

Les rôles du médecin du travail

Occupational physician roles

C. De Brouwer¹, J. Thimpont^{1,2,3}, C. Mahau^{1,4}, M. Elenge-Molayi¹ et P. Farr⁵

¹Unité de Santé au Travail et de Toxicologie du Milieu, Ecole de Santé publique, U.L.B.,

²Service de Pneumologie, Hôpital Erasme, ³Fonds des Maladies Professionnelles,

⁴Groupe Delhaize Le Lion, ⁵CBMT asbl (Service externe pour la prévention et la Protection au Travail)

RESUME

La médecine du travail est une discipline médicale importante en Belgique, avec un millier de praticiens environ. Les rôles des médecins du travail doivent s'analyser sur base d'un prescrit légal et d'une pratique de terrain. L'examen des rôles des médecins du travail dans différents pays montre que le prescrit réglementaire forme un cadre important à partir duquel le médecin peut déployer sa pratique dans l'entreprise.

A contrario il en est également le moyen qui permet aux partenaires sociaux de l'entreprise de la contraindre. Toujours est-il que les rôles réels des médecins du travail sont nettement plus larges que ne le laisse soupçonner le prescrit réglementaire, touchant des domaines très divers qui en font une véritable discipline médicale préventive généraliste. Elle est de moins en moins une discipline de santé publique et se rapproche petit à petit dans sa pratique des disciplines dites cliniques, en ce sens que le colloque singulier, la connaissance particulière des postes et risques de travail de chaque travailleur et l'individualisation de l'action en sont les bases. Par contre, les pratiques liées à l'(in)aptitude au travail et son cortège d'actes médico-administratifs autoritaires, héritages de la santé publique, peu efficaces, devraient largement disparaître du prescrit, afin de permettre un déploiement plus approfondi dans ses actions de médecine préventive individuelle en pesant sur les organisations industrielles, en proposant les adaptations des postes de travail nécessaires, la limitation des expositions aux nuisances, la remédiation de la charge psycho-sociale, etc., à travers des "ordonnances de prévention".

Complémentaire, le vieillissement de la population impose de nouvelles solutions pour réhabiliter les travailleurs âgés, et ceci modifiera d'une part l'approche médicale en milieu de travail, mais d'autre part, impose dès maintenant une collaboration plus étroite avec la médecine générale, laquelle est de nature à améliorer les capacités d'action des deux disciplines médicales.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 297-303

ABSTRACT

Occupational medicine is an important medical discipline in Belgium, with about one thousand of experts. Roles of the occupational physicians must be analyzed on the basis both of legal prescriptions and real practice. The examination of the roles of the occupational physician in various countries shows that regulation are an important legal framework from which he can deploy his practice. A contrario it is also the means which makes it possible to the unions and the management to force him. However the real roles are definitely broader than the regulations let understand, concerning very diverse fields which make this medical discipline a real preventive general medicine. It is less and less a public health discipline and approaches gradually in practice the clinical disciplines, in the sense that the singular colloquium, the knowledge of the particular work places and risks of every worker and the individualization of the action are its bases. On the other hand, fitness for work assessments and its procession of authoritarian medical and administrative acts, heritages of the public health, hardly efficient, should largely disappear from the prescriptions. It will allow for a wider deployment of the activity of the occupational physician towards the industrial organisations, by proposing the necessary adaptations of the work places, the limitations of exposure to harmful effects, the remediation of the psychosocial load, etc, through «preventive prescriptions». Complementarily, the population ageing imposes new solutions to rehabilitate the old workers, and this will be likely to modify, not only the medical approach in work environment, but also already imposes a closer cooperation with the general practitioner, which is likely to improve the action abilities of both medical disciplines.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 297-303

Key words : occupational physician, occupational health, fitness for work, preventive medicine, general practitioner

INTRODUCTION

Le rôle du médecin du travail a évolué au cours du temps, selon une culture propre à chaque pays. Il faut donc constater qu'il y a, et c'est quasi caricatural, autant de rôles différents que de pays. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Europe communautaire, dans ce domaine, ne furent que de médiocres homogénéisatrices. Par contre, elles ont eu et ont encore un indéniable rôle de stimulateur en Europe, l'engageant dans une configuration multidisciplinaire. Elles sont fondatrices du concept de la santé au travail.

