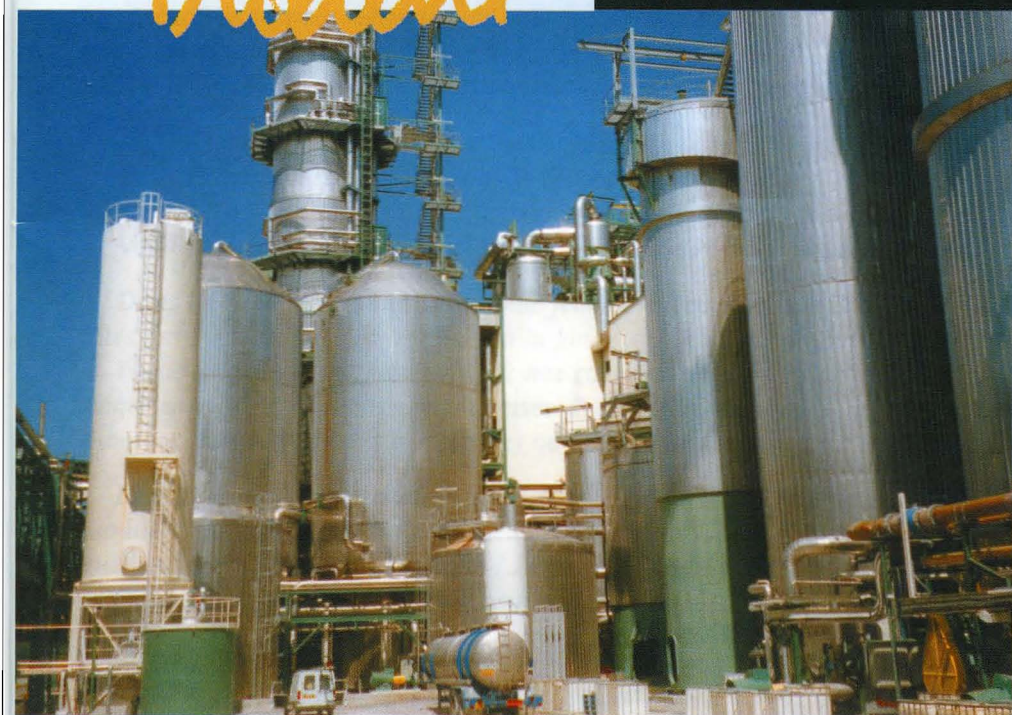


Médecine et Travail

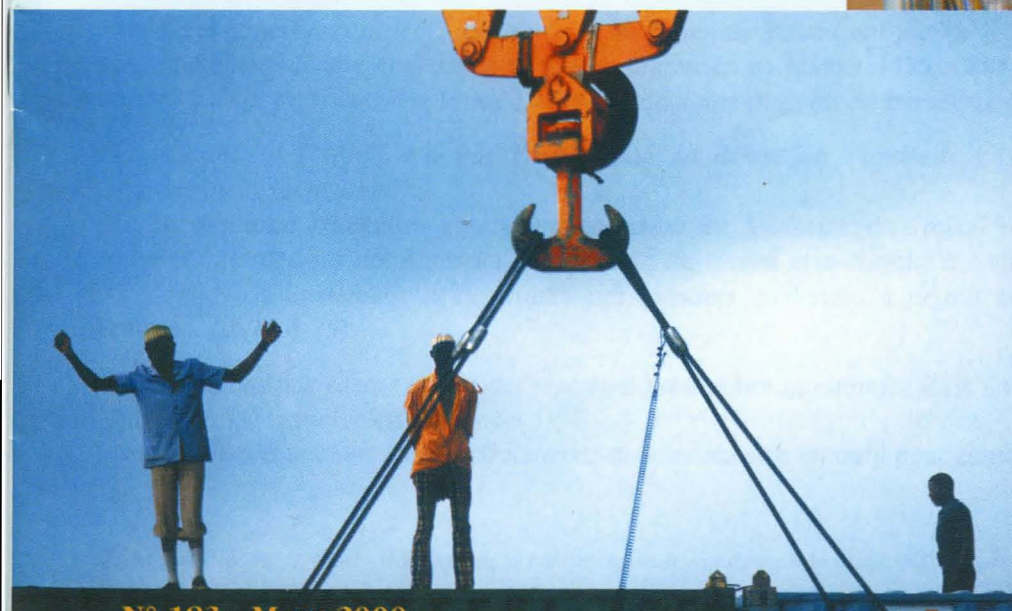


DOSSIER

*Avis d'aptitude :
prévention
ou sélection ?*



Tiré à part



Si la médecine du travail existe depuis 1946, l'avis d'aptitude systématique délivré à l'issue de chaque visite sur une fiche dite «d'aptitude» n'existe que depuis... 1979 (!?!)(1)

Étonnant ! Alors que certains d'entre nous vont jusqu'à penser que si l'on supprime l'avis d'aptitude, on supprime aussi... la visite médicale !

Ainsi, la **médecine du travail a fonctionné pendant plus de 20 ans sans avis d'aptitude systématique** (l'avis d'aptitude à l'embauche a toutefois été institué dès 1947)(1)...

De 1979 à 1990, plus de dix ans se sont écoulés avant que les médecins du travail ne commencent à réfléchir sur leur rôle à travers cet avis émis comme un verdict plusieurs fois par jour.

C'est ainsi que «L'aptitude au travail» est l'un des thèmes des XXI^{èmes} Journées Nationales de Médecine du Travail de Rouen en 1990.

Au sein du SNPMT, les premières réflexions apparaissent en 1993 avec l'article très documenté du Dr Cométra (ce pseudonyme pour désigner un collectif de médecins du travail qui a travaillé autour du Dr C.P. Hitier) «Le médecin du travail et l'inaptitude médicale d'un salarié» (p. 2).

