

Le médecin d'usine : son utilité, ses activités

Autor(en): **Leresche, Denise**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **61 (1969)**

Heft 5-6

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-385537>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le médecin d'usine : son utilité, ses activités

Par le Dr Denise Leresche – Médecin d'usine, Lausanne

La protection des travailleurs est une chose indispensable; elle fait partie d'une organisation scientifique et humaine du travail. Mais *pourquoi le faire, par qui et comment?*

I. Pourquoi?

Parce que tout travail suppose non seulement une somme importante d'efforts intellectuels, psychosensoriels et physiques, qui ne sont pas toujours sans répercussions sur la santé.

Parce que tout le monde y trouve son avantage:

1. *Les travailleurs*, car le médecin d'usine les surveille pour dépister une maladie quelconque; il les protège contre les risques de maladies professionnelles et les risques d'accidents du travail dont les 80 % sont dus à des causes humaines et non matérielles.

Ce médecin est sur place pour éviter les usures prématurées dues au surmenage et pour trouver à l'ouvrier un poste de travail qui utilise ses qualités d'être humain, et non pas seulement ses capacités professionnelles.

Un travail qui est une servitude, ou qui est ressenti comme telle ce qui revient à peu près au même, aboutit rapidement à un déséquilibre psycho-somatique facteur d'accidents, d'instabilité et de névroses.

Et cela pas seulement à l'usine, mais aussi dans la vie de famille.

2. *Les industries*, pour lesquelles l'absentéisme est un problème majeur.

Disons tout de suite la position du médecin à ce sujet: l'étude de l'absentéisme n'est valable que parce qu'elle reflète bien, entre autres, l'atteinte morbide des travailleurs.

Voici, concernant cette question, un extrait de la Recommandation No 112 de la Conférence internationale du travail (3): «Les services de médecine du travail ne devraient pas être chargés de vérifier le bien-fondé des absences pour maladies. Cela ne devrait pas empêcher de tels services de s'informer des circonstances qui peuvent être à l'origine d'une absence pour maladie et de l'évolution des maladies des travailleurs, afin de pouvoir mieux évaluer l'efficacité de leur programme de prévention, dépister les risques professionnels et affecter les travailleurs à des travaux appropriés en vue de leur réadaptation.»

Une étude a été faite récemment sur le coût de l'absentéisme pour l'industrie (7). Elle montre, chiffres à l'appui, comment on peut calculer la perte directe journalière (salaires ou parties de salaires,

primes pour caisses maladies, allocations, etc.) et elle indique à combien on peut estimer la perte indirecte résultant de l'inactivité ou de la mauvaise utilisation des machines, de la désorganisation des équipes, etc.

Les conclusions en sont les suivantes: «l'absentéisme peut être réduit à des limites raisonnables par l'œuvre constante et compétente d'un médecin d'usine, qui applique un programme complet de médecine du travail.»

Parler de programme complet de médecine du travail veut dire que le médecin qui examine un ouvrier après une absence pour maladie ou accident, reste un médecin: il n'exerce pas un contrôle de type inquisitorial; il laisse au médecin traitant de l'ouvrier la décision de la reprise du travail; il ne donne pas le diagnostic à la direction; le médecin d'usine n'a pas non plus à justifier l'absence de l'ouvrier vis-à-vis de ses employeurs.

Disons simplement: des absences répétées signifient que quelque chose ne va pas... mais qu'est-ce qui ne va pas?

S'agit-il d'une maladie chronique non professionnelle? Par exemple un rhumatisme ou une arthrose ou des bronchites à répétition, auquel cas il est souvent possible d'orienter l'ouvrier vers un autre poste de travail plus compatible avec son état de santé. S'agit-il d'un accident? Une enquête bien faite révélera peut-être une amélioration technique à apporter à une machine ou mettra en évidence une insuffisance de l'instruction concernant la prévention des accidents; elle mettra peut-être aussi l'accent sur un conflit avec l'équipe ou le contremaître, ou avec la famille.

