

Prescrire la proscription

Le rapport entre les médecins, le travail et les populations marginalisées

Au Québec, en 1998, la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 dégageait certains constats quant à la pratique médicale auprès des clientèles dites « vulnérables ». D'abord, il semble y avoir une méconnaissance et des préjugés à l'égard des clientèles vulnérables, de leurs problèmes de santé et des interventions médicales efficaces qui s'y rattachent, entre autres du fait que les interventions des médecins se réalisent généralement loin des sources d'information privilégiées que constituent les milieux de vie de ces personnes. Ensuite, les médecins se font discrets dans la dénonciation des maladies et des stress engendrés par l'appauvrissement, les conditions de vie précaires et l'effritement du tissu social. Ces deux constats s'inscrivent dans un contexte où les médecins subissent un élargissement de leurs tâches. La « prise en charge » du patient implique désormais non seulement des services diagnostiques et thérapeutiques, mais également plusieurs démarches à caractère médico-administratif face auxquelles les médecins se sentent de plus en plus désarmés, en particulier en ce qui a trait à la détermination de l'aptitude au travail des populations marginalisées. De fait, confrontés à la dégradation de la santé et au stress que vivent plusieurs personnes à l'aide sociale, les médecins doivent se prononcer sur la capacité de ces personnes à réintégrer le marché du travail, une décision qui peut s'avérer lourde en conséquences sur celles-ci. À la lumière d'un bref regard sur l'histoire du rapport entre la médecine et les populations marginalisées en lien avec le travail, nous apporterons quelques pistes de réflexion sur les enjeux posés par les actes médico-administratifs proscrivant certains individus du marché du travail.



GabrielR, 2008 (cc) Certains droits réservés

Inégalités, travail et santé : regard historique sur le rôle des médecins

Au cours de l'histoire, les rapports inégalitaires au travail ont tatoué les corps fragiles de marques dont le corps médical s'est fait le principal observateur étant donné la spécificité du rapport entre le médecin et son patient ainsi que le monopole de la médecine dans le domaine de la santé. Cependant, parallèlement à ce rôle passif d'observatrice, la médecine a également joué un rôle actif en dénonçant ou en reproduisant ces inégalités liées au travail. Voici quelques bribes de l'histoire de la médecine qui soulèvent à la fois la richesse et l'ambiguïté du regard, des gestes et des paroles des médecins.

Dès l'Antiquité, la médecine développe un lien particulier avec l'univers du travail en s'imposant comme principale observatrice des impacts directs et indirects du travail sur la santé des gens. Alors que la médecine oscille entre les explications naturelles et surnaturelles et que le travail est dévalorisé et constitue une

DOSSIER

Aude Fournier

Étudiante à la maîtrise au
département de sociologie
de l'Université de
Montréal et agente de
recherche au CREMIS

DOSSIER

« alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie »

barrière à la citoyenneté, Hippocrate défie les normes de l'époque en exhortant les médecins à dispenser des services aux travailleurs sans égard au statut social et à porter une attention particulière aux liens entre le travail et la santé. Selon lui, la maladie n'est pas une conséquence de phénomènes surnaturels mais se situe plutôt dans un contexte qui peut être compris et étudié (Tubiana, 1995). S'inspirant de la pensée d'Hippocrate, un médecin italien publie un ouvrage important en 1700 (*De morbis artificum diatriba*) à travers lequel il constate le paradoxe suivant : alors que le travail est sensé fournir les moyens pour subvenir à ses propres besoins et prolonger la vie, celui-ci s'avère dans plusieurs cas un facteur de dépérissement de la santé et de raccourcissement de la vie (Ramazzini, 1940 [1700]). Cependant, tant que le travail salarié n'acquiert pas une dimension centrale comme facteur de production et que la médecine ne se rationalise pas, ce type d'observations et de préoccupations à l'égard des travailleurs demeure marginal dans la pratique médicale.

Au passage de l'industrialisation, les paroles et les gestes médicaux sont de plus en plus liés à la transformation de l'univers du travail. Les préoccupations des médecins au 19^{ème} siècle sont principalement orientées vers la situation sanitaire des quartiers ouvriers. De fait, au-delà de l'influence directe exercée par le milieu de travail sur la santé des travailleurs, on s'aperçoit que le travail agit également de façon indirecte sur la santé en concentrant les ouvriers dans des secteurs circonscrits autour des manufactures (ce qui accroît entre autres les risques d'épidémie) et en affectant les conditions d'existence telles que le mode de vie, l'alimentation et les conditions de logement (Villermé, 1971[1832]). En Europe, les enquêtes médico-sociales se multiplient pour comprendre l'influence de la misère sur la santé des populations ouvrières : Virchow en Allemagne, Buret et Villermé en France, Kay-Shuttleworth et Chadwick en Angleterre. À Montréal, on assiste à la naissance des mêmes préoccupations. La population canadienne-française est la plus pauvre et forme la masse des travailleurs. Dans les quartiers Ste-Marie et St-Jacques à l'est de Montréal, le tiers de la population vit dans une

grande pauvreté, est analphabète et partage des logements encombrés (Tétreault, 1979). En 1850, les médecins s'inquiètent du fait que Montréal présente une mortalité deux fois plus élevée que celle de Londres, pourtant beaucoup plus populeuse, et des taux de mortalité infantile les plus élevés en Amérique du Nord.

