



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

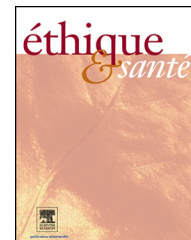


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Protection des soignants dans un CHU au temps du Covid-19 : entre surprotection et sous-protection ou entre abandon et affaiblissement des forces vives ?



Protection of caregivers in a university hospital at the time of Covid-19: Between overprotection and underprotection or between abandonment and weakening of the vital forces?

R. Pougnet^{a,*}, L. Pougnet^c, B.M. Eniafe-Eveillard^a,
S. Ouedraogo^a, D. Lucas^a, J.D. Dewitte^{a,d},
B. Loddé^{a,d,e}

^a Service de santé au travail du personnel hospitalier, CHU Morvan, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

^b Laboratoire d'études et de recherches en sociologie (LABERS), EA3149, faculté des lettres et sciences humaines, Victor-Segalen, université de Bretagne occidentale, Brest, France

^c Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, hôpital d'instruction des Armées, Clermont-Tonnerre, Brest, France

^d Société française de médecine du travail, France

^e Centre de pathologies professionnelles et environnementales, CHU, Brest, France

Disponible sur Internet le 17 octobre 2022

MOTS CLÉS

Covid-19 ;
Médecine du travail ;
Prévention ;
Incertitude ;
Conseil

Résumé Durant les premiers mois de la pandémie de Sars-Cov-2, les soignants français ont fait face à des situations difficiles, des remaniements d'organisation, et des recommandations évoluant rapidement. Les médecins du travail des personnels hospitaliers devaient quant à eux accompagner les soignants, à la fois pour répondre à leurs questions, à la fois pour prévenir au mieux les risques pour leur santé en lien avec la pandémie. Des recommandations ont rapidement été émises par la Société française de médecine du travail. Dans notre CHU, une évaluation des expositions a été faite par service. Les médecins du travail conseillaient les agents et l'institution pour limiter les risques pour la santé des agents. Pourtant, face aux

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : richard.pougnet@univ-brest.fr, pougnet.family@live.fr (R. Pougnet).

incertitudes liées aux méconnaissances du virus, comment tenir à la fois le rôle de protection de chaque agent, et celui de médecin inscrit dans une guerre sanitaire ? Cet article revisite à distance les tensions éthiques du médecin du travail hospitalier et les qualités nécessaires à l'accomplissement de ces missions.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Covid;
Occupational health;
Prevention;
Decision-making

Summary During the first months of the Sars-Cov-2 pandemic, French caregivers faced difficult situations, organizational changes, and rapidly changing recommendations. The occupational physicians of the hospital staff had to accompany the caregivers, both to answer their questions, both to better prevent the risks to their health in connection with the pandemic. Recommendations were quickly issued by the Société française de médecine du travail (French Society of Occupational Medicine). In our CHU, an evaluation of exposures was made by department. Occupational physicians advised agents and the institution to limit the risks to the health of agents. However, faced with the uncertainties linked to ignorance of the virus, how can we play both the role of protection of each agent, and that of a doctor registered in a health war? This article revisits from a distance the ethical tensions of the hospital occupational physician and the qualities necessary for the accomplishment of these missions.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Travailler comme soignant s'accompagne d'un cortège de risques auxquels on se confronte au gré des pathologies des patients, plus ou moins selon les services, parfois plus encore selon les épidémies. Les soignants sont en effet confrontés à de nombreux dangers, à savoir facteurs physiques, biologiques ou organisationnels ayant la capacité intrinsèque de nuire à leur santé ; et soumis, donc, à maintes risques d'effets potentiels pour leur santé. On parle souvent dans notre société des risques psycho-sociaux [1,2]. Que ce fût l'organisation, à l'instar des services hospitaliers au sein desquels on s'autoreplace, ou que cela découlât des situations cliniques plus ou moins frappantes ou choquantes, comme en médecine de catastrophe ou en cellules d'urgences médico-psychologiques, les soignants peuvent développer des troubles réactionnels, anxieux, dépressifs, ou post-traumatiques [3,4]. Ou bien, dans les services de radiologie, ou dans les blocs opératoires, bien que les règles de la radioprotection y fussent respectées scrupuleusement, il demeure toujours le risque de voir des effets stochastiques (ou aléatoires), comme les cancers radio-induits, puisque l'on ne connaît pas exactement la relation dose-effet pour les faibles expositions. Les risques immédiats sont d'autant plus manifestes au moment d'épidémie de maladies infectieuses dangereuses. Pendant l'épisode d'Ebola dans les années 2010, plusieurs soignants en sont morts [5]. Mais qu'en est-il en cas de maladie émergente, comme c'était le cas du Covid-19 au printemps 2020 ?

