

Obligation vaccinale : contrôle par l'employeur ou la médecine du travail ?

La loi du 5 août 2021 a instauré une obligation vaccinale contre la COVID-19 pour le personnel soignant. La vaccination s'imposait déjà aux soignants par déontologie, et on peut regretter que l'obligation légale soit arrivée aussi tardivement : le caractère obligatoire engage l'État dans les rares cas de complications. L'article 13 de cette loi impose au personnel hospitalier de justifier auprès de leur employeur d'avoir satisfait à l'obligation vaccinale, ou de ne pas y être soumis.

L'OBLIGATION VACCINALE, UNE OBLIGATION ANCIENNE

Cette obligation vaccinale n'est évidemment pas une première, puisque l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique impose à toute personne qui, dans un établissement de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination d'être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite. Ces vaccinations présentent un bénéfice individuel direct pour le personnel soignant à risque d'exposition, et le Code de santé publique précise bien que ce sont les services de santé au travail qui contrôlent la satisfaction à cette obligation, que ce soit par la vaccination, par une contre-indication, ou en cas de réponse immunitaire insuffisante... Que la vaccination soit effective, qu'elle soit contre-indiquée ou qu'elle entraîne une réponse immunitaire insuffisante, les services de santé au travail transmettent une validation aux directions, sans préciser aucun détail relevant du secret médical.

LA POSITION DU SNPHARE

Le SNPHARE a émis des réserves, non pas sur le principe d'obligation vaccinale, mais sur ses modalités de contrôle. En effet, la loi du 5 août relative à la gestion de la crise sanitaire contraint les employés concernés à justifier de leur statut vaccinal auprès de leur employeur, et la médecine du travail, pourtant systématiquement sollicitée dans le cas des autres vaccinations, n'est pas un filtre obligatoire dans le cas de la COVID-19. Certes, la loi offre la possibilité aux employés de la solliciter en cas de contre-indication vaccinale ou de rétablissement de COVID-19. Mais ce

n'est qu'une option facultative, et le simple recours à ce circuit donne une indication à l'employeur sur l'état de santé de l'intéressé : soit il a contracté la COVID-19 récemment, soit il présente une contre-indication, dont la liste est très limitative (le premier trimestre de grossesse fait d'ailleurs partie de cette courte liste, et les femmes enceintes ne souhaitent pas toujours déclarer leur grossesse à ce stade).

LE SECRET MÉDICAL PLUS OU MOINS RESPECTÉ

Certains établissements ont choisi de faire passer toutes les informations vaccinales par la médecine du travail. Les soignants adressent leur certificat de vaccination, de contre-indication ou de rétablissement sur une adresse mail gérée par le service de santé au travail, qui informe la direction de la satisfaction à l'obligation sans donner aucun détail : cette procédure unique permet le respect du secret médical.

**« Le SNPHARE a émis des réserves,
non pas sur le principe d'obligation
vaccinale, mais sur ses modalités
de contrôle. »**

Malheureusement, d'autres directions n'ont pas eu cette attitude et ont exigé la transmission de tous les types de certificats directement aux services de ressources humaines, par voie de mail ou sur un portail intranet, sans offrir la possibilité de recourir à la médecine du travail. La médecine du travail était ainsi



court-circuitée et le droit au secret médical bafoué. À ceux qui ont protesté contre ces méthodes, il a souvent été répondu que les services de santé au travail n'avaient pas la capacité de traiter un tel flux d'informations. C'est justement ce que le SNPHARE dénonce depuis très longtemps : la médecine du travail dans les hôpitaux a été largement négligée, et n'a pas les moyens de remplir ses missions. La plupart des médecins hospitaliers ne bénéficient pas du suivi de santé au travail auquel ils ont droit, et le personnel non médical, n'est d'ailleurs pas beaucoup mieux loti. Cette situation liée à une inaction chronique des tutelles comme des établissements de soins, ne peut servir d'excuse à la négation du droit au secret médical pour les soignants. La Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) a rédigé une instruction le 9 septembre, qui demande aux établissements d'offrir la possibilité de transmettre tout certificat, y compris celui de vaccination, à la médecine du travail sans passer directement par l'employeur. Nous regrettons que ce filtre de secret médical ne soit pas obligatoire, mais nous espérons que tous les établissements se conformeront à cette circulaire.

GESTION DES DONNÉES

La gestion des données de contrôle de l'obligation vaccinale est le deuxième écueil : la loi du 5 août autorise l'employeur à les conserver, sous réserve des garanties de sécurité informatique et de leur bonne destruction à la fin de l'obligation vaccinale. Bien que la fin de cette obligation ne soit pas prévue (il ne faut pas confondre la fin programmée du PASS sanitaire au 15 novembre, avec celle de l'obligation vaccinale pour les soignants), certains établissements ont prévu d'archiver les données pour plusieurs années au lieu de les détruire.