Parfois même un simple contrôle après un petit accident banal fait découvrir ou redécouvrir une maladie chronique pour laquelle une consultation est demandée, avec l'accord de l'ouvrier, au médecin traitant habituel.

Il faut donc comprendre ainsi le rôle du médecin d'usine: il s'agit de prévenir les maladies professionnelles et les accidents, d'orienter les ouvriers vers leur médecin habituel chaque fois que cela est nécessaire, de protéger les handicapés, de dépister, entre autres la tuberculose et le cancer et d'être disponible à n'importe quel moment pour celui qui a besoin de venir parler d'un problème personnel d'ordre psycho-physique.

3. *La communauté.* Le rapport annuel de la CNA pour 1965 signale que pendant la période 1958-1962, les deux millions d'accidents enregistrés ont coûté 1,3 milliard et que les accidents non professionnels ont été deux fois plus nombreux que les accidents professionnels.

Les maladies professionnelles, qui sont assimilées aux accidents, représentaient près de 10 % de la charge totale de l'assurance accidents professionnels.

Mais à propos de la validité des statistiques de la CNA concernant les maladies professionnelles, il faut faire remarquer que celles-ci ne reflètent pas la réalité: en effet, elles sont établies d'après les cas annoncés par des omnipraticiens ayant une très faible connaissance de la pathologie professionnelle (ce dont ils ne sont pas responsables); en outre les cas annoncés sont encore décimés par les médecins d'assurance de la CNA ayant nécessairement un esprit restrictif.

Sous la sécheresse de ces chiffres se cachent beaucoup de souffrances, d'infirmités plus ou moins compatibles avec une vie de nouveau normale, des morts, des vies de famille perturbées.

C'est dire que le médecin spécialiste assisté d'un technicien chargé de la sécurité dans l'entreprise et de l'Inspectorat médical du travail, est d'une utilité évidente, puisqu'il peut agir, dans la plupart des cas, à la source du danger.

Il n'est peut-être pas inutile de signaler également l'intérêt scientifique indéniable que constitue la recherche des causes d'absences pour maladie ou accident; il s'agit de l'étude d'une population équivalant parfois à un petit village; il n'est pas du tout indifférent de regarder ce qui se passe dans ce microcosme, de voir quelles sont les relations humaines qui s'établissent entre toutes ces personnes de formation, de milieux, de nationalité différents dans ce monde bien particulier qu'est l'usine. Et bien entendu, seul un médecin et ses aides, qui apprend sur place à connaître les conditions du travail, peut analyser une situation et en décrire les éléments.

Une statistique médicale bien faite permet une vue d'ensemble, laquelle n'exclut pas une meilleure connaissance des individus.

II. Par qui ce travail doit-il être fait?

Bien entendu *par le médecin du travail...* mais lui tout seul ne peut pas faire grand-chose s'il n'est pas aidé par une infirmière d'usine, un hygiéniste industriel, des techniciens, des psychologues, par ses confrères (spécialistes ou non), s'il n'a pas l'accord des patrons et des ouvriers, s'il n'est pas soutenu par les syndicats, par l'opinion publique et par des textes de loi précis et complets qui permettent l'application d'un programme de sécurité collective et individuelle, cela par des médecins et des techniciens.

Il n'est pas question d'opposer ces deux dernières catégories, mais plutôt d'intensifier une collaboration qui permet, une fois le langage commun trouvé, de se compléter mutuellement de façon utile. Ce point de détail précisé, essayons, en bref, de situer la médecine du travail dans l'opinion publique, qu'il s'agisse de gouvernements de pays européens, d'organisations internationales ou du Conseil fédéral suisse.

Le premier texte capital, paru en 1700, est dû à B. Ramazzini, le père de la médecine du travail, professeur de médecine pratique à

l'Université de Modène et de Padoue; en 54 chapitres il décrit les maladies dues aux substances nocives employées par les travailleurs et celles qui découlent du surmenage.