Le lecteur des années 2020 ne peut que se remémorer la situation sanitaire formidable et terrifiante de ces mois de mars à mai 2020 ; ces images de corps de personnes décédés à New York, celles des files d'attentes aux urgences en Espagne, et celles des patients sous oxygène

dans leur propre voiture, sur les parkings d'hôpitaux italiens. Les Français peuvent se souvenir des gros titres des journaux relatant avec désolation et consternation la mort de tel ou tel médecin¹ ou de tel ou tel infirmier², ayant contracté le Covid-19 en allant soigner ses patients, funeste récompense d'un dévouement exemplaire ; malheureuse conséquence d'un manque de moyens matériels, et d'un manque de connaissances à propos de ce nouveau virus. Il était ainsi difficile de protéger les soignants. Pour autant, fallait-il les empêcher d'aller soigner et accompagner les pauvres moribonds pour qui les traitements spécifiques étaient encore bien illusoire ?

Pour les services de santé au travail des personnels hospitaliers, il s'agissait là d'une question épineuse. Le service de santé au travail a en effet pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail. Or, laisser les soignants travailler « *au front* » dans une « *guerre sanitaire* », comme on disait à l'époque suite à l'allocution du président de la république du 16 mars 2020, revenait à les exposer au moins au danger du Sars-Cov-2, dont on pensait à l'époque qu'il conduirait les personnes diabétiques et asthmatiques en réanimation. La maîtrise de ce risque était-elle envisageable ? D'un autre côté, empêcher les soignants de travailler, pour leur propre protection, au-delà des considérations d'éthique de la santé publique et de celles de la

¹ Alexis Bisson. Coronavirus : un médecin urgentiste de Compiègne décède après avoir été infecté. *Le Parisien* le 22 mars 2020 (consulté le 26/07/2022).

² Alexis Bisson. Coronavirus : un médecin urgentiste de Compiègne décède après avoir été infecté. *Le Parisien* le 22 mars 2020 (consulté le 26/07/2022).

politique de santé publique, n'impliquait-elle pas de nier l'engagement du soignant envers les patients ?

Où se situaient alors, pour les médecins du travail des personnels hospitaliers, les lignes directrices pour la bonne décision envers chaque soignant ? Comment et en vertu de quoi proposer un retrait du soin ou laisser une personne exposée au Sars-Cov-2 ? Pour relire et dégager les facteurs éthiques mis en branle au printemps 2020, nous rappellerons brièvement les conditions sanitaires et scientifiques de la première vague. Nous exposerons les recommandations et leurs élaborations au fil de l'eau, ainsi que leur application dans notre CHU. Cela nous permettra de mettre en avant quelques repères de décision en situation d'incertitude et quelques qualités nécessaires au médecin du travail hospitalier.

Quels biens du soignant et quelle mission du SST du CHU ?

Il nous faut ici faire un effort de recontextualisation historique, vu que, depuis la première vague, et particulièrement l'annonce du premier confinement, les données sur le Covid ont cru de manière exponentielle et que la compréhension de la transmission virale a permis de mettre en place plusieurs stratégies pour rompre la chaîne épidémiologique à plusieurs endroits (sortie de l'hôte par le port de masque chirurgicaux ; lutte contre la transmission aérienne par la ventilation ; diminution de la pénétration par les protections d'hygiène hospitalière ; diminution de la réplication virale par la vaccination et les traitements d'anticorps monoclonaux). Pour mettre en exergue les tensions éthiques du médecin du travail du CHU, il nous faut, en premier lieu, rappeler l'état des connaissances à la mi-mars 2020, puis les missions du SST.

État d'alerte dans un monde inconnu

En mars 2020, le monde prenait conscience que le taux d'attaque du virus serait plus important que prévu, et que le taux de forme grave ou mortelles allait peut-être s'élever à 2 %. Les données n'étaient pas encore certaines ; le monde faisait face à une divergence entre ce qui c'était passé en Chine et la tragédie à laquelle faisait face l'Italie et New York. L'OMS alerta le 6 mars 2020 : le nombre de cas confirmé avait dépassé les 100 000 et une stratégie de riposte mondiale devait s'engager³. Tandis que le gouvernement français, préparant aussi le 1^{er} tour des élections municipales, ne recommandait pas encore de se confiner ni de porter des masques, mais demandait de limiter les contacts physiques (se serrer la main, etc.⁴), les autorités sanitaires alertaient au point qu'une première allocution présidentielle eut lieu le 12 mars. Le lundi 16 mars au soir,

³ OMS, voir : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (consulté le 22/07/2022).

⁴ Voir la déclaration d'Olivier Véran, ministre de la Santé en 2020. Site : <https://www.vie-publique.fr/discours/274439-olivier-veran-04032020-epidemie-du-coronavirus> (consulté le 22/07/2022).