A noter que les premières questions sur l'aptitude ont été posées par les avis d'inaptitude et leurs répercussions sur l'emploi.

En 1993, c'est aussi le moment où **le SIDA apparaît** en France avec une ampleur qui réveille les peurs ancestrales : tuberculose, peste... contagiosité... exclusion ? Faut-il prévoir un dépistage systématique à l'embauche ?

Voilà donc la question posée... et l'occasion de faire des mises au point (p. 3).

Dans la Fonction Publique, la toute jeune médecine du travail (10 ans à peine) a du mal à trouver sa place aux côtés des médecins agréés. Aptitude à la fonction ? Aptitude au poste ? Sélection ou prévention ?

Plusieurs articles ont été écrits par nos confrères de la Fonction Publique pour éviter les confusions et le SNPMT a même engagé des actions contentieuses à l'encontre des textes réglementaires qui entretenaient cette confusion... Ajoutons quelques affaires médiatisées qui ont donné l'occasion au SNPMT d'affirmer sa position (p. 4).

L'aptitude dite «sécuritaire» nous pose, à coup sûr, le plus de questions : quel est notre devoir et notre responsabilité ? Où commencent-ils et quelles en sont les limites ? Mais aussi, quelle définition d'un poste de sécurité ? Quelle validité d'un avis d'aptitude ? En vertu de quels critères ? Pour combien de temps ? Ce débat est permanent et de nombreux articles abordent cet aspect particulier... (p. 8, 10, 11, 18, 26).

L'ambiguïté de l'avis d'aptitude est abordée dans un premier article de réflexion publié en septembre 1996, et qui reprend un exposé fait par le Dr J.M. Domergue lors des XXIV^{èmes} Journées Nationales de Paris en juin de la même année : «Sur le fond, l'aptitude pose question depuis qu'elle existe à cause de l'ambiguïté de sa finalité» (p. 5)

Autre question posée par le Dr J.C. Attal qui relève cette ambiguïté «L'aptitude est-elle une "caution médicale" pour faire accepter l'exposition d'un salarié à un risque "tolérable" ?» (p. 7).

Dès lors, **le débat est lancé au sein du SNPMT**, avec, à partir de l'assemblée générale de novembre 1997, des groupes de travail, des débats dans les régions, un questionnaire proposé aux adhérents... Ces débats ont été largement répercutés dans la revue et vous en retrouverez les principales étapes p. 8, 10, 11, 12, 14 et suivantes.

Les tests génétiques et leur utilisation en médecine du travail ont fait l'objet d'un engagement fort du SNPMT à travers, notamment, une conférence de presse organisée en janvier 1998. Cette réflexion rejoint très vite toutes les questions posées par l'avis d'aptitude ; c'est pourquoi une page lui est consacrée dans ce dossier (p. 13).

Cependant, **le SNPMT n'a pas l'exclusivité du débat sur l'aptitude...** Le «doute» commencerait-il à saisir l'ensemble de la profession ?

Le **Dr Philippe Davezies**, enseignant chercheur en Médecine du Travail à la Faculté Laennec de Lyon, s'est largement interrogé sur notre mission de médecin du travail et a cherché à comprendre à travers l'histoire de notre institution. Nous lui devons deux articles passionnants qu'il nous a permis de publier ici. Nous l'en remercions vivement... (p. 19 à 25).

Nous n'avons pas encore trouvé des réponses à toutes nos questions... C'est un «passage obligé» qu'il faut accepter de franchir... l'essentiel, c'est d'avancer !

Nous espérons que nos lecteurs trouveront avec ce numéro un outil pour construire la médecine du travail de l'An 2000.

(1) J. Bertran, P. Barre, G. Petiet - Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. XXI^{èmes} Journées Nationales de Médecine du Travail, Rouen 1990.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'INAPTITUDE MÉDICALE D'UN SALARIÉ

Recherche documentaire importante de textes concernant l'inaptitude médicale au travail, cet article, publié en 1993, traite de l'évolution de la législation et de la jurisprudence en matière d'inaptitude. Il a été élaboré par un groupe de médecins du travail autour du Dr C.-P. Hitier. Nous reproduisons ici le **préambule** où sont évoqués les **problèmes déontologiques autour de l'inaptitude** et la **conclusion** dans laquelle est proposée la **possibilité de contester l'avis du médecin du travail...**

PRÉAMBULE

Le rôle du médecin du travail est également défini comme «*exclusivement préventif*» et visant à «*éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail*».

Il y a cependant plusieurs façons de parvenir à ce but et pendant longtemps les plus hautes juridictions ont considéré que ce but serait atteint s'il permettait à un employeur d'exclure sans frais, de son entreprise, le salarié devenu médicalement inapte au poste indiqué dans son contrat de travail. Une telle décision était alors jugée comme acte de bonne gestion de l'autorité patronale.

La position de «la doctrine» ou du moins de la plupart des professeurs de Droit du Travail était cependant depuis longtemps différente. Cette divergence s'est aggravée du fait que, si au cours des «trente glorieuses» les employeurs étaient plus tolérants et les conséquences d'un avis d'inaptitude moins graves, statistiquement du moins, il n'en est plus ainsi maintenant depuis que les tensions se sont aggravées sur le «marché» de l'emploi.

Nous emprunterons à Monsieur Jean SAVATIER, Professeur honoraire du droit du travail et ancien membre du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, les remarques suivantes :

«L'intervention des médecins du travail fait en effet peser une menace sur l'emploi du travailleur chaque fois que l'employeur ne veut ou ne peut offrir au salarié un poste de travail adapté à ses aptitudes physiques. L'appréciation portée par le médecin du travail sur les aptitudes physiques du travailleur détermine le sort de celui-ci. Le médecin du travail risque alors de ne plus être perçu comme celui qui conjure le sort en préservant le travailleur des risques qui pèsent sur sa santé mais comme celui par qui le malheur arrive, sous la forme d'un chômage dû à une inaptitude physique⁽¹⁾».