Puis, le canton de Glaris, en 1864, promulgue la première loi européenne sur les fabriques (utilisée comme modèle pour la loi fédérale de 1887 sur le travail dans les fabriques); le Conseil fédéral suisse promulgue en 1882 un décret sur la fabrication des allumettes, en 1884 et en 1887, deux décrets sur l'intoxication saturnine et sur dix autres substances.

Peu à peu les textes vont se multipliant dans différents pays (des visites médicales périodiques sont instaurées en 1891 dans des industries insalubres en Angleterre), mais jusqu'au début du XXe siècle des lois générales introduisant la surveillance médicale manquent singulièrement. Signalons la prise de conscience d'un problème fondamental de la médecine préventive: la création, en 1911, d'une chaire de médecine du travail à Milan.

Dès 1920, l'extension de la médecine du travail se manifeste un peu partout par la création d'instituts: dans plusieurs villes d'Italie, à Lyon, à Berlin en 1934, en Russie, dans les pays nordiques, à Buenos-Aires (pour ne citer que les premiers en date); une enquête faite en 1931 aux USA parle de l'expérience acquise dans 443 services médicaux d'entreprises employant un million cent vingt-huit mille salariés.

Les publications étrangères deviennent de plus en plus nombreuses. L'implantation de mesures légales de protection et d'hygiène se poursuit petit à petit.

Sur le plan international, le BIT, dès 1920, a entrepris un vaste travail d'enquêtes, d'information et de documentation, lequel reste une source permanente de renseignements constamment mis à jour. L'activité du BIT a permis à la législation mondiale des maladies professionnelles et de l'hygiène industrielle de faire des progrès certains.

La Recommandation No 112 (3) de l'Organisation internationale du travail, adoptée par la Conférence générale de l'OIT en 1959, est, sur le plan international, le premier et le seul texte qui décrit clairement la forme souhaitable à donner à l'organisation des services de médecine du travail dans l'entreprise.

«Le service de médecine du travail... est destiné

a) à assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à la santé pouvant résulter de leur travail ou des conditions dans lesquelles celui-ci s'effectue;

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

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

Qu'en est-il en Suisse?

Dans tous les pays du monde, après les examens d'embauche, la périodicité des examens ultérieurs, dépend de la toxicité des produits utilisés lors du travail et cela est automatique; les délais varient pour chaque pays, mais les organismes internationaux (CEE) conseillent des délais précis.

En Suisse, au contraire, il existe une liste des substances dont l'emploi engendre certaines maladies graves (ordonnances relatives aux maladies professionnelles du 27 août 1963), mais les ouvriers qui travaillent avec ces produits ne subissent pas automatiquement des examens périodiques (sauf dans des cas très rares concernant la silicose lorsqu'on procède au percement de tunnels à des endroits très proches où les terrains ont une composition semblable).

Un institut d'assurance, la CNA, peut assujettir les travailleurs d'une entreprise, une partie d'entreprise ou un emplacement de travail d'après son jugement. L'article 6 de l'ordonnance relative à la prévention des maladies professionnelles du 23 décembre 1960, précise que, avant de donner suite à un procédé d'assujettissement, la CNA doit tenir compte du genre de travaux effectués (donc essentiellement de la liste de 1963) ainsi que des expériences et des enseignements de la science.

Mais en pratique qu'est-ce qui se passe?

La CNA assujettira à des examens médicaux, par des omnipraticiens, les ouvriers qui travaillent dans des ateliers vus par l'inspecteur technique de son service de prévention, si ce dernier constate par exemple que la pollution de l'air dépasse les limites tolérables admises (à supposer qu'on soit tombé à un moment «favorable»). On peut se demander si l'inspecteur est toujours équipé de moyens adéquats et suffisants. Nous sommes à même de dire que ce n'est pas toujours le cas.