Les médecins sont les premiers témoins des inégalités de santé entre les classes dirigeantes et ouvrières et leur discours acquiert durant cette période un caractère politique à travers la constitution de la santé publique. Ainsi, les préoccupations hygiénistes des médecins se mêlent aux idéologies nationalistes et capitalistes puisque l'hygiène représente à la fois la porte de sortie de la domination anglaise pour le peuple canadien-français et la garantie d'une économie prospère : « c'est le travail de l'ouvrier qui fait la fortune d'une nation » (Ledieu, 1885, p. 197). Pour Pierre-Deschênes (1995), la crise sanitaire qui s'abat sur les grandes villes industrielles à la fin du 19^{ème} siècle est avant tout l'occasion pour le corps médical canadien-français de réformer l'organisation de la profession médicale et d'accroître son pouvoir sur les populations et l'État. En effet, les rivalités entre les corps médicaux francophones et anglophones incitent les médecins francophones à s'organiser et à acquérir une notoriété dans un domaine-clé, celui de l'hygiène. Pour l'auteure, ceux qui contrôlent l'hygiène s'assurent une emprise indiscutable puisque le sort de la population repose entre leurs mains.

Au 20^{ème} siècle, à la suite des pressions ouvrières pour la diminution des heures de travail et de l'augmentation de la compétitivité entre employeurs, ces derniers se consacrent à l'augmentation de la productivité à l'intérieur des heures travaillées, ce qui soulève la question de l'efficacité et entraîne en retour une augmentation du nombre d'accidents de travail. Aux États-Unis, des études arrivent à la conclusion que les accidents dans les usines ne sont que pour un tiers imputables aux défauts de la machine. Le reste serait dû à la constitution et aux comportements de l'homme, d'où l'importance d'une sélection professionnelle par un dépistage psychophysiologique préalable à l'embauche afin de déterminer l'aptitude à

l'emploi et mieux assigner les tâches aux employés (Friedmann, 1946). La question de l'aptitude au travail se pose également en France dans un contexte où les entreprises font face à une pénurie de main-d'œuvre en raison de la guerre et se voient forcées d'engager des populations dites « faibles », notamment dans les usines d'armement. L'embauche de chômeurs et de femmes amène donc à approfondir la notion d'aptitude médicale et à affiner les fiches de suivi physiologique. En 1940, des centaines de milliers de chômeurs sont soumis à un examen médical de masse destiné à les classer selon six catégories : forts, moyens, faibles, inaptes temporaires, déficients difficilement récupérables et inaptes définitifs. Ces classifications faites par des médecins serviront dans certains cas à l'établissement de politiques sociales, par exemple la loi sur la retraite en France qui se fonde sur un lien entre l'inaptitude et la vieillesse (Buzzi et al., 2002).

Jusqu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les médecins qui déterminent l'aptitude au travail relèvent des entreprises et leur fonction est directement rattachée à la productivité de celles-ci. Par la suite, ce rôle s'institutionnalise et ce sont les médecins traitants qui, vu leur rôle dans l'attribution de l'aide sociale et dans le processus d'indemnisation des lésions professionnelles, vont déterminer les contraintes temporaires ou permanentes à l'emploi, un acte lourd en conséquences pour le patient. Pour Tubiana, il est inacceptable que le « médecin demeure isolé face à la complexité inexorablement grandissante de l'acte médical » (1998, p. 346).

Lourdeurs administratives lourdes en conséquences : le malaise des médecins

Une étude en France portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes à l'égard des populations défavorisées a relevé que 70% des médecins affirment manquer d'informations ou de connaissances sur les structures, les dispositifs et les droits de ces personnes. De plus, 74% signalent les lourdeurs administratives dans la prise en charge de patients bénéficiant du revenu minimum d'insertion (RMI) (Viau et al.,

2001). Aujourd'hui, de par ses nombreuses responsabilités dans la prise en charge d'un patient, le médecin généraliste est celui qui permet l'accès des patients à leurs droits : droit à des primes de l'aide sociale, droit au retour à l'emploi suite à une lésion professionnelle, droit à un revenu de remplacement en cas de lésion, etc. L'élargissement de leur rôle est également confronté aux politiques de maîtrise des dépenses en santé qui obligent une plus grande efficacité de la part des médecins. Le médecin de famille doit donc se faire à la fois un humaniste et un scientifique efficace et rationnel qui prend en charge de façon globale et continue ses clients (Collège des médecins du Québec, 1998).

