



La complémentarité entre santé publique et santé au travail

Depuis plusieurs années, la santé publique et la santé au travail, secteurs historiquement très cloisonnés, se rapprochent afin de mutualiser connaissances et compétences.

Armelle George-Guiton

Médecin général de santé publique,
Direction générale de la santé SD7

Au cours du ^{xx}e siècle, la santé publique et la santé au travail ont cheminé parallèlement ; les deux approches étant juridiquement bien séparées : les ministres, leurs attributions et leurs administrations sont différents, de même les *corpus* réglementaires, les médecins, les inspecteurs, les chaires universitaires, les instances consultatives... Durant les quatre dernières années, les efforts conjugués des ministères chargé du Travail et chargé de la Santé ont permis de rapprocher ces deux domaines pour qu'ils s'enrichissent mutuellement. Un rappel historique témoigne de l'origine de ces politiques très distinctes.

La santé au travail s'est développée en France grâce à des forces sociales parfois contradictoires (effort de guerre, protection de la force du travail, bienveillance sociale) pour aboutir aux temps forts : rapport, en 1840, de Louis-René Villermé sur le travail de nuit des enfants, loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail par les employeurs, loi du 25 octobre 1919 créant les premiers tableaux de maladies professionnelles, loi du 11 octobre 1946 structurant la médecine du travail autour de grands principes : rôle exclusivement préventif qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », examen clinique individuel, responsabilité de l'employeur pour la prévention et la « réparation » (indemnisation), financement des médecins du travail par l'employeur. Le décret du 20 mars 1979 consacre la volonté d'ancrer plus profondément la médecine du travail sur les lieux du travail en créant le « tiers-temps » pour des actions de prévention à la source tant individuelles que collectives.

L'Union européenne a joué un rôle novateur dans la prévention des risques professionnels au travers de la directive CE n° 89/391 du 12 juin 1989 concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs (L. 230-2 du Code du travail), et qui impose à l'employeur « de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé, en évaluant les risques, en substituant ce qui est dangereux par ce qui n'est pas ou moins dangereux, en adaptant le travail à l'homme, en privilégiant la prévention "à la source" et la prévention collective... ». Grâce à cette loi, la médecine du travail a évolué vers une conception plus large de la prévention, pluridisciplinaire et fondée scientifiquement. Néanmoins, les acteurs de la santé au travail disposaient encore récemment de peu de moyens de connaissance autres que l'expérience clinique et l'observation pour la prévention individuelle, et les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles des caisses d'assurance maladie, pour la vision collective. Mais ces statistiques donnent une image très déformée de la réalité des problèmes. Un travail récent de l'Institut de veille sanitaire (2001) a mis en lumière — pour certaines localisations de cancers masculins — l'écart très grand entre ces statistiques et le nombre de cancers professionnels estimés par la méthode épidémiologique. La toxicologie, l'une des autres disciplines scientifiques nécessaires à l'objectivation des facteurs de risques en santé au travail, n'est pas non plus bien lotie : le nombre de toxicologues en France demeure faible. Or l'évaluation des risques, prévue par la directive européenne de 1987 telle que définie en 1983 par l'Académie des sciences

nord-américaine, a besoin de se baser sur la connaissance des relations entre la dose et l'effet. Ce lien «dose-effet» ne peut être documenté que par des études toxicologiques et/ou par des études épidémiologiques.

La santé publique, quant à elle, est née d'une double filiation : hygiène pastorienne et médecine sociale. Selon le *Manuel de santé publique* de Gilles Brücker et Didier Fassin¹ : «la santé publique est une démarche pratique ayant la politique de santé pour objet». Le terme de santé publique est utilisé en France à partir du xx^e siècle, d'abord dans le titre de la loi de santé publique de 1902 (élargissant les missions du Comité consultatif d'hygiène publique et instituant les bureaux d'hygiène, la lutte contre les épidémies, la première vaccination obligatoire, le traitement des eaux usées...), puis après la Seconde Guerre mondiale : création de l'École nationale de santé publique (1946), mise en place d'un ministère de la Santé publique (1969) création de la spécialité médicale (1984), du Haut Comité de la santé publique, du Réseau national de santé publique (1994) qui permettra la mise en place, en 1998, dans un RNSP renommé en Institut de veille sanitaire, du premier département épidémiologique de santé au travail. Mais au-delà des mots, quels contenus et outils de connaissance? Selon Didier Fassin, c'est l'épidémiologie moderne qui apporte à la santé publique ses lettres de noblesse², méthode qui ne s'est imposée, en France, qu'après la Deuxième Guerre mondiale. La démonstration du rôle du tabac dans l'apparition du cancer du poumon en est la première grande illustration.³ Pourtant, dans l'après-guerre, la connaissance repose principalement sur les statistiques descriptives des causes de décès dont les limites ont été décrites par Anne Fagot-Largeault⁴ et «c'est probablement le problème du coût de la santé qui contraint la communauté à revenir à une médecine plus préventive que curative, donc à scruter les statistiques». Mais de quelles statistiques s'agit-il? Dans son ouvrage de 1993, Alain Desrozières⁵ explique comment les statistiques construites originellement par les États (dont l'étymologie du mot découle) pour décrire les sociétés humaines, lever les impôts,