Emmanuel Macron instaura le premier confinement et parlait de « guerre » contre le Covid-19 [6].

Le Haut Conseil de Santé Publique, entre temps, publia un premier avis sur les « *Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères* »⁵. La liste des patients à risque de formes sévères y était alors :

- « les personnes âgées de 70 ans et plus ;
- les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée et les malades atteints de cancer sous traitement. »

Au cours de la même période, le ministère des Solidarités et de la Santé diffusait, par le truchement du « *DGS-urgent* » une liste du 13/03/2020, relayée par les ARS le 15/03/2020, une liste légèrement différente, dont la CNAM, via Amélie, reprit les grandes lignes le 17/03/2020, sous l'appellation de « *comorbidités (...) favorisant l'évolution péjorative de l'infection* » ; incluant notamment les asthmes et les diabètes insulinodépendants (Tableau 1).

Le dispositif de l'assurance maladie était alors de reprendre cette liste pour que les patients atteints d'une de ces pathologies soit mis en arrêt de travail pendant 3 semaines. Puis le confinement fut mis en place, sauf pour les métiers essentiels comme ceux des soignants. Que fallait-il faire alors ? Devait-on confiner tous les soignants ayant un asthme, sans autre précision, ou prenant de l'insuline, même si leur diabète n'était pas compliqué et était bien équilibré ?

Mission délicate du médecin du travail des hôpitaux

Spécialité médicale à visée exclusivement préventive, sans soins sauf urgence, la médecine du travail a pour ambition d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Il incombe ainsi au médecin de santé de surveiller la santé des salariés, les conditions d'hygiène au travail et les risques de contagion. Pour cela, il peut être aidé par des infirmiers, assistants de service de santé au travail ou pluridisciplinaire (si le service y associe d'autres métiers, comme des psychologues, des ergonomes, des ingénieurs de prévention, etc.) leur déléguant le suivi de ces missions dans la limite de leur compétence [7]. Il est amené à devoir effectuer ses préconisations individuelles ou collectives par écrit. Dans la fonction publique hospitalière, le médecin du travail et son équipe de santé au travail participe aux instances, dont la Commission médicale

⁵ Disponible sur le site du HCSP : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=775> (consulté le 22/07/2022).

Tableau 1 Liste de comorbidités susceptibles, selon le DGS du 13/03/2020, de favoriser l'évolution péjorative d'infection par Sars-Cov-2.

Personnes âgées de 70 ans ou plus
Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale
Insuffisance rénale chronique dialysée
Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
Cirrhose stade > ou égale à B
Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle ; ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque
Diabète insulino dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro- ou macro-angiopathie)
Immunodépression
Médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticoïde à dose immunosuppressive
Infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm ³
Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique
Cancer métastaté
Obésité morbide (IMC > 40)
Grossesse (par précaution)

d'établissement et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

D'ordinaire, les missions institutionnelles du médecin du travail, en lien avec le CLIN, englobent la prévention et la participation à la prise en charges des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, la participation au campagne de vaccination (notamment la vaccination antigrippale ou anti Covid, les vaccinations obligatoires chez les soignants relevant quant à elles du suivi médical de chaque agent hospitalier), ainsi que la sensibilisation et la promotion des pratiques d'hygiène pour éviter que les agents ne contractent des infections associées aux soins. Le SST a ainsi un rôle important pour circonscrire un foyer de gale, ou de varicelle ou de rougeole, ou un contact à risque à la tuberculose ou à la méningite chez les agents, en partenariat avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) pour les patients. Avec l'apparition du Sars-Cov-2, la mission devint plus délicate compte tenu du manque de données et de recul sur la maladie et sa transmission en 2020.

La mission auprès des agents hospitaliers était quant à elle d'autant plus ambiguë que les recommandations nationales sur les situations dites de vulnérabilité étaient profondément labiles, évoluant d'une instance à l'autre, comme nous venons de le voir en comparant les avis du HCSP et du ministère, à la mi-mars 2020, et d'une publication à l'autre, selon une progression des publications qui en devint vertigineuse : 64 844 publications référencées dans Medline en 2020 à ce sujet ! Comment dans ces conditions protéger la santé des agents hospitaliers ?

Où se situait le bien pour tel ou tel soignant ?