Il y a cependant lieu de réaliser une distinction nette entre le prescrit et le réel. En effet, la médecine du travail se trouve dans les maillages économiques du tissu industriel, le prescrit sera la résultante des équilibres entre partenaires sociaux¹.

Un commun dénominateur cependant à la médecine du travail, c'est son aspect de médecine préventive. Certains pays, comme l'Allemagne, y conjuguent également un aspect curatif. D'autres, comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni, un rôle de contrôleur, etc.².

La Belgique a une situation, en santé au travail, intermédiaire, alliant des missions de médecine du travail, assez semblables à celles de la médecine du travail française, avec des missions plus normatives - la gestion dynamique des risques - de type plutôt anglo-saxonne, reprise par des équipes multidisciplinaires³. L'importance de cette discipline, avec son millier de praticiens la place en 7^{ème} position des spécialités médicales en Belgique. Elle n'est pas financée par la sécurité sociale mais directement par les entreprises utilisatrices, selon des tarifications réglementées en concertation avec les partenaires sociaux. Elle est enseignée par toutes les Facultés de Médecine du pays (ce qui n'est pas le cas nécessairement d'autres pays).

La pratique médicale de médecine du travail de terrain, quant à elle, est celle de n'importe quel médecin, alliant une démarche diagnostique classique, le colloque singulier reste son socle, des prescriptions de remédiations basées et c'est sa spécificité, sur la connaissance des postes de travail et de ses risques, les relations sociales à l'intérieur de l'entreprise et les besoins propres à chaque travailleur : la ligne hiérarchique, les équipes de travail, les modes de travail, les nuisances liées aux types d'expositions, etc. L'étendue de son action réelle est variable, non seulement par le fait des pratiques individuelles et de la culture de l'entreprise mais aussi en fonction du prescrit.

Si le rôle prescrit du médecin du travail belge trouve sa source dans des textes réglementaires relativement étendus, il convient dès lors de comprendre les enjeux sous-jacents des différents partenaires. Le présent travail se propose d'examiner la situation et les rôles des médecins du travail dans

des pays non ou moins " réglementés " au point de vue médecine du travail, mais fortement normés au point de vue sécurité au travail, tels les Etats-Unis et la Grande-Bretagne, cette dernière devant néanmoins intégrer dans ses pratiques des directives européennes, avant d'examiner précisément ce qui se passe dans des pays où la médecine du travail joue un rôle prépondérant, la France et dans une certaine mesure la Belgique.

LE PRESCRIT REGLEMENTAIRE

Il faut faire actuellement la distinction entre les concepts de santé au travail et de médecine du travail. Il existe un certain nombre de textes de l'OIT, conventions ou recommandations concernant la santé au travail auxquels peut se référer le lecteur. Ils sont à la base des directives européennes en la matière.

Une source, non réglementaire, est souvent citée comme fondatrice du concept moderne de la santé au travail, c'est celle issue du Comité mixte de l'OMS/OIT de 1995 :

" La santé au travail s'articule autour de trois objectifs distincts :

- préservation et promotion de la santé du travailleur et de sa capacité de travail ;
- amélioration du milieu de travail et du travail, qui doivent être rendus favorables à la sécurité et à la santé ;
- élaboration d'une organisation et d'une culture de travail qui développent la santé et la sécurité au travail ".

Même si cette définition est celle du consensus, une sorte de commun dénominateur entre les partenaires sociaux de l'OIT et les acteurs de l'OMS, le fait même que cette définition s'interprète selon des objectifs est intéressant, puisqu'ainsi, elle ne formule aucun moyen, chaque pays étant libre de ceux-ci, préservant ainsi la diversité des modèles de santé au travail. D'autre part, elle se situe dans le domaine de la santé publique et de l'entreprise : promotion de la santé, employabilité, action sur le milieu et sur l'organisation de et du travail (de façon générale et locale).

Se pose la question de la place de la médecine du travail dans ces concepts, puisque cette discipline ne se situe pas nécessairement dans le champ de la santé publique. Elle doit donc être vue comme un des moyens de la santé au travail dont on devra définir le cadre d'action.

En Belgique, essentiellement deux arrêtés royaux vont en être la source.

D'une part l'arrêté royal du 27 mars 1998, l'arti-cle 6 :

- " Examiner l'interaction entre l'homme et le travail et contribuer dès lors à une meilleure adéquation entre l'homme et sa tâche d'une part et à l'adaptation du travail à l'homme d'autre part.