Nous pouvons citer l'exemple de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, qui a développé un portail intranet pour la transmission des certificats de vaccination très tôt après la promulgation de la loi. Initialement invité de façon cordiale à utiliser ce portail, la pression a rapidement augmenté sur le personnel pour l'imposer. Le recours à la médecine du travail n'était pas proposé, et les données devaient être conservées 6 ans après la fin de l'obligation vaccinale. Le SNPHARE a fait remarquer que ce portail n'était pas conforme, et une nouvelle version a été mise en ligne, proposant de passer par les services de santé au travail pour les certificats de contre-indication et de rétablissement. De plus, les données sont maintenant censées être détruites comme la loi le prévoit. Nous déplorons cependant que ce portail ne soit pas géré entièrement par la médecine du travail.

« La médecine du travail dans les hôpitaux a été largement négligée, et n'a pas les moyens de remplir ses missions ».

La grande majorité du personnel soignant est maintenant vaccinée. La loi du 5 août aurait dû être plus respectueuse du secret médical, la DGOS en a pris conscience et a tenté de rectifier cela dans sa circulaire d'application. C'est l'occasion de rappeler que la médecine du travail doit être développée dans nos hôpitaux pour offrir aux praticiens prévention et sécurité dans leur exercice professionnel.

Éric Le Bihan, secrétaire général du SNPHARE

Médecin du travail à l'hôpital : zoom sur un métier méconnu

Hélène Beringuier était médecin du travail à l'hôpital jusqu'en 2019 et est présidente de l'Association Nationale de Médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH). Elle répond à nos questions sur ses actions mais également sur les spécificités de la médecine au travail à l'hôpital, le manque de moyens et l'actualité.

PHARE: Qu'est-ce que l'ANMTEPH ? Pourquoi s'être associé à notre intersyndicale Avenir Hospitalier (AH)?

Hélène Beringuier : L'ANMTEPH c'est l'Association Nationale de Médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux. À ses débuts en 1963, elle était uniquement constituée de médecins du travail exerçant dans les hôpitaux. Depuis l'introduction de la pluridisciplinarité dans les Services de Santé au Travail (SST) (2002), d'autres préventeurs nous ont rejoints : infirmiers surtout, ergonomes, psychologues du travail et psychocliniciens. Aujourd'hui, elle regroupe 250 adhérents environ.

Notre partenariat avec AH a débuté à l'initiative de Max Doppia. Après son décès, cela a été plus compliqué de construire ce partenariat car mes collègues de l'ANMTEPH sont assez craintifs vis-à-vis des syndicats (les relations entre médecins du travail et les syndicats médicaux peuvent être conflictuelles, cela explique peut-être pourquoi). Notre partenariat existe, mais il n'est pas allé jusqu'à intégrer AH. Bien que n'étant pas un syndicat, je pense que cela aurait été intéressant pour travailler ensemble sur les actions de santé au travail des médecins et pour obtenir plus de moyens pour les SST. Cela se fera peut-être un jour.

« Utiliser le médecin du travail comme intermédiaire, comme traducteur d'un problème de santé est la meilleure des solutions. »

PHARE: Quelles sont les spécificités de la médecine du travail à l'hôpital public, par rapport aux autres secteurs du monde du travail ?

Hélène Beringuier : Tout d'abord, il faut rappeler que c'est la fonction publique, avec une réglementation propre qui se rajoute à celle du Code du travail. C'est un secteur où les services de médecine du travail sont propres aux hôpitaux, contrairement au secteur privé où ce sont les services inter-entreprises qui dominent. Le fait d'être médecin du travail (MDT) dans un milieu

médical peut être un frein à notre action. Bien d'autres professionnels pensent avoir les capacités de faire de la prévention des risques professionnels. Le secret médical peut être plus difficile à faire respecter à cause des discours comme : « mais on est dans le secret médical partagé puisqu'on travaille tous à l'hôpital ». Ce milieu est très intéressant pour un médecin du travail, les risques professionnels sont variés.

PHARE: Il y a un manque majeur de moyens pour la médecine du travail, comment s'en sortir ?

Hélène Beringuier : Il faut jouer sur plusieurs tableaux : d'abord, former plus de médecins du travail en formation initiale (pour susciter des vocations, recevoir plus d'externes et d'internes dans les SST hospitaliers) et en 2^{ème} DES¹. La voie des collaborateurs est intéressante : réorientation, formation en alternance seraient utiles. Si elle est chronophage pour les médecins du travail tuteurs, elle est enrichissante par les échanges qu'elle provoque. Il faudrait rémunérer le tutorat. Encore faut-il que les SST hospitaliers soient attractifs et qu'il y ait une réelle pluridisciplinarité dans le SST (et non dans les directions).