Dans la législature québécoise, la science médicale apparaît comme une science exacte qui a une réponse à tout. Par exemple, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.A.T.M.P.) parle des lésions, de la consolidation et des limitations fonctionnelles comme des entités mesurables par différents indices alors que ces concepts reposent en fait plutôt sur la spéculation et la volonté du patient à réintégrer son milieu de travail. Dans le cas des lésions professionnelles, le patient refuse parfois d'admettre qu'il souffre encore de douleur dans le but de réintégrer plus rapidement son emploi et le médecin, accordant confiance au patient, devance la date de consolidation de la lésion. Contrairement, en étant responsables du suivi médical des travailleurs lésés, on peut se demander à quel point les médecins servent parfois de vecteurs d'exclusion. De fait, malgré la Loi 42 (L.A.T.M.P.), un des risques engendré par l'inaptitude au travail est l'exclusion définitive du monde du travail, surtout dans un contexte de précarité (Martin et Baril, 1995). À cet égard, Pascual et Domergue rappellent l'importance pour le médecin de situer toute décision professionnelle quant à l'aptitude/inaptitude d'un travailleur dans l'espace social (1995).

Au niveau de l'aide sociale, la question de l'aptitude des bénéficiaires soulève également plusieurs malaises chez les médecins. La *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale* (L.R.Q., chapitre S-

QUE FAIRE DEVANT L'ISOLEMENT DU MÉDECIN VIS-À- VIS DE LA COMPLEXIFICATION DE L'ACTE MÉDICAL ?

32.001) prévoit une « aide de dernier recours » aux adultes qui ne présentent pas de contraintes à l'emploi ou des contraintes temporaires à l'emploi et dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir aux besoins essentiels (nourriture, logement) et à ceux de leur famille (programme d'aide sociale) et aux adultes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi (programme de la solidarité sociale). Ces programmes visent à « améliorer l'employabilité », à « favoriser l'intégration en emploi » ou le « maintien au travail des personnes qui en ont la capacité ». Ainsi, les prestations sont adaptées en fonction de la capacité à participer au marché du travail. La Loi prévoit qu'une personne qui présente certaines contraintes à l'emploi (inapte à l'emploi) est admissible à une augmentation de la prestation de base de l'assistance-emploi. Ces contraintes peuvent être temporaires ou sévères. Dans les deux cas, la personne doit démontrer, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental l'empêche, de manière temporaire ou permanente, de réaliser une activité rémunérée (voir Art. 24). Le médecin traitant réalisant cette évaluation est choisi par la personne. Cependant, elle doit, lorsque le ministre l'estime approprié, se soumettre à un nouvel examen médical par le médecin qu'il désigne pour vérifier si elle présente véritablement des contraintes temporaires ou sévères à l'emploi (voir Art. 35). Pour un adulte, l'allocation prévue pour une contrainte temporaire est de 117\$, un montant qui s'ajoute au 551\$ prévus par la Loi (pour un total de 692\$ incluant la taxe provinciale), alors que pour une contrainte sévère, la prestation totale s'élève à 862\$. Ces différences sont considérables et significatives pour les personnes à l'aide sociale et les médecins ont un rôle crucial à jouer quant à l'attribution de ces prestations supplémentaires qui peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie de celles-ci.

Les médecins observateurs et acteurs des trajectoires de vie : enjeux et pistes de réflexion

Comme l'évoquent Fassin et al. (2000), les inégalités produites par la société s'inscrivent dans les corps humains. En lien avec les enjeux actuels posés par le jugement des médecins

quant aux contraintes à l'emploi, ce constat soulève plusieurs questions. D'abord, jusqu'à quel point la santé des personnes bénéficiant des prestations d'aide sociale est-elle affectée par les conditions dans lesquelles elles doivent vivre et l'étiquette stigmatisante qu'elles portent ? On peut également penser que les événements qui ont mené ces personnes à vivre de manière temporaire ou durable à l'aide sociale ont été marqués par des rapports sociaux inégalitaires qui ont eu des impacts négatifs sur leur santé.

