Médecine du travail et santé des travailleurs

La question que le Dr. Ph. Mairiaux soulève n'est pas celle du bien-fondé d'une protection de la santé des travailleurs, mais bien celle de savoir si la médecine du travail contribue efficacement à cette protection. Le cadre législatif variant grandement dans les différents pays de la CEE il n'est pas sans intérêt pour le Luxembourg, où ces structures sont en voie d'élaboration, de comparer les différentes approches.

Dans une perspective historique, ce n'est qu'à l'époque moderne que la santé des travailleurs a fait l'objet d'intérêt, de recherches et de mesures de protection. Les symptômes de certaines maladies professionnelles, telles que le saturnisme (intoxication chronique par le plomb) avaient bien été décrits dès l'Antiquité par Hippocrate et Galien; Lucrèce dans ses écrits, s'insurgeait contre le décès trop précoce des mineurs de mercure. Toutefois, ces préoccupations paraissent bien rares jusqu'au 18ème siècle et on s'accorde généralement pour considérer Bernardini Ramazzini (1633-1714) comme le véritable fondateur de la médecine du travail. Dans son "Traité des maladies des artisans" (1713), on trouve pour la première fois une description systématique des risques tant toxiques que physiques (bruit, chaleur, poussières) liés à certaines professions. En 1775, Pott en Angleterre est le premier à décrire un cancer professionnel en établissant la relation entre l'exposition à la suie et le développement du cancer scrotal chez les ramoneurs. Le 19ème siècle voit l'explosion de la civilisation industrielle et l'exposition de dizaines de milliers d'enfants, de femmes et d'hommes à des conditions de travail épouvantables. Le poids idéologique du machinisme et l'absence d'organisation des travailleurs sont tels que la situation n'évolue que très lentement, et ce en dépit des rapports très détaillés de Villermé en France (184o) ou de l'"Enquête sur la condition des classes ouvrières" en Belgique (1846). En Belgique, un service d'inspection du travail composé d'ingénieurs est créé en 1888, c'est-à-dire deux ans après la révolte ouvrière de 1866. La première loi obligeant le gouvernement à veiller à la sécurité et à la santé des travailleurs est promulguée en juillet 1899, mais elle reste très vague. La création d'un service médical d'inspection du travail n'intervient qu'en 1921 et c'est en 1927 qu'est constitué un fonds de prévoyance pour les victimes de maladies professionnelles. L'essor de la médecine du travail sous sa forme actuelle ne s'amorce qu'après la seconde guerre mondiale. La médecine du travail est institutionnalisée en France par la loi du 11 octobre 1946, en Belgique par l'arrêté royal du 16 avril 1965 et en République Fédérale allemande par l'Acte du 12 décembre 1973.

La médicine de travail: quels objectifs?

Les objectifs généraux des services médicaux du travail peuvent être extraits de la Recommandation no 112 de l'Organisation Internationale du Travail (1959). Celle-ci définit le service de médecine du travail comme étant un service organisé sur les lieux de travail ou à proximité de ceux-ci et destiné:

a) à assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à la santé pouvant résulter de leur travail;

b) à contribuer à l'adaptation physique et mentale des travailleurs notamment par l'adaptation du travail au travailleur et par l'affectation des travailleurs à des travaux auxquels ils sont aptes;

c) à contribuer à l'établissement et au maintien du plus haut degré possible de bien-être.

La Recommandation exprime par ailleurs le désir de voir tous les travailleurs bénéficier des avantages de la médecine du travail, énumère les

tâches qui doivent être confiées à ces services et souligne notamment:

- le rôle essentiellement préventif des services de médecine du travail;

- la nécessité pour les médecins attachés à ces services d'être assurés d'une indépendance technique et morale complète à l'égard de l'employeur et des travailleurs;

- la nécessité d'accorder à ces médecins les moyens d'exercer efficacement leur fonction, libre accès à tous les lieux du travail de l'entreprise, la possibilité de prendre connaissance des procédés employés, des normes de travail et des techniques mises en oeuvre ou dont l'utilisation est envisagée.

En concordance avec ces objectifs, les lois françaises et belges sur la médecine du travail confient aux services de médecine du travail les principales missions suivantes:

. la surveillance générale de la santé des travailleurs et celle orientée vers le dépistage précoce des maladies professionnelles, au moyen de visites médicales périodiques (prévention dite "secondaire");

. l'adaptation du travail à l'homme mais également en contrepoint la possibilité d'affecter "the right man at the right place", ce qui peut constituer un processus de sélection des travailleurs les plus aptes;

. la surveillance des conditions d'hygiène sur le lieu même du travail ce qui favorise la prévention "primaire" des maladies d'origine professionnelle;

. le caractère exclusivement préventif de la pratique médicale dont le seul caractère curatif autorisé est le traitement d'urgence à réserver aux accidents et malades sur le lieu du travail.

La médecine du travail est donc clairement bâtie sur deux pôles: un pôle médical traditionnel comportant un examen médical au cabinet du médecin et un pôle neuf et spécifique à cette discipline, à savoir la visite et la connaissance approfondie des postes de travail et des risques qu'ils présentent.