PHARE: La visite annuelle doit-elle être systématique pour les médecins hospitaliers ? Quels sont les troubles à rechercher chez les médecins ? Sont-ils plus difficiles à dépister ou à suivre que pour d'autres professions ?

Hélène Beringuier : Dans la fonction publique hospitalière, la visite périodique est prévue tous les 2 ans. Cependant, en pratique, elle n'est pas toujours faite tant pour le personnel médical, que non médical, faute de moyens dans les SST. Dans le secteur privé, elle est prévue tous les 4 ans. Cette visite est l'occasion de faire un point « santé au travail » pour ceux qui ne sont pas suivis de manière rapprochée. Quand les moyens sont insuffisants, nous priorisons souvent d'autres suivis que cette visite périodique : reprises du travail, suivis rapprochés de personnels présentant des facteurs de risques risquant de décompenser au

¹ - [NDLR : les PH peuvent, au bout de quelques années d'exercice, passer un 2^{ème} DES pour s'orienter vers une autre spécialité, comme la médecine du travail par exemple]

travail, débuts de grossesse... Le suivi du personnel médical a longtemps été négligé par les médecins eux-mêmes et par les médecins du travail, mais il s'est amélioré ces dernières années, car il y a une meilleure conscience des risques par les médecins et les médecins du travail ont compris qu'il n'y avait aucune raison de les « exclure » de ce suivi.

PHARE: Quel est le rôle du médecin du travail dans l'hôpital ? Dans quelles instances peut-il avoir la parole (CHSCT² ? CME³ ? autres ?) ? Quid de l'indépendance des médecins du travail, non PH, quand ils sont employés par le directeur ?

Hélène Beringuier : Son rôle est réparti en deux types d'actions. D'abord une action individuelle : le suivi médical, avec pour but d'éviter une altération de la santé du fait du travail, de fournir de l'information sur les risques et leur prévention ; puis une action collective : l'amélioration des conditions de travail, des discussions avec les directions et les responsables de service et au sein des CTE⁴ et CHSCT, où nous avons un rôle de conseiller.

Nous sommes membres de droit du CLIN⁵ comme au CHSCT et CTE et nous sommes invités aux CME, mais il est souvent difficile d'y avoir une place réelle.

Sur le sujet de l'indépendance, elle est garantie par le code de déontologie, le code du travail et le code de santé publique. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pression et qu'un médecin du travail peut avoir du mal à résister surtout s'il est seul. Mais cette résistance est indispensable, sinon comment les personnels pourraient-ils nous faire confiance ?

PHARE: : Les données de santé doivent-elles obligatoirement être confidentielles vis-à-vis de l'employeur, ou est-ce une option proposée aux salariés ? Que pensez-vous de cela ?

Hélène Beringuier : Chacun est libre de parler de sa santé à qui il veut, mais il faut savoir quelles peuvent en être les conséquences. J'ai toujours expliqué aux nouveaux embauchés qu'ils devaient être très prudents dans le monde du travail, et qu'un DRH ou un supérieur hiérarchique n'avaient absolument pas le droit de les interroger sur leur santé : que s'ils le faisaient même sans mauvaise intention, ils avaient intérêt à rappeler que la santé était un domaine personnel et qu'en cas de difficulté ils savaient qu'ils pouvaient aller consulter. J'ai aussi expliqué aux cadres et DRH, qu'au lieu d'interroger un personnel sur sa santé, ils avaient la possibilité de nous demander de convoquer ce personnel pour enclencher, si nécessaire, une demande

d'aménagement de poste, voire une inaptitude.

Utiliser le médecin du travail comme intermédiaire, comme « traducteur » d'un problème de santé est la meilleure des solutions : la confidentialité des données de santé est respectée, et l'employeur sait comment préserver la santé du salarié qui en a besoin via la fiche d'aptitude.

PHARE: Quelle est la position de l'ANMTEPH vis-à-vis de l'obligation vaccinale COVID - et des autres obligations vaccinales pour travailler à l'hôpital - et vis-à-vis du contrôle de cette obligation ?

Hélène Beringuier : Nous nous sommes positionnés contre l'obligation vaccinale COVID pour plusieurs raisons. D'abord, parce que cette obligation est déconnectée du risque professionnel : les autres vaccinations obligatoires sont en lien avec l'exposition au risque professionnel. En s'appliquant à tout le personnel, même ceux qui ne côtoient aucun patient, alors que le gouvernement affiche la nécessité de protéger les patients, cela ne nous a pas paru cohérent. Ensuite, parce que « rendre obligatoire » a mis de côté le sujet de l'intérêt de cette vaccination, alors qu'on aurait pu continuer à expliquer et à convaincre. Pour finir, parce que cela laisse penser que les personnels hospitaliers sont des personnes qui n'en ont rien à faire des patients. Pourtant, ils ont prouvé largement le contraire.

