la suppression temporaire d'hospitalisations programmées a libéré des lits d'aval des urgences, les besoins criants de lits et d'effectifs semblent enfin compris par la population et les décideurs, pour les urgences comme pour tous les services.

Pourtant, le management des dernières années, entravant de plus en plus le fonctionnement en équipe pluridisciplinaire autour d'un groupe de malades doit être remis en cause.

La concertation au calme, assis, les transmissions entre équipes successives permettent le débriefing, l'apprentissage continu, à partir des réussites et des erreurs, et la reconnaissance de chaque métier au sein de l'équipe.

Les soignants ne peuvent se sentir des pions. La construction de vraies équipes stables permet le développement de la compétence, du respect, de l'estime des métiers entre eux et la fierté professionnelle.

Madeleine ESTRYN BEHAR, médecin du travail, ergonomiste, UFMIC-CGT.

LE MANAGEMENT
DES DERNIÈRES ANNÉES,
ENTRAVANT DE PLUS EN PLUS
LE FONCTIONNEMENT EN
ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE
AUTOUR D'UN GROUPE DE
MALADES DOIT ÊTRE
REMIS EN CAUSE.