L'équilibre entre ces deux aspects de la médecine du travail paraît fondamental dans une perspective de prévention des altérations de la santé et pas seulement de dépistage de ces altérations. Or, le législateur ne l'a pas favorisé au départ autant qu'il eût été souhaitable: la réglementation décrit en effet dans le moindre détail pour chaque risque les examens à réaliser et leur périodicité, tandis qu'elle se contente d'énoncer des principes généraux concernant l'examen des lieux de travail. Le poids originel des examens médicaux périodiques dans la législation est sans doute le résultat de deux tendances convergentes, l'une des médecins eux-mêmes qui désirent garder le contrôle et leur discipline et évoluer dans le domaine pour lequel ils ont été formés, et l'autre des milieux patronaux qui ne voient généralement pas de manière enthousiaste l'irruption du médecin du travail dans les ateliers.

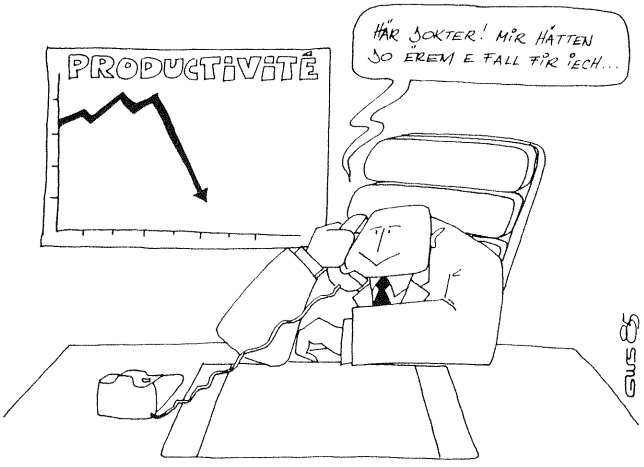
Ce déséquilibre relatif,à tout le moins au niveau des textes, a été sensiblement corrigé depuis par la définition légale du "tiers-temps" en France et par la définition d'une Politique de Prévention en Belgique (1). Le "tiers-temps" français consiste à prévoir pour le médecin du travail 1/3 de temps pour les examens médicaux en cabinet, 1/3 de temps pour l'établissement des dossiers et 1/3 de temps pour l'examen des postes de travail. En Belgique, la nouvelle législation sur la politique de prévention donne un contenu beaucoup plus précis à la notion d'adaptation du travail à l'homme et encourage explicitement le médecin du travail à faire de l'Ergonomie dans l'entreprise. La récente obligation (1978) faite en Belgique au responsable du service de sécurité de l'entreprise d'acquérir une formation spécifique va sans doute favoriser à terme la collaboration de celui-ci avec le médecin du travail pour l'étude des conditions de travail.

La santé des travailleurs: quels besoins?

Bien avant que l'Etat n'impose à chaque entreprise l'obligation de s'affilier à un service médical inter-entreprises ou de créer son propre service médical, certaines entreprises et tout particulièrement les grosses entreprises disposaient de "médecins d'usine" assurant certains services aux travailleurs et parfois également à leurs familles. En prenant ce genre d'initiative, les employeurs répondaient à un double souci: d'une part, développer une politique sociale éclairée pour s'attacher le personnel et faire de l'entreprise une grande famille où il y a convergence d'intérêts, et d'autre part préserver la santé des travailleurs. L'employeur peut en effet trouver un intérêt direct à préserver la santé physique de la main-d'oeuvre de façon à maintenir ou à accroître sa productivité. Cette motivation économique reste entièrement valable aujourd'hui, car les méthodes modernes d'analyses des coûts ont montré qu'elle pouvait être l'importance des coûts "marginaux" et non directement comptabilisés des accidents du travail, des maladies d'origine professionnelle et de l'absentéisme, soupape de sécurité quand les conditions de travail sont mauvaises.

La rationalité économique et les nécessités de la modernisation de l'entreprise peuvent sans doute expliquer que les fédérations patronales ont finalement accepté, bon gré mal gré, de supporter le coût de l'institutionnalisation des services médicaux du travail. Par ailleurs, l'interaction entre santé des travailleurs et productivité n'a pas été niée par les représentants des travailleurs lors des négociations qui ont conduit à l'élaboration des lois sur la médecine du travail. Ainsi, la préface d'une brochure syndicale (2) présentant en 1968 les orientations de la nouvelle loi belge contient-elle ce paragraphe significatif: " Considérons également que pour une très large part, la productivité et, par conséquent, la richesse de notre pays, dont chacun de nous tire profit, dépendent de l'intégrité physique et psychique des travailleurs."

Le contexte économique a depuis lors profondément changé et pour la plupart des employeurs les critères de rentabilité économique n'en sont que renforcés. Les observateurs de l'entreprise en



ce début de 1984 peuvent vérifier quotidiennement que "des investissements susceptibles d'améliorer les conditions sanitaires du travail seront d'autant moins aisément consentis par la direction qu'ils n'entraînent pas d'accroissement de rentabilité compensatoire suffisant" (3).

A l'opposé, il est intéressant d'examiner comment les organisations syndicales des travailleurs ont apprécié en 1968 l'institutionnalisation de la médecine du travail en Belgique à laquelle elles avaient contribué. Pour les organisations de travailleurs, l'instauration des services médicaux du travail comble une importante lacune du système de Sécurité Sociale (4) et elle s'inscrit dans le cadre du droit fondamental à la santé (2).- Le médecin du travail est vu comme un "défenseur naturel des travailleurs", "garant de leur santé, de leur adaptation au travail et par conséquent de leur joie de vivre" (2). La conception de la santé qui transparaît est donc une conception large de bien-être physique et psychique, proche de celle défendue par l'O.M.S., et dépassant nettement la définition, plus restreinte, du texte légal.