Cette constatation, faite par le Pr SAVATIER il y a cinq ans, est plus que jamais d'actualité bien que tempérée depuis peu par l'évolution de la jurisprudence et des dispositions légales.

L'accord du 18 juillet dernier, signé par une partie des organisations de salariés comporte une autre dérive possible qui rend malheureusement plus ambigu le rôle du médecin du travail.

Cet accord prévoit que les pénalités prévues par la «contribution DELALANDE»⁽²⁾ ne seront pas imposées aux entreprises lorsque

l'inaptitude au travail du salarié âgé sera justifiée par un certificat compétent pour l'entreprise.

Ces accords font donc jouer au médecin du travail non plus un rôle de protection de la santé du salarié concerné mais un rôle économique qui n'est pas le sien. En effet son intervention aura pour seul résultat un transfert de charge d'une entreprise donnée vers le collectif, l'amélioration de la santé d'un ou plusieurs salariés n'étant en rien concernée.

Pour ceux de nos confrères qui seraient tentés d'y voir un accroissement de leur autorité, il nous paraît utile de préciser qu'un tel «pouvoir» attribué au médecin du travail comporte non seulement une dérive déontologique mais peut avoir des conséquences dangereuses. Si sous la pression de l'employeur qui désire se séparer d'un salarié devenu peu rentable mais aussi parfois du salarié las de son travail, le médecin accepte de reconnaître une inaptitude toute relative, il s'expose à des désagréments.

Il n'est en effet pas exceptionnel que le salarié concerné, après avoir souhaité quitter un emploi qui présentait des contraintes, s'illusionnant sur les compensations matérielles qu'il espérait, change d'avis et reproche au médecin de ne pas avoir su résister à l'employeur. Une telle volte face n'est pas une hypothèse d'école mais repose sur la connaissance de faits analogues ayant entraîné dans un procès le médecin trop crédule.

CONCLUSION

La possibilité de contester l'avis donné par le médecin du travail en matière d'aptitude d'un salarié à un poste de travail nous paraît cependant constituer une garantie qui doit être offerte à l'ensemble des intéressés : salariés d'abord, employeurs ensuite sans oublier le médecin du travail lui-même qui ne sera plus seul à supporter la décision qui sera, *in fine*, prise en compte. L'existence d'un recours contre ce que certains qualifient de «décision» médicale non seulement évitera des abus, mais aussi constituera une régulation dans un domaine où la subjectivité risque de prendre une part trop importante. Cette régulation est d'autant plus nécessaire que, pour les salariés, les difficultés pour retrouver du travail sont accrues par la situation économique et, pour les employeurs, la nouvelle législation est plus contraignante et

met à la charge de leur entreprise des dépenses plus importantes. Dès 1980, le SNPMT préconisait cette régulation⁽³⁾. Lors des journées organisées par la revue «Droit Social» un des rares points d'accord entre le représentant du SNPMT et celui de l'Ordre des Médecins était précisément la nécessité d'instituer une procédure d'expertise en cas de contestation de l'avis d'un médecin du travail portant sur l'aptitude d'un salarié à un poste de travail. A l'époque seule la contestation par l'employeur était admise par la jurisprudence, cependant que le SNPMT proposait :

- d'ouvrir la possibilité de contester cet avis, non seulement à l'employeur mais aussi au salarié ;
- que ces contestations soient portées non devant un expert unique tout aussi faillible que le médecin du travail, mais devant un collège de trois parties concernées (employeur, salarié, médecin du travail) ;
- que ces médecins soient obligatoirement choisis sur une liste établie par le Ministère du travail, parmi des médecins du travail expérimentés, étant observé que la plupart des hospitalo-universitaires exerçant dans des conditions très particulières ne sont pas les mieux placés pour effectuer de telles «expertises».

Ces propositions avaient paru intéresser Monsieur Pierre LAROCHE. Lors des réunions qui eurent lieu au Ministère du Travail en 1982 et 1983, sous la présidence de ce Conseiller d'État, le représentant du SNPMT avait complété ces propositions par le souhait que, par souci de loyauté envers le médecin du travail, la décision du collège ne devrait pouvoir prendre en considération que les éléments d'appréciation dont ce praticien pouvait disposer au moment où il avait émis son avis. Dans le cas contraire, le salarié devrait être simplement invité à retourner devant le médecin du travail dont l'avis était contesté.

Force est de constater que ces propositions équilibrées et respectueuses des intérêts matériels mais aussi moraux des diverses parties en cause, ne semblent pas avoir la faveur d'une administration du travail qui paraît avant tout soucieuse de ne pas se dessaisir d'une parcelle de son autorité au profit d'experts dont elle craint l'indépendance d'esprit.

Dr COMÉTRA,
revue n° 156, juin 1993
et revue n° 157, septembre 1993 ■

(1) Arnaud LYON-CAEN, «Les répercussions des appréciations des médecins du travail», *Droit Social*, numéro spécial sur la médecine du travail, avril 1980, 4, page 71 et s.

(2) «L'article L. 241-10-1 du code du travail : l'intervention de l'inspecteur du travail en cas de "difficulté" ou "désaccord" portant sur une mesure individuelle proposée par le médecin du travail», *Droit Social*, janvier 1985, page 53 et s.

(3) *Droit Social* : Le médecin du travail et le droit - Numéro Spécial - n° 4, avril 1980, page 99 et s.