Pour le contrôle de l'obligation, elle relève de l'employeur. Le Code du travail lui permet de déléguer ce contrôle au médecin du travail (c'est ce qu'il fait sur les autres obligations vaccinales), mais la difficulté avec la vaccination COVID, c'est sa déconnexion avec l'aptitude médicale. Les autres vaccinations obligatoires sont en lien avec l'exposition au risque.

PHARE: Quels sont les axes prioritaires sur lesquels il faudrait travailler pour améliorer la santé au travail des médecins ?

Hélène Beringuier : Il faut informer les médecins des risques professionnels, des moyens de prévention à disposition, des signes d'alerte qu'ils doivent savoir repérer, des relais qu'ils doivent savoir solliciter en cas de besoin. Les médecins du travail doivent mieux communiquer dans leurs établissements et dans les congrès médicaux/journaux médicaux.

Il faut imposer la visite médicale de prise de fonction des médecins tous statuts confondus. Il faut également que les établissements se penchent plus sérieusement sur l'ergonomie des postes médicaux (matériel, architecture, organisation, temps de travail). En résumé, faire la même démarche pour le personnel médical que pour le personnel non médical !

Avec les moyens actuels des SST, c'est un vœu pieux.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

2 - CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

3 - CME : Commission médicale d'établissement

4 - CTE : Comité technique d'établissement

5 - CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Burn-out chez les PH : comment l'identifier ? Pourquoi moi ? Comment s'en sortir ?

Ancienne présidente de la commission SMART, administratrice de l'Observatoire de la souffrance au travail (OSAT) de notre intersyndicale Action Praticiens Hôpital, membre du CA du SNPHARE, le docteur Ségolène Arzalier-Daret a ajouté une casquette à ses missions en devenant l'auteure d'un livre sur le burn-out en anesthésie-réanimation.

PHARE : Comment définir le burn-out ?

Ségolène Arzalier-Daret : Il y a eu plusieurs définitions du phénomène. Le burn-out a été « identifié » dans les années 50 mais la définition a évolué depuis. C'est l'inadéquation de ce que les gens font avec ce qu'ils sont réellement. C'est le fait d'être « écartelé » entre son travail et les valeurs profondes que l'on porte. Le *burn-out* inclut la perte de sens du travail, le fait de ne pas pouvoir accomplir un travail de qualité et finir par avoir une image négative de soi-même, car on ne parvient pas à atteindre le niveau de qualité que l'on voudrait. Nous essayons d'en faire toujours plus pour donner le maximum et on s'épuise. Plusieurs mois, plusieurs années plus tard cela peut conduire à une dépression.

« La perte de sens est réelle à l'hôpital, on se retrouve non pas à aider les autres, mais à aider le système à être plus rentable. »

PHARE : Le burn-out est un mot à la mode, touche-t-il plus l'hôpital public que d'autres secteurs du travail ?

SAD : Le *burn-out* touche particulièrement les secteurs de l'Humain, donc tous les métiers qui incluent une relation humaine. L'enseignement, la police, les soignants...cela ne veut pas dire que les autres secteurs professionnels ne sont pas touchés par le phénomène mais les catégories que je viens de citer, ces professions d'aide, sont les plus touchées, car elles portent des valeurs humaines qui ne sont plus en adéquation aujourd'hui avec la rationalisation des moyens et la course à la performance. Depuis la loi HPST, l'hôpital est dans une rationalisation des soins, avec un objectif : la production de soins avant

tout. La perte de sens est donc réelle et ressentie, car on se retrouve non pas à aider les autres, mais à aider le système à être plus rentable.

PHARE : Y a-t-il des secteurs d'activité à l'hôpital (des services...) plus propices au burn-out ? Des métiers ? Des traits de caractère ?

SAD : Il existe de nombreux déterminants de la souffrance au travail, les critères du rapport GOLLAC, dont je fais mention dans le livre, mettent en lumière la charge de travail et le morcellement du travail par exemple. On retrouve ce genre de critères dans toutes les spécialités médicales. Il y a aussi l'autonomie dans le travail qui est importante, et nous savons que dans le secteur public elle a quasiment disparue : les hospitaliers ont beaucoup de mal à organiser leur travail comme ils l'entendent, à prendre leurs congés lorsqu'ils le souhaitent.

PHARE : Le burn-out a-t-il à voir avec une fragilité psychiatrique ou émotionnelle (dépression, etc.) ? Est-ce que l'on constate une différence entre les hommes et les femmes ?