Le temps écoulé depuis la généralisation des services médicaux du travail permet de prendre du recul par rapport aux espérances initiales et surtout de voir comment la médecine du travail a été perçue au niveau du travailleur à la base. Dans la mesure où le médecin a le pouvoir de juger de l'aptitude ou de l'inaptitude du travailleur, sa présence a pu être perçue comme une menace réelle(3). Mais plus généralement, les travailleurs manifestent souvent de l'indifférence vis-à-vis de la médecine du travail; ils ne voient pas clairement à quoi elle sert. Le médecin du travail est un "médecin aux mains vides" a-t-on pu écrire (5), car à l'opposé du médecin traitant, il n'a pas le pouvoir de prescrire. De plus, il n'est pas choisi par le travailleur qui est convoqué régulièrement pour des visites médicales dont il perçoit plus le caractère routinier que l'intérêt préventif. Le caractère exclusivement préventif de la médecine du travail en France et en Belgique est cause de difficultés à l'évidence. Le concept même de prévention ou en d'autres termes la préoccupation pour la santé à moyen et à long terme n'est pas développée chez tous les individus avec la même acuité. Les cadres et les intellectuels constituent les couches sociales les plus enclines naturellement à se soucier de leur santé à long terme et à se soumettre dans ce but à des "check-up" réguliers. Certaines entreprises offrent d'ailleurs ce genre de service extra-salarial à leurs cadres. Mais au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, la prédisposition à la prévention diminue, car c'est un luxe que de se soucier de sa santé lorsque des besoins essentiels de nature économique ne sont que partiellement satisfaits(6).

L'intervention du médecin sur les lieux mêmes du travail est en soi appréciée posivitement par les travailleurs, mais elle suscite parfois des attentes auxquelles le médecin ne peut répondre. Expliquons-nous. Le travailleur espère que l'action du médecin va déboucher sur une amélioration de son confort de travail. Ce dernier peut être fonction de l'état de saleté de l'environnement, du taux d'empoussièrement, de la présence de mauvaises odeurs, de l'entretien des sanitaires qui sont mis à sa disposition.Or, le médecin de travail est habilité par la loi à intervenir chaque fois qu'il estime que la santé des travailleurs est menacée. Il pourra donc utiliser son autorité scientifique pour lutter contre des niveaux sonores excessifs ou contre des ambiances thermiques trop élevées en prenant argument sur les limites tolérables qui ont été déterminées scientifiquement et dans certains cas traduites sous forme réglementaire (pour le bruit par exemple, le seuil d'exposition au risque de surdité est fixé à 85 dB(A) en France et à 9o dB (a) en Belgique). Mais lorsqu'il s'agit de facteurs qui ne mettent pas directement en cause la santé du travailleur (mauvaises odeurs ou saleté par exemple), le médecin est prisonnier de la logique scientifique et selon sa personnalité, il aura soit tendance à se taire soit à faire appel au sens commun et à la générosité de l'employeur. Le travailleur exprime donc des besoins, en matière de santé et de bien-être qui ne sont pas reconnus comme tels par le médecin emprisonné dans une logique de la santé correspondant à l'absence de maladies.

A l'inverse, le médecin doit souvent intervenir dans l'entreprise pour préserver le travailleur de risques qu'il ne perçoit pas. Les exemples de ce type abondent dans le domaine de la toxicologie où nombre de substances toxiques peuvent altérer de manière chronique la santé de l'individu sans qu'il n'en ressente aucun effet immédiat qui pourrait l'alerter. Dans ce cas, c'est le médecin qui vient révéler un besoin de santé, et les résistances à son action, lorsqu'il y en a, proviennent généralement de l'employeur qui n'apprécie pas que les travailleurs soient mis au courant des risques qu'ils courent.

Il existe enfin une troisième catégorie de situations où le "besoin de santé" est perçu de manière égale par les travailleurs et par le médecin sans que le médecin puisse pour autant apporter une réponse satisfaisante. De plus en plus, l'évolution des tâches et de leur contenu conduit à une accentuation des facteurs de fatigues nerveuse, de stress et à une diminution de l'exposition aux nuisances physiques et une réduction de la fatigue physique. Dans ces situations, le travailleur demande implicitement ou explicitement au médecin d'agir sur des facteurs tels que les cadences, la monotonie, la parcellisation des tâches. Le médecin du travail est souvent le témoin privilégié des effets nocifs de ces facteurs sur la santé psychique des individus, mais il se sent démuni pour deux raisons: sa formation de

base est le plus souvent très pauvre dans ce domaine et par ailleurs les connaissances scientifiques actuelles en psychologie du travail n'offrent pas, ou pas encore, de méthodes d'évaluation "objectives" ou non contestables qui lui permettraient de formuler un avis autorisé tel que ceux qu'il formule quotidiennement pour les nuisances toxiques ou physiques.

