

# SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE DU TRAVAIL AU TRAVERS D'UNE P.M.E. A RISQUES

## I - INTRODUCTION

### **Définition de la santé publique:**

Il ne faut pas concevoir la santé publique comme une spécificité de plus mais comme une activité multidisciplinaire capable d'orienter nos actions.

La difficulté tient aux particularités d'une pratique qui utilise des méthodes parfois complexes relevant des mathématiques comme des sciences sociales ou de l'économie.

Le recours permanent à l'outil statistique, pour décrire la réalité ou évaluer nos actions, la nécessité de choix éthiques et sociaux qui donnent souvent un ton partisan aux débats, font naviguer la santé publique entre l'aridité mathématiques et le conflit politique.

Les livres traitant de ces sujets sont à l'usage de leur diversité, tirant vers l'analyse des données; ils deviennent des traités de méthodologie, orientés vers le choix des politiques sociales. Ce sont souvent des manifestes partisans qui s'éloignent des faits.

J'aborderai le thème santé publique non pas par une étude théorique mais par des faits réels de mon expérience professionnelle du Médecin du Travail et le sujet sera ponctué de nombreuses questions.

Je ne m'étendrai pas sur le rôle du Médecin du Travail que tout le monde ici connaît bien..

Il faut se rappeler que les priorités du Médecin du Travail doivent être d'éviter, par tous les moyens possibles, que l'homme soit asservi par les machines et qu'il soit le moins possible victime d'accidents, d'intoxications, de maladies aiguës ou chroniques.

Historiquement, le taylorisme avait oublié et ignoré qu'il fallait prendre l'avis des physiologistes et des médecins.

Les protestations des individus qui subissaient les effets d'une sélection draconienne ont aidé à faire comprendre que si l'on pouvait sans doute rechercher les individus les plus aptes à une tâche déterminée, il fallait aussi et surtout adapter le travail à la collectivité humaine et l'on a vu apparaître des ingénieurs spécialisés en organisation du travail, collaborant avec des médecins, se spécialisant eux aussi dans les questions de physiologie et Médecine du Travail.

Aussi le but recherché par le Médecin du Travail est-il de rendre le travail moins pénible? C'est là qu'intervient la notion de collectivité puisque l'ouvrier doit être considéré en tant qu'individu dans ses inter-réactions avec le milieu du travail.

Il faudra alors reconnaître que de nombreux facteurs sont intriqués:

- les facteurs physiologiques et médicaux,
- les facteurs techniques et économiques.

Le Médecin du Travail doit pouvoir prendre toutes ces composantes en compte dans son activité professionnelle de tous les jours. Il doit être également capable d'évaluer son action, car évaluer une action médicale est une des formes de la médecine de santé publique.

Comment peut-on à partir des éléments recueillis lors des visites médicales chez les salariés, des visites d'usine, dépasser le cadre souhaitable des améliorations de travail et de l'étude de l'état de santé des salariés?

D'abord, a-t-on toujours la nécessité et/ou la possibilité ou non de poser le problème en ces termes plus généraux? il serait si simple et je ne partage nullement cette opinion de faire ce que certains appellent de bonnes activités cliniques préventives. Mais est-ce bien là tout ce qu'un Médecin du Travail peut et doit faire?

J'aimerais vous raconter brièvement l'expérience que j'ai vécue et les leçons que l'on peut en tirer.

J'ai surveillé pendant 13 ans environ une entreprise à risques et c'est à travers cet exemple que j'aimerais vous montrer comment on peut étudier l'individu, les risques et les postes de travail, l'environnement et comment on aboutit à un problème de santé publique.

Cet établissement avait des caractéristiques bien particulières. C'était une entreprise de 200 personnes environ du secteur de la chimie. Il n'existait pas de CHSCT en 1978 du fait de la démission globale des salariés suite à une lassitude due à un non aboutissement de leurs demandes. «Cela n'avance pas me disaient les salariés»!...

Un éventail de risques au départ complètement inconnu du Médecin du Travail du fait de leur importance; des salariés qui suspectaient ces risques mais ne pouvaient les appréhender dans leur totalité et de la direction qui, elle, prétendait qu'il n'y en avait que très peu... (certains dont une bonne vingtaine de produits se révéleront être des produits cancérigènes notoires ou fortement suspect).

Aucune pression des instances administratives extérieures à l'établissement et pourtant c'était une entreprise non conforme tant en ce qui concernait l'hygiène et la sécurité que les conditions de travail et donc par la même les conditions d'exposition mais les profits devaient être nombreux.

Trois ans de contact:

- avec les salariés
- vers l'entreprise
- vers les instances extérieures

ont permis au Médecin du Travail d'engranger un bon nombre de renseignements intéressants et de lancer ou tout au moins d'essayer de lancer une politique plus dynamique.

