

A quoi sert le médecin du travail?

E. Gubéran¹

Service du médecin du travail du canton de Genève

L'objectif de la médecine du travail étant de: «promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques» [8], il peut paraître sacrilège de s'interroger sur l'utilité et sur l'efficacité du médecin du travail. La santé des travailleurs d'un pays ne sera-t-elle pas meilleure plus il y aura de médecins du travail, de même que celle de l'ensemble de la population plus il y aura de médecins praticiens? C'est sur la base de telles présomptions que les pays développés ont accepté de consacrer une part toujours croissante de leur produit national brut aux dépenses pour la santé, et que beaucoup réclament le développement rapide de la médecine du travail. Mais nous avons pris conscience, au cours de ces dernières années, du caractère limité tant des ressources naturelles de notre planète que des ressources économiques de nos sociétés, cela même dans les pays «les plus riches du monde».

Evaluation de l'action du médecin du travail

a) Prévention des accidents et des maladies professionnelles

Si l'on ne peut plus aujourd'hui se contenter de bons sentiments pour justifier une généralisation de la médecine du travail à tous les salariés, il faut alors déterminer quand et où elle est efficace, et sur la base de quels critères. En Grande-Bretagne Cochrane, l'un des partisans les plus convaincus de l'application des essais contrôlés non seulement aux nouveaux médicaments mais à toutes les activités médicales, a proposé de pratiquer un tel essai entre deux groupes d'entreprises de la même branche économique tirés au sort. Seul un des deux groupes serait doté de services médicaux du travail d'un très haut niveau technique et, pendant quelques années, on comparerait l'évolution des statistiques d'accidents et de maladies professionnels, d'absentéisme, et de productivité. Cette étude n'est malheureusement qu'à l'état de projet, mais il est probable qu'elle sera réalisée dans un proche avenir [7].

Une autre voie d'approche est celle des comparaisons internationales. Trois pays, la France, la Grande-Bretagne et l'Allemagne fédérale, présentent d'assez grandes similitudes quant à leur population et à leur développement socio-économique. Jusqu'à une date

Comment un médecin au service des autorités cantonales envisage avec originalité et non sans esprit critique et frondeur l'action du médecin du travail.

récente¹, seule la France avait un système généralisé de médecine du travail institué en 1946 déjà. En 1970, on y comptait un nombre de médecins d'entreprise près de quatre fois supérieur (*tabl. 1*). A l'occasion des «manifestations solennelles» qui ont marqué le 30^e anniversaire de la médecine du travail en France, Furon [11] a tenté d'en faire le bilan. Après avoir rappelé qu'elle a été instaurée à une période où les problèmes de santé publique étaient au premier plan, il lui attribue une part importante dans le déclin de la tuberculose dont le dépistage était, il y a vingt à trente ans, un des objectifs prioritaires des médecins du travail. Comme second élément positif il indique la diminution des accidents du travail, due en partie au dépistage des travailleurs atteints d'un handicap (de la vue, de l'ouïe, etc.) qui n'ont pas été affectés à des postes dangereux.

Les faits confirment-ils cette argumentation? Nous avons cherché à le savoir en examinant l'évolution de la mortalité en France, où tous les salariés sont soumis à l'examen annuel du médecin du travail, ainsi qu'en Allemagne, en Grande-Bretagne et en Suisse, où ce n'est le cas que pour une très petite minorité d'entre eux. Ainsi qu'on peut le voir au *tableau 1*, la diminution des taux de mortalité pour la tuberculose pulmonaire et pour les accidents du travail n'était pas plus prononcée en France que dans les autres pays. Le déclin de la mortalité tuberculeuse est donc dû à d'autres facteurs (amélioration de l'alimentation et de l'hygiène, nouvelles thérapeutiques) qui ont exercé leur influence de manière similaire dans les quatre pays, mais avec un succès plus marqué en Grande-Bretagne. De même pour les accidents, il paraît raisonnable d'attribuer la réduction de la mortalité à l'amélioration des mesures de sécurité, de l'information et de l'éducation des travailleurs et des cadres, ainsi qu'à l'action des ingénieurs de sécurité, des comités d'hygiène et de sécurité, etc., plutôt qu'au dépistage effectué par les médecins du travail.