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

A L'OCCASION DES EXAMENS D'EMBAUCHE

Aptitude = exclusion ? Voilà donc le SIDA et la grande peur qu'il inspire qui réveille des réflexes «archaïques» d'exclusion... Aujourd'hui, il nous semble évident qu'un séropositif peut travailler sans problème. Ça ne paraissait pas si simple il y a seulement quelques années. Rappelons-nous : quelques affaires médiatisées... et une circulaire de la Direction Générale de la Santé rendue nécessaire pour rappeler certains principes...

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Sida exclusion

La presse écrite et parlée vient de faire état de la récente condamnation d'un vétérinaire sanctionné pour avoir abusivement licencié un de ses assistants atteint du SIDA. Le médecin du travail qui avait examiné ce salarié était mis en cause et l'information telle qu'elle était présentée pouvait laisser entendre que, plus ou moins directement, ce médecin était responsable de ce licenciement abusif.

Le SNPMT élève une vigoureuse protestation contre cette possible interprétation des faits. Il apparaît en effet que si ce médecin avait eu une quelconque responsabilité dans ce licenciement, il aurait été condamné soit pour violation du secret médical, soit pour complicité avec l'employeur, ou pour les deux motifs à la fois.

A l'occasion de cette affaire, le SNPMT tient à rappeler, une fois de plus, que dans son exercice professionnel le médecin du travail est tenu de respecter rigoureusement deux principes :

- le respect absolu du secret médical
- l'interdiction de toute discrimination des salariés pour une quelconque raison de santé ou handicap, quel qu'il soit et en particulier notre syndicat a pris position à plusieurs reprises sur la non exclusion du travail du fait d'une séropositivité VIH.

Le 19 septembre 1995, revue n° 167, mars 1996 ■

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE DGS/81/SIDA DU 16 JANVIER 1993 RELATIVE AU TEST DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

à l'occasion des examens d'embauche du personnel des établissements de santé réalisés par les médecins du travail

Cette circulaire signée par Louis Dessaint, Directeur Général de la Santé et Gérard Vincent, Directeur des Hôpitaux, a été adressée aux établissements de santé.

Elle rappelle les principes qui doivent être respectés au moment de la visite d'embauche :

«Si le médecin du travail est seul juge de l'état de santé du candidat à l'emploi, dans le cadre de l'appréciation médicale de l'aptitude au poste de travail qui relève de sa mission, en l'état actuel des connaissances, notamment celles qui portent sur les modes de contamination et qui permettent d'affirmer qu'en milieu de travail les risques de transmission du VIH sont

extrêmement faibles, le dépistage sérologique à l'embauche n'est pas justifié.

Seule une altération effective de l'état de santé excluant les formes asymptomatiques, pourrait, dans des cas très circonscrits, justifier une demande d'investigation sérologique fondée sur l'article R. 241-52 du code du travail, celle-ci relevant, en tout état de cause, de la seule initiative du médecin du travail soumis au secret médical. Un employeur ne peut donc imposer au médecin du travail un dépistage sur la personne du candidat à un poste de travail ou s'enquérir du statut sérologique d'un demandeur d'emploi. Il ne peut refuser de recruter un candidat à l'embauche en se fondant sur son état

de santé (article L. 122-45 du code du travail).

Dans les cas très exceptionnels où un médecin du travail estimerait devoir inclure, dans le cadre de la surveillance médicale des salariés, une surveillance sérologique, il devrait, comme tout autre médecin, informer préalablement le candidat à l'emploi sur la nature et l'objet du test, recueillir son accord, et l'informer sur les conséquences qu'il pourrait tirer des résultats du test. La remise du résultat, qu'il soit négatif ou positif, doit toujours être effectuée par un médecin au cours d'une consultation d'information-conseil».

Revue n° 157, septembre 1993 ■

APTITUDE PHYSIQUE A UN EMPLOI PUBLIC

FAUT-IL CRIER HARO SUR LES GROS ?

Encore des affaires d'exclusion médiatisées pour lesquelles le Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail a jugé utile de se positionner...

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le Ministre des Postes, des Télécommunications et de l'Espace, refuse de nommer une candidate admise au concours de préposé, l'intéressée ayant été déclarée physiquement inapte pour une surcharge pondérale importante.

Le Tribunal administratif annule la décision de refus de nomination, la surcharge pondérale n'étant pas considérée comme incompatible avec les obligations de l'emploi de préposé.

Rappelons que dans la Fonction Publique d'État, les avis d'aptitude au recrutement à un emploi public sont donnés par un médecin généraliste agréé. Le médecin du travail n'intervient pas, car la visite d'embauche est inexistante dans la réglementation.

Revue n° 160, juin 1994 ■

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Nous apprenons avec satisfaction la réintégration de l'agent de service de l'Éducation Nationale dont la titularisation avait été refusée par un médecin agréé pour cause d'obésité.

C'est l'occasion pour le Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail de réaffirmer qu'il convient de ne pas faire d'amalgame entre :

- le médecin assermenté (agréé) qui définit l'aptitude à la fonction (ici l'entrée dans la Fonction Publique)
- le médecin du travail qui définit l'aptitude au poste (ici poste d'agent de service), et surtout qui a le devoir de proposer, en cas d'inaptitude partielle ou totale, par la connaissance des postes de travail, toutes mesures de transformation ou mutation de poste compatibles avec l'état de santé de l'agent.

Son rôle est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail et non de faire une sélection lors de l'embauche.

Le 26 octobre 1995, revue n° 167, mars 1996 ■

Ce texte reprend l'exposé fait par J.M. Domergue lors des XXIV^{èmes} Journées Nationales à Paris en 1996. Préparé par quatre médecins* du travail, il est le premier article «de fond» dans la revue en septembre 1996.