Contrairement à l'image de la médecine du travail parfois véhiculée, le rôle de conseil du médecin du travail doit tenir compte du bien de l'agent en question et de son collectif du travail, dans une recherche prudentielle d'évaluation, dans un cas donné de poste et pour une personne donnée. Il n'existe donc pas d'algorithme tout fait pour conseiller

une personne, lui prescrire des restrictions médicales, ou des protections particulières ou une inaptitude à un poste. On ne raisonne d'ailleurs pas par métier, mais bien par poste ; c'est-à-dire que les contraintes et les dangers auxquels une personne est exposée dans son travail, ne varient pas selon le métier, mais bien selon les conditions réelles d'exercice de ce métier, en un lieu donné, selon une organisation précise et les mesures de prévention mises en place. En d'autres termes, une infirmière dans un service donné, comme dans un centre de recherche clinique, ne sera pas exposée aux mêmes risques qu'une infirmière dans un service d'urgences, de nuit. De même, selon les antécédents et les traitements d'une personne, le niveau d'exposition à telle ou telle contrainte pourra être acceptable ou inacceptable selon une décision concertée entre le médecin et l'agent, et selon, sous réserve du secret médical, une réflexion commune sur les contraintes (et non l'état de santé) avec l'encadrement ou l'institution. Mais comment évaluer les risques pour la santé en mars 2020 ?

D'un côté, le Covid-19 paraissait déjà comme une maladie contagieuse et potentiellement grave. Santé publique France dénombrait ainsi plus de 6000 personnes hospitalisées, dont 248 en réanimation, le 15 mars 2020 ; chiffre doublé donc par rapport à la semaine précédente⁶. D'un autre côté, les soignants étaient désireux de se rendre utile. Fourrel et al. parlent de devoir moral du soignant, particulièrement en unités de soins critiques, au moment de la pandémie. Les auteurs ne laissent pas de côté l'ambivalence des émotions des soignants, partagée entre crainte, respect de leur devoir, entre leurs engagements envers le patient dans un soin « *proche* » interpersonnel, et l'engagement du citoyen pris dans une guerre sanitaire [8].

⁶ Santé Publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020> (consulté le 22/07/2022).

Tableau 2 Classification des services selon les recommandations de la Société française de médecine du travail du 23 mars 2020.

Classification du service	Description
Type A	Unités et services dédiés aux cas graves (réanimation. . .) et les services dédiés impliquant des procédures très exposantes telles que les endoscopies bronchiques et les intubations
Type B	Services ou unités dédiés pour les cas suspects non graves (infectiologie, médecine interne, pédiatrie, etc.) mais pouvant occasionnellement réaliser des procédures très exposantes
Type C	Services ou unités non dédiés mais qui peuvent accueillir sans signes faisant craindre une infection, et qui peuvent évidemment se révéler secondairement positifs (certains hôpitaux n'ont plus de service de ce type, tous les services hors type A ou B devant B)
Type D	Services ou unités accueillant des patients fragiles (gériatrie, hématologie, oncologie, etc.) pour lesquels tout doit être fait pour éviter une contamination des patients. Si des patients Covid-19+ sont découverts, le service doit être considéré comme type C

Les soignants étaient ainsi partagés. Quand les premiers patients arrivèrent, d'autres émotions et réactions apparurent. Les témoignages sont nombreux : on ne savait plus qui croire, tant les données changeaient et les avis divergents étaient relayés par les médias ; les situations difficiles s'accumulaient, au point, parfois, de faire perdre de vue le sens du soin tant les patients se succédaient alors que le sentiment d'impuissance face à une pathologie peu connue était manifeste [9,10]. On pouvait dès le printemps 2020 se douter que la pandémie de Covid-19 aurait de grandes conséquences pour la santé des soignants, aussi bien sur le plan physique que mentale [11]. Les soignants pour autant voulaient soigner. On a évoqué ces soignants qui en sont morts ; parmi eux, certains étaient déjà retraités, mais avaient considéré qu'il était de leur devoir de rempiler et de renforcer les forces vives du soin. Les soignants laissés de côté ont eux aussi été exposés à d'autres dangers et risques, notamment celui de l'ennui, de la dépréciation personnelle, du regard et du rejet des collègues du front. Les personnes que nous avons d'ailleurs exclues de soins au début de la pandémie l'ont vécu comme un rejet de leurs compétences professionnelles, un dépouillement de leur identité professionnelle de soignant [12]. En d'autres termes, le médecin du travail était pris entre deux maux : trop protéger les soignants leur faisait courir des risques psychosociaux et allait altérer les capacités de soins du collectif de travail ; ne pas assez les protéger pouvait les exposer à des risques encore difficilement évaluables. Quelles réponses ont-elles pu être apportées ?

Dispositif de classement des services

Si les autorités sanitaires émirent des recommandations dès le mi-mars 2020, les médecins du travail des hôpitaux ne furent pas en reste. Il existe un groupe nationale pour que ces médecins puissent échanger et progresser sur des questions épineuses ; en outre, la Société française de médecine du travail (SFMT), organe nationale rassemblant des représentants des différentes sociétés savantes de santé au travail, et des enseignants, s'activa dès la première allocution présidentielle pour émettre des recommandations et des guides à la décision, notamment pour l'hôpital. Dans

notre CHU, ces recommandations, datées du 23 mars 2020, mais dont nous disposons des ébauches de travail dès le 14 mars, nous permis de mettre en place un dispositif pour conseiller au mieux les agents et l'institution [12,13].

