

SANTE PUBLIQUE, SANTE AU TRAVAIL ET EPIDEMIOLOGIE

En acceptant l'invitation d'une discussion sur la santé publique et la santé au travail à la lumière du regard épidémiologique, il me semblait bien qu'il y avait un piège sémantique. D'une part il y a là un ensemble de mots qui paraissent indissociables, non pas interchangeables, dont les relations étroites se retrouvent commentées dans la majeure partie des conclusions auxquelles veulent aboutir colloques, séminaires et rapports consacrés à la santé de l'homme au travail. D'autre part il y a le risque, dès que les mots sont jetés d'être terriblement réducteur et de donner à penser, si l'on n'y prend pas garde, qu'il y a un triangle fondamental permettant de classer et comprendre les problèmes de santé au travail.

Pour sortir de ce piège et essayer de rester simple, je me limiterai à des remarques sur la pratique des travaux de recherches à caractère épidémiologique.

Les travaux épidémiologiques ont-ils tous une finalité de santé publique ? Oui pourrait-on répondre puisque d'une certaine manière ils sont focalisés sur la recherche des déterminants de la santé et que toute connaissance nouvelle en la matière est susceptible, tôt ou tard, d'être intégrée dans des mesures professionnelles, sociales, économiques, ... visant à promouvoir une amélioration de la santé de chacun et donc on l'imagine, en moyenne de tous, c'est à dire ayant à voir avec la santé publique.

Non pourrait-on tout aussi bien répondre à la question précédente, ne serait-ce qu'au vu des difficultés à dire ce qu'est la santé publique : autant de professeurs de santé publique, autant de points de vue, autant de décideurs, autant de besoins différents en informations et connaissances, autant de spécialités médicales et de champs de recherches en santé, autant de priorités et de modèles sur la santé de l'homme et des populations.

Il faut rejeter cette alternative extrême car elle paralyse la réflexion. Il me semble plus utile de faire la distinction suivante :

- la santé publique est un champ de réflexions et d'actions : celui de la santé des populations sur lequel seront portés des discours, des regards, des observations, des études et des actions.

- l'épidémiologie est un outil parmi d'autres : ergonomie, économie, sociologie, médecine, ... qui permet d'aborder spécifiquement (au sens des moyens mis en oeuvre par l'outil) ces discours, ces regards, ces observations, ces études et ces actions sur la santé des populations.

D'une certaine manière, d'après la littérature, on peut opposer deux types de définition de l'épidémiologie :

L'une très large qui vise à spécifier les objectifs, comme celle de Milton Terris (1) : l'épidémiologie est la science de la santé dont les buts sont :

- 1 découvrir les facteurs de risque
- 2 déterminer l'importance relative des atteintes de la santé pour cerner les priorités de recherche et d'action
- 3 identifier les sous groupes de population à risque pour tel facteur pour cerner les priorités d'action
- 4 évaluer l'efficacité des programmes d'actions de santé

L'énoncé est séduisant mais me paraît davantage cerner les grands types de questions auxquelles nous pouvons essayer de répondre dans le champ de la santé publique plutôt que ce qui est spécifique à l'épidémiologie, à moins de rendre cet outil «hégémonique» en ce sens qu'il serait le seul moyen pour répondre à ces questions.

Le deuxième type de définition se retrouve par exemple dans le propos d'Hernberg (2) : l'épidémiologie est la science qui a pour objet la survenue des altérations de la santé par l'étude des fréquences de ces altérations dans des groupes de population humaine.