La CNA décide également d'assujettir à la visite médicale périodique les ouvriers travaillant dans des ateliers où certains cas de maladies professionnelles (prévues par la liste de 1963) ont été reconnus par la CNA après avoir été annoncés par les médecins traitants.

A ce moment il semble logique de se demander combien de cas de maladies professionnelles ont échappé au médecin traitant (non par sa faute, mais par absence de formation adéquate en la matière) et combien de cas douteux ont été refusés par la CNA.

Tout cela montre l'énorme différence entre les visites périodiques automatiques liées aux risques de la profession et des visites dont la nécessité est jugée, cas par cas, par des moyens absolument insuffisants, comme on l'a vu.

Fort heureusement, une nouvelle loi fédérale sur le travail édicté en mars 1964, vient de donner une base légale à l'inspection médicale du travail par l'Etat. Il s'agit plus spécialement des articles 81 et 82 de l'ordonnance d'exécution I, édictée en janvier 1966. Lors d'un colloque organisé à Genève en 1963, le BIT et l'OMS ont précisé ce qu'ils préconisent en cette matière; en bref, le médecin inspecteur doit connaître tous les problèmes (d'ordre médical, physiologique et psychologique) que posent les relations de l'homme avec son travail; il doit donc pouvoir s'entourer de collaborateurs; il doit surveiller qu'une application correcte soit faite des dispositions législatives concernant la protection de la santé des travailleurs; il suggère aux autorités politiques les améliorations à porter dans la législation en matière de santé.

Les articles 81 et 82 de la loi fédérale sont rédigés dans cet esprit.

L'instrument légal est en place; le service médical de l'OFIAMT voit ses tâches clairement tracées; certains cantons ont déjà mené à chef des réalisations d'un certain intérêt (Neuchâtel, Vaud); la CNA dont les travaux systématiques ont fait faire des progrès très importants dans la prévention technique des accidents, et des groupements privés réunissant techniciens et médecins ont réveillé l'intérêt national pour les problèmes de la santé des travailleurs; mais il serait bien illusoire et bien dangereux de croire qu'il ne reste plus rien à faire...

Nous sommes, en Suisse, encore très en retard dans l'application généralisée des principes de base: moins de vingt médecins d'usine pour plus de 13 000 entreprises industrielles.

Et où trouver des spécialistes en médecine du travail?

La médecine du travail est une spécialité comme une autre; il faut que les étudiants en médecine puissent s'y préparer; leur bagage théorique, entre autres, doit être solide pour qu'ils puissent affronter avec efficacité une situation qui les met souvent au centre d'intérêts divergents. Il faut ensuite que les médecins omnipraticiens qui voudraient exercer cette branche aient une formation postgraduée. Des chaires de médecine du travail sont nécessaires, comme centres de renseignements et de recherche.

La Chambre médicale suisse, dans sa décision du 22 novembre 1964, reconnaît que l'activité du médecin d'usine est justifiée dans l'intérêt de la santé; les tâches dévolues au médecin d'usine sont d'ordre préventif et thérapeutique: ces dernières seront limitées aux premiers soins en cas d'urgence et au traitement des maladies professionnelles propres à l'usine, en collaboration avec le médecin traitant.

III. Et enfin comment peut-on organiser cette médecine du travail dans l'usine-même?

Tout d'abord, pour le médecin, il s'agit de ressembler le plus possible au portrait idéal qu'on pourrait dessiner du médecin d'usine:

un omnipraticien, dont la connaissance technique et psychologique étendue de son métier, permet d'orienter un ouvrier vers son médecin traitant ou vers un spécialiste chaque fois que cela est nécessaire;

un homme qui sait observer le comportement des autres hommes aux prises avec leur machine ou au sein d'une équipe;

un spécialiste armé du sens de la prévention qui ne regarde pas les machines sous l'angle du rendement seulement, mais en fonction des exigences qu'elles impriment à l'ouvrier;

un organisateur capable d'établir un programme et de s'entourer de collaborateurs;

un homme de caractère enfin, capable d'acquérir, par sa position indépendante, la confiance des employeurs et des employés.