SAD : Celles qui tombent en premier, sont très souvent les personnes les plus perfectionnistes ; celles pour qui le travail est extrêmement important, celles chez qui il est primordial de s'accomplir dans le travail. Ces personnes ne vont pas supporter de faire un travail moins bon que ce qu'elles pourraient faire et, de fait, le cycle du *burn-out* s'installe petit à petit. Il faut savoir que ce n'est pas le soignant qui est vulnérable mais le système qui le rend vulnérable. Le *burn-out* est une pathologie du travail, c'est donc le travail qu'il faut soigner avant tout. Concernant la différence entre les femmes et les hommes, on sait que le fait d'avoir des enfants est un facteur qui alourdit les cas de *burn-out*. La charge mentale est plus forte et les risques de *burn-out* plus élevés pour les femmes.



PHARE : Quelles sont les conséquences du *burn-out* sur la qualité du soin ? Sur la vie personnelle (couple/famille/loisirs...) ?

SAD : Le *burn-out* met des années à s'installer et la vie de couple/de famille est forcément impactée par la souffrance au travail. Je prends un exemple concret : lorsqu'un médecin se suicide, il arrive qu'on l'explique par un divorce, ou une ambiance très tendue à la maison. On ne pense jamais à prendre le problème à l'envers en se disant, s'il était si malheureux en couple, s'il était si déconnecté de sa vie familiale c'est peut-être qu'il était en souffrance par rapport à son travail et qu'il ramenait cette souffrance à la maison.

Il en est de même pour les problèmes d'addiction, attribués facilement au contexte de la vie personnelle, sans que de lien soit fait avec le travail, alors que souvent le lien existe. Il est en effet plus facile de prendre des raccourcis qui vont dans le sens du déni collectif sur ce sujet tabou.

PHARE : Est-ce que l'on se rend compte qu'on est en *burn-out* ? Est-ce que l'on s'en rend compte suffisamment tôt pour ne pas avoir à s'arrêter de travailler ?

SAD : Il existe une méconnaissance du *burn-out* du côté des médecins, une méconnaissance des mécanismes d'apparition surtout, c'est un processus lent et continu donc la plupart du temps les personnes touchées ne s'en rendent pas compte rapidement. Le tabou de faiblesse joue beaucoup dans le déni chez les médecins, car ils ont été formés pour « tenir » quoi qu'il arrive. Les médecins ne s'écoutent pas. Lorsqu'ils s'en rendent compte et sont contraints de s'arrêter, les dégâts sont déjà là. Parfois, c'est l'effondrement du corps qui oblige le médecin à s'arrêter : le corps obligeant ainsi la tête à se taire. La fatigue est un signal protecteur qu'il faut

écouter. Comme je le dis dans le livre, il faut informer et former sur les mécanismes d'apparition du *burn-out* et ses conséquences.

PHARE : L'une des conséquences de la COVID sur l'hôpital public est l'épuisement professionnel. En dehors du problème de la pénurie et de l'attractivité, compte tenu de ce que les soignants ont eu et ont toujours à vivre, aurait-on pu anticiper ces *burn-out* liés à la crise sanitaire ? Comment ?

SAD : Le *burn-out* met parfois plusieurs années ou plusieurs mois à apparaître. L'hôpital allait déjà très mal lorsque la crise COVID a commencé, il existait un terreau propice au *burn-out*. Les personnels étaient déjà épuisés. Lors de la première vague, toutes les énergies ont été mobilisées vers un but commun et nous avons retrouvé du sens, de l'autonomie dans notre travail. À l'OSAT, nous avons constaté moins de déclarations de harcèlement durant cette période-là. Malheureusement, cela n'a pas duré. Le Ségur de la Santé a été une énorme déception pour les soignants, la non-reconnaissance du travail effectué a accentué les choses et la crise s'est poursuivie. La chute a été d'autant plus sévère, c'est à ce moment-là qu'il aurait fallu anticiper.

PHARE : Le SNPHARE a créé l'OSAT, qui est désormais géré par notre intersyndicale APH. Le *burn-out* est-il une cause fréquente de souffrance au travail ou est-ce l'inverse : la souffrance au travail entraîne-t-elle systématiquement un *burn-out* ?

SAD : Dans mon livre j'évoque toutes les causes de souffrance au travail, le *burn-out* en fait partie. La souffrance au travail c'est la perversion des valeurs morales qui conduit au sentiment de culpabilité, d'épuisement, d'acharnement. Pour tenir on prend des béquilles pharmacologiques : des médicaments pour se lever le matin, pour dormir la nuit. Les situations de harcèlement sont aussi le fait de la violence du système qui se répercute dans toutes les strates. La violence engendre la violence. Et des situations de *burn-out* peuvent émerger de ces situations intenable. Les témoignages présents dans le livre illustrent de façon poignante ce que peut représenter les formes de souffrance au travail.

PHARE : Pourquoi avoir écrit ce livre ?