- Assurer la surveillance de santé des travailleurs notamment :
 - d'éviter l'occupation de travailleurs à des tâches dont ils seraient incapables, en raison de leur état de santé, de supporter normalement les risques ainsi que l'admission au travail de personnes atteintes d'affections graves qui soient transmissibles, ou qui représentent un danger pour la sécurité des autres travailleurs ;
 - de promouvoir les possibilités d'emploi pour tout un chacun, notamment en proposant des méthodes de travail adaptées, des aménagements du poste de travail et la recherche d'un travail adapté, et ce également pour les travailleurs dont l'aptitude au travail est limitée ;
 - de dépister aussi précocement que possible les maladies professionnelles et les affections liées au travail, de renseigner et de conseiller les travailleurs sur les affections ou déficiences dont ils seraient éventuellement atteints, de collaborer à la recherche et l'étude des facteurs de risque des maladies professionnelles et des affections liées à l'exécution du travail.
- Surveiller l'organisation des premiers secours et soins d'urgence aux travailleurs victimes d'accidents ou d'indispositions ”.

Cet arrêté a été pris dans la foulée de la mise en place de la gestion des risques comme clé de voûte du système, c'est-à-dire un basculement vers la normalisation des risques de travail de type anglo-saxon, où l'approche individuelle, médicalisée, est cantonnée largement à des activités d'expertise de la capacité de travail et l'employabilité.

L'arrêté royal du 28 mai 2003 va préciser le prescrit, sans le modifier.

Outre les missions déjà décrites, l'article 3 propose :

- “ La surveillance de santé des travailleurs ... est réalisée par l'application de pratiques de prévention...
- de fonder la décision relative à l'aptitude au travail d'un travailleur, au moment de l'examen médical, en prenant en considération :
 - le poste de sécurité ou le poste de vigilance qu'il occupe ou va occuper effectivement et qui peut mettre en danger la santé et la sécurité des autres travailleurs ;
 - l'activité à risque défini qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner un dommage pour la santé ;
 - l'activité liée aux denrées alimentaires ”.

Plus intéressants, et probablement plus proches de la pratique réelle sont les principes proposés (ne sont repris ici que les énoncés) par le Comité mixte OMS/OIT en 2005 concernant les services de santé et le VIH/SIDA. Manifestement, *mutatis mutandis*, ce prescrit peut être généralisé à l'ensemble des travailleurs et non pas seulement aux plus fragiles d'entre eux (c'est une sorte de paradigme) ;

remarquons qu'on n'y parle, ni d'aptitude, ni d'employabilité :

- “ un lieu de travail ;
- non-discrimination ;
- égalité entre hommes et femmes ;
- un milieu de travail sain ;
- dialogue social ;
- aucun dépistage au fin du recrutement ;
- confidentialité ;
- maintien de la relation d'emploi ;
- prévention ;
- prise en charge et soutien ”.

Dans ce cadre général, manifestement, une médecine du travail peut exprimer tout son potentiel.

LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL DANS D'AUTRES PAYS

Aux Etats-Unis

Pays non réglementé pour ce domaine, la médecine du travail a connu des flux et des reflux, et a fait plutôt l'objet d'expérience individuelle. Dans les années 70, elle représentait une des spécialités médicales les plus petites des Etats-Unis, la plupart des Ecoles de Médecine ne l'enseignant d'ailleurs pas. Cette discipline a pris quelques couleurs lorsque des assurances de compensation en milieu de travail (accidents du travail, maladies professionnelles) s'y sont intéressées. Après une croissance relative, les médecins qui s'y étaient lancés ont dû déchanter, car la pratique de terrain n'était pas à la hauteur de ce qui était attendu⁴. La pression des forces sociales et spécifiquement des décisions des *managers* d'entreprise, hors de tout contexte réglementaire, empêcha une pratique médicale cohérente et sera source de “ réputations difficiles ”⁵. Elle est aujourd'hui dans une situation précaire ; ce sont surtout des pratiques considérées comme favorables au monde patronal qui subsistent (contrôle, expertise, dépistage génétique), dans un contexte où, depuis 1992, la vérification des règles anti-discriminatoires en faveur des handicapés (ADA : *Americans with Disabilities Act*) est extrêmement sourcilleuse.

