

MÉDECINE DU TRAVAIL

ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

*Compte rendu des débats
du Congrès de l'Ass. SMT, 3 et 4 décembre 2005*

La santé publique a pour objectif de médicaliser les faits sociaux. Est-elle rationnelle ou instrument à la disposition du politique ?

Jusqu'au Plan Santé Travail Environnement 2005-2009, la santé au travail n'était pas un thème de santé publique ; elle n'avait pas fait l'objet de prise de position des gouvernements. À ce jour, la santé publique ne rend pas publique la santé au travail, qui ne gagnait donc pas à y être incluse. Si la santé au travail entrerait effectivement dans la santé publique, se poseraient alors les vraies questions politiques.

Trois facteurs rendent difficile la perception des questions de santé au travail

- L'individualisation : c'est-à-dire les mécanismes de défense individuelle, conséquence d'une nouvelle gestion du travail. On s'intéresse à l'être plutôt qu'au faire.
- Les conditions de travail : l'environnement et l'organisation du travail. L'organisation du travail constitue une question majeure qui touche immédiatement la question politique. La dynamique est faible sur ces questions.
- La centralité du travail, ses liens avec l'organisation du travail, est encore mal perçue. Pourtant, on peut en mesurer les effets (les TMS par exemple).

Les personnes perçoivent les effets délétères sur la santé, les connaissances existent mais il n'y a pas de vision collective et de référentiel de connaissance. Les alternatives sont diffi-

ciles à construire ; il faut mettre en visibilité ce qui est vécu et pensé de façon trop individuelle avec comme risques deux pièges :

- la victimisation avec demande de réparation ;
- la « psychologisation ».

Les positions prises par les CPAM (économies par diminution des prescriptions des indemnités journalières) qui entraînent une reprise du travail prématurée ou débouchent sur une inaptitude définitive occasionnant de gros dégâts, ajoutent une difficulté supplémentaire.

Mais le problème de la santé au travail peut être porteur. Comment l'aborder ? Par des questionnaires sur les risques psychosociaux, à systématiser auprès des salariés, comme dans l'enquête SUMER. Ce type de questionnaire (KARASEK et SIEGRIST) permet aux médecins du travail qui n'ont pas eu de formation en psychodynamique du travail et en ergonomie d'aborder ces questions.

Ces questionnaires permettent d'objectiver des difficultés pour mettre en débat dans l'entreprise. C'est donc une approche à la fois collective et objective.

La capacité descriptive par le questionnaire est réelle mais on reste au niveau de la souffrance des salariés et de leurs représentants, sans passer au stade ultérieur pour lequel nous n'avons pas de recette. Décrire, c'est bien, mais ce n'est pas suffisant.

Accéder au sens, constitue la deuxième étape et peut ouvrir des pistes. Il faut ouvrir une réflexion pour accéder au sens par l'intermédiaire des opérateurs au niveau individuel et collectif. Il s'agit de valider socialement par des résultats non réfutables.

En ce qui concerne la santé mentale, par l'analyse du travail lui-même et la pathologie mentale, on devrait pouvoir objectiver la souffrance de manière précise (type DSM4). Il faudrait distinguer la souffrance faisant partie de la vie « normale » et celle qui peut relever de la santé mentale. La fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail est un espace pour dire les choses.

Deux questions se posent : celle de l'identification des risques et celle de la gestion des risques.

On peut s'emparer des questions cliniques, produire des chiffres en commun et les commenter. Ces chiffres essayent d'entraîner les collègues sur le qualitatif. Il faudrait pouvoir analyser des maladies telles les paranoïas professionnelles, des décompensations, des dépressions d'origine professionnelle, avec un langage commun.

Pour recueillir les indicateurs chiffrés, il y a peu de difficultés, mais pour passer au sens, par exemple veille médicale ou risques psychosociaux, il y a difficultés. C'est ce passage qui pose problème. L'action citoyenne serait de dépasser cela.

Deux enquêtes de psychodynamique du travail ont créé des mouvements se focalisant sur la souffrance au travail. Les chiffres permettent de donner une conclusion politique. Causes, raisons et conséquences donnent une photographie du système.

Le CHSCT permet la restitution des travaux. Par là on peut alerter l'employeur sur les risques de probabilité d'une maladie mentale (nombre de personnes sous stress, risques d'infarctus). Si le risque est objectivé cela prendra de l'importance surtout si on peut le corréler avec l'absentéisme.