appeler les conscrits, ranger les individus dans des catégories ont été peu à peu enrichies par le calcul des probabilités (Pascal 1660, puis école mathématique anglaise). La statistique (ou l'épidémiologie) moderne résulte de la combinaison de ces deux logiques différentes, description d'une part, recherche d'un lien entre deux phénomènes, entre un facteur de risque et un risque, d'autre part⁶. On parle d'épidémiologie descriptive et d'épidémiologie analytique. La montée en puissance du «risque relatif» s'accélère. En outre, les services «santé environnement» se dotent aussi de compétences en évaluation quantifiée des risques. Des cours spécialisés se mettent en place (Idea, Ecorisque). Mais les services de santé au travail ne sont pas vraiment formés à ces outils.

Mieux connaître pour agir

Malgré ces différences, une volonté de travail en commun s'est exprimée depuis plusieurs années. Dans le Plan gouvernemental de lutte contre le cancer (2003), une mesure spécifique sur la prévention des cancers professionnels (mesure 13) préconise notamment de renforcer la surveillance épidémiologique des travailleurs en entreprises, la surveillance de l'exposition de ces travailleurs aux cancérigènes, et la réduction de cette exposition. Le Plan national santé environnement (PNSE 2004) prévoit également des mesures de prévention des cancers professionnels. La loi relative à la politique de santé publique (2004) a permis de tendre vers des objectifs communs. Ainsi l'article 2, qui confie à la nation de définir la politique de santé, parle des conditions de travail au même titre que des autres déterminants de l'état de santé (L. 1411-1 alinéa 6). Cette loi fixe le principe d'objectifs de santé publique (L. 1411-2) qui sont atteints par des programmes spécifiques nationaux et régionaux évalués avec des indicateurs quantifiés. La démarche de santé publique est donc populationnelle et quantifiée, comme l'expose le rapport annexé à la loi. Parmi les cent indicateurs

qui y figurent, quatre sont spécifiques à la santé au travail⁷. Le Plan santé travail (PST) élaboré en 2005 à l'initiative du ministre chargé du Travail reprend à son compte ces indicateurs et cette volonté de développer la connaissance scientifique, volonté dont la traduction concrète s'illustre notamment dans la transformation de l'Agence française de sécurité sanitaire pour l'environnement (Afsse) en Afsset (environnement et travail). La réforme en cours de la médecine du travail, initiée par l'introduction de la pluridisciplinarité, vise à une réalisation effective du tiers-temps à des fins de prévention collective incluant la participation à l'évaluation des risques et à des enquêtes épidémiologiques. Depuis deux années les médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (Mirtmo) suivent une formation continue de santé publique à l'ENSP.

Ainsi, depuis plusieurs années, tous les grands programmes de santé ont comporté un volet santé-travail (Plan canicule, phytosanitaires, Plan grippe aviaire, Plan violence et santé...). Cette volonté semble maintenant bien inscrite dans les pratiques administratives. Les problèmes émergents relatifs aux nanotechnologies et nanomatériaux ne feront pas exception. Ces programmes nationaux se déclineront régionalement dans des plans régionaux de santé au travail qui devront venir s'imbriquer dans les plans régionaux de santé publique pilotés, sous l'autorité du préfet, par les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

C'est bien d'un changement de mentalité dont il faut parler, changement qui touche autant les administrations que les professionnels. ■

1. *Santé publique*. Sous la direction de Gilles Brücker et Didier Fassin. Ellipses, 1989.

2. *Critique de la santé publique*. Didier Fassin. Paris : Balland, 2001.

3. *Idem* page 75 et suivantes.

4. *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*. Anne Fagot-Largeault. VRIN, 1989.

5. *La politique des grands nombres*. Alain Desrozières. La Découverte, 1993.

6. «La diversité des usages des mots "statistiques" et "statisticiens" reflète la tension entre les points de vue de réalité et de méthode. Pour les uns, c'est une activité administrative d'enregistrement de données diverses, conduisant à des chiffres incontestables repris par le débat social et orientant l'action. Pour les autres, c'est une branche des mathématiques, enseignée à l'Université et utilisée par d'autres scientifiques : biologistes, médecins, économistes, psychologues. La construction de statistiques administratives permet de résumer un grand nombre d'événements selon des normes standard. La réflexion probabiliste vise à maîtriser l'incertitude».

7. {14} Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail.

{15} Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003.

{16} Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dBA plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête Sumer 2003.

{17} Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.