LaDou rapporte, dans un de ses articles, le cas de ses collègues Richard Clapp et Rebecca Johnson. Suite aux plaintes liées à deux décès par cancer chez des employés d'IBM, ils purent avoir accès à l'ensemble des données de santé relatives aux employés de cette société aux Etats-Unis. Sur une cohorte de 32.000 travailleurs, ils purent montrer une augmentation de cancer chez ceux qui étaient exposés. Le tribunal finalement a refusé la prise en compte de cette étude qu'il avait pourtant permise, réalisant une sorte de prohibition du cancer professionnel. Une bataille juridique eut lieu par la suite pour empêcher la publication des résultats de cette recherche⁶. Ceux-ci furent finalement publiés⁷. Ceci rappelle des cas similaires, comme celui concernant la publication de Richard Doll portant sur les cancers liés à l'exposition à l'amiante⁸. LaDou plaide pour une séparation claire

de la médecine du travail - dont le but est la protection des travailleurs vis-à-vis des nuisances du travail - et des médecines de contrôle ou d'expertise. On comprend que dans un tel contexte, cette discipline est restée confidentielle, enseignée seulement par quelques rares Facultés de Médecine, bien que son efficacité comme médecine préventive sur le plan médical apparaisse réelle^{9,10}.

Au Royaume-Uni

Même si le Royaume-Uni présente des caractéristiques communes aux Etats-Unis, néanmoins une longue histoire industrielle montre qu'elle fut souvent pionnière dans la protection de ses travailleurs. Ce n'est donc pas l'absence de système organisé de sécurité mais bien la manière de la réaliser qui caractérise ce pays. La base de la santé-sécurité dans ce pays doit être trouvée dans les normes de travail. La médecine du travail, largement enseignée dans les universités, se situe en état-major et rarement en première ligne. La formation de ce type de médecin est spécialisée. On y fait appel si besoin est, prioritairement pour répondre à une obligation légale de sécurité-santé. Les employeurs en espèrent un retour sur investissement, que ce soit par une diminution des absences pour maladie, - mais on sait que c'est très peu corrélé -, par le maintien au poste de travail, par l'augmentation de productivité du travailleur, ou par la diminution du coût des assurances de travail¹¹. Cependant, l'objectivation d'un coût-bénéfice s'avère quasi impossible, ce qui rend le choix d'un service médical difficile, contrairement à d'autres services où les coûts sont facilement mesurables par rapport aux objectifs et donc le rendement financier¹². Il existe d'ailleurs une différence de perception des services de santé au travail entre les professionnels et les employeurs qui y font appel. D'une façon commune, ils estiment effectivement que ce type de service est au bénéfice des employés (61 % des réponses), répond à des obligations légales (40 %), permet de diminuer les coûts (35 %), améliore l'image de l'organisation (30 %), fait partie de la stratégie de l'entreprise (30 %) ; par contre ils divergent sur la perception des services rendus. S'ils sont d'accord que ce type de service est en charge de la santé au travail, les employeurs estiment qu'ils sont également en charge de la santé générale (*unrelated to work*) pour 81 % de ceux-ci contre 60 % des professionnels de la santé au travail¹³. L'image des petites et moyennes entreprises est fort différente puisque seulement 25 % d'entre elles déclarent avoir une personne responsable de la santé au travail. Leurs responsables pensent que ce sont les infirmières ou les médecins spécialisés les mieux placés pour cela¹⁴. En tout état de cause, il existe une réelle différence de la perception des besoins en santé au travail, entre les employeurs, les syndicats et les médecins du travail, ces derniers mettant en avant les besoins en réinsertion des travailleurs et réhabilitation au travail, alors que les " utilisateurs " (employeurs-syndicats) pointent en première place les avis concernant l'éviction de travailleurs pour cause