Les données sociales produites par l'INSEE continuent à mettre en évidence les différences d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles, qui, loin de s'atténuer tendent à s'aggraver puisque la longévité augmente plus vite pour les plus favorisés. Ces écarts concernent la mortalité, quelque soit la pathologie en cause, mais aussi la morbidité. Ils s'expliquent en partie par des conditions de travail différentes. Le législateur a placé le médecin du travail au cœur de cette problématique en lui confiant la mission «d'éviter toute altération de la santé du fait du travail».

Pour ce faire le médecin dispose de deux outils :

- l'action sur le milieu de travail, c'est-à-dire concourir à l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, adapter les postes, les techniques et les rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- les examens médicaux, à l'issue desquels le médecin établit une fiche d'aptitude. Ces examens conduits lors des consultations au moins annuelles, ont pour but de rechercher s'il existe une affection dangereuse pour les autres travailleurs, et des atteintes éventuelles liées au travail, d'autres part de s'assurer que la salarié est médicalement apte au poste et de proposer des adaptations ou des mutations.

Ainsi, à partir de l'analyse des postes de travail et de la connaissance de l'état de santé des salariés, le médecin du travail devrait déterminer par l'aptitude la meilleure adéquation possible entre santé et travail.

L'aptitude fait donc bien partie de la mission du médecin du travail, (même si le législateur le place en seconde position après l'action en milieu de travail).

Qu'en est-il en pratique ?

Conclusion obligée de la visite médicale, l'aptitude est devenue le déterminant principal de l'activité du médecin ; de moyen elle est devenue finalité.

Pour la grande majorité des salariés, et particulièrement les 90 % d'entre eux surveillés en service interentreprises, elles correspondent aujourd'hui à l'essentiel de la demande adressée aux médecins, et à l'image sociale de l'institution : «mais au fait, à part la visite annuelle et le certificat d'aptitude, à quoi servent les médecins du

travail ?» s'interroge la journaliste qui ouvre la réunion de presse consacrée aux XXIV^{èmes} Journées Nationales de Médecine du Travail...

Indiscutablement, l'organisation des services médicaux du travail est d'abord centrée sur elle.

Ce sont les visites médicales qui vont servir de contrôle du bon accomplissement du contrat de travail du médecin. Certains directeurs de services ne vont-ils pas jusqu'à exiger des médecins qu'ils sacrifient leur «tiers-temps» pour «finir leur effectif» dans l'année ?

Ce sont d'ailleurs ces visites qui conditionnent le financement des services interentreprises ; elles justifient les cotisations. Les fiches de visites sont incontournables : ce sont elles que l'inspecteur du travail demande à l'employeur, lorsqu'il se rend dans l'entreprise, et non la fiche d'entreprise, encore moins le plan d'activité. Lors d'un contentieux avec une entreprise c'est le passage à la visite annuelle des salariés qui va témoigner du respect de la réglementation en matière de médecine du travail.

Enfin, c'est par la visite et la fiche d'aptitude que les salariés perçoivent qu'ils ont rencontré leur médecin du travail. L'avis d'aptitude est considéré comme le résultat d'une sorte de bilan de santé d'une part, d'autre part, s'ils se posent la question du lien entre cette visite et leur travail, comme une autorisation à continuer ce travail, une reconnaissance de leur affectation à ce poste. «Alors, t'es bon ?» demandent les autres à la sortie de la visite...

Dans sa forme, l'aptitude représente une double perversion : elle rythme l'organisation du travail des services médicaux, elle est la trace principal de l'activité du médecin...

Tout est réalisé pour entretenir la confusion entre la visite médicale et l'avis d'aptitude, entre la médecine du travail et l'aptitude.

Les questions de fond

Sur le fond l'aptitude pose question, depuis qu'elle existe, à cause de l'ambiguïté de sa finalité. Que signifie «médicalement apte au poste» ? S'agit-il de sélectionner un personnel dont l'adaptation aux postes de l'entreprise va assurer la rentabilité de celle-ci ?

S'agit-il d'évaluer des capacités à accomplir une tâche ou simplement d'accepter un risque «tolérable», que l'aptitude des salariés vient, *in fine*, cautionner ?

En effet, dans un contexte socio-économique difficile, la marge de manœuvre du médecin du travail devient inexistante quant aux possibilités de mutation ou d'adaptation des postes. La décision d'aptitude se confond avec la nécessité de maintien dans l'emploi pour éviter l'exclusion (mais à quel prix pour le salarié ?). Cette «aptitude aux risques de l'entreprise» est devenue prédominante, d'autant que dans l'hypothèse où la restriction d'aptitude entraînerait le licenciement, le médecin du travail est impuissant pour protéger le salarié.

L'aptitude au risque c'est aussi le décalage entre le laisser-passer que représente l'avis d'aptitude et la prévention primaire : l'exemple de l'amiante est sur ce point caricatural. Pendant des années des salariés ont été «aptés» à être exposés à l'amiante, sous couvert d'une surveillance médicale parfaitement dérisoire. En quoi la radiographie pulmonaire annuelle était-elle un acte de prévention ? Pourquoi les médecins du travail ne se sont-ils pas plutôt engagés dans la vraie prévention de ce risque ?

Aujourd'hui l'aptitude est également remise en cause par l'évolution européenne : spécificité française, elle s'oppose à la conception de la liberté individuelle des pays anglo-saxons. Ceci d'autant plus que la précarisation du travail vient renforcer la difficulté de ces décisions et place la médecine face au dilemme droit au travail/droit à la santé.