#### **. EN 1981**

J'établis un premier contact collectif avec les salariés à travers un C.H.S.C.T. un peu dynamisé mais pas encore très opérant. Je produis un listing des pathologies rencontrées et de leur fréquence. Je demande que soit affichée une page entière de produits cancérigènes. Ceci était une première étape d'une tentative d'évaluation épidémiologiquement sans grande valeur mais qui permettait d'ouvrir le dialogue.

#### **. EN 1983**

Je fis une analyse plus précise des pathologies rencontrées sur l'ensemble de la population de l'usine présente et de ceux ayant quitté l'établissement.

Je les classai en fonction du temps d'exposition, de l'âge et des différents lieux de travail. Ceci n'était toujours que peu fiable sur un plan méthodologique et épidémiologique mais montrait cependant un triplement des pathologies rencontrées par un salarié dès lors qu'il avait passé 10 ans dans l'usine. C'était une conclusion très curieuse...

#### **. EN 1985**

Décès d'un salarié de 37 ans dans des circonstances troublantes. Aucune preuve ne réussit à être apportée mais il existe une très forte présomption d'une intoxication professionnelle.

Aucun intervenant extérieur ne semble se préoccuper des soucis pourtant bien légitimes du Médecin du Travail d'avoir une étiologie précise. Sans doute craint-on le débordement salarial ou autre chose...

Donc, en 1985, je décide de faire une **enquête rétrospective de mortalité** dans cet établissement (avec l'aide d'un épidémiologiste) car j'avais l'intuition qu'il se passait des choses curieuses au point de vue de la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

#### **. EN 1990**, je termine l'enquête et la publie en 1991

Plusieurs types de questions peuvent se poser:

Est-ce que cette enquête va changer quelque chose dans l'évolution de cette usine?

Ne l'a-t-on pas faite un peu trop tardivement? (où est la prévention dans ce type d'enquête?)

Quel est le pouvoir du Médecin du Travail pour faire évoluer la prévention dans les entreprises en général?

On est là en plein coeur d'un débat sur la santé publique. Ce n'est pas le Médecin du Travail qui a le pouvoir de décision politique ou autre, pour programmer un changement mais il a quand même le pouvoir sinon le **devoir de mettre en évidence les dysfonctionnements du système et de participer** s'il le peut à **des actions de type santé publique**.

Comment peut-on faire et quelle peut-être la démarche?

1) Comment informer les salariés et bien les informer qu'un risque important ou non existe dans l'établissement? (moins il est important plus il est facile à dire).

Deux questions doivent se poser avant de lancer l'information. Il faut vérifier le mieux que l'on peut l'existence du risque (enquêtes épidémiologiques) et penser qu'un risque cancer est très grave pour les salariés qui ont passé 10 ou 20 ans dans l'établissement.

Comment expliquer à un C.H.S.C.T. la réalité qu'il ne perçoit pas? A-t-il la formation pour comprendre? Et puis veut-il réellement comprendre? Apprendre que depuis 30 ans ce risque cancer existe. C'est quand même dans l'établissement un stress supplémentaire.

Ensuite comment faire passer l'information à une direction dont la 1ère attitude est de nier l'existence du risque, de souhaiter ardemment que le médecin se trompe et même de clamer parfois que ce sont les fantasmes du médecin.

Là aussi le dialogue risque d'être difficile et le Médecin du Travail doit pouvoir s'imposer par un raisonnement logique, étayé sans faille.

Ce dialogue est difficile à établir car en ce qui concerne les problèmes toxicologiques les données sont parfois floues et imprécises, les tests pas toujours très fiables.

C'est le secret médical collectif, c'est-à-dire le secret liant le Médecin du Travail à l'établissement, au C.H.S.C.T., aux salariés en tant que collectivité de travail qui empêche la propagation de l'information, dont tout le monde parle, qui se fait si mal. Le Médecin du Travail lui sait et doit se taire.

Devant tous ces obstacles, on serait tenté de dire que cette démarche de santé publique est impossible à réaliser. Elle ne l'est pas mais elle demande beaucoup d'investissements en temps et moyens. Le médecin ne les possède d'ailleurs pas toujours.

Je ne pense pas qu'il y ait de recettes. Chaque situation est un cas particulier et la situation décrite n'en n'est qu'un exemple.

Quels sont les critères qui déterminent le Médecin du Travail à avoir une démarche de santé publique?

**. Le risque acceptable**

A partir de quel moment le risque devient-il inacceptable? N'est-ce pas là une question de conscience individuelle et professionnelle de la part du médecin?