médicale (" *medical retirement* " : l'inaptitude au travail) et sur les postes de travail. Ce dernier résultat est assez étonnant venant d'un pays où l'approche ingénieur (normative) des risques de travail est une des plus en pointe au monde. Par contre, tous estiment que des services connexes tels que la dentisterie ou la physiothérapie n'ont pas vraiment leur place dans de tels services¹⁵. Notons que ce résultat est relativement complémentaire d'une autre étude réalisée cette fois en Irlande où les travailleurs questionnés mettaient en première place le dépistage des maladies et l'éducation face aux risques de santé professionnels et généraux, alors que les responsables des Ressources humaines mettaient en priorité l'évaluation de l'aptitude médicale à l'embauche et durant la carrière professionnelle et en quasi dernière place le dépistage des maladies¹⁶. Quant aux compétences que devraient posséder les spécialistes de la santé au travail, si l'ensemble des personnes interrogées (employeurs, travailleurs, syndicats, spécialistes) sont d'accord sur la nécessité d'une bonne connaissance des lois et règlements, les spécialistes mettent en avant la connaissance des expositions professionnelles et leur impact sur la santé, alors que les autres catégories pointent la connaissance des dangers (situations potentielles de risque pour la sécurité et la santé) et la communication comme importantes¹⁷. C'est donc bien dans un contexte de relations complexes entre les travailleurs, leurs employeurs, leurs syndicats que se forge le rôle des médecins du travail. L'éthique qui devrait encadrer ces relations fait débat. Un des points les plus critiques de ce débat est celui de la concurrence entre services de santé au travail¹⁸, ce débat n'étant d'ailleurs pas propre au Royaume-Uni ; il est très présent aussi en France et aigu en Belgique.

Que font réellement les médecins du travail ? Une manière d'approcher leur rôle est d'examiner les maladies rapportées par les médecins du travail à travers des enquêtes, telles que OPRA (*Occupational Physicians Reporting Activity*) au Royaume-Uni ou SUMER en France (voir plus loin). Cette première étude, avec des différences selon le type d'emploi, le type d'industrie (d'une importance prépondérante par rapport à l'emploi au point de vue impact santé), le sexe, montre que les références les plus fréquentes faites par les médecins du travail collaborant à l'enquête sont celles liées aux troubles musculo-squelettiques, aux troubles mentaux (dépression, etc.), et aux affections de la peau. Alors qu'il existe une clinique spécialisée en pathologie professionnelle au Royaume-Uni (comme en France, mais pas en Belgique où ce sont les autres spécialités cliniques qui prennent en charge), les incidences de pathologies professionnelles référencées par les médecins du travail sont en moyenne 8 fois plus importantes que celles des cliniciens. Cette différence s'estompe un peu pour des maladies dont la période de latence est longue comme le mésothéliome, ce type de maladie se déclarant plutôt lorsque les travailleurs sont pensionnés¹⁹.

En France

La situation en France est assez inverse de celle du Royaume-Uni. La santé au travail repose largement sur les médecins du travail, plutôt que sur celle des ingénieurs de sécurité. Le rôle des médecins du travail en Belgique est fortement comparable à celui de la France¹. La situation de la médecine du travail belge, mal connue, n'en est en réalité pas essentiellement différente.

Plusieurs rapports ont été publiés concernant la situation de la médecine du travail française, dont celui de Hervé Gosselin, conseiller à la Cour de Cassation²⁰.

Ce rapport se penche sur le problème de l'(in)aptitude médicale au travail et sa position dans une situation de flexibilité d'emploi. Pour l'année 2004, l'inaptitude médicale au travail concerne un peu moins de 2 % des salariés français. Les pertes définitives d'emploi qui en résultent, elles, sont plus rares et ne concernent qu'environ 0,1 % de ceux-ci²¹. L'aptitude médicale avec restriction de capacité à l'emploi est plus fréquente et concerne 4,3 % des salariés, tandis que celles portant sur la demande d'aménagement du poste de travail sont plus faibles à 0,8 %. Ce rôle de " trieur biologique ", manifestement important, du médecin du travail, est actuellement largement remis en cause en France, le débat étant débutant en Belgique, pour des raisons non seulement éthiques (déclarer apte une personne à être exposée à des nuisances est une démarche questionnable pour un médecin), mais d'efficacité quant à son but, la diminution des risques de santé liés au travail et l'amélioration des rendements. Des études semblent, en effet, montrer une relative inefficacité de ce type de rôle, par ailleurs largement empirique, en termes de coût-bénéfice²². Ceci pose d'ailleurs un problème d'équité entre travailleurs face aux décisions de médecins du travail, et donc d'éthique par rapport aux règles de non discrimination²³. De nombreux pays ont fait des avancées importantes pour accompagner les travailleurs devenus moins valides dans leur maintien à l'emploi par des modifications/aménagements de celui-ci, comme par exemple les Pays-Bas ou l'Allemagne²⁴. Dans son analyse de la construction sociale de l'inaptitude, Hervé Gosselin y voit des caractéristiques liées à l'emploi et indirectement au rôle du médecin du travail, l'inaptitude médicale pouvant être considérée comme le reflet d'un échec des mesures de prévention-santé concernant le degré de dangerosité de l'emploi, la culture d'entreprise, les rapports masculin/féminin, les modes organisationnels, les environnements professionnels. Il met en exergue l'intensification du travail avec une augmentation des pénibilités et des nuisances, la solitude des travailleurs chargés de se débrouiller eux-mêmes face aux situations imprévues, la pression liée au vieillissement de la population (maintien à l'emploi des travailleurs âgés, dans un contexte où 40 % de ceux sans emploi déclarent souffrir d'une affection qui limite leur capacité d'emploi, les ouvriers étant 2 à 3 fois plus atteints que les employés). Il met en exergue deux indicateurs de ces situations : celui de