¹ Médecin du travail, Rue F.-Hodler 23, 1207 Genève.

¹ En Allemagne fédérale, la loi du 12 décembre 1973 a prévu une généralisation de la médecine d'entreprise(s). Cette loi n'est encore que très partiellement appliquée faute, notamment, de médecins du travail en nombre suffisant.

Tableau 1. Population active, médecins du travail et évolution des taux de mortalité par tuberculose et par accidents du travail, dans quatre pays occidentaux.

	Année	France		Allemagne fédérale		Grande-Bretagne		Suisse	
Population active 1970, millions		20,6		26,9		25,7		3,0	
Médecins d'entreprise à plein temps 1970		1729		626		600		30	
		N/100 000 personnes actives		8,4		2,3		1,0	
Mortalité par tuberculose pulmonaire (taux par 100 000 habit.)	1948	62,3	-91 %	56,6	-91 %	43,2	-96 %	40,8	
	1973	5,3		5,0		1,7		4,8	
Accidents mortels du travail:									
Industries extractives	1948	1,18 a)	-42 %	1,62 a	-57 %	0,76 a	-38 %		
	1973	0,69 a)		0,69 a		0,47 a			
Industries manufacturières	1956	0,14 b)	-29 %	0,25 a	-36 %	0,05 b	-20 %	0,22 a	
	1974	0,10 b)		0,16 a		0,04 b		0,15 a	
Construction	1966	0,48 b)	-4 %	0,46 a	-28 %	0,21 b	-29 %	0,79 a	
	1974	0,46 b)		0,33 a		0,15 b		0,66 a	

a = Pour 1000 années-homme de 300 jours

b = Pour 1000 personnes occupées (effectif moyen)

Sources: Réf. [1, 2, 12, 17, 19].

Qu'en est-il des maladies professionnelles dont l'auteur français estime que la diminution progressive est une preuve de l'efficacité de la médecine du travail? Si l'on compare (tabl. 2) non pas le nombre absolu – car la procédure de déclaration des maladies professionnelles varie beaucoup d'un pays à l'autre – mais la diminution relative des cas annoncés annuellement, on constate que le dépistage généralisé réalisé en France n'a pas donné de résultat supérieur à celui beaucoup plus fragmentaire des autres pays. Il faut donc admettre qu'il n'existe pas de corrélation entre le nombre de médecins du travail et la diminution des accidents du travail, des maladies professionnelles et de la tuberculose, dans les pays considérés.

b) Adaptation du travail à l'homme

Si l'influence du médecin du travail dans l'efficacité de la prévention paraît très secondaire, peut-on espérer que son action sera décisive pour «promouvoir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs» selon la définition OIT/OMS? Dans ce domaine nous ne disposons guère d'indices qui permettent de mesurer la «qualité de la vie».

Cependant, un nombre croissant de données convergentes se dégagent de diverses études effectuées au cours de ces vingt dernières années. Parmi les plus récentes, il faut signaler l'enquête *Work in America* [21] du «Department of Health, Education, and Welfare», et l'analyse de l'économiste anglais *Schumacher*

Tableau 2. Evolution de l'incidence de certaines maladies professionnelles (cas déclarés annuellement), dans quatre pays occidentaux.

	Année	France		Allemagne fédérale		Grande-Bretagne		Suisse
Silicose ou pneumoconioses (nouveaux cas)	1954	7875		29558		4559		266 a
	1974	3677	-53 %	6198	-79 %	788	-83 %	332 +25 % e
Saturnisme (nouveaux cas)	1961	342	-52 %	753	-48 %	71	-49 %	47 b
	1974	164		388		36		23 c
Intoxications chroniques d	1961	1231	-37 %	2672	-38 %	502	-72 %	310 b
	1974	775		1645		143		269 -13 %

a = Moyenne annuelle 1953-1957.

b = Moyenne annuelle 1958-1962.

c = Moyenne annuelle 1968-1972.

d = Groupe d'intoxications chroniques différant d'un pays à l'autre (nouveaux cas).

e = L'augmentation des cas de pneumoconiose déclarés annuellement en Suisse est due à plusieurs facteurs, notamment: l'insuffisance de la prévention, l'augmentation en nombre des travailleurs exposés, l'extension et l'amélioration du dépistage à un stade précoce de la maladie.