En conclusion, les éléments qui viennent d'être évoqués montrent qu'il n'y a pas toujours concordance entre les besoins exprimés par les travailleurs et ceux perçus par le médecin du travail et que si la médecine du travail est ressentie comme peu utile par les travailleurs, c'est parce que la prévention qui est son axe central ne fait pas partie des attentes prioritaires des travailleurs. Ceux-ci recherchent une amélioration de leur bien-être au travail et dans ce but utilisent volontiers le médecin du travail dans leur stratégie de revendication. Les médecins se plaignent d'ailleurs parfois des tentatives syndicales pour les entraîner à prendre position sur des matières qu'ils considèrent comme étrangères à leur mission et à "leur domaine de compétence". Aussi faut-il reconnaître que dans les faits il peut y avoir contradiction entre la médecine du travail et une médecine des travailleurs. L'organisation actuelle du travail dans la plupart des entreprises ne permet pas, en dépit de quelques tentatives marginales de restructuration des tâches, le développement des capacités d'initiative et de créativité des travailleurs, l'épanouissement de leur personnalité et donc de leur santé au sens complet du terme. Le médecin du travail n'a pas de prise le plus souvent sur l'organisation du travail; il peut seulement agir au coup par coup sur les situations les plus nocives, celles qui déterminent une pathologie manifeste. Comme le fait remarquer un groupe de médecins français, "si le travail et son organisation étaient orientés d'après les besoins et les aspirations de ceux qui travaillent, la médecine du travail serait immédiatement une médecine des travailleurs" (7). Est-il permis de rêver?

L'indépendance du médecin de travail

Les législations belge et française confèrent au médecin du travail un rôle de conseilleur, d'expert en matière de protection de la santé, tant vis-à-vis de l'employeur que des travailleurs. Vu la nature conflictuelle des intérêts en présence, le rôle de conseilleur se transforme souvent en un difficile rôle d'arbitre entre des positions opposées. Aussi depuis l'institutionnalisation de la médecine du travail, un vif débat s'est-il développé au sujet de l'indépendance technique et morale du médecin vis-à-vis de ses partenaires dans l'entreprise. Les organisations de travailleurs ont souligné la relation de subordination à l'employeur que représente le contrat d'emploi liant le médecin à l'entreprise. Cette dépendance existe sous une forme différente mais presque aussi efficace lorsque le médecin dépend d'un service médical extérieur à l'entreprise; en effet, l'employeur peut dans ce cas menacer le directeur du service médical ce désaffiliation s'il ne fait pas entendre raison à un médecin dont il juge l'activisme intempestif.

Les organisations professionnelles des médecins du travail ont d'une certaine manière fait chorus avec les organisations syndicales pour réclamer une meilleure protection juridique du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur. La préservation de l'autonomie professionnelle du médecin est effectivement nécessaire pour empêcher que le médecin du travail ne pratique une forme d'auto-censure insidieuse, consistant à limiter son action dans l'usine et à éviter toute prise de position qui pourrait entraîner son licenciement par l'employeur. Cette revendication peut toutefois procéder de motivations sensiblement différentes: il s'agit alors de préserver ou de renforcer selon le cas le pouvoir médical du médecin dans l'entreprise, milieu où son implantation est récente et somme toute fragile.

Le débat passionné et passionnel sur l'indépendance du médecin a aujourd'hui perdu quelque peu de son acuité pour deux raisons principales: d'une part des modifications ont été apportées à la loi tant en Belgique qu'en France pour créer une procédure spéciale en cas de licenciement du médecin par l'employeur. Cette procédure rend beaucoup plus difficile que par le passé un licenciement abusif. Elle n'empêche naturellement pas que des freins soient mis à l'action du médecin dans l'usine. D'autre part, une consensus s'est créé au sein des organisations de travailleurs et parmi les médecins du travail pour estimer que le vrai débat est ailleurs. L'impact du médecin du travail sur les conditions de travail est en effet fonction avant tout de deux éléments: la politique de l'entreprise vis-à-vis des problèmes de sécurité et d'hygiène d'une part, et le rapport des forces existant entre la direction et les travailleurs d'autre part. Les possibilités d'action d'un médecin du travail motivé et compétent seront restreintes qu'il le veuille ou non à ses activités

LE PATRON EST RESPONSABLE POUR LA SECURITE DE SON PERSONNEL

C'est la conclusion d'un jugement du 13 juillet 1984 dont nous publions un extrait. Un travailleur avait trouvé la mort en tombant du toit lorsqu'il voulait réparer une gouttière.

Le chef d'entreprise ... "a été mis en prévention à titre de dirigeant responsable des constructions métalliques. Si le chef d'entreprise répond pénalement des infractions qui se commettent dans l'entreprise, c'est en raison de l'autorité qu'il exerce sur les hommes et sur les choses ainsi rassemblés, qui constituent son industrie. Fondamentalement c'est ce pouvoir qui est à la source des responsabilités encourues, le salarié étant prisonnier d'une structure sur laquelle il n'a guère de prise. (Journal des Tribunaux du Travail 1980, article de T. Werquin p.40) Ce même chef d'entreprise est personnellement tenu de veiller au respect de la législation sociale. En matière d'hygiène et de sécurité il ne suffit pas de donner des instructions pour éviter les infractions, mais il faut veiller à l'exécution de ces instructions. De même il ne suffit pas de mettre le matériel de protection à la disposition du personnel, encore faut-il veiller à ce qu'il soit effectivement utilisé par celui-ci, sans possibilité d'invoquer une cause de justification. (...)

de dépistage (prévention secondaire), si l'entreprise dans laquelle il exerce ne fait preuve d'aucun souci pour les problèmes de santé et si en même temps le rapport de force y est défavorable aux travailleurs. Lorsqu'au contraire le rapport de force y est favorable aux travailleurs, le médecin du travail pourra généralement agir efficacement puisque ses propositions seront prises en relais par l'organisation syndicale. L'efficacité du médecin du travail dépend donc de l'intérêt porté à une politique de prévention tant par la direction que par les représentants des travailleurs.