l'augmentation des troubles musculo-squelettiques qui représentent les trois-quarts des maladies professionnelles déclarées en France et la montée en puissance des troubles mentaux d'origine psycho-sociale. Ces différents éléments montrent la difficulté à laquelle le médecin du travail est confronté et les dilemmes qui sont les siens. Agir sur l'organisation du travail et/ou sur l'(in)aptitude du travailleur ? Nous sommes ici au cœur de la réalité de terrain quant au rôle du médecin du travail ; la discussion en est reprise ci-après.

SUMER²⁵ est une enquête importante, de type médecin vigie, initiée en France par l'administration de l'emploi et du travail, qui propose sur une base volontaire, aux médecins du travail, de compléter des questionnaires lourds, élaborés avec eux, au cours de leur consultation et constatations dans l'entreprise. Le questionnaire s'applique à des travailleurs sélectionnés sur une base aléatoire. Un peu moins de 2.000 médecins du travail ont répondu présents en 2003, ce qui représente quasi un tiers des médecins du travail français. Les résultats sont donc assez correctement représentatifs du couple travail/travailleurs au point de vue santé et donc du rôle réel des médecins du travail.

En résumé, le questionnaire rempli par les médecins du travail comprend, outre des données sur les caractéristiques des travailleurs et de l'entreprise, des *items* d'exposition et des *items* d'effets. Ils vont concerner les contraintes organisationnelles et relationnelles, en ce compris les caractéristiques du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec le public, les ambiances et contraintes physiques (bruit, nuisances thermiques, radiations ou rayonnements, manutention, contraintes posturales et articulaires, travail avec machines et outils vibrants, etc.). De même, seront traitées les expositions aux agents biologiques, avec un développement particulier pour le milieu de soins et les agents chimiques. L'estimation du médecin concernant la qualité du poste de travail, en fonction de chaque grand type d'exposition (organisationnel, physique, biologique, chimique, psycho-social), sera prise en compte dans le traitement général des données. Un auto-questionnaire rempli par le salarié traitera plus particulièrement le volet psycho-social dont le ressenti sur sa situation de travail, avec des *items* tirés des questionnaires de Karasek ou de Siegriest, permettant des comparatifs. S'y trouvent également une estimation de son état de santé et quelques indicateurs sur le lien qu'il fait entre sa santé et sa situation de travail. La thématique sur le harcèlement moral au travail y est abordée. Une troisième enquête est en cours (2009) et les questionnaires sont disponibles sur le site : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/sante-au-travail/enquetes/sumer-2009-collecte.html>.

Ce rapide tour d'horizon de l'enquête permet de se faire une idée des thématiques abordées par le

médecin du travail. Notons qu'il n'existe actuellement pas encore d'enquête de santé des travailleurs propre à la Belgique (c'est un des rares pays européens actuellement à ne pas en faire !), sinon sa participation aux enquêtes réalisées par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (<http://www.eurofound.europa.eu/>).