La décision d'aptitude concerne l'individu. Elle fait peser l'intervention du médecin sur le seul salarié. Car en pratique c'est essentiellement l'état de santé du salarié qui la détermine et non l'action sur le milieu de travail, c'est-à-dire l'éviction ou la maîtrise du risque, l'adaptation du poste à la physiologie humaine. En cela l'aptitude est loin d'être un acte de prévention primaire. Elle est, malheureusement, en décalage permanent avec les questions des conditions de travail et de leur amélioration...

Pourquoi ne s'agirait-il pas plutôt de déterminer l'aptitude d'une situation, d'un poste au travail humain ?

Même les médecins qui ont accumulé au fil des ans des compétences techniques multiples pour appréhender le milieu de travail du côté de la technique, sont confrontés à la vanité de la décision d'aptitude comme acte positif de santé pour le salarié.

Pour aller plus loin il faut revenir à **l'esprit des textes** et recentrer la réflexion sur notre **identité professionnelle de médecin.**

* F. Bourdillon, J.M. Domergue, M. Pascual, N. Sandret.

La législation : des textes puissants

Sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, aucune personne ne peut être écartée d'un recrutement, aucun salarié ne peut être licencié en raison de son état de santé ou de son handicap (art. L. 122-45, lois de 1990 et 1992).

Par ce texte très fort sur la non discrimination, le législateur a voulu marquer l'importance qu'il accorde à l'intervention du médecin du travail, dès lors qu'un problème de santé est posé.

Très récemment, un décision prud'homale a décidé la réintégration d'un salarié qui avait été licencié pour absences répétées, dues à son état de santé, alors que l'employeur n'avait pas demandé l'avis du médecin du travail. Les juges ont estimé en effet que l'intervention du médecin du travail aurait pu proposer des mesures de mutation ou de transformation de poste, évitant ainsi le licenciement du salarié.

Cette décision, dont les motivations tirent toutes les conséquences de la loi de 1990, en rappelant avec force le rôle incontournable du médecin du travail, n'a pas été contestée. Elle fait aujourd'hui jurisprudence.

Ainsi les juges prud'homaux font constamment référence au médecin du travail en matière des protection des salariés, de prévention de inaptitudes, de propositions d'aménagement et d'amélioration des postes de travail. La jurisprudence ne cesse d'évoluer dans ce sens, entraînant dans son sillage le législateur.

Les dispositions en cas de reprise après accident du travail ou maladie professionnelle, ont un caractère particulièrement contraignant et on peut parler de quasi obligation de reclassement, sous contrôle du collectif de l'entreprise puisque les délégués du personnel doivent être sollicités.

D'une façon générale, l'article L. 240-10-1 affirme l'habilitation du médecin du travail à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs.

Le code de déontologie

Mais surtout, nous sommes médecins et soumis au code de déontologie : «le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.» ... «Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.»

L'ensemble de ces textes permet d'affirmer que l'aptitude ne doit pas être un outil de sélection, ni la mesure de la capacité à exercer une activité.

L'aptitude est une prescription

L'aptitude est une prescription qui a pour finalité l'application du principe qui fonde la médecine du travail.

La prescription en médecine du travail est l'aboutissement d'une démarche «diagnostique» concernant les symptômes présentés éventuellement par le salarié et l'inven-

taire des risques liés à chaque situation de travail.

De cette évaluation, résultant de la confrontation de l'examen médical (du sujet) et de l'analyse des nuisances du poste (environnement, collectif), découleront la formulation de l'aptitude et les actions de prévention menées sur le terrain. ces deux approches sont liées de façon indissociable : l'aptitude d'un salarié ne peut être appréciée hors de son contexte et est donnée à un poste désigné concrètement, que le médecin doit connaître. Le médecin est tenu sur ce point à une obligation de moyens. Et de son pouvoir de conviction dépend le respect de ses prescriptions, lesquelles engagent sa responsabilité.

Une prescription a une dimension active, on donne les éléments pour modifier un état ou une situation, dont on doit assurer le contrôle et le suivi. On adapte la prescription en fonction des données recueillies et de leur évolution. C'est donc une action qui s'exerce dans la durée.

Mais en médecine du travail, la prescription prend aussi une dimension collective, aussi bien du fait des répercussions éventuelles de l'aptitude individuelle sur le collectif de travail que du fait des mesures de prévention préconisées qui s'adressent à l'ensemble des salariés concernés.

C'est le cas, banal, de la restriction d'aptitude qui signifie pour les collègues «qu'il faudra faire le travail à sa place». Mais c'est aussi l'effet de restriction d'aptitude qui, se généralisant dans un atelier ou un service, obligent à considérer comme nécessaire l'amélioration des conditions de travail.

En fait c'est un véritable **savoir-faire** qui s'est construit autour de cet outils obligatoire qu'est la décision d'aptitude.

Tout d'abord un savoir-faire médical

Dans le cadre du colloque singulier il s'agit pour le médecin du travail d'aider le salarié à «construire» cette aptitude qui signifie : travailler sans altérer sa santé. C'est un travail d'information, de conseil et d'accompagnement. Le médecin y met en œuvre (et y acquiert) toute la connaissance de la santé dans sa globalité (physique, mentale, sociale), et dans sa dynamique (construction ou destruction). Dès cette étape et à cause de la grande complexité des situations et des décisions à prendre, le médecin est confronté à la nécessité d'un travail en coopération avec d'autres acteurs (médecins de soins, services sociaux...).

Au niveau collectif les actions de prévention primaire, l'amélioration des conditions de travail, sont indispensables au maintien de l'aptitude des salariés. On peut ainsi considérer que les «restrictions d'aptitude» signifient l'échec ou les limites de prévention primaire.

De fait, dans l'entreprise, le médecin du travail est régulièrement amené à défendre les restrictions d'aptitude qu'il a posées, dans le respect du secret médical — exercice difficile —, tout en mettant en cause les conditions et/ou l'organisation du travail, pour provoquer le débat sur ces questions. Au quotidien c'est dans ce travail autour

de l'aptitude que se construit notre métier, y compris dans sa dimension collective. Ce double niveau d'intervention en constitue une spécialité essentielle.

