

SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ AU TRAVAIL : QUELLE ARTICULATION ?

Parmi la soixantaine de définitions de la santé publique, la plus fréquemment retrouvée dans la littérature est celle de Charles Edward WINSLOW : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé.* » (FASSIN, 2004)

La santé publique s'adresse à des collectivités dans le cadre de dispositifs publics. La santé publique se préoccupe de la santé et non de la maladie.

D'un point de vue généalogique, c'est à l'antiquité gréco-romaine qu'il faut remonter pour en découvrir la naissance et pour analyser les divers ressorts qui justifient et qui expliquent son évolution. Grâce à la médecine clinique d'HIPPOCRATE, ce sont les grecs qui ont produit les avancées les plus spectaculaires dans le domaine de la connaissance du corps et des maladies, mais ce sont les romains qui, héritant de la culture grecque, reprirent leur vision de la médecine et de la santé en organisant des services de soins aux plus pauvres et en construisant des systèmes d'assainissement exemplaires.

Connaissances d'un côté et croissance démographique des villes de l'autre, mais aussi raison politique qui s'appuie sur une volonté de bien-être des populations, renforçant un pouvoir régalien d'un pouvoir pastoral, ont été les trois piliers qui ont permis l'essor de la santé publique. Donc, la santé publique, s'appuyant toujours sur un savoir, est aussi toujours un pouvoir.

Dans l'Europe moderne, une des premières structures de santé publique fut créée date de la grande épidémie de peste de 1347 qui décima le tiers de l'Europe. L'épidémie arriva à Marseille en novembre 1347 par trois galères génoises contaminées. En janvier 1348, la peste atteint Avignon et, en août de la même année, Paris est touché (VIGARELLO, 1993). Les premiers conseils de santé apparurent alors en Italie du Nord qui mirent en place par, exemple, des systè-

mes d'isolement. Par la suite, à partir du milieu du xv^{ème} siècle, des registres de décès apparurent.

Et, pour qui reprendrait toutes les chroniques de l'histoire de la santé publique en Europe depuis les grandes épidémies, il apparaîtrait toujours que, dans cette histoire sanitaire, l'expertise médicale est toujours au service du pouvoir politique.

Mais, à partir du xviii^{ème} siècle, se profile un champ de connaissance particulier qui se démarque d'une médecine clinique, médecine clinique qui ne rend compte que de phénomènes naturels délétères que sont les épidémies ; on appelle alors ce nouveau champ de connaissance « hygiène publique ».

Le savoir de l'hygiéniste repose sur la science des chiffres, à savoir, la statistique ; il s'ajoute aux constats de la médecine expérimentale, de la médecine d'observation et de classification des maladies. Comme l'écrit Didier FASSIN, « *Science des chiffres et science de l'Etat, la statistique est au cœur du projet sanitaire moderne* ».

L'un des hygiénistes les plus connus, et qui était un médecin, Louis-René VILLERMÉ, démontre et dénonce en 1828 les inégalités sociales de mortalité qui, à Paris, étaient liées au degré de pauvreté, et, en 1840 les inégalités d'espérance de vie qui, dans les manufactures de coton des industries de l'est de la France, étaient liées aux conditions de travail, au travail des enfants et à l'indigence des salaires (VILLERMÉ, 1840). En décomptant les morts et leur jeune âge, la statistique moralisatrice a pour ambition de promouvoir une hygiène qui « *aspire à perfectionner la nature humaine en général* », comme l'exprime CABANIS.

Les hygiénistes sont les premiers à mettre en relation morbidité-mortalité et travail à l'échelle populationnelle. Les hygiénistes décrivent donc une réalité sociale qu'ils transforment en problème médical, obligeant l'autorité politique à intervenir par la voie de l'action de santé publique. Par exemple, à la fin du xix^{ème} siècle, le travail des enfants commence à être réglementé (LE GOFF, 2004), et en 1892, le travail de nuit des femmes est interdit. Dans le premier cas, l'opposition farouche des industriels ainsi que celle des familles ouvrières, ont fait que plusieurs dizaines d'années s'écoulaient après les premières alertes de VILLERMÉ ; dans le deuxième cas, ce n'est pas un souci de protection des fem-

mes qui a motivé l'émergence de la loi publique, mais les conséquences désastreuses de leur excès de fatigue causant, dans les chemins de fer, de nombreux accidents mortels par défaut de régulation des barrières de passage (LE BRAS-CHOPARD, 2004).

Comment une réalité sociale devient-elle un problème de santé publique ? On pourrait penser que toute atteinte à la santé d'une collectivité relève de l'intervention collective. Mais ce n'est pas aussi simple : il faut d'abord le prouver par des apports chiffrés comme le degré de fréquence, le degré de gravité, le nombre proportionnel de cas, etc. Et, malheureusement, une telle approche positiviste est loin d'être suffisante.