Une médecine du travail: pourquoi?

La question que nous voulons soulever n'est pas celle du bien-fondé d'une protection de la santé des travailleurs, mais bien celle de savoir si la médecine du travail contribue efficacement à cette protection. Le développement considérable de la médecine du travail depuis la Seconde Guerre mondiale dans certains pays d'Europe Occidentale, et plus particulièrement en France, en Belgique et en Allemagne Fédérale a-t-il conduit à une amélioration de la santé des travailleurs? A première vue, certains éléments de réponse devraient être trouvés dans l'évolution statistique du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Pour les accidents du travail, on observe tant en France (8) qu'en Belgique (9) les tendances suivantes:

- une diminution d'année en année du nombre d'accidents du travail depuis 1973, c'est-à-dire depuis le début de la récession de l'activité économique;
- une diminution progressive du "taux de fréquence" (correspondant à la fréquence des accidents rapportée aux nombres d'heures travaillées) en France de 1974 à 1981 tandis qu'en Belgique une diminution marquée a été observée de 1973 à 1974 avec depuis lors une relative stagnation du taux de fréquence;
- une stagnation du taux de gravité des accidents. C'est-à-dire du nombre de journées d'incapacité rapporté au nombre d'heures travaillées.

Ces statistiques globales montrent l'importance de l'activité économique et de son corollaire, le rythme de production sur les accidents du travail. Les statistiques françaises (8) semblent toutefois indiquer qu'outre la récession économique, d'autres facteurs (politique de prévention?) paraissent contribuer à diminuer notamment la fréquence des accidents avec arrêt de travail et la fréquence de ceux qui entraînent une incapacité permanente.

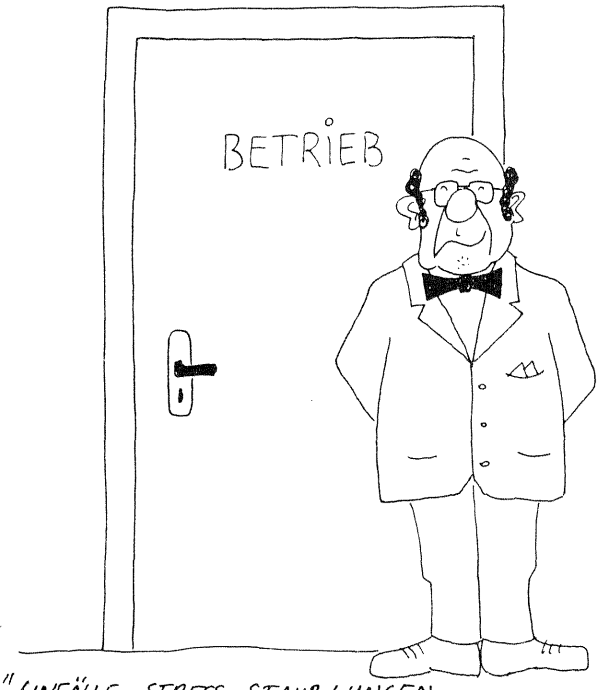
Les statistiques concernant les maladies professionnelles doivent être interprétées avec prudence car un certain nombre de ces maladies sont des affections qui traduisent un effet chronique et cumulatif d'un agent extérieur à l'organisme; il peut donc s'écouler de nombreuses années et parfois des dizaines d'années entre le début de l'exposition et l'apparation d'altérations de la santé. Citons à titre d'exemple dans cette catégorie la surdité due au bruit, l'asbetose et le cancer pleural dus à l'exposition aux fibres d'asbeste, les lésions rénales dues à l'imprégnation chronique par le cadmium. Le nombre de déclarations de maladies professionnelles de ce type ne peut donc pas donner d'informations sur la morbidité récente due à ces agents et n'est que la traduction d'une exposition antérieure. D'autres affections professionnelles, telles que les dermatoses allergiques ou l'hépatite infectieuse, sont par contre caractérisées par une latence courte entre l'exposition à l'agent en cause et la déclaration de l'affectation. En dépit de ces limitations méthodologiques, on peut retirer certaines informations de statistiques globales telles que celles publiées en Allemagne fédérale (10), où le caractère professionnel de certaines affections avait été reconnu dès les années 30. Les chiffres allemands indiquent que la fréquence de déclaration de maladies professionnelles (le rapport entre le nombre de demandes par 10.000 salariés temps plein) a diminué de 8.7 en 1950 à 2.8 en 1980 en passant par des taux intermédiaires de 4.2. en 1960 et 2.3 en 1970. Le taux de reconnaissance de maladies professionnelles (le nombre de cas indemnisés pour la première fois par 10.000 salariés temps plein) a lui diminué de 3.2 en 1950 à 2.0 en 1980, en passant par des taux intermédiaires de 1.8 en 1960 et 1.2 en 1970. Cette évolution globalement positive recouvre des évolutions divergentes selon l'affection considérée: diminution significative des cas de silicose et de saturnisme, augmentation très importante des cas de surdité et plus discrète des dermatoses professionnelles et des maladies infectieuses (hépatite). Une analyse plus approfondie de ces statistiques sort du cadre

de cet article. Cependant, les considérations développées ci-dessus pour les maladies professionnelles comme pour les accidents du travail montrent qu'il est extrêmement difficile d'apprécier objectivement l'impact du développement des services de santé dans l'entreprise. L'outil statistique disponible est trop grossier et les facteurs déterminant l'évolution de la morbidité dans le milieu du travail sont multiples.