La question de la santé publique, c'est l'ordre public des corps, c'est une catégorisation des choses. La santé au travail est du côté de la créativité, de la possibilité d'être acteur au niveau de son travail et donc sort de l'aspect normatif de la santé publique. Il y a un risque à rentrer dans une catégorisation, risque si apporter du sens, c'est seulement lutter pour la reconnaissance

La possibilité de faire le lien entre la singularité et le collectif permet la modification des points de vue. La modification du point de vue est plus importante que le sens.

Nous produisons des chiffres dans le champ scientifique, puis nous y accolons des monographies cliniques (enquête SAMOTRA-CE).

Sur la question du sens, il y a deux choses : le sens pour le sujet, et la compréhension collective des événements.

De quoi sommes-nous responsables comme professionnels et comme citoyens ? Comment mettre en visibilité à l'interne et à l'externe les risques pour la santé. La question de l'externe n'est pas que dans le chiffre (les travaux de

VILLERME ont mis longtemps à déboucher et ce qui a été négocié a été le minimum).

Nous ne nous sommes pas des gestionnaires des risques mais est-ce que nous ne devrions pas, comme collectif, tenir des positions collectives par rapport à la sélection, en prenant position dans l'espace externe (directive SNCF et aptitude sécuritaire par exemple).

Ce qui compte, c'est le sens qu'en donnent les gens, qu'ils discutent, qu'ils ouvrent des marges de pensées. Les gens pâtissent de l'intériorisation de leur souffrance, de leur atomisation.

Pour certains, il y a plus de nuances sur ce qu'est la santé publique, la santé publique n'est pas que normative. Elle offre des ouvertures sur le déni social et sur la santé au travail et permet des questionnements à l'extérieur : le monde du travail devient un lieu possible d'atteinte à la santé.

Par exemple au niveau syndical la question de la souffrance au travail est abordée, la médiatisation des TMS a été intéressante.

On discute aujourd'hui des cancers professionnels, c'est devenu une réalité. En 1980, il n'y avait que des convaincus pour reconnaître que 8 à 10 % des cancers étaient liés au travail.

Le but de la santé publique est d'améliorer la santé globale de la population. Cela va se faire autour des analyses des problèmes de santé par le biais d'une dynamique communautaire.

Une population en bonne santé est capable de prendre en main sa propre vie. Pour le travail, il en est de même. Si l'individu peut prendre en charge son rythme, son travail, etc., il sera en meilleur état de santé. C'est par ce biais-là que l'on peut animer les choses plutôt qu'expérimenter les choses. On a un point de vue que l'on peut partager avec d'autres ; les syndicats et le monde extérieur. Ceci nécessite un niveau de connaissance sur l'environnement

Pour le médecin du travail il y a un paradoxe. Il doit s'occuper des plans santé et on lui impose une visite tous les deux ans.

En entreprise on ne fera pas émerger la souffrance au travail au niveau du CHSCT, cette parole à du mal à passer. À l'extérieur, au niveau de l'espace public il n'y a pas eu d'écho non plus.

Le mot espace public est trop vaste. À qui s'adresser ? Aux hommes politiques en général ? Ou à un espace plus restreint ?

En plus, cette mise en visibilité est-elle efficace ? La question des risques politiques se distingue de la question des risques dans l'entreprise. Quels sont les acteurs de la gestion des risques et des atteintes à la santé ?

Pour l'amiante, de nombreux articles ont été publiés avec peu de changements dans le fonctionnement des entreprises.

En ce qui concerne les CMR, on élabore de nombreux plans de santé, plutôt des paravents derrière lesquels on se retrans-

che. Il n'y a aucune marge de prévention pour les atteintes à la santé.

Le gouvernement met en place un plan santé au travail et un plan santé-environnement, mais n'a mis aucun moyen en face. Le pouvoir politique s'oppose à REACH.

Les employeurs s'intéressent aux chiffres, pas à la subjectivité.

Les questions sont :

- Qu'est-ce qui fait bouger les syndicats ?
- Peut-on se réaliser dans le travail ?
- Quel sens peut-on donner au travail ?

Comment pouvons-nous nous y inscrire ? Est-il suffisant de mettre les choses en visibilité ? Certes non. Nous ne sommes pas dans une période favorable (voir l'attaque contre les médecins du travail par les avocats des employeurs).

Il y a une différence entre expertise et décision. L'expertise doit être collective (médecin, usagers et employeur). L'expertise apporte des éléments, les décideurs pensent et prennent ce qu'ils veulent. La santé publique prend une partie de l'expertise et l'applique éventuellement.