SAD : J'ai été approchée par la maison d'édition qui s'intéressait au sujet. Il est le fruit de dix ans de travaux, de réflexion au sein de la commission SMART, qui est passée du CFAR à la SFAR en devenant le Comité de vie professionnelle et de santé au travail.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

Lumière sur le programme M

Bertrand Mas-Fraissinet, président du Groupe Pasteur Mutualité a accepté de nous recevoir afin de nous parler du programme M. Ce dispositif pour les soignants en souffrance vient d'être lancé, alors qu'en est-il ? Comment est-il né ?



PHARE : Pouvez-vous nous parler du programme M ? Qu'est-ce que c'est exactement et à qui est-il destiné ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Le programme M, pensé par le groupe Pasteur Mutualité propose aux médecins de toutes spécialités, et aux soignants en général, un dispositif inédit d'écoute, d'échanges et de rencontres. Ce programme a pour ambition de venir en aide à tous

ceux qui nous soignent, lorsqu'ils sont touchés par une situation susceptible d'affecter leur fonctionnement professionnel. L'objectif est aussi de lever les obstacles et les réticences à être suivi.

Le programme M s'adresse aux médecins de toutes spécialités, aux internes, aux étudiants en médecine et aux professionnels de santé qui rencontrent des difficultés professionnelles ou personnelles au quotidien. Nous savons tous que les soignants, surtout les médecins, ont tendance à négliger leur santé, souvent ils ne savent plus vers qui se tourner quand ils vont mal. Le programme M a été créé pour eux.

PHARE : Comment est née cette idée, a-t-elle été inspirée par d'autres structures ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Oui en effet, le programme a été pensé dans la lignée d'une initiative déjà mise en place et éprouvée depuis 1990 auprès de médecins, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Nous avons été rencontrer nos collègues québécois avec qui nous avons établi un partenariat, les médecins qui travaillent avec nous à la bonne marche du dispositif ont été formés au Québec d'ailleurs.

Grâce au PAMQ, près de 1 900 médecins sont suivis par chaque année, soit plus 6 % des médecins du Québec. Ce chiffre a très fortement augmenté pendant la période du Covid.

PHARE : Sur quelles données vous êtes-vous appuyés pour analyser la santé des médecins et des internes en termes de souffrance au travail ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Nous savons tous, et depuis un moment que nos soignants vont mal, qu'ils sont souvent épuisés et qu'ils restent seuls face à cela. L'Association médicale mondiale recommande de traiter et de prévenir toutes les maladies qui affectent les médecins, dont les maladies mentales, pour des motifs de santé publique. Elle nous informe que 49 % des médecins négligent leur propre santé, que 50 % des médecins présentent des signes de *burn-out*. Ces données nous ont poussés à agir, en proposant une prise en charge confraternelle de médecin à médecin.

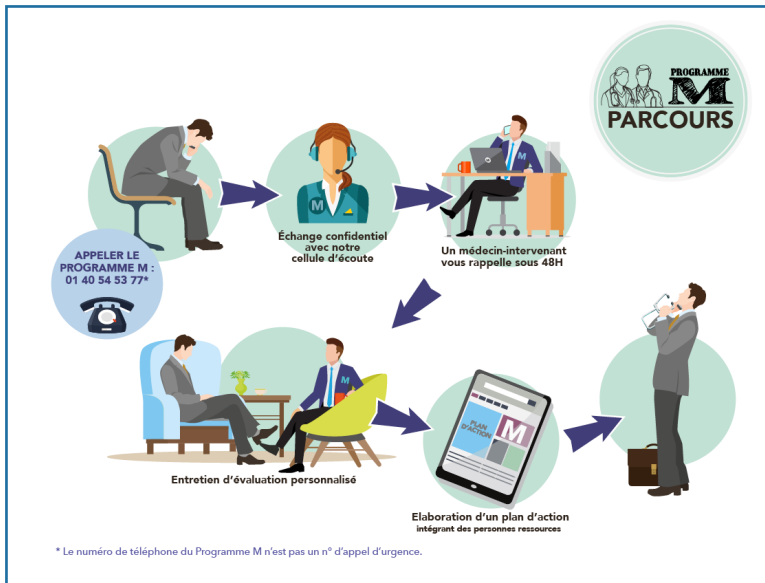
« Le programme a été pensé dans la lignée d'une initiative déjà mise en place et éprouvée depuis 1990. »

PHARE : Quelle prise en charge proposez-vous ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Le Programme M s'articule autour d'une série d'échanges (téléphoniques, en visioconférence ou au sein de nos locaux à la villa M) avec des médecins-intervenants. Un numéro unique : 01 40 54 53 77 permet de prendre un premier rendez-vous puis d'organiser les entretiens directement avec nos médecins. Après le premier appel auprès de notre plateforme, un médecin-intervenant rappelle la personne concernée dans les 48 heures qui suivent. Par la suite, les médecins du programme réalisent une évaluation globale qui tient compte de toutes les facettes de la vie de l'individu, tant au plan physique, psychique émotionnel, familial que professionnel. Ils sont spécialement formés pour aider leurs collègues comme je l'ai précisé plus haut.