La réforme des services de santé au travail français, en cours, va notamment dans le sens d'améliorer l'espace dévolu à cette prévention individuelle ("une procédure ciblée de prévention des inaptitudes" ²⁶) basée sur le colloque singulier et la connaissance des organisations et postes de travail couplée à une large limitation du rôle "contestable" lié "à la vérification régulière de l'aptitude au poste de travail" ²⁰. Ceci pourrait se réaliser par exemple à travers la mise en place d'"ordonnance de prévention" dont le but est de mettre l'employeur, la ligne hiérarchique et les représentants des travailleurs face à leurs responsabilités dans le droit fondamental du travailleur à sa santé et sa sécurité ²⁷.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce survol rapide des différents rôles tenus par les médecins du travail montrent que ceux-ci oscillent de façon évidente, d'une part entre ceux relatifs aux décisions autoritaires concernant la (in)capacité de travail, et d'autre part entre ceux qui pèsent sur les organisations industrielles, les aménagements et modifications de postes de travail afin de préserver la santé et dès lors accueillir/maintenir/réhabiliter le travailleur au travail grâce à une prise en charge, le cas échéant collective, mais également individuelle. Ce sont deux pôles de leurs rôles assez contradictoires. Le prescrit réglementaire contient de façon évidente cette ambiguïté. La réalité de terrain la possède également, même si l'ampleur des domaines d'action est autrement plus large que ce que laisserait soupçonner le prescrit. Probablement que cette ambiguïté va connaître des modifications importantes dans l'avenir, car le poids du coût des pensions, dans une population vieillissante, imposera de plus en plus le maintien et/ou le retour à l'emploi de travailleurs moins valides et/ou âgés ²⁸. Dans cet équilibre, il apparaît évident que les lois et réglementations jouent un rôle majeur, le laisser-aller cantonne le médecin attaché à l'entreprise dans des pratiques quasi de médecine autoritaire et prédictive (eugénistes), comme on l'observe aux Etats-Unis ^{29,30}. Par contre, une législation, qui est théoriquement l'expression du corps social d'un pays, bien adaptée aux besoins des travailleurs quant à leurs droits fondamentaux à la santé et à la sécurité, doit permettre un épanouissement de cette discipline dans son rôle de protection de la santé des travailleurs. Il y a du chemin à parcourir par exemple lorsqu'on examine l'état de santé des ouvriers comparé aux employés, selon le genre, ou selon les secteurs d'activité ³¹.

Peut-on penser que le prescrit réglementaire belge réalise cet idéal ? Malgré des qualités

indéniables, il reste en réalité très autoritaire donnant des droits contraignants au médecin non librement consentis par le travailleur. Là aussi le rôle devra se modifier à l'avenir car c'est assez contraire à l'évolution de nos sociétés et apparemment quasi sans effet sur les indicateurs de santé ³².

Il faut donc clairement engager cette discipline vers une pratique plus proche du travailleur, plus individuelle, moins de santé publique (par exemple, par la suppression de la notion d'aptitude au travail, héritage de la santé publique'). Une meilleure collaboration avec les médecins traitants du travailleur apparaît nécessaire pour permettre une meilleure efficacité médicale des disciplines respectives ^{33,34}. De ce point de vue, un important effort doit être fait, et les obstacles à leur coopération correctement évalués ^{35,36}. D'autant que le médecin du travail, véritable spécialiste des adaptations des lieux, postes et organisations de travail sur le plan médical, est le mieux placé pour agir, dans les limites de ses missions de conseiller en prévention, sur le milieu de travail en faveur de la santé du travailleur.

A ces conditions, mais elles doivent être rencontrées, cette discipline, la médecine du travail, passionnante et très diversifiée pour qui veut s'y essayer, trouvera naturellement ses marques et donnera de remarquables satisfactions professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Brouwer C : Le problème de la santé au travail. Protection des travailleurs ou nouvel eugénisme. Paris, L'Harmattan, 2008
2. Sénat français : L'organisation de la médecine du travail. Novembre 1999 : <http://www.senat.fr/lc/lc63/lc63.html>
3. De Brouwer C : La multidisciplinarité en Belgique. J Int Santé Trav sept 2008 : <http://www.journalsantetravail.net/jist/temp/ResumeToulouse.pdf>
4. LaDou J : The rise and the fall of occupational medicine in the United States. Am J Prev Med 2002 ; 22 : 285-95
5. Draper E : Difficult reputations and the social reality of occupational medicine. New Solut 2008 ; 18 : 285-98
6. LaDou J : Occupational medicine. The case for reform. Am J Prev Med 2005 ; 28 : 396-401
7. Clapp R : Mortality among US employees of a large computer manufacturing company : 1969-2001. Environ Health 2006 ; 5 : 30
8. Doll R : Mortality from lung cancer in asbestos workers. Br J Ind Med 1955 ; 12 : 81-6
9. Pelletier KR : A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite : 1998-2000 update. Am J Health Promot 2001 ; 16 : 107-16
10. Taimela S, Justén S, Aronen P *et al.* : An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. Occup Environ Med 2008 ; 64 : 242-8