Nous devons mettre en visibilité ce que nous apprenons au cabinet de consultation, saisir la santé publique à propos des études épidémiologiques, par exemple sur les CMR, la parcellisation de la vie professionnelle, la santé mentale.

Nous sommes régulateurs sociaux et experts. Nous n'avons pas perdu notre temps, sur les thèmes qui nous sont chers : précarisation et risques psychosociaux. Aujourd'hui la genèse des maladies progresse. Nous ciblons la question politique dans l'entreprise.

Si nous sommes sur le domaine de l'inégalité sociale, nous devrions peser sur une autre médecine qui est loin de celle d'aujourd'hui. Le système de soins actuel est loin d'appréhender ces questions.

Nous devons faire comprendre aux professionnels de santé que la question de la santé au travail est fondamentale et primordiale. L'inquiétude, c'est que dans les dix ans à venir, le nombre de médecins du travail va diminuer. D'ici là, il faudrait construire une autre médecine, une autre clinique, d'autres pratiques adaptées à la société dans laquelle on vit. Il nous faut construire des ponts avec la médecine de soins et plus particulièrement certaines spécialités.

Nous participons à des objectivations, à des constructions des connaissances, qui n'ont rien à voir avec les études épidémiologiques. Ces dernières ne peuvent valider que des constructions faites.

Comme professionnels, construire des connaissances est obligatoire, ce qui est différent de la santé publique. L'épidémiologie a d'énormes limites et dix ans de retard sur la clinique.

Concernant les légionelloses, on privilégie « les thèmes de santé au travail ». On sera toujours insatisfait : on parle des légionelloses mais on ne parle pas des cancers, des radiations ionisantes en lien avec la précarité. On sait « les inéga-

lités sociales de santé ». Comment s'allier avec des humanitaires ?

Comment faire pour « libérer les acteurs pour qu'ils reprennent leurs affaires en main » ? Attention, on est loin du mécanisme de preuves à l'anglaise, l'*evidence-based-medicine*, qui ne peut rendre compte du rapport des personnes au risque. Nous devons « désenchaîner » les questions.

Nous sommes obligés d'agir avec des connaissances constituées pour agir et transformer le travail.

On s'adresse à des acteurs sociaux et on travaille avec les mouvements sociaux.

L'histoire de l'amiante ne peut servir de modèle ; les connaissances étaient construites et pourtant, il a fallu un accident historique pour que l'affaire sorte.

Notre projet est de libérer des acteurs pour prendre les choses en mains, il s'agit de remettre en processus d'acteurs les personnes les plus malmenées. Il y a à construire des règles de métier.

Tout cela a à voir avec la politique actuelle. Pourquoi ne pas s'inviter dans le débat pour une alternative avec le libéralisme, peser dans les choix politiques ?

Comment rendre visible ? Comment réintroduire dans le système de santé, l'influence du travail. Pour les médecins généralistes, il y a des conséquences de la minimalisation des arrêts de travail. Comment empêcher les médecins-conseils de devenir des médecins contrôleurs au service exclusif du patronat ?

On a du chemin à faire pour que tout médecin se pose la question : quelle est la part du travail dans cette pathologie ? On aura du mal à faire entendre la question de la centralité du travail dans les questions de santé

Nous sommes indépendants par définition mais on cherche à y porter atteinte. Que faisons-nous ? Rien. Un procès verbal d'un inspecteur du travail n'est pas suivi d'effet. Le MEDEF a porté plainte contre les médecins du travail devant le Conseil de l'ordre des médecins, suite à des inaptitudes. Il s'agit d'une stratégie de déstabilisation des Médecins du travail. Certains ont reçu un avertissement, d'autres ont eu une suspension d'un mois. D'autres font appel au CNOM. Les médecins du travail concernés doivent se défendre contre de telles attaques :

- en portant plainte auprès de l'inspection du travail ;
- en portant plainte auprès du procureur de la République.

Il faut obtenir que l'Ordre des médecins soit jugé comme complice de délit d'entrave de l'application des lois de la République en l'occurrence, le Code du travail et son article L.241-10-1.

Le combat sera gagné quand les Ordres refuseront de se saisir de telles plaintes et considéreront qu'un employeur n'est pas un patient dans le cadre de ses relations avec le médecin du travail.

Jean-Marie EBER, Annie DEVEAUX, rapporteurs