Aussi, faut-il se hasarder à dresser un bilan empirique et subjectif de la médecine du travail. Un premier fait peu contesté est que l'institutionnalisation de la médecine du travail a donné un puissant coup d'accélérateur à la recherche sur les effets nocifs et les mécanismes d'action de toute une série de toxiques et d'agents physiques présents dans l'environnement de travail. La constitution d'un vaste corps de médecins spécialisés en pathologie professionnelle a favorisé le développement au sommet de la pyramide, d'institutions de recherche et d'enseignement et a contribué d'autre part à la collecte d'abord éparse et puis de plus en plus systématique d'observations d'ordre épidémiologique. L'épidémiologie en milieu professionnel a permis et permet encore aujourd'hui soit de mettre en évidence de nouvelles maladies, soit de faire suspecter le rôle de certains agents dans l'incidence plus élevée de maladies normalement présentes dans la population générale. Ainsi, la survenue d'un mésothéliome, cancer très rare de la plèvre, n'a été mis en relation pour la première fois avec l'exposition aux fibres d'asbeste qu'en 1959; par ailleurs, les données épidémiologiques disponibles ont révélé que les travailleurs exposés à un solvant, le disulphure de carbone (CS_2), présentaient un taux plus élevé de maladies cardio-vasculaires par artériosclérose que la population non exposée.

Un autre aspect positif lié à l'affiliation obligatoire à un service médical du travail a été l'introduction du médecin du travail dans les petites et les moyennes entreprises où bien souvent les travailleurs, peu ou pas syndiqués, et leur employeur étaient dans l'ignorance des règles les plus élémentaires d'hygiène et de protection contre certaines nuisances. Encore aujourd'hui, on peut considérer qu'en général les conditions de travail sont meilleures dans les grandes entreprises qui possèdent une infrastructure et la volonté de présenter une certaine "image de marque" que dans les petites entreprises, où l'investissement pour la sécurité et la santé pèse souvent d'un poids relatif plus lourd par rapport au chiffre d'affaires.

Le rôle positif joué en général par le médecin du travail peut être illustré par deux exemples récents vécus par l'auteur. Dans une usine de montage automobile, l'action du médecin du travail en faveur de la lutte contre le bruit a débouché sur la mise au point par l'entreprise d'un "silencieux" qui a été adapté sur toutes les boulonneuses en service dans l'usine et qui a réduit le niveau sonore à la source de 94 dB (a) à 86 dB(A). Cette action a réduit presque complètement le risque de surdité et diminue l'inconfort des travailleurs tout en procurant à l'entreprise une source d'économie considérable par la suppression de 600 contrôles audiométriques annuels. Dans une autre entreprise du secteur sidérurgique, la découverte fortuite de lésions d'asbestose à la radiographie chez un travailleur a amené le médecin à entreprendre une enquête approfondie sur l'utilisation de l'amiante dans l'usine. Cette enquête a montré à la surprise de tous que plus d'une tonne d'amiante pénétrait chaque année dans l'usine et que l'asbeste était utilisée en quantités variables à de très nombreux postes de travail. Ces deux exemples montrent l'impact que peuvent avoir certaines initiatives du médecin du travail. Cela se vérifie dans de nombreux secteurs; qu'il suffise de mentionner par exemple l'action de certains médecins pour réduire l'incidence des lombalgies chez les infirmières travaillant dans un service hospitalier ou celle des médecins du secteur tertiaire intervenant lors de la mise en place de terminaux à écran.

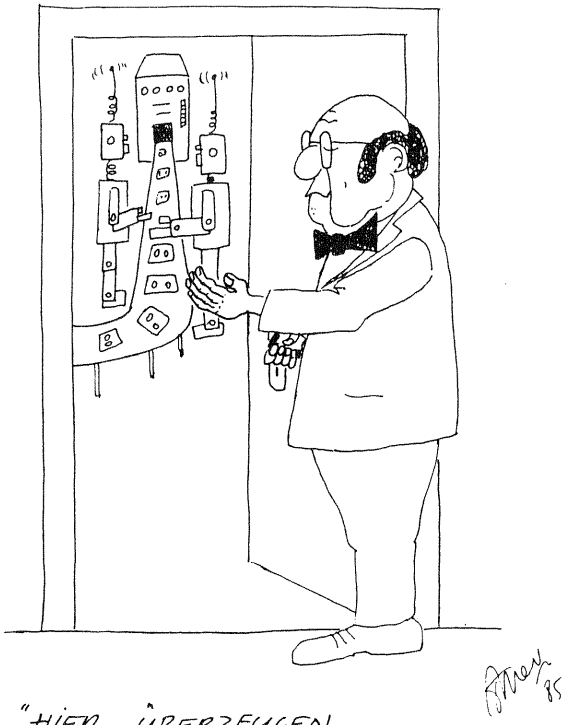


"UNFÄLLE, STRESS, STAUBLUNGEN, BERUFSKRANKHEITEN, HERZINFARKTE, NEIN, DAS GIBT'S IN MEINEM BETRIEB NICHT!"