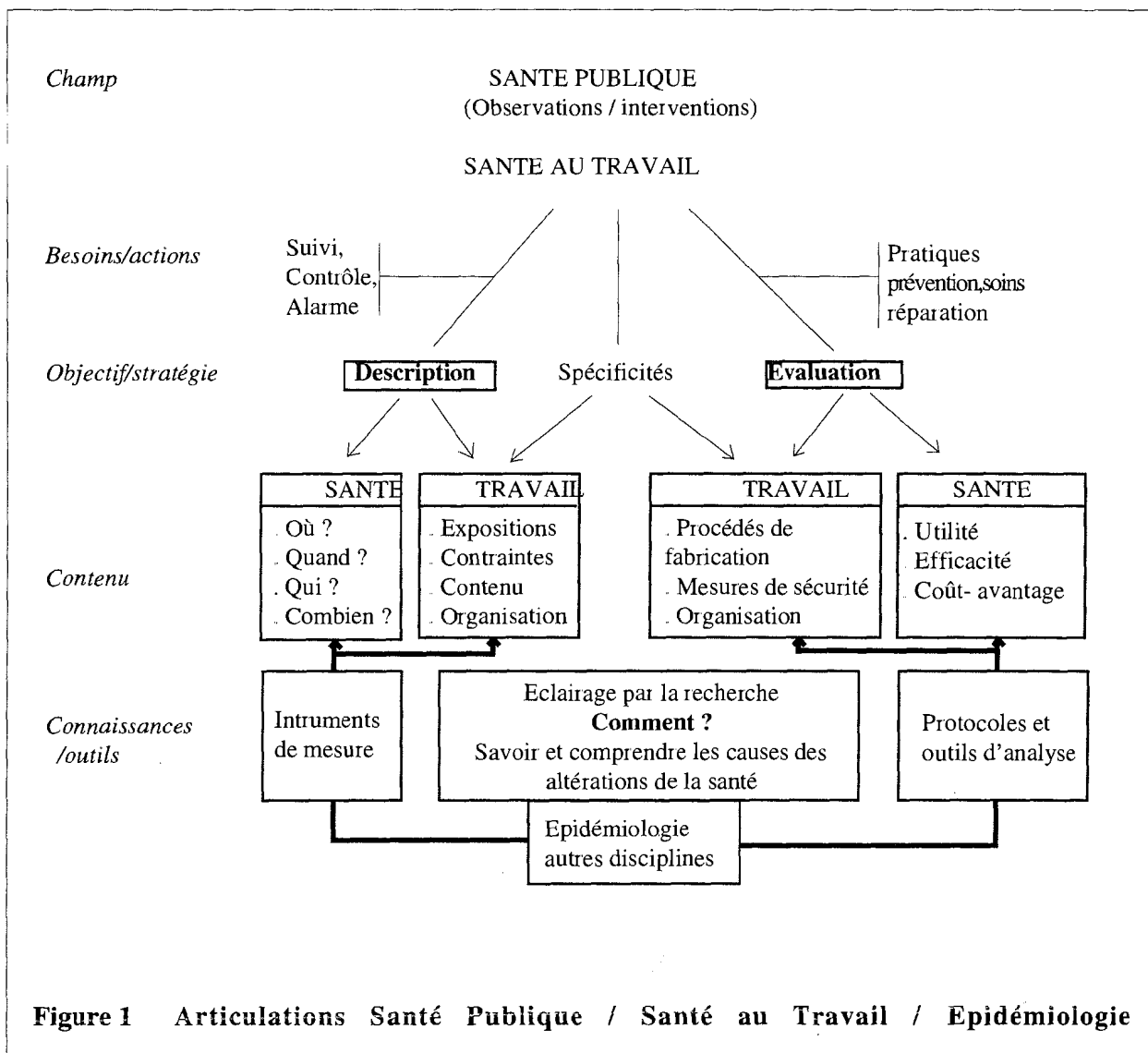
Cette fois l'épidémiologie n'est pas définie en terme de santé publique (champ d'application) mais en terme d'objet : la santé, et notamment la santé individuelle, et d'instrument d'observation : des fréquences sur des collectifs de sujets. Il s'agit alors d'un outil parmi d'autres, donc non exclusif, même s'il reste un outil privilégié comme tout marteau dans la trousse de l'ouvrier.

Cette dernière définition fait apparaître un problème fondamental. Puisqu'il est question de fréquence, l'objet étudié est une collection d'individus et par conséquent la portée des résultats concerne cette collection dans son entier; par contre les observations initiales qui conduisent à l'évaluation des fréquences concernent les individus un à un au sein de cette collection. La difficulté de l'interprétation réside dans ce passage du «un à un», de l'irréductible singularité de chacun, au discours sur ce qui est commun au sein de la collection de sujets.

Ceci explique la part considérable des travaux méthodologiques (et qui ne sont pas directement dans le champ de la santé publique) consacrés aux instruments de mesure des altérations de la santé : contenu, forme (autoquestionnaire, examen clinique, tests, ...) et à leur caractéristiques (sensibilité, spécificité, reproductibilité ...).

Alors la santé au travail ? Il me semble qu'il s'agit d'une question de santé publique. Le mot travail renvoie aux activités professionnelles qui se déroulent pendant plus de la moitié de l'espérance de vie à la naissance. Ces mêmes activités occupent au moins le tiers du temps de chaque journée et pour ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle (femmes à la maison, personnes à la recherche d'un emploi, personnes en incapacité de travail) le rapport au travail professionnel conditionne leur vie.