Sources: Réf. [3, 4, 9, 10, 14, 18, 20].

[16]. La conclusion qui se dégage de l'ensemble de ces études est que les travailleurs des sociétés industrielles avancées ressentent un sentiment croissant de frustration, d'aliénation et d'insécurité face au travail «en miettes», monotone et dépourvu d'intérêt auquel ils sont astreints¹. Même si le médecin peut participer à l'amélioration de «l'environnement» du travail, le fait que les usines soient plus belles, plus propres, mieux éclairées et (parfois) moins bruyantes que dans le passé, ne peut avoir qu'une influence marginale sur le «bien-être physique, mental et social» des travailleurs. Celui-ci dépend avant tout des possibilités de réalisation de soi dans le travail et il ne peut être obtenu, à mon avis, que par une action collective et une transformation de l'échelle des valeurs de notre société.

c) Prévention générale

De même que pour la tuberculose, l'affirmation de *Furon* [11] selon laquelle la médecine du travail a eu, par l'éducation sanitaire, «un effet non négligeable sur certains fléaux comme les obésités, la malnutrition ou l'alcoolisme» n'est étayée par aucun fait. La France reste toujours largement en tête des pays européens dans les statistiques sur l'alcoolisme.

On doit donc s'interroger sur l'utilité, dans le domaine de la prévention générale, de l'examen médical annuel par le médecin du travail auquel sont soumis, par exemple, plus de 20 millions de salariés français! Les maladies pour lesquelles il existe des preuves convaincantes que le dépistage, à un stade asymptotique, peut conduire à un traitement efficace (mesurable par une diminution de la morbidité et de la mortalité) sont très rares [5], [6]. Dans le cadre limité de l'examen annuel par le médecin du travail, seule probablement l'hypertension artérielle fait partie de cette catégorie de maladies. Mais, comme l'ont montré diverses études épidémiologiques [15], une petite minorité seulement des hypertendus reçoit un traitement adéquat et accepte de s'y soumettre pendant de longues années, conditions nécessaires pour que le pronostic de cette affection soit modifié. De plus, le dépistage de l'hypertension peut tout aussi bien être effectué par une infirmière d'entreprise.

Dans deux brillants ouvrages, *Cochrane* [5] et *McKeown* [13] ont démontré, sur la base de statistiques irrécusables, que l'état de santé des populations des pays développés ne dépendait pas du nombre de médecins et d'actes médicaux. Les «maladies de la civilisation» – maladies cardio-vasculaires, cancers, accidents, suicides – ne seront pas maîtrisées par un

accroissement des dépenses pour la santé. Seule une transformation des comportements individuels (tabagisme, excès alimentaires, absence d'exercice physique, etc.) et une action sur l'environnement (pollution, «stress» consécutif au travail et à la vie dans les grandes concentrations urbaines) agiront sur les causes de ces maladies dont l'influence sur «l'espérance de vie» est aujourd'hui prépondérante.

Rôle du médecin du travail

Il est temps, je crois, d'abandonner la croyance que l'examen médical en soi protège la santé du travailleur. Cet examen, même s'il est baptisé «prévention médicale», n'est souvent qu'un alibi commode et relativement peu coûteux pour ceux qui veulent éviter les efforts financiers et d'organisation qu'exige la prévention réelle. Il faut donc redéfinir le rôle du médecin du travail. Celui-ci a trois tâches principales:

1. Identifier et mesurer, par des études cliniques et épidémiologiques, les risques provenant des nouveaux produits et des nouveaux processus de travail, ainsi que les risques à long terme (notamment le risque de cancer) des produits anciens dont les effets chroniques n'ont pas été investigués.
2. Conseiller les employeurs et les travailleurs, l'inspection du travail, etc., sur les mesures de prévention.
3. Contrôler périodiquement si la prévention est efficace, notamment par l'examen médical et les contrôles biologiques des travailleurs exposés à des risques bien définis.