Description

Le dispositif avait pour but de permettre aux agents hospitaliers de pouvoir travailler tout en les exposants à un risque acceptable de contracter le Covid. En ce sens, les recommandations des hygiénistes hospitaliers étaient la base de travail pour les protections collectives et individuelles, bien que le choix du type de masque suscitât la polémique entre les 2 spécialités médicales, en fonction de données qui s'agrégeaient progressivement. De plus, les médecins du travail avaient la volonté d'éviter aux personnes ayant des comorbidités de contracter un Covid, dont la forme eût pu être sévère.

La logique était donc, sous réserve des conditions d'hygiène hospitalière réactualisées régulièrement, de classer les types d'exposition (Tableau 2) [13]. Les services étaient classés en fonction du risque de croiser des patients atteints de Covid et du risque d'exposition liés au type de soins. À partir de là, il existait des repères en fonctions des comorbidités. Par exemple, une personne atteinte de mucoviscidose avait une restriction d'activité, et ne pouvait travailler que dans un service catégorie D ; tandis qu'une autre ayant une hypertension artérielle avec complications, pouvait travailler en service de type D et C, sous réserve de ne pas s'occuper directement d'un patient en phase contagieuse du Covid (elle pouvait donc travailler auprès des autres patients).

Le service mit en place une ligne de téléconsultation à disposition des agents du CHU et des hôpitaux périphériques du territoire, 7 jours sur 7⁷, pour répondre aux questions et, le cas échéant, émettre des restrictions par type de service. Pour un secteur hospitalier d'environ 12 000 agents,

⁷ La mise en place de la ligne se fit le 17/03/2020, de 8h à 20h, 7j/7 pendant 3 semaines ; par la suite, les demandes étant plus sporadique, les activités du service ont été redistribuées vers d'autres missions.

le service conseilla environ 1700 agents et émis des recommandations pour près de 600 personnes.

Limites

Toutefois, ce type de disposition n'a pas pu être déployé sur l'ensemble du territoire national. Il fallait en effet que la situation épidémiologique locale permette de faire des secteurs de soins « Covid » et « non Covid », comme pour d'autres activités médicales en ville [14]. Pour notre CHU, plusieurs bâtiments ont été dévolus à la prise en charge des patients atteints du Covid parce que le confinement était survenu avant le pic épidémiologique local.

Les conditions d'accès aux matériels de protection et le manque de stabilité des données scientifiques rendaient de surcroît ce dispositif dépendant de bien des facteurs. Il a aussi fallu convaincre les institutions du bien fondé de la démarche et se coordonner avec les acteurs (directions, cellule de crise, CLIN) pour classer les services de manière dynamique en fonction de l'évolution de la pandémie, et s'assurer que les restrictions médicales des agents étaient suivies d'effet.

Les effets imprévisibles

Si le dispositif a fonctionné pour notre CHU, en termes de contaminations avérées au Sars-Cov-2, il ne couvrait pas les effets imprévisibles de la pandémie. Ceci furent (et sont toujours) multiples, des Covid avec symptômes persistants, aux effets sur les couples ou encore les consommations de substances psycho-actives [15,16]. Bien qu'un dispositif de soutien psychologiques, en lien avec la Cellule d'urgence medico-psychologique du SAMU29, ait permis de donner un espace d'écoute aux soignants et de repérer les troubles réactionnels ou des signes de surinvestissement au travail, certaines réactions étaient inattendues et ont laissé des souvenirs de sinistres mémoires [17]. Comme partout en France, certains soignants durent faire face à des réactions de rejets de la part des non soignants, apeurés à l'idée d'être contaminés [18]. De Broca et Nuytens rapportaient les paroles d'une soignante qui, au supermarché, ne profitait jamais de la file rapide de crainte d'être identifiée comme soignante et traitée comme une pestiférée. Ces réactions auraient peut-être été anticipées si la temporalité du Covid avait laissé le temps de se rappeler ce qui s'était passé lors de l'épidémie de VIH dans les années 1980, car les soignants d'alors avaient également été traités de la sorte. De manière étonnante, plusieurs agents de notre CHU, envoyés en renfort en Île-de-France, ont été confrontés à des réactions de rejets de la part des équipes qui les accueillait ; à les en croire, on les considérait comme des bons à rien, épargnés par le Covid-19. Certes la majorité des soignants partis en renfort ont été bien accueillis, mais cette minorité dénigrée en a conservé une meurtrissure d'autant plus grande qu'elles avaient choisi de quitter leurs proches pour partir soigner au péril de leur santé.