Au fond, et c'est à nouveau une question de définition, la santé publique, ou tout au moins les problèmes de santé publique, ce ne sont pas seulement l'hygiène, l'alimentation, le milieu ambiant (air, eau, ...), la prévention des maladies infectieuses, etc... Ces problèmes sont bien réels mais, par contraste peut-être, ce sont ceux que l'on a voulu voir jusqu'à présent comme les seuls concernant les populations dans leur entier et par conséquent comme définissant, ou tout au moins remplissant, la quasi totalité du champs de la santé publique. Et c'est donc, d'une façon réductrice, hors de ce champs que l'on a considéré celui du temps des activités humaines consacrées au travail professionnel.



Well being in the working life, bien être dans la vie professionnelle disent nos amis anglais, me paraît être ce qu'il faut faire émerger aujourd'hui comme concept dans notre pays. Il n'y a pas la vie hors travail avec ses déterminants génétiques sociaux et environnementaux, et la vie au travail comme un monde à part.

Pour m'en convaincre : le constat persistant de la mortalité différentielle par catégorie socio-professionnelle en France certes, mais aussi dans les autres pays pourtant culturellement, socialement et en partie génétiquement différents, ne cesse d'argumenter pour inclure au coeur des problèmes de santé publique, la santé au travail (ou dans ou par rapport au travail) .

Il y a là un fameux argument épidémiologique, mais il y a de nouveaux constats avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations, ...), et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives, ...), par les paramètres psycho-sociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations inter-individuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé qui n'ont pas encore le statut de maladies comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il paraît impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psycho-sociaux associés au travail.

Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi totalité des cas :

- 1) les aspects évolutifs (difficultés spécifiques des approches longitudinales, ...), notamment les effets en terme de vieillissement (dans les deux sens de la relation Age \rightarrow Travail ou Travail \rightarrow Age),
- 2) les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

De même, on attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrées et de sortie de la vie active.

De même on attend aussi plus d'information sur les effets à long terme en particulier, durant la période post professionnelle, des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie obtenus ces 50 dernières années le soit en terme de vie sans dépendance, sans incapacité et il s'agit bien là d'une question de santé publique.

Pour conclure, la figure en annexe me paraît résumer les interfaces contenues dans la juxtaposition initiale : santé publique, santé au travail et épidémiologie.

Mais peut être faudrait-il encore dire quelques mots sur la médecine du travail et sur l'articulation connaissance/décision. C'est à dire finalement sur recherche/action .

Dans un récent article «Occupational medicine for one and all», Schilling écrivait : «Occupational physicians, enlightened employers, and trade unionists will agree that the aim of an occupational health service is to protect and promote the health of people at work and not to serve narrow managerial or union interests».

C'est dire que les relations entre les connaissances et les moyens mis en oeuvre, ici médiatisés par la médecine du travail, vers l'action passe par l'éthique, c'est à dire les valeurs, normes et objectifs assignés pour orienter l'action. Ce n'est ni de la santé publique, ni de la science, c'est de l'ordre du choix dans un univers de possibilités. L'histoire, la philosophie serait de plus d'utilité pour discuter de ces points.

En l'état actuel la médecine du travail présente cette énorme singularité d'être constituée de professionnels de la santé entièrement tournés vers la prévention et non pas vers la thérapie secondaire des atteintes de la santé. Présents sur les lieux de travail, dotés d'un pouvoir spécifique : le secret médical qui confère les moyens de l'indépendance, la médecine du travail - du moins dans le système français- est à même d'exercer cette fonction de gardien du choix de valeur : la promotion de la santé des salariés d'abord.

Certes les médecins du travail ne peuvent travailler seuls, et ils ne le doivent pas, mais leur exercice à l'intersection de l'écoute individuelle et du regard sur les collectifs au travail leur donne une responsabilité de premier plan en santé publique.

De plus en plus les modèles multifactoriels sont mis en avant tant par les épidémiologistes, que les psychologues et ergonomes qui s'intéressent à la santé au travail. De plus en plus émerge l'idée que les symptômes et les troubles généraux de la santé : douleurs, sommeil perturbé, comportements perturbés (médicaments, absentéisme, ...) forment la base de la destruction de la santé au travail, et par conséquent de la santé tout court, et que la prévention passe par des cocktails impliquant de prendre en compte simultanément les conditions physiques, les contenus des tâches, les modes organisationnels. De plus en plus aussi, la recherche fait état de résultats montrant des interactions négatives pour la santé entre les exigences professionnelles (heures supplémentaires, engagement total, ...) et la vie hors travail (famille - vie associative ...), bref entre les contenus de la vie professionnelle et personnelle. Les résultats sont encore trop fragmentaires pour donner lieu à des orientations d'actions précises. Mais là encore les médecins du travail peuvent

donner libre cours à leur rôle de sentinelle, c'est à dire d'alerte, pour peu qu'il sache comment passer du fragmentaire au collectif avec l'aide d'autres spécialistes (épidémiologistes, psycho-pathologistes, sociologues, toxicologistes, ergonomes, ...).