Aucune de ces tâches ne peut être remplie sans une collaboration interdisciplinaire avec les ingénieurs de la sécurité, les hygiénistes et toxicologues industriels et tous les spécialistes concernés par la sécurité du travail.

La mise en œuvre d'une prévention efficace, mesurable par une réduction décisive des accidents et des maladies professionnels, est entre les mains des intéressés eux-mêmes: travailleurs, cadres et employeurs. Les sommes d'énergie et d'argent qui doivent être mobilisées pour atteindre ce but sont immenses. Les architectes et les ingénieurs doivent concevoir et construire des usines, des installations et des machines «non dangereuses». Les travailleurs et les cadres doivent promouvoir et appliquer sans relâchement les mesures de sécurité, et vérifier qu'elles continuent à être efficaces dans les conditions sans cesse changeantes de la production. Les employeurs, enfin, doivent – malgré les impératifs de la rentabilité – participer personnellement à l'élaboration d'une politique de prévention dans leur entreprise et, surtout, y mettre le prix!

Comment développer la médecine du travail en Suisse?

Dans les pays qui n'ont pas imposé l'extension des services de médecine du travail à toutes les entreprises, ceux-ci se sont développés principalement dans les grandes entreprises, généralement sur une base volon-

¹ «That soul-destroying, meaningless, mechanical, monotonous, moronic work is an insult to human nature which must necessarily and inevitably produce either escapism or aggression, and that no amount of «bread and circuses» can compensate for the damage done – these are facts which are neither denied nor acknowledged but are met with an unbreakable conspiracy of silence – because to deny them would be too obviously absurd and to acknowledge them would condemn the central preoccupation of modern society as a crime against humanity.» (*Schumacher* [16], p. 30).

taire. (Dans quelques pays ils sont obligatoires pour cette catégorie d'entreprises, ainsi en Hollande à partir de 750 travailleurs). Les grandes entreprises ont en effet les moyens de développer diverses activités de type social, ainsi qu'un service de sécurité comprenant quelques spécialistes; elles s'efforcent également de lutter contre «l'absentéisme». De plus, les travailleurs y sont souvent bien organisés et insèrent, plus qu'autrefois, des revendications concernant leur santé et leur sécurité. Pour toutes ces raisons les grandes entreprises estiment souvent utile d'engager un médecin du travail.

Les petites et moyennes entreprises n'ont généralement pas les capacités financières et le niveau d'organisation des plus grandes et les services interentreprises de médecine du travail ne se sont répandus que dans les pays où ils ont été institués par la loi (France, Belgique). On peut remarquer également que l'action du médecin du travail est plus difficile dans ces entreprises, car les inconvénients de sa dépendance à l'égard de la direction ne sont pas compensés par une influence personnelle auprès des travailleurs, des cadres et de l'employeur grâce à sa présence constante sur les lieux de travail, comme c'est le cas dans les grandes entreprises.

Les Britanniques ont cherché à résoudre cette difficulté en créant, en 1973, un «Employment Medical Advisory Service» formé d'une centaine de «médecins conseillers» (Medical Advisors) dépendant de l'Etat et répartis dans toutes les régions du pays [10]. Ce service a pour tâches d'exercer la surveillance anciennement attribuée aux médecins inspecteurs, d'effectuer des contrôles médicaux – prescrits ou non par la loi – dans les entreprises (surtout petites et moyennes) qui n'ont pas de médecin du travail; il doit aussi entreprendre des enquêtes (notamment à la demande des syndicats, de l'inspection du travail, etc.) et des recherches épidémiologiques sur la morbidité et la mortalité des maladies professionnelles, et s'occuper de la réadaptation et du reclassement des handicapés. Disposant de laboratoires médicaux et de toxicologie, ainsi que de la collaboration de spécialistes d'autres disciplines (hygiénistes, toxicologues, statisticiens), les médecins conseillers britanniques travaillent en collaboration avec l'inspection du travail, les autres services médicaux et divers organismes publics concernés par la santé des travailleurs et la prévention des accidents professionnels.