**. Peut-on accepter de laisser 30 ans de situations dangereuses se perpétrer?**

Surtout lorsque l'on sait qu'il existe des remèdes possibles

**. Du type de risques**

Est-ce un risque connu ou inconnu, ayant des effets à court terme ou à long terme, cumulatif ou non, facilement encadrable ou non?

**. De l'entreprise et de ses divers acteurs**

**- la direction**

très hiérarchisée ou non, coopérative ou non, financièrement stable ou non

**- les salariés**

CHSCT-délégués du personnel-CE-syndicats, coopérants ou non, capables d'animer une action de prévention dynamique ou non, capables ou pas d'utiliser certains moyens coercitifs ou non en s'appuyant sur des textes législatifs précis (droit de retrait si risque imminent...)

**. Des relations établies bien ou mal ou pas du tout parfois entre tous les acteurs de l'établissement et les intervenants extérieurs**

**- Inspection du Travail:**

Est-elle efficace ou non? Quels sont ses moyens et quels moyens peut-elle mettre en oeuvre?

**- C.R.A.M.:**

Quel est son pouvoir et comment compte-t-elle l'exercer?

Quel est le poids du contre-pouvoir patrons-CRAM?

**- des intervenants autres:**

tels des experts parfois utiles au Médecin du Travail pour asseoir son intervention.

Mais là aussi, il y aurait beaucoup à dire. L'expert ne connaît pas l'établissement et s'il ne condescend pas à essayer de saisir les subtilités du terrain, il devient inopérant. J'ai pu constater combien les langages du Médecin du Travail et de l'expert étaient différents et comment parfois l'expert est moins libre que le Médecin du Travail de ses actes et de ses jugements. Je pense que ceci est un comble puisque le Médecin du Travail doit pouvoir se reposer sur son avis...

## II - CONCLUSION

Je dirais que le Médecin du Travail doit **créer une dynamique de groupe** dont il doit être le principal acteur. Il ne suffit pas de travailler en équipe mais en parfaite synergie.

La médecine du Travail n'est pas, contrairement à ce qu'en pense certains une médecine solitaire. Et, pourtant, l'on se sent parfois seul quand les problèmes collectifs deviennent importants.

«Il est vrai qu'il ne suffit pas que quelque chose soit juste conforme à l'intérêt général pour rencontrer une adhésion unanime et sincère».

Je crois que le Médecin du Travail est au centre d'un certain nombre de demandes, d'analyses et d'actions à mener. Il doit rester toujours en éveil, vigilant, ne disant surtout pas: «on ne voit pas, on ne perçoit pas». Soyez méfiant et doublement méfiant quand une direction vous rétorquera que ce que nous préconisons ne peut être réalisé. Faites un peu d'histoire et surtout, ne sombrez pas dans la même erreur que ceux qui estimaient impossible à modifier ce qui existait alors.

Un problème de santé dépisté lors d'examens médicaux périodiques devient un problème de santé publique quand il atteint une collectivité de travail.

Devons-nous accepter que nos salariés soient malades alors qu'on aurait dû leur épargner leur maladie? Doit-on attendre le bon vouloir des autres intervenants pour lutter?

C'est là que se trouve une des contradictions de la Médecine du Travail, c'est-à-dire contradiction entre l'intérêt général et les intérêts individuels.

Peut-on lutter contre un taux de chômage régional élevé? Faut-il préconiser la fermeture de l'établissement pour épargner la vie des salariés?

Sans compter l'existence d'autres moyens de pressions politiques, financiers ou économiques. Mais n'est-ce pas là l'écueil de tout problème de santé publique? Parfois il est plus facile de laisser les choses en l'état. Je dirais que c'est une forme de lâcheté collective et que le Médecin du Travail doit savoir que tout ce qui s'acquiert dans ce domaine de la prévention et de la santé publique ne s'acquiert que par la lutte.

Il doit garder dans ce domaine l'esprit critique, l'indépendance et surtout ne jamais oublier que la pensée ne vaut que si elle s'accompagne d'actions. Croire que quelque chose est juste ne suffit pas. Il faut lutter pour que la justice devienne une réalité.

Les Médecins du Travail ne parviendront à remplir leurs tâches que s'ils savent demeurer à la fois parfaitement libres dans leurs réflexions et courageux dans leurs actes.

Dr ESTEVE G.

**NICOLAS DODIER**

### **L'EXPERTISE MEDICALE**

**Essai de sociologie sur l'exercice du jugement**

150 F -

Collection Leçons de choses

Editions Métaillé

5, rue de Savoie 75006 Paris

Cette recherche propose quelques réponses à l'énigme du jugement, activité qui n'est pas pure sans être arbitraire, qui ne consiste pas à appliquer des règles mais se réfère à des règles, qui n'est pas formelle sans être informelle, qui n'est pas contingente tout en étant soumise à la singularité des cas.