Je terminerai sur l'articulation connaissances-décisions puisque j'épouse volontiers la thèse que l'épidémiologie est une discipline en soi et donc un instrument au service de la production des connaissances et que la santé publique est un champ d'actions. Je me limiterai encore à quelques remarques :

En dépit de récents progrès la recherche épidémiologique, celle qui nous concerne ici, en santé-travail, demeure ridiculement peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limites d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs : cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéoarticulaires, mentales, etc... Et au passage il ne faut pas oublier l'indispensable recherche sur les méthodes d'estimation tant des atteintes de la santé (que l'on songe en particulier aux questionnaires et à leur validation) que des paramètres professionnels (exposition bien entendues, mais aussi tout le vaste domaine de l'analyse de la demande et de la satisfaction au travail et des supports sociaux vis à vis de l'encadrement et des collègues).

On a pu entendre des reproches quand au manque de recherches dans le domaine de l'évaluation des actions.

Il faut alors interroger les politiques de recherches; l'attribution des ressources orientées aux travers des contrats; les conditions d'exercice de la recherche où la course à la publication originale surdétermine les carrières des chercheurs. Bref il faut interroger les priorités que la société se donne, c'est d'ailleurs la règle démocratique à laquelle nous devons nous plier.

Deuxièmement, il n'est pas évident que tous les problèmes relèvent de la recherche. Si l'on prend l'exemple des cancers professionnels, il n'est pas rare de voir les demandes de recherche concernant des relations expositions professionnelles-cancers pour des cancers déjà connus comme pouvant être d'origine professionnelle. Toute nouvelle recherche risque alors d'être un alibi à un autre problème, directement de santé publique celui là : la reconnaissance de la maladie professionnelle. Pour un peu plus d'une centaine de cas de cancers professionnels reconnus chaque année, les estimations (issues de la recherche) du nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels parmi les décès par cancer se situe en France autour de 5000 cas. La disproportion des chiffres est suffisamment frappante pour montrer que le problème est au niveau des pratiques au sein des systèmes de reconnaissance et qu'il s'agit là d'un problème de santé publique qui ressort à nouveau des choix de société.

Enfin pour terminer je voudrais insister à nouveau sur deux questions de santé publique où tout à la fois il n'est pas nécessaire d'attendre pour agir et où il paraît indispensable de développer des recherches, notamment épidémiologiques. Il s'agit d'une part des évolutions de la santé avec l'âge et du rôle des caractéristiques du travail sur ces évolutions. Le vieillissement démographique général, comme celui des population au travail impliquent de mieux connaître les effets à long terme du travail et très probablement de penser la prévention aux âges élevés, y compris après la retraite, sur le continuum du parcours de la vie professionnelle.

D'autre part, et l'idée précédente nous y amène également, la France l'Europe et d'autres pays encore sont confrontés à la précarisation du travail par la pression du chômage et des multiples moyens de gestion sociale du chômage via les divers modes de travail précaires mis en place. Nul doute que parmi les recherches à venir en santé au travail, pour peu que les moyens en soient fournis, qu'il y ait là une question capitale. Il faudra s'emparer aussi de la santé en fonction du parcours travail-hors travail non seulement pour ceux qui sont concernés mais également pour ceux qui sont au travail à cause des effets indirects induits par la déstabilisation des effectifs sur les lieux de travail et par l'absence de marge de manoeuvre sur le marché de l'emploi.

F. DERRIENIC(*)

-(*) Inserm U170, 16 Avenue P. Vaillant Couturier, F94807 Villejuif Cédex -

Références

- 1 M Terris. Epidemiology and the public health movement. J Chron Dis , 1986, 39: 953-961
- 2 S Hernberg. Epidemiology in occupational health in: C Zenz, Ed. Developments in occupational medicine, London , 1980
- 3 R S F Schilling. Occupational medicine for one and all. Br J Ind Med, 1991, 48: 445-450

CAHIER DU S.M.T.

supplément à "Pratiques - la lettre du SMG" n° 31

52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

responsable de rédaction: Alain Randon

responsable de publication: Paul Le Meut

commission paritaire: 67150