PHARE : Ce sujet est pris à bras le corps depuis longtemps par les syndicats hospitaliers, notre intersyndicale APH a d'ailleurs créé l'OSAT, que pensez-vous apporter de plus grâce à ce programme ?

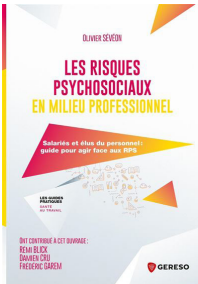
Bertrand Mas-Fraissinet : Le travail des syndicats est différent. Le programme M n'agit pas sur



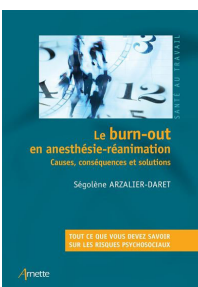
sles conditions de travail, la pénibilité, l'organisation hospitalière. Tout cela relève des acteurs de terrain et du combat syndical. Nos rôles sont différents mais complémentaires. Avec ce programme, nous essayons d'apporter des réponses à ceux, de plus en plus nombreux, qui rencontrent d'immenses difficultés dans leur vie de soignant au quotidien. Pour cela nous leur proposons un accompagnement sur mesure dans un environnement propice à la réflexion sur soi.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

Lu pour vous : que faire quand on ne se sent pas bien dans son travail ?



Olivier Sévénou publie « Les risques psychosociaux en milieu professionnel – Salariés et élus du personnel : guide pour agir face aux RPS ». Il est diplômé de HEC, consultant et formateur, et accompagne depuis plus de 30 ans des instances représentatives des personnels. Il s'agit d'un livre généraliste très didactique, qui démonte les ressorts des organisations du travail actuelles, destinées à renforcer la rentabilité et réduire les coûts dans tous les domaines professionnels. Un chapitre est consacré à l'hôpital public, dont l'analyse est très pertinente. « Son principal objectif : permettre aux salariés fragilisés de passer d'un statut de victime à un statut d'acteur. »



Le second livre que nous vous proposons est rédigé par Ségolène Arzallier-Daret, anesthésiste-réanimateur, qui fait partie du conseil d'administration du SNPHARE. Dans la lignée des travaux initiés par notre ami regretté Max-André Doppia, Ségolène poursuit la thématique des risques psycho-sociaux chez les praticiens hospitaliers, au sein de la commission SMART (CFAR/SFAR) et de l'Observatoire de la Souffrance au Travail, créé par le SNPHARE et désormais étendu à toute l'intersyndicale APH. Cet ouvrage décortique nos organisations de travail, leurs écueils et le risque qu'elles peuvent entraîner sur notre santé au travail : épuisement professionnel, mais aussi violences au travail, les addictions, le suicide ou le stress post-traumatique après un événement indésirable grave... De nombreux témoignages ne manqueront pas de vous parler. Enfin, des outils pratiques et juridiques de solutions individuelles et collectives sont décrites : de quoi trouver ou retrouver le bonheur dans notre métier.

Le SNPHARE ne reçoit aucune rémunération pour la promotion de ces livres.

AW

« Pour un médecin, il est très difficile de passer de l'autre côté de la barrière »

Laetitia Bourdon est médecin généraliste et présidente de l'association Imhotep, association créée pour accompagner les médecins en cas de souffrance au travail. Elle revient avec nous sur son parcours, son rôle au sein de l'Ordre des médecins, et sur son diagnostic quant à la santé des médecins.

PHARE : Pouvez-vous vous présenter ?

Laetitia Bourdon : Je suis médecin généraliste à Rouen installée depuis 7 ans, je suis aussi conseillère ordinale au sein du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime depuis 2015, je suis aussi membre du bureau, j'ai d'abord été trésorière adjointe et aujourd'hui je suis vice-présidente. Je suis également présidente de l'association Imhotep depuis 2017. Créée en 2008, elle proposait initialement un service de médecine préventive pour les médecins libéraux en Haute-Normandie.

PHARE : Les médecins sont-ils attentifs à leur propre santé ? Sont-ils sensibles/sensibilisés à la problématique de la souffrance au travail ?