11. Miller P, Haslam C : Why employers spend money on employee health : interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. *Safety Sci* 2009 ; 47 : 163-9
12. Lian PCS, Lainng AW : The role of professional expertise in the purchasing of health services. *Health Serv Manag Res* 2004 ; 17 : 110-20
13. Lian PCS, Laing AW : Perception and provision of occupational health services in the UK. *Occup Med* 2007 ; 57 : 472-9
14. Bradshaw, Curran AD, Eskin F, Fishwick D : Provision and perception of occupational health in small and medium-sized enterprises in Sheffield, UK. *Occup Med* 2001 ; 51 : 39-44
15. Williams N, Sobti A, Aw TC : Comparison of perceived occupational health needs among managers, employee, representatives and occupational physicians. *Occup Med* 1994 ; 44 : 205-8
16. Reid A, Malone J : A cross-sectional study of employer and employee occupational health needs and priorities within the irish civil service. *Occup Med* 2003 ; 53 : 41-5
17. Reetoo KN, Harrington JM, MacDonald EB : Required competencies of occupational physicians : a delphi survey of UK customers. *Occup Environ Med* 2005 ; 62 : 406-13
18. Philipp R, Goodman G, Harling K, Beattie B : Study of business ethics in occupational medicine. *Occup Environ Med* 1997 ; 54 : 351-6
19. Cherry NM, MacDonald JC : The incidence of work-related disease reported by occupational physicians, 1996-2001. *Occup Med* 2002 ; 52 : 407-11
20. Gosselin H : Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Janvier 2007 (France)
21. Omnes C (sous la direction de) : Les mains inutiles - Inaptitudes au travail et emploi en Europe. Paris, Belin, 2004
22. Serra C, Rodriguez MC, Delclos GL, Plana M, Gómez López LI, Benavides FG : Criteria and methods used for the assessment of fitness for work : a systematic review. *Occup Environ Med* 2007 : 304-12
23. Mohr S, Gochfeld M, Pransky G : Genetically and medically susceptible workers. *Occup Med* 1999 ; 14 : 595-611
24. Gosselin H : Les expériences étrangères de maintien dans l'emploi. In : Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Janvier 2007
25. SUMER : Méthodologie, enquêtes, résultats, publications : (date de consultation : avril 2009) <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/sante-au-travail/>
26. Aubin C, Pelissier R, De Saintignon P, Veyret J, Conso F, Frimat P : Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche. N° 2007-087 (France)
27. Hadengue P : Réforme des services de santé au travail. Quel est l'avis des médecins du travail ? *Arch Mal Prof* 2008 ; 69 : 531-2
28. Projet SHARE (Survey of health, ageing and retirement in Europe) : (date de consultation : avril 2009) <http://www.share-project.org/>
29. French S : Genetic testing in the workplace : the employer's coin toss. *Duke Law Technol Rev* 2002 : 0015
30. Goodwin K : Information overload ? As genetic testing kits sold directly to consumers gain popularity, medical professionals and lawmakers wonder if more regulation is needed. *State Legis* 2008 ; 34 : 30-3
31. Robert-Bobée I, Monteil C : Différentiels sociaux et familiaux de mortalité aux âges actifs : quelles différences entre les femmes et les hommes ? INSEE, Economie et statistique 2006, n° 298-299 : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es398-399b.pdf
32. Plante R, Bherer L : Les examens médicaux systématiques en rapport avec le travail : servent-ils vraiment à la prévention ? *Arch Mal Prof* 2003 ; 64 : 502-9
33. Anema JR, Jettinghof f K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R : Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems : a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil* 2006 ; 16 : 41-52
34. van Dijk P, Hogervorst W, ter Riet G, van Dijk F : A protocol improves GP recording of long-term sickness absence risk factors. *Occup Med (London)* 2008 ; 58 : 257-62
35. Buijs P, van Amstel R, van Dijk F : Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med* 1999 ; 56 : 709-13
36. Saliba ML, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P : Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2007 ; 55 : 376-81

Correspondance et tirés à part :

C. DE BROUWER
 Ecole de Santé Publique, U.L.B.
 Unité de Santé au Travail et de Toxicologie du Milieu
 Route de Lennik 808 CP593
 1070 Bruxelles
 E-mail : de.brouwer.christophe@ulb.ac.be

Travail reçu le 30 avril 2009 ; accepté dans sa version définitive le 3 mai 2009.