En conclusion, je pense que la médecine du travail a contribué durant ces 2o dernières années à la réduction des nuisances dans le milieu de travail et à la diminution discrète des affections professionnelles que l'on semble observer. Il est cependant impossible d'identifier la contribution spécifique de la médecine du travail par rapport à d'autres facteurs de progrès qui sont intervenus dans le même sens: la période récente a vu en effet l'émergence de conceptions modernes de gestion de l'entreprise où les facteurs de sécurité, d'hygiène et même de satisfaction au travail sont pris en compte pour améliorer la performance de l'outil de production; parallèlement, les organisations de travailleurs ont, dans les années 7o surtout, marqué un vif intérêt pour l'aspect qualitatif des conditions de travail et cherché à favoriser la prise en charge par les travailleurs eux-mêmes de leur environnement de travail.

Quelles structures?

Il n'est pas sans intérêt d'aborder brièvement la question des structures de la médecine du travail, dans le contexte du Luxembourg où ces structures sont seulement en voie d'élaboration. Les considérations développées dans cet article font essentiellement référence à la situation en Belgique et en France que l'auteur connaît bien. Toutefois, un rapide survol de la situation dans les pays de la CEE montre que les structures et les principes de fonctionnement varient grandement d'un pays à l'autre (11). Les activités du médecin du travail sont exclusivement préventives en France, en Allemagne et en Belgique, tandis qu'aux Pays-Bas, au Danemark, au Royaume-Uni et en Irlande le médecin du travail est autorisé à cumuler certaines activités de soin avec sa mission de prévention (12). Au point de vue des structures, la France et la Belgique, qui s'est largement inspiré du modèle français, imposent l'affiliation à un service médical à toutes les entreprises quelle que soit leur taille. La législation dans ces deux pays est extrêmement détaillée et stipule pour chaque risque professionnel la périodicité des examens médicaux, les examens biologiques à réaliser, les mesures de prévention technique à adopter. Cet appareil réglementaire devrait assurer une excellente médecine du travail si toutes ses dispositions étaient appliquées. Il présente toutefois l'inconvénient de tout système bureaucratique: il laisse peu de place à l'initiative des professionnels concernés et constitue un système rigide, qu'il n'est pas



facile d'adapter aux réalités rapidement évolutives de l'industrie et aux nouvelles connaissances scientifiques.

A l'opposé des principes qui régissent la médecine du travail en Belgique ou en France, la Grande-Bretagne a adopté une philosophie de non-interventionnisme étatique qui se traduit par une réglementation limitée à de grands principes généraux (11). Le système actuel trouve son origine dans le rapport de la commission parlementaire présidée par Lord Robens (1972) qui déclarait notamment que "la responsabilité de mener une action par rapport aux accidents du travail et aux maladies professionnelles incombe en premier lieu à ceux qui créent les risques et à ceux qui y sont exposés". Le rapport suggérait de baser les actions de prévention plus sur une base volontaire et de responsabilité individuelle que sur une réglementation très détaillée. La législation anglaise se contente en conséquence de souligner la responsabilité de l'employeur dans la préservation de la santé de ses travailleurs, lui laissant le choix des moyens. La législation est complétée par différentes normes, sous la forme de "Codes of Practice", pour les principaux risques professionnels. L'employeur n'est pas tenu de respecter nécessairement ces normes s'il peut montrer que les objectifs définis dans le Code of Practice sont atteints par d'autres méthodes. Dans ce cadre réglementaire très souple, les services de médecine du travail sont établis sur une base volontaire et le médecin du travail dans ce cas est explicitement considéré comme un conseiller du patron pour les problèmes de santé, ce qui naturellement clarifie son rôle dans les rapports de force internes à l'entreprise. La souplesse du système britannique est parfois enviée par les médecins du travail du Continent.

Cependant, le débat fondamental doit porter sur l'efficacité comparée d'un système dirigiste de type français et d'un système libéral de type britannique, car l'essentiel est de savoir laquelle de ces structures de médecine du travail contribue le mieux à la protection de la santé des travailleurs. Or, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant comparé les résultats des deux systèmes.

Il paraît donc dfficile de conclure dans un sens ou dans l'autre. Nous pensons néanmoins que ces deux approches radicalement différentes ne sont peut-être pas également efficientes quelle que soit l'entreprise considérée. On peut en effet faire l'hypothèse que dans les grandes entreprises, la médecine du travail est de toute manière jugée nécessaire et que le caractère plus ou moins contraignant de la réglementation n'influence pas significativement les résultats. Dans les entreprises de petite taille par contre, on peut penser qu'une réglementation rigide constitue une sorte de protection minimale du travailleur contre la négligence de l'employeur en matière d'hygiène et de sécurité; dans ces entreprises, est-il raisonnable de fonder la politique de protection uniquement sur le sens des responsabilités de l'employeur? Nous avons déjà souligné l'intérêt que représente dans ces entreprises la visite annuelle obligatoire des lieux de travail par un médecin.