Voici à titre d'exemple, le cahier des charges d'un médecin d'usine de la région lausannoise:

1. *Constitution d'un fichier clinique pour chaque ouvrier déjà engagé.* Le dossier clinique permet de faire un bilan de l'état de santé de chaque ouvrier, de connaître ses maladies (lesquelles restent sous le sceau du secret professionnel) dues ou non à la profession, son équilibre psychologique, donc son adaptation (ou son inadaptation) à la tâche qui est la sienne. Le contact humain qui s'établit à ce moment-là permet de parler de problèmes personnels (familiaux ou de relation avec les chefs), sans la connaissance desquels il est souvent difficile de comprendre certains conflits, certaines maladies dues à une mauvaise adaptation au milieu ambiant.

Les consultations souvent demandées par les ouvriers eux-mêmes, doivent arriver à donner une réponse à la question: Qu'est-ce qui ne va pas?

Une fois la ou les réponses trouvées, il reste au médecin d'usine de faire en sorte que l'homme soit adapté à sa tâche et le travail adapté à l'homme.

Bien souvent aussi, à l'occasion de cette consultation, le médecin d'usine dépiste une maladie ignorée de l'ouvrier, pour laquelle contact est pris – ou repris – avec le médecin traitant habituel.

2. *Examen de chaque ouvrier lors de la reprise du travail après absence pour cause de maladie.* Nous en avons déjà parlé à propos de l'absentéisme, mais il faut encore préciser ceci: cet examen est indispensable pour rendre effective une surveillance qui vise à savoir si l'ouvrier est vraiment apte à reprendre son travail et dans quelle mesure il l'est. Des changements provisoires de poste de travail peuvent être proposés jusqu'à la guérison complète, proposés à l'ouvrier, après entente avec le chef du personnel ou du chef d'entreprise.

Ces questions sont toujours délicates à régler, car il faut tenir compte de plusieurs impératifs: les exigences de la production et du

travail en équipes, les relations avec les contremaîtres, les qualités techniques et de caractère de l'ouvrier.

Malgré tout il faut toujours essayer de trouver une solution qui permette une réintégration progressive lorsqu'elle est nécessaire; cela d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une invalidité permanente. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'un accident, il est très important, dans l'optique d'une prévention à la base, donc à long terme, de savoir pourquoi et comment l'événement s'est produit.

80 % des accidents sont dus à une défaillance humaine; c'est dire qu'ils dépendent surtout des caractéristiques physiques et psychologiques de l'ouvrier.

Une fiche d'accident permet d'analyser tous les facteurs possibles et si un ouvrier est plus souvent qu'un autre victime d'accidents, un entretien avec le médecin permettra peut-être de découvrir un trouble physique ou des problèmes personnels perturbant l'équilibre de la personnalité. L'infirmière ou l'assistante sociale qui reçoivent souvent beaucoup de confidences, peuvent être d'un grand secours dans ces cas-là.

3. *Etude des différentes ambiances et postes de travail au point de vue de l'hygiène du travail et de l'ergonomie.* Le médecin d'usine doit consacrer une partie de son temps à visiter les ateliers; rien n'est plus fructueux pour lui et pour les ouvriers que de pouvoir parler des problèmes quotidiens que posent les machines; bien souvent un palan, une hotte d'aspiration, un siège, une aération, une protection contre le bruit ou contre une substance nocive placés au bon moment évitent des maladies, des fatigues et beaucoup d'énervement...

Cette étude de postes de travail ne peut se faire utilement qu'avec l'aide des techniciens, des ergonomistes, des psychologues.