Mais ce savoir-faire est aussi social

L'aptitude et l'intervention du médecin du travail sont de plus en plus utilisées comme garde-fou face à la pression de la productivité, et peuvent devenir un rempart contre l'exclusion. Le salarié malade, trop souvent absent, handicapé, trop vieux, est en danger car il ne répond plus, de façon patente, aux critères économiques qui gouvernent l'entreprise. La décision d'aptitude du médecin sert à protéger l'emploi, faute de préserver vraiment la santé : entre deux maux il faut choisir le moindre...

Dans ce domaine l'évolution de la réglementation (et de la jurisprudence) tentent de renforcer les dispositifs de maintien dans l'emploi, tandis que la loi permet toujours plus de flexibilité... Paradoxe ?

Dans la pratique les difficultés d'application de l'article L. 241-10-1 illustrent les limites de nos interventions, et, curieusement, c'est la jurisprudence qui vient (après la bataille) rappeler le sens de l'aptitude médicale.

Inversement, ce même climat de tension sociale autour des questions de travail, d'emploi, de chômage, peut conduire le médecin du travail à être le recours, via l'inaptitude, dans les situations où il n'y a plus aucune marge de manœuvre, ni pour quitter, ni pour négocier, et la maladie peut alors représenter la seule issue possible. C'est l'inaptitude — sauvetage de celui qui n'en peut plus.

Quoi qu'il en soit, l'aptitude médicale est devenue un élément du contrat de travail et toute une partie du droit social s'est tissée autour d'elle.

Le médecin du travail en France est donc amené à assumer, à travers l'aptitude, une responsabilité importante dans la prise en compte des questions de santé au travail.

L'aptitude représente pour lui une tâche complexe, qui trouve sa légitimité à la fois dans sa dimension **médicale, sociale et juridique**.

Quelles perspectives ?

On l'a voulu : la pratique actuelle, dans la majorité des cas, et compte-tenu des conditions d'exercice, n'est pas acceptable et il est indispensable de la faire évoluer selon une double exigence :

- il faut redonner à cet acte toute dimension médicale d'aide à la construction de la santé, qui dépasse de loin le simple constat, l'avis d'aptitude dans sa version la plus réductrice.

- la gravité des conséquences de l'inaptitude impose que soit mise en place la possibilité d'un vrai recours contre ces décisions, de sorte que le devenir du salarié ne dépende plus du jugement d'un seul médecin, jugement largement influencé par la subjectivité de celui qui le prononce (on est en effet tous au service de nos propres valeurs).

Il faut aussi clairement énoncer qu'assumer cette mission nécessite des moyens suffisants à commencer par le temps, un minimum de liberté dans l'organisation du travail, et une réelle indépendance qui ne correspondent pas souvent aux conditions d'exercice des médecins en services inter-entreprises.

D'autre part des questions majeures sont en suspens dans l'organisation actuelle de la médecine du travail :

- le suivi des devenus inaptes (et licenciés). Prononcer un inaptitude pour un salarié dont on était le médecin, signifie l'abandonner, mettre un point final à cette relation. Difficile à assumer.
- le suivi post-professionnel, et pas seulement pour les retraités, mais surtout pour la grande majorité des salariés en activité et qui ont changé maintes fois d'entreprise : une réelle prise en compte du lien santé-travail supposerait qu'on prenne en charge l'ensemble de leur

histoire professionnelle.

- la possibilité de mettre en place de véritables pratiques coopératives avec les autres acteurs dans l'entreprise mais surtout hors de l'entreprise, ce qui implique une ouverture et une indépendance qui n'existent que rarement aujourd'hui.

Enfin, la question de l'aptitude, aussi difficile qu'elle soit, ne doit pas faire écran à la véritable mission d'un service de santé au travail : la prévention primaire.

On le voit, l'ambiguïté demeure. Le savoir-faire des médecins peut lui faire barrage mais ne la fait pas disparaître.

En témoigne l'évolution actuelle du monde du travail et de l'exercice de la médecine du travail :

- la visite d'aptitude des salariés précaires, qu'on ne reverra pas et pour lesquels la moindre restriction d'aptitude est envisageable, s'apparente, qu'on s'en défende ou non, à une activité de sélection. Pour

preuve la surveillance médicale des intérimaires et son fichier informatisé des aptitudes médicales. Quid de la prévention des risques ?

- l'éclatement de l'organisation du travail : dans les eaux sombres de la sous-traitance, du prêt de main-d'œuvre et des entreprises extérieures l'idée même d'intervention en milieu de travail fait naufrage, et la visite médicale que le salarié vient passer, parfois bien loin de son lieu de travail, n'est plus qu'une formalité obligatoire, dont la justification est juridique ; il suffit pour s'en convaincre de lire le libellé des formulaires de convocation...

Une question s'impose : la «médecine du travail» telle qu'elle fonctionne en 1996, est-elle adaptée à la mission définie par la loi de 1946 ?

Revue n° 169, septembre 1996 ■

AVIS D'APTITUDE - AMBIGUÏTÉ

Premières questions sur l'aptitude du poste de travail...

Notre confrère, le Docteur Jean-Claude ATTAL, attire notre attention sur l'annexe à un arrêté ministériel du 09.11.1994 (J.O. du 02.12.1994), concernant la «surveillance médicale spéciale des personnes travaillant dans les lieux empoussiérés» (instructions au médecin du travail).

L'aptitude est-elle une «caution médicale» pour faire accepter l'exposition d'un salarié à un risque «tolérable» ?