Aussi peut-on souhaiter que l'Etat luxembourgeois tire profit des leçons des expériences étrangères en matière de médecine du travail de façon à mettre sur pied des structures et une réglementation qui évitent dans la mesure du possible les inconvénients observés dans d'autres pays de la CEE.

Enjeux pour l'avenir

La médecine du travail est une discipline jeune et elle a cependant déjà beaucoup évolué depuis les débuts de son développement après la Seconde Guerre mondiale. Cette évolution n'est pas près de s'arrêter. En effet, les mutations technologiques en cours dans l'industrie et dans la société toute entière sont porteuses de changements importants dans les conditions du travail qui ne peuvent rester sans effet sur les structures sanitaires mises en place pour les travailleurs. Les transformations déjà amorcées dans l'industrie montrent que l'automatisation et la robotisation des processus de production conduisent à réduire le volume de main-d'oeuvre nécessaire et à modifier profondément, pour les travailleurs qui gardent un emploi, le contenu des tâches. Pour ceux-là, l'exposition à des nuisances physiques ou toxiques est généralement très réduite et le travail consiste surtout à surveiller et à contrôler le fonctionnement des systèmes complexes mis en place. On peut donc faire l'hypothèse que l'importance relative de la pathologie professionnelle de type organique va encore diminuer tandis que les facteurs de stress psychique et la charge mentale du travail vont acquérir une importance croissante. A ce tableau sommaire, il faut ajouter qu'un nombre croissant de travailleurs sortent de l'entreprise 1o ou 15 ans avant le terme normal de leur carrière et qu'ils échappent donc prématurément à la tutelle sanitaire de la médecine du travail. Les chômeurs âgés sont des travailleurs qui peuvent présenter des années après leur licenciement des troubles de santé en relation avec certains toxiques auxquels ils ont été exposés dans le passé.

Face aux évolutions qui s'amorcent, on peut imaginer différentes réponses adaptatives de la part des médecins du travail:

. une ouverture accentuée sur l'amélioration des conditions sur le lieu même du travail en collaboration étroite avec le responsable de la sécurité et de l'hygiène et, en fonction des nécessités, avec le responsable des méthodes pour la conception de nouvelles installations et l'organisation du travail. L'implication de plus en plus prononcée du médecin dans une approche de type ergonomique fait cependant craindre à certains une "démédicalisation" du médecin du travail (5);

. un repli relatif sur le "médical " et sur le champ de compétence naturel du médecin, en compensant éventuellement la diminution des activités de protection médicale stricte des travailleurs par le développement d'activités préventives non spécifiques, telles que le dépistage du cancer ou des maladies cardio-vasculaires.

Ces enjeux importants pour les professionnels de la médecine du travail et pour les structures dans lesquelles ils travaillent ne doivent pas masquer d'autres enjeux: quel sera la participation des travailleurs dans les structures sanitaires que le Luxembourg se prépare à mettre en place?

Dr Ph. Mairiaux

(1) Arrêté Royal du 2o.o6.1975 sur la Politique de Prévention.
(2) Les services médicaux du travail. Sécurité et Hygiène no.17, 1968. Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB).
(3) Van Dormael M.: Médecine du Travail. Est-ce la santé? Intermédiaire, 12,6, 1981.
(4) La médecine du travail. Clartés ouvrières, 1969, Confédération des Syndicats Chrétiens (C.S.C.).
(5) Philbert M., Raix A., Cavigneaux A. et Assouly M.: Les lacunes et insuffisances de la médecine du travail en France. Rev. Prat., 3o, 55, 3871-3877, 198o.
(6) Van Dormael M.: Le médecin dans l'entreprise. Mémoire de sociologie, UCL, janvier 1973.
(7) Collectif de réflexion: Travail, médecine, santé. Prévenir, Cahier no.3, octobre 198o, Marseille.
(8) Statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles pour 1981. Travail et Sécurité, 3, 17o-173, 1983.
(9) Annuaire de la Securité et de l'Hygiène du Travail, 1983-1984. Ministère de l'Emploi et du Travail, Bruxelles.
(1o) Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Arbeitsunfallstatistik für die Praxis, Bonn, 1982.
(11) Parmeggiani L.: Législation en médecine du travail, dans l'Encyclopédie de médecine, d'hygiène et de sécurité au travail, B.I.T., Genève, 1498-15o2, 1983.
(12) Champeix J.: La médecine du travail dans les neuf pays de la CEE, Rev. Prat., 3o, 3881-3889, 198o.

BAYERNS POLIZEI SCHIESST BLEIFREI

Bei jedem Schuss wird in der Regel eine winzige Menge Blei freigesetzt, die angesichts der geringen Schusshäufigkeit keine Umweltbedrohung darstellt, die aber bei häufigem Schiessen in geschlossenen Räumen möglicherweise gesundheitsgefährdend ist. Wie OKOTEST 4/85 berichtet, wurde in Bayern eine neue Übungsmunition für die Polizei angeschafft. Der Preis für diese arbeitsmedizinische Vorbeugungsmassnahme beläuft sich auf 16 Pfennige pro Schuss, bzw. auf 23o ooo DM jährlich bei 1,5 Millionen Schuss. 66