Le regard historique a aussi permis de constater que face à la santé différentielle de leurs patients, les médecins ont produit différents types de discours, intégrant parfois les idéologies dominantes des époques dans lesquelles ils se situaient. En 1994, soixante médecins français ont pris la parole pour témoigner des effets de la précarisation du travail sur la santé de leurs patients et du fait que préserver la santé des travailleurs les conduit trop souvent au chômage (Huez, 1994). À cet égard, il est nécessaire de souligner la richesse du discours et des observations médicales pour la compréhension des inégalités sociales. L'acte et la parole médicaux comportent en ce sens un caractère politique non négligeable.

Durant les périodes de guerre, l'aptitude au travail s'est révélée comme étant du ressort strictement médical. Alors que la science médicale apparaît souvent comme une science exacte, le jugement de l'aptitude au travail peut comporter dans certains cas des ambiguïtés nécessitant de croiser les regards médical, social et psychologique. En effet, tel que l'a démontré une recherche réalisée auprès d'une équipe intervenant auprès des populations marginalisées, certaines personnes se situent dans une « zone grise » de l'intervention, leur profil ne correspondant pas aux cases définies par le cadre normatif des programmes (McAll et al., 2007). Dépendamment des trajectoires de vie des personnes qui utilisent les services de cette équipe, être jugé inapte au travail représentait soit une aspiration pouvant contribuer au bien-être, soit un élément risquant de contribuer au mal-être. Les trajectoires de vie de ces personnes s'avéraient alors d'une grande utilité

afin de comprendre leur perception de l'inaptitude en lien avec leur bien-être.

En conclusion, les différentes sources que nous avons pu consulter confirment le malaise des médecins généralistes quant aux démarches sociales auxquelles ils doivent participer, principalement avec des patients requérant des attestations de contraintes temporaires ou sévères à l'emploi. Ces tâches médico-administratives occupent une part grandissante dans le rôle des médecins et selon la Commission citée au début de ce texte, plusieurs d'entre eux ont évoqué le manque d'informations quant aux droits sociaux et aux processus qui mènent à la pauvreté. L'acte de juger « inapte » dépasse la sphère médicale et inscrit les médecins dans un rapport social qui peut se traduire positivement ou négativement sur les trajectoires de vie de leurs patients. Afin que la rencontre des médecins ne représente pas un élément de descente dans la trajectoire de vie des personnes, il est nécessaire que ceux-ci soient au fait de la portée des actes médicaux qu'ils signent.

Buzzi, S., J.-C., Devinc et P.-A. Rosental (2002). « L'examen médical en milieu de travail 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 63(5) : 355-363.

Collège des Médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 suivis des engagements des médecins du Québec*, Collège des Médecins du Québec, Montréal.

Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc. (2000) « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang et A. Leclerc, *Les inégalités sociales de santé*, Éditions La Découverte/INSERM, coll. Recherches, Paris : 13-24.

Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*, Gallimard, Paris.

Gouvernement du Québec (2007). *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale*, Assemblée nationale du Québec, Québec.

Huez, D. (dir.) (1994). *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Éditions Syros, Paris.

Ledieu, J. (1885). « Hygiène de l'ouvrier », *Journal de l'hygiène populaire*, 1(17) : 197-199.

Martin J.-C. et R. Baril (1995). « L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel », *Lien social et politiques- RIAC*, 34 : 131-140.

McAll, C., A. Fournier et B. Godrie (2007). La nécessité d'être frontaliers : Lorsque les populations marginalisées sont au centre de l'intervention. Un projet de recherche-action participative et évaluative réalisée par le CREMIS et l'Équipe Itinérante du CSSS de Laval, CREMIS : Montréal.

Pascual, M. et J.-M. Domergue (1995). « Précarité, précarisation. Questions à nos pratiques de médecins du travail », *Médecine et travail*, 163 (1) : 29-30.

Pierre-Deschênes, C. (1995). « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », dans Keating, P. et O. Keel. (1995). *Santé et société au Québec XIXe-XXe siècle*, Borel, Montréal : 115-132.

Ramazzini, B. (1940 [1700]). *De Morbis artificum diatriba*. University of Chicago Press, Chicago.

Tétreault, M. (1979). *L'état de santé des Montréalais, de 1880 à 1914*, Mémoire présenté à la Faculté des Études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître Es-Art (Histoire), Université de Montréal, Montréal.

Tubiana, M. (2003). *Histoire de la pensée médicale. Les chemins de l'Esculape*, Flammarion, Paris.

Viau, A., Morin, M., Souzy, A.M., Obadia (2001). « Opinion et attitudes des médecins généralistes face aux populations défavorisées. Enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône », dans Joubert, M., Chauvin, P., Facy, F., Ringa, V.(2001). *Précarisation, risque et santé*, INSERM, Paris : 131-147.

Villermé, Dr. L.R. (1971 [1832]). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, [textes choisis et présentés par Yves Tyl], Union générale d'éditions, Paris.