Il s'agit là d'une expérience originale et particulièrement intéressante pour notre pays qui ne compte qu'un très petit nombre de grandes entreprises. On pourrait facilement envisager chez nous une répartition des tâches entre les médecins du travail des grandes entreprises et des médecins conseillers dépendant d'un service de type britannique étendu à tout le pays sur une base cantonale ou régionale. Le Service médical du travail de l'Ofiamt et celui de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pourraient en assurer la coordination centrale. Dans chaque canton ou région, un ou quelques médecins du

travail effectueraient la surveillance médicale des entreprises, les enquêtes ponctuelles (à la demande des médecins praticiens, syndicats, inspections du travail, etc.) et les études à long terme. Ils auraient également la responsabilité des contrôles médicaux (des travailleurs exposés à des risques précis) dont beaucoup sont déjà institués légalement par la Caisse nationale. Actuellement, ces contrôles sont effectués par des médecins praticiens, sans formation en médecine du travail, qui examinent les travailleurs à leur cabinet et n'ont pas le droit de se rendre dans les entreprises pour y examiner les conditions de travail et y prescrire les mesures de sécurité. Celles-ci dépendent des médecins et des autres spécialistes de l'assurance, insuffisants en nombre et souvent fort éloignés des entreprises (ils sont situés à Lucerne et à Lausanne).

Il me paraît important de souligner également qu'un assez grand nombre d'entreprises moyennes ont un chargé de sécurité et une infirmière d'entreprise, souvent à temps partiel, que l'on doit considérer comme les «combattants de première ligne» de la prévention. Ceux-ci pourraient trouver dans ces médecins conseillers, indépendants des entreprises, un soutien efficace à leur action souvent isolée et difficile.

Bien entendu, ces médecins conseillers devraient pouvoir s'appuyer sur des laboratoires d'hygiène industrielle et de toxicologie, tels qu'il en existe déjà dans quelques cantons, ainsi que sur les spécialistes et les laboratoires médicaux des hôpitaux cantonaux. De plus, leur action ne saurait être efficace sans une collaboration étroite avec les inspections cantonales du travail et la Caisse nationale.

D'après l'expérience (modeste) que j'ai acquise depuis 1971 comme «médecin inspecteur du travail du canton de Genève», dans une situation qui présente de nombreuses analogies avec celle du Medical Advisor, il me paraît – bien qu'il soit imprudent d'être à la fois juge et partie – que c'est sur le modèle britannique que la médecine du travail trouverait en Suisse ses meilleures chances de développement, et cela dans des limites financières raisonnables.

Résumé

Une analyse des statistiques de quatre pays occidentaux montre une diminution des accidents et maladies professionnels et de la tuberculose, au cours des dernières décennies. Cette diminution n'est cependant pas en corrélation avec le nombre de médecins du travail, ni avec l'extension des examens médicaux annuels obligatoires. L'efficacité de la prévention dépend principalement de l'action des intéressés eux-mêmes: employeurs, cadres et travailleurs. Si l'examen médical en soi ne protège pas la santé du travailleur, les tâches du médecin du travail doivent être redéfinies:

a) identification des risques par des études cliniques et épidémiologiques, b) conseils concernant la prévention, c) contrôle de l'efficacité des mesures prises, notamment par l'examen médical et/ou biologique des travailleurs exposés à des risques bien définis. La médecine du travail pourrait être développée en Suisse, dans des limites financières raisonnables, par une répartition des tâches entre les médecins des grandes entreprises et des nouveaux médecins du travail cantonaux ou régionaux.

Summary

What is the use of an occupational physician?