Laetitia Bourdon : Globalement je dirais que non. J'ai l'impression que c'est déjà mieux chez les « jeunes » médecins, certainement parce que c'est moins tabou pour eux. On sait aujourd'hui que 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant. La santé des médecins n'est pas coordonnée, car ils ont tendance à minimiser leurs symptômes et à se diriger vers des spécialistes lorsque les choses sont déjà très avancées. L'auto-médication et l'auto diagnostic sont évidemment très répandus, tout comme

les « consultations de couloir ». Le médecin se croit fort, il ne pense pas qu'il puisse être malade : c'est très difficile de passer de l'autre côté de la barrière, c'est presque un aveu de faiblesse. D'autre part, on sait qu'entre eux les médecins ne respectent pas systématiquement le secret médical, et cela est un facteur important quant à la prise en charge de la santé des médecins. Ils sont plus méfiants.

PHARE : Quel rôle le Conseil de l'Ordre peut-il jouer sur cette thématique ?

Laetitia Bourdon : « Les médecins doivent prendre soin de leurs confrères dans l'adversité », c'est inscrit dans le Code de déontologie. En termes de difficultés, personnelles, financières ou de santé, les médecins doivent s'entraider. C'est vraiment une des missions premières du conseil : s'assurer que l'entraide entre médecins existe sur tout le territoire ; d'ailleurs Imhotep est financée par le conseil de l'ordre.

PHARE : Comment procède-t-il pour ce faire ? À quel échelon (départemental, régional, national) ? Quelles actions a-t-il menées ou mène-t-il sur le sujet ?

Laetitia Bourdon : Au niveau départemental, nos



L'association Soins aux professionnels de la santé (SPS) ouvre la « Maison des soignants » à Paris, un lieu dédié aux professionnels de la santé et étudiants pour se soigner et améliorer leur mieux-être. Elle propose de nombreuses ressources pour prévenir le *burn-out*, se soigner, se former, s'informer.

confrères qui sollicitent l'Ordre sont reçus en entretien, par des représentants de l'Ordre tels que moi. Personnellement, je touche un peu à tout, aux problèmes financiers, personnels, les problèmes d'addiction... Mon rôle est de les orienter vers l'organisme qui sera le plus à même de les aider. Je les aide également à faire le point sur le côté administratif, je peux appeler les organismes nécessaires comme la CARMF, l'URSSAF, les prévoyances... Le suivi peut être long, nous pouvons apporter une aide financière, nous pouvons aussi constituer des dossiers pour bénéficier d'une aide nationale. Mes collègues et moi-même pouvons apporter notre aide de façon multitâche.

PHARE : Le Conseil de l'Ordre est-il sollicité sur le thème de la santé des soignants et/ou de la souffrance au travail par les instances ?

Laetitia Bourdon : Tout le monde comprend bien que cela devient un enjeu de santé publique. Le risque de suicide chez les médecins est trois fois plus élevé que la moyenne générale. Cela impacte forcément les patients et demande donc que l'on s'y intéresse de très près, les hautes instances en ont totalement conscience. L'Ordre des médecins participe à plusieurs groupes de travail sur ce sujet. Nous participons à certains d'entre eux de manière régulière évidemment et nous apportons notre expertise

sur le terrain. Nous voudrions nous associer avec les « autres Ordres », l'Ordre des infirmiers par exemple, pour gérer tout ce qui touche à la souffrance au travail. Le projet n'est pas encore concrétisé, c'est toujours en cours de discussion.

« Les médecins doivent prendre soin de leurs confrères dans l'adversité »

Code de déontologie

PHARE : En termes de santé au travail, avez-vous constaté un distinguo entre public et libéral ? Si oui, à quel niveau ?

Laetitia Bourdon : Premièrement, la médecine du travail n'existe pas pour la médecine libérale. Le risque d'accident de travail n'existe pas, sauf si l'on cotise à la CPAM. Avant, il fallait plus de trois mois d'arrêt maladie consécutif pour toucher des indemnités journalières. Cela a changé au 1^{er} juillet de cette année. Pour finir, les assurances privées peuvent nous exclure, nous médecins libéraux, du fait de pathologies dont on pourrait souffrir avant même d'être médecin. Par exemple, une personne diabétique pourra être exclue ou devra payer bien plus cher du fait de son diabète.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHARE

Le SNPHARE tiendra son assemblée générale annuelle

le vendredi 14 janvier 2022 à Paris.

Après une année où nous avons été contraints à une AG réduite à sa plus simple forme, en visioconférence, nous renouons avec une rencontre présenteielle :

- Les bilans annuels moral et financier du syndicat.
- Une information sur la prévoyance santé et ses évolutions.
- 2 tables rondes avec des invités prestigieux :
 - Nouveau statut de PH (exercice mixte, etc.).
 - L'équipe, un concept d'avenir ?

SAVE THE DATE !

Le droit syndical est inscrit dans le statut de PH : posez dès maintenant une journée « SYND » sur votre tableau de service et saisissez cette occasion pour que nous puissions nous rencontrer dans une ambiance conviviale !