Ainsi, le choix de laisser travailler un soignant dans tel ou tel type de service reposait sur des données scientifiques encore mouvantes. La décision, prise en partenariat avec le soignant, comportait donc bien des incertitudes. Comment s'y repérer ?

Choix du médecin du travail en situation d'incertitude

Régis Aubry résume les différentes incertitudes des soins au temps du Covid, et notamment, « *l'incertitude a porté aussi sur les personnes à risque (...) les services de réanimation qui accueillait les cas les plus graves ont admis de nombreuses personnes sans aucun facteur de risque* » [19]. Or, le médecin du travail des hôpitaux et l'agent hospitalier face à lui, devaient principalement évaluer les risques de contaminations et de gravité d'une éventuelle contamination dans un cas donné. Les risques étaient-ils acceptables ? Qui prenait la responsabilité et des avis de qui ? De quelles qualités le médecin du travail devait-il faire preuve ?

Responsabilités du médecin du travail

La responsabilité juridique d'éviter toute dégradation de santé chez les salariés relève en France de l'employeur [20]. Celui-ci a une responsabilité générale de sécurité ; il dispose pour se faire de plusieurs pouvoirs : pouvoir de direction, pouvoir réglementaire (règlement intérieure d'une entreprise), pouvoir d'organisation et pouvoir disciplinaire. Dans notre cas particulier, la responsabilité du médecin du travail était de donner les meilleurs conseils ; ce fut la direction de l'hôpital qui décida de suivre le conseil de classification des services et de mettre en place l'organisation. Mais le médecin du travail a aussi une responsabilité éthique : il s'engage médicalement envers ce patient. Sa responsabilité déontologique, dans le cas de la pandémie, imposait donc donner une information claire, loyale et appropriée ; dire la vérité, donc, quant aux incertitudes inhérente aux informations délivrées à « *l'instant t* ». Même si, au début de la pandémie, la bonne information médicale était empreinte « *d'un je ne sais quoi* » de « *je ne sais pas* », le dialogue avec les agents hospitaliers, particulièrement ceux porteurs d'une comorbidité les rendant plus vulnérables, se faisait en toute transparence sur les limites des connaissances.

Devoir de s'informer

Heureusement, les connaissances s'enrichissent rapidement ; du moins si l'on considère une temporalité de sciences bio-médicales, et non celle de tel ou tel patient. Pour donner de bons conseils aux patients, la vieille documentaire devenait nécessaire car les publications s'enchaînaient rapidement : sur la base de données medline, on trouve ainsi 1495 publications en mars 2020 et 5401 en avril de la même année ; ensuite, le rythme s'accéléra encore. Cette veille documentaire était un moyen de respecter l'engagement envers les patients. Dans le serment d'Hippocrate, version 2019, le médecin promet d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Les liens entre les compétences techniques, celle de donner les meilleurs conseils pour se prémunir de la contamination tout en soignant le patient, et l'éthique du médecin, dans sa mission de prévention, apparut manifeste. On ne pouvait avancer sans chercher à étayer au mieux ses connaissances [21].

Il fallait donc se tenir informé, mais cela devint rapidement impossible si l'on travaillait seul. Le travail en réseau avec des collègues d'autres hôpitaux, ceux de la SFMT, ou

ceux des autres services, permettait de se tenir à jour des principalement données, de les partager, de les critiquer, de se les approprier au mieux. Formuler le rapport à la connaissance de cette manière souligne le manque d'adhésion ou de conviction que les médecins pouvaient avoir en leurs données à un instant donné, au début de la pandémie, faisant revisiter une partie du pouvoir médical, celui du savoir [22].

Humilité de reconnaître que l'on a eu tort a posteriori

Il fallut en effet être humble en cette période de remise en question du savoir et de la capacité d'action de la médecine. Les conseils d'un jour pouvaient être invalidés par les publications d'un autre jour. Par exemple, au début de la pandémie, nous l'avons vu, les asthmes étaient considérés, sans distinctions physiopathologiques et évolutifs, comme des comorbidités pouvant entraîner une évolution défavorable. Pourtant, avant la fin du 1^{er} confinement, les SFMT et la Société de pneumologie de langue française (SPLF) émirent des recommandations qui ciblaient uniquement certains asthmes décompensés, rendant certains avis de la mis-mars bien trop restrictifs [23]. Inversement, au début seule l'obésité morbide était classée dans ces comorbidités ; en mars et avril, d'autres articles, et l'alerte des réanimateurs, permirent de cibler les personnes ayant un IMC supérieur à 35 ou les personnes obèses porteuses d'autres comorbidités ; rendant, donc, les premiers avis de médecine du travail, trop peu protecteurs.