In four occidental countries, an analysis of available statistics shows a decrease of industrial accidents, occupational diseases and tuber-

culosis during the last decades. However this decrease is correlated neither with the number of occupational physicians, nor with the spread of statutory annual medical examinations. Efficient prevention depends mainly on measures taken by the employers and employees themselves. If the medical examination in itself doesn't protect the worker, tasks of the occupational physician should be reassessed: a) to identify health hazards in industry by clinical and epidemiological surveys, b) to advise on safety at work, c) to control the effectiveness of the measures taken by medical examination and/or biological tests of workers exposed to well defined hazards. Occupational health could be developed in Switzerland, with limited cost, by sharing the tasks between the occupational physicians already working in the large industries and new occupational State-physicians in cantons or regions.

Zusammenfassung

Wozu ist der Arbeitsarzt nützlich?

Eine Analyse der Statistiken von vier westlichen Ländern ergibt in den letzten Jahrzehnten eine Abnahme der Arbeitsunfälle, der Berufskrankheiten und der Tuberkulose. Doch zeigt diese Abnahme weder eine Korrelation mit der Anzahl der Arbeitsärzte, noch mit den obligatorischen jährlichen ärztlichen Untersuchungen. Die Wirksamkeit der Vorbeugungsmassnahmen hängt vor allem vom Willen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber selber ab. Da eine Vorsorgeuntersuchung an sich nicht geeignet ist, die Gesundheit der Arbeiter zu erhalten, drängt sich eine Neudefinition der Aufgaben des Arbeitsarztes auf: a) die Feststellung der Berufsrisiken durch klinische und epidemiologische Studien, b) die Beratung über Vorbeugungsmassnahmen, c) die Kontrolle der Wirksamkeit der ergriffenen Massnahmen, besonders durch ärztliche und/oder biologische Untersuchungen der exponierten Arbeiter. In der Schweiz könnte die Arbeitsmedizin durch eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den schon tätigen Arbeitsärzten der grossen Betriebe und den «neuen» kantonalen oder regionalen Arbeitsärzten ohne hohe Kosten ausgebaut werden.

Bibliographie

- [1] Annuaire des statistiques du travail, BIT, Genève.
- [2] Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, OMS, Genève.
- [3] Annual Report of H. M. Chief Inspector of Factories, HMSO, London.
- [4] Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.
- [5] *Cochrane, A. L.*, L'inflation médicale, Réflexions sur l'efficacité de la médecine, Galilée, Paris 1977.
- [6] *Cochrane, A. L.*, and *Holland W. W.*, Validation of screening procedures, Br. med. Bull. 27, 3–8.(1971).
- [7] *Cochrane, A. L.*, Communication personnelle.
- [8] Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du travail, deuxième rapport, Sér. techn. No 66, OMS, Genève 1953.
- [9] Digest of Pneumoconiosis Statistics, HMSO, London.
- [10] Employment Medical Advisory Service, A Report of the Work of the Service for 1973 and 1974, HMSO, London 1975.
- [11] *Furon, D.*, A propos d'un anniversaire: Comment apprécier le fonctionnement des services médicaux du travail. Travail et Sécurité, janvier 1977, p. 30–32.
- [12] *Hunter, W. J.*, Some aspects of occupational health, Update 9, 1283–1297 (1974), Résumé in Excerpta Medica Section 35, 5, 530 (1975).
- [13] *McKeown, T.*, The Role of Medicine, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976.
- [14] Résultats de la statistique des accidents, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Lucerne.
- [15] *Schoenberger, J. A.*, *Stamler, J.*, *Shekelle, R. B.*, and *Shekelle S.*, Current status of hypertension control in an industrial population, JAMA 222, 559–562 (1972).
- [16] *Schumacher, E. F.*, Small is Beautiful, A Study of Economics as if People Mattered, ABACUS, London 1974.
- [17] Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, OMS, Genève.
- [18] Statistiques nationales d'accidents du travail, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.
- [19] *Thiess, A. M.*, Occupational medicine in the Federal Republic of Germany, Journal Soc. Occup. Med. 23, 84–85 (1973).
- [20] Unfallverhütungsbericht, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/189, Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn 1973.
- [21] Work in America, Report of a Special Task Force to the Secretary of Health, Education, and Welfare, MIT press, Cambridge Mass. 1973.