4. *Activité sanitaire permanente dirigée surtout vers la médecine préventive (vaccinations...) mesure de prévention contre les accidents, examens psychosomatiques des aptitudes.* Le dépistage de la tuberculose, du cancer, de l'alcoolisme, les conseils d'hygiène alimentaire, les vaccinations, font partie du travail de routine.

5. *Les visites périodiques pour le contrôle régulier des ouvriers exposés à des risques professionnels, des jeunes et des femmes, des malades chroniques reconnus aptes au travail et des sujets physiologiquement et psychologiquement faibles.* Le contrôle régulier des ouvriers exposés à des risques professionnels (plomb, silice, radiations, etc.) est indispensable; mais le médecin d'usine doit aussi se tenir constamment au courant des nouveaux produits et des nouveaux modes de fabrication; informé à temps des changements par le service technique de son usine, il peut attirer l'attention des responsables sur les éventuels dangers d'un nouveau mode de fabrication; une modification introduite avant qu'une lésion soit constatée, est «payante» pour tout le monde.

6. *Examens d'embauche.* Les visites d'embauche ne sont pas une sélection des forts par élimination des faibles, mais une utilisation de chacun en fonction de ses aptitudes.

A la fiche de travail de l'ouvrier, résumant les résultats de ses aptitudes physiologiques et des tolérances au milieu ambiant correspond la fiche des exigences du poste de travail; les quotations des deux fiches sont identiques; la comparaison des deux fiches permet de savoir, à l'embauche, si l'ouvrier est apte (médicalement parlant) au poste proposé.

Car la réalité de l'entreprise c'est le couple homme-machine ou homme-poste de travail.

7. *Evaluation médicale du problème de l'absentéisme.* Une statistique médicale portant sur un grand nombre de personnes permet de savoir qui est malade et pourquoi; elle permet aussi de dessiner une sorte de géographie de l'usine: les secteurs dans lesquels se produisent le plus d'accident, de maladies.

8. *Premiers soins en cas d'urgence.*

9. *Collaboration étroite avec le chef du personnel et le chef d'exploitation au sein d'une commission.* Là aussi il faut apprendre un dialogue vrai, qui comporte des questions et des réponses des deux parties.

10. *Etablissement d'un journal quotidien.*

11. *Rapport trimestriel des activités, avec relèvements statistiques.*

Bibliographie

1. Dr Bour H. et Sieurin G.: Vademecum de la médecine du travail – Masson & Cie, 1952.
2. Dr Barthes R.: La médecine du travail – PUF 1944.
3. Conférence internationale du travail. Recommandation N° 112 BIT 1959.
4. Communauté économique européenne. Bruxelles juillet 1962.
5. Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) – Cahiers suisses de la sécurité du travail N° 77, novembre 1966.
6. Chambre médicale suisse (décision du 22 novembre 1964) – Règles fondamentales pour les médecins d'usine.
7. Dr Ducrey L. et Yersin R.: Le coût de l'absentéisme pour l'industrie – Revue économique et sociale, Lausanne, mai 1968. N° 2.
8. Dr Ducrey L.: Du classique dans la médecine du travail – Revue syndicale suisse, N° 2 – 1967.
9. Prof. Grandjean E.: Kontrollfragen für die physiologische Arbeitsgestaltung.
10. Dr Hitier Ch.P.: Une méthode d'étude de postes – Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale. Tome 29, N° 1-2, 1968.
11. Dr Lob M.: Aspects médicaux de la prévention des accidents du travail – Praxis N° 4, pages 98-102. 1960.
12. Dr Lob M.: Pour une réalisation de la médecine du travail en Suisse – Revue syndicale suisse, N° 2, février 1964, page 37.
13. Dr Oltramare M.: Le médecin du travail et l'absentéisme – Revue médicale de la Suisse romande, N°s 2 et 3, 1968.
14. Prof. Simonin C.: Médecine du travail – Maloine, Paris.