En d'autres termes, il fallut s'atteler à la tâche de revisiter les avis délivrés en fonction des avancées des connaissances. La patience et la persévérance permirent de retrouver les patients concernés. Quant à l'information à donner, celle-ci ayant changée, le médecin avait une obligation de renouveler son information, revisiter son avis avec le patient, et expliquer pourquoi les données divergeaient. Les agents hospitaliers s'accoutumèrent à ces changements de conduite à tenir, qui, de toutes manières, les affectaient au quotidien dans leur propre travail de prise en charge des patients hospitalisés.

Conclusion

Ce retour d'expérience permet de dresser une brève typologie des qualités mises en œuvre pour décider en situation d'incertitude prolongée. Le médecin du travail des hôpitaux devait faire preuve d'une compétence éthique de la relation d'engagement envers le patient, pour l'accompagner, l'informer, lui expliquer les modifications de logiques, voire les « *contre-ordres* » résultants des publications nouvelles. Il existe, y compris en relation de médecine de prévention, une sorte de pacte envers le patient. D'où pour le vivre, doit-on faire preuve de persévérance pour reprendre le travail au fur et à mesure des découvertes, de patience, pour écouter et rassurer au mieux le patient, de véracité et de transparence, pour expliquer les limites des connaissances, des conseils qui en découlent, d'humilité, pour revenir sur ses propres recommandations, et d'écoute des autres, car il était impossible de travailler seul tant les données étaient mouvantes. La place du médecin du travail se situe aussi face à un collectif. Il fallait donc savoir se coordonner avec les autres équipes médicales, dont les logiques et cultures

pouvaient différer ; particulièrement, la coopération avec les médecins hygiénistes et de maladies infectieuses étaient indispensables pour coordonner les conseils envers le collectif de travail.

Conclusion

Parfois, on reproche à l'éthique de n'être qu'une discipline de l'après, une rétrospective ou une manifestation d'introspection, voire un examen de conscience, qui, *in fine*, ne saurait guider l'agir le même venu, au temps opportun, au *kairos*. Revenir, plus de 2 ans après la première vague, sur la conduite tenue lors de la pandémie Covid-19, et principalement, sur les décisions prises lors de la première vague du printemps 2020, pourrait paraître saugrenue et vain. Pourtant, loin d'une éthique rétrospective au sens faible du terme, cet article nous permet de mettre en lumière, pour la médecine du travail hospitalière, plusieurs axes de réflexions guidant l'agir au quotidien, en situation d'incertitude scientifique, ou encore, en pleine confusion apparente des acceptions du bien pour autrui, pour l'agent face à nous, ou du bien commun, à la fois, en ce qui concerne les soignants, le bien du collectif de travail et celui pour lequel et en vue duquel ils travaillent, les patients hospitalisés.

Il serait certainement naïf, en revanche, d'établir à partir de ce retour réflexif d'expérience, une grille pour une éventuelle casuistique en cas de nouvelle pandémie : les termes éthiques, tant les déterminants sociétaux, politiques, économiques, que les facteurs médico-scientifiques concernant l'agent pathogène, les mesures d'hygiène, les traitements et soins, ne pourraient être repris tels quels en une autre circonstance. Les pistes dessinées ici peuvent, toutefois, inspirées la réflexion future, lors des prochaines crises sanitaires. En effet, comment faire face à l'impensable, voire à l'indécidable, lorsque le soignant de prévention est aux pieds du mur ? Nous avons eu la chance de bénéficier des analyses et des synthèses des sociétés savantes, ainsi que de notre expertise de terrain, l'une éclairant l'autre, et réciproquement ; nous avons eu l'opportunité de nous articuler à une politique de santé publique cohérente avec les incertitudes scientifiques. Cela nous montre à tous à quel point les corps intermédiaires, tels que les sociétés savantes, les organismes de santé publique, et les corps représentatifs des citoyens, comme le gouvernement et l'assemblée, ont à dialoguer pour parvenir, notamment en situation imprévue, à un *modus vivandis* (et non pas *morientis*, espérait-on). D'une certaine manière, cette rétrospective, nous appelle surtout à répondre présent pour représenter nos expertises, nos patients, nos rôles dans la société, lors des crises sanitaires qui peuvent survenir à tous moments. *In fine*, cette réflexion devrait peut-être nous amener à nous demander comment les médecins, et leurs associations ou institutions universitaires, pourront continuer à jouer ce rôle de corps intermédiaire, compris entre les données mouvantes de la science, les vicissitudes de la clinique, et les logiques « *macro* » des représentants politiques. Où se situe l'interface de mutuelle compréhension ?