D'autres facteurs sont nécessaires à l'attention transformatrice active, résolutive ou préventive, portée à un péril sanitaire ; il s'agit de sa médiatisation, de son caractère spectaculaire, de la charge émotionnelle qu'il véhicule, de sa résonance morale, du support associatif qui l'accompagne, etc. Ce qu'on appelle sa construction sociale. Il s'agit donc de médicaliser et de politiser des faits sociaux.

Le travail est un fait social du fait même qu'il organise le fonctionnement de notre société, les maladies du travail existent, la prise en charge politique de la santé au travail dans le champ de la santé publique devrait donc aller de soi. Or, jusqu'à une date récente, ce n'était toujours pas tout à fait le cas.

Le problème est que le travail naît et se réalise dans un espace privé ; privé domestique et privé institutionnel de l'entreprise ou de l'établissement public. Si la santé publique pénètre l'espace privé domestique, ce n'est que relativement récemment : arsenal de prise en charge des conduites déviantes comme la toxicomanie (il faudrait d'ailleurs discuter de l'ambiguïté du symbolisme et du traitement du circuit de l'alcool), violence infantile (mais pas violences conjugales : six femmes par mois meurent tout de même sous les coups de leur compagnon sans que cela n'émeuve ni n'énervent trop les pouvoirs publics. Les violences subies par les femmes restent discrètes [JASPARD, 2005]). En revanche, les questions de santé au travail qui se jouent dans l'entreprise, qu'elle soit privée ou publique, sont excessivement peu accessibles et difficilement visibilisées... Silence : privé !

L'espace privé étant la scène où se jouent les enjeux du travail, il a suffi que l'autorité publique introduise une armée

de médecins du travail pour donner l'illusion que la santé au travail était efficacement prise en charge grâce au slogan de la mission : « éviter toute altération de la santé du fait du travail ». Malheureusement, les médecins du travail ont une activité subordonnée. Ils ne rendent pas de compte direct à l'autorité publique.

On le sait, il n'est pas rare qu'une enquête épidémiologique leur soit interdite (s'ils demandent l'autorisation... ce qui n'est tout de même pas obligatoire ! Mais l'incrustation presque inconsciente de la subordination fait du chemin...).

La voie des maladies professionnelles déclarées n'est pas plus éclairante. La prise en charge forfaitaire sur le mode assurantiel qui date de 1898 en est un rempart infranchissable.

Il faut une catastrophe sanitaire pour qu'une intervention vigoureuse des pouvoirs publics s'immisce avec une grande autorité dans la régulation des risques du travail, telle l'interdiction définitive de l'utilisation de l'amiante. Ce n'est pas le cas des éthers de glycol, ce n'est pas le cas des CMR.

Il faut donc des chiffres, recherchés dans un objectif descriptif, tels ceux apportés par l'enquête SUMER, recherchés dans un objectif compréhensif, tels ceux apportés par l'enquête ESTEV. Et cela, dans tous les domaines : cancérogènes et autres nuisances, santé mentale, TMS, usures prématurées, etc. Les données collectives sont indispensables pour espérer voir un jour la santé au travail devenir une branche de la santé publique, à part entière et non en annexe.

Les enjeux professionnels de cette approche de la médecine du travail nécessitent donc de se servir des données individuelles, *via* la clinique médicale du travail, pour avoir les moyens de fournir des constats collectifs.

L'ouverture se trouve peut-être dans la récente loi relative à la politique de santé publique, dans le plan santé-travail, dans les plans « cancer », « violences » et dans le plan pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : une loi et quatre plans sur cinq où la santé au travail est sollicitée et qui pourraient représenter les prémisses d'un retournement.

Encore faudra-t-il en fournir les moyens. Le premier étant visiblement l'extinction de la ressource « médecine du travail », au moment même où est en train de naître la clinique médicale du travail... C'est un bon début.

Fabienne BARDOT

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ FASSIN Didier, 2004, Santé publique, in *Dictionnaire de la pensée médicale* (dir : Dominique LECOURT), Quadrige PUF.
- ♦ JASPARD Maryse, 2005, Les violences envers les femmes : une reconnaissance difficile in *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs* (dir : M MARUANI), p.148-156, La Découverte.
- ♦ LE BRAS-CHOPARD Armelle, 2004, *Le masculin, le sexuel et le politique*, Plon.
- ♦ LE GOFF Jacques, 2004, *Du silence à la parole. Une histoire du droit du travail des années 1830 à nos jours*, Presses Universitaires de Rennes.
- ♦ VIGARELLO Georges, 1993, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Le Seuil.
- ♦ VILLERMÉ Louis-René, 1840, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Études et documentation internationales.