Remerciements

Les auteurs remercient les membres de l'équipe d'hygiène du CHU, les Drs Baron et Saliou, de l'équipe de maladies infectieuses, dont le président du CLIN, le Dr Quaeset, le président de la CME, Eric Stindel, et la vice-présidente, Sylviane Peudenier, les membres de l'équipe de tabacologie ainsi que les internes ayant contribué au dispositif décrit dans cet article.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Denis MA, Fort E, Massardier-Pilonchery A. Facteurs de risques psycho-sociaux des situations de souffrance au travail dans la population d'un établissement hospitalier. *Arch Mal Prof Environ* 2014;75(3):322–3.
- [2] Trontin C, Glomot L, Saurel D, et al. Évaluation coût-bénéfice de la prévention du risque de manutention des maladies dans un hôpital public de soins, de réadaptation et de longue durée. *Arch Mal Prof Environ* 2006;67(2):335–6.
- [3] Jun J, Ojemeni MM, Kalamani R, et al. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *Int J Nurs Stud* 2021;119:103933.
- [4] Laneyrie L, Caroly S, Descatha A. Description des régulations opérées par les soignants face aux facteurs organisationnels : un enjeu de santé au travail et de performance des services de soins. *Arch Mal Prof Environ* 2019;80(1):8–15.
- [5] Jones-Konneh TEC, Murakami A, Sasaki H, et al. Intensive education of health care workers improves the outcome of ebola virus disease: lessons learned from the 2014 outbreak in Sierra Leone. *Tohoku J Exp Med* 2017;243(2):101–5.
- [6] Peyrat-Apicella D, Gautier S. COVID-19 : aux frontières de la folie. *Éthique Santé* 2020;17(3):160–7.
- [7] Loddé B, Gehanno JF, Jousset D, et al. Conflits éthiques en Santé au travail : quelques particularités de la réglementation française opposées à des difficultés pratiques de mises en œuvre. *Éthique Santé* 2015;12(2):138–44.
- [8] Fourel D, Segondi A, Delaunay M, et al. États d'âme en réanimation COVID-19 : des émotions aux devoirs moraux des acteurs du soin. *Éthique Santé* 2021;18(4):217–23.
- [9] Charkaluk ML, De La Tour A. Témoignages. *Laennec* 2020;68(4):33–45.
- [10] Derome M. Conséquences psychologiques de la crise du Covid-19 sur les soignants. *Laennec* 2020;68(4):21–32.
- [11] Lucas D, Brient S, Eveillard BM, et al. Health impact of work stressors and psychosocial perceptions among French hospital workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2022;12(1):e053638.
- [12] Pougnet R, Brient S, Lucas D, et al. L'après-Covid-19 et la santé mentale des soignants. *Soins Cadres* 2020;29(122):25–8.
- [13] Dewitte JD, Paris C, Pairon JC. Recommandations de la Société française de médecine du travail (SFMT) : avis relatif à l'affectation, dans le contexte de l'épidémie SARS-CoV-2 (Covid-19), des professionnels exerçant en milieu de soins et travailleurs assimilés, présentant un asthme. 7 avril 2020. *Arch Mal Prof Environ* 2020;81(3):195–8.
- [14] Simon, Plisson L, Heutte N, et al. Questionnements éthiques en ORL pendant la pandémie COVID-19 : étude qualitative de témoignages. *Éthique Santé* 2021;18(2):134–41.
- [15] Yu B, Barnett D, Menon V, et al. Healthcare worker trauma and related mental health outcomes during the COVID-19 outbreak in New York City. *PLoS One* 2022;17(4):e0267315.
- [16] Greenberg N, Weston D, Hall C, et al. Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occup Med (Lond)* 2021;71(2):62–7.
- [17] Maglio M, Galmiche P, Foureur N. Soigner pendant la crise : entre pratiques habituelles et malaises éthiques. Les « *relectures éthiques* » du Centre d'éthique clinique de l'AP–HP. *Éthique Santé* 2022;19(1):22–30.
- [18] de Broca A, Nuytens K. Paroles de soignants des unités COVID en période aiguë. *Éthique Santé* 2020;17(4):232–7.
- [19] Aubry R. Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID 19 a-t-elle soulevé ? *Éthique Santé* 2020;17(3):155–9.
- [20] Fantoni-Quinton S. Responsabilité de l'employeur dans le cadre de la pandémie COVID-19. *Arch Mal Prof Environ* 2020;81(4):323–6.
- [21] Castillo M. Du professionnalisme à l'éthique professionnelle. *Études* 2011;415(7–8):55–64.
- [22] Pougnet R, Pougnet L. En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ? *Éthique Santé* 2022;19(1):31–8.
- [23] Dewitte JD, Paris C, Pairon JC, et al. Avis de la Société française de médecine du travail, de la Fédération française d'allergologie et de la Société de pneumologie de langue française, relatif à l'affectation et au retour au travail, dans le contexte de l'épidémie SARS-CoV-2 (COVID-19), des professionnels exerçant en milieu de soins et travailleurs assimilés, présentant un asthme (11 mai 2020, remplace l'avis du 7 avril 2020). *Arch Mal Prof Environ* 2020;81(4):301–5.