A verser au «dossier» du débat sur l'aptitude...

Mes chers confrères,

Je ne résiste pas à l'envie de vous citer 2 passages de l'arrêté cité en référence. Je vous recommande sa lecture *in extenso*.

1. Affectation des personnes dans les lieux empoussiérés. Définition de l'aptitude : «à l'issue des examens d'affectation ou de réaffectation, le médecin détermine pour chaque personne **son aptitude à occuper une fonction de travail l'exposant à l'inhalation de poussières.**»

Plus loin : «Le rang de l'aptitude d'affectation d'une personne... correspond à celui de la catégorie à laquelle appartient l'image pulmonaire.»

4. Hygiène de l'exploitation.

«Dans la cadre de la surveillance de **l'adaptation physiologique du personnel aux postes de travail**, le médecin du travail a qualité pour vérifier dans les conditions réelles de travail le niveau de risque encouru compte tenu de la décision d'aptitude.»

Je pense que le syndicat ne peut rester muet devant une telle méconnaissance de notre rôle, et de la définition de l'aptitude.

Revue n° 169, septembre 1996 ■

RÉFLEXIONS SUR LA NOTION D'APTITUDE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 22 NOVEMBRE 1997

Voilà, le débat est lancé au sein du syndicat et fait donc l'objet d'un thème de l'Assemblée Générale de novembre 1997. Monsieur Bernard DUCAMIN, Conseiller d'État Honoraire, auteur du rapport «La Médecine du Travail en France - Perspectives» (avril 1988) est notre invité.

QUELQUES IDÉES POUR INTRODUIRE LE DÉBAT

LA DÉFINITION DE L'APTITUDE N'EST PAS CLAIRE

La notion d'aptitude n'est pas définie dans le Code du Travail.

Historiquement, à l'introduction de cette notion, un arrêté devait la préciser ; il n'a pas vu le jour.

En réalité, plusieurs conceptions peuvent exister, qui s'opposent le plus souvent :

- s'agit-il d'aptitude exclusivement médicale à exercer un métier ?
- ou plus largement des capacités médico professionnelles, concept auquel nombre d'employeurs se réfèrent trop souvent ?
- s'agit-il, en cas d'aptitude exclusivement médicale :
 - . soit de la capacité à tenir le poste au sens d'une vision «expertise» de l'approche médicale
 - . soit d'une vision «prévention» à laquelle semble se référer le texte de 1946 sur la médecine du travail tendant à éviter toute altération de la santé du fait du travail ?

Cette dernière approche, inscrite dans la loi fondatrice a été ensuite confortée par la création d'une médecine d'expertise médicale déterminant aussi une aptitude, en particulier dans le transport, ce qui sous entend que l'aptitude de l'expertise n'est pas de même nature que celle de la Médecine du Travail.

- enfin, s'agit-il d'une aptitude uniquement de santé physique ou physique et mentale ? Le libellé de certains textes officiels n'est pas toujours précis ou cohérent.

Par ailleurs, en cas de difficulté, dans quel sens résoudre l'antagonisme entre droit à la santé et droit au travail ?

La liberté d'exercer ces droits appartient au salarié. La notion de consentement éclairé, après discours informatif devient la règle en médecine. Devons-nous, de ce point de vue rester toujours une médecine imposée, avec pour aboutissement notre décision souveraine d'aptitude ?

Cette notion sous entend celle d'exposition au risque : selon le niveau, le salarié devrait pouvoir signifier son sentiment.

Un document — rapport — pourrait faire état de la participation du salarié à ce débat.

LE POSTE EST RAREMENT DÉFINI

Traditionnellement, il s'agit d'une aptitude au poste. Mais en réalité, celui-ci n'est habituellement pas précisé dans ses caractéristiques.

Il s'agit plutôt d'un emploi, terme générique d'un type d'activité et seule une parfaite connaissance de l'entreprise par le médecin du travail permet d'en connaître la réalité des risques.

De plus, une tendance actuelle dans le monde du travail va à la polyvalence c'est à dire une famille d'emplois.

Peut-on dans ces conditions, parler encore d'aptitude au poste ?

Témoin les réglementations concernant le travail intérimaire qui sont peu applicables.

L'APTITUDE DES POSTES DE SÉCURITÉ

C'est un des rares cas où le médecin du travail ne doit plus seulement prendre en compte le retentissement sur la santé de l'individu mais également envisager les conséquences sur des tiers (collectif de travail ou extérieurs). Il constitue une ambiguïté de l'esprit de la loi et introduit une dichotomie pour le médecin.

Cette notion découle de celle des maladies contagieuses auxquelles on a substitué plus tard le terme de maladies dangereuses.

Cette notion, acceptable dans son intention, pose au médecin du travail une contradiction éthique fondamentale dans son action : en cas d'antagonisme, au point de vue de l'aptitude, entre les intérêts du salarié et ceux de la collectivité, quel devient le rôle du médecin du travail ?

Habituellement, la législation a résolu cette contradiction en instituant des médecins spécifiques pour ces questions d'aptitude en rapport avec la collectivité, dans des domaines évidents de sécurité.

On pense aux médecins d'expertise qu'on rencontre dans le transport aéronautique, permis de conduire, navigation.

Pour les autres secteurs où la sécurité peut être en jeu (et quel travail ne comprend aucune notion de sécurité ?), l'imprécision juridique est la règle.

Il n'y a pas de définition légale, ce qui permet la confusion entre les notions de responsabilité ou de sûreté (police).

Et à propos de toxicomanie, les divers textes finissent par laisser au médecin du travail — seul — cette responsabilité, ce qui peut aboutir à des décisions arbitraires.

Si toutefois, cette responsabilité reste à la charge du médecin du travail, il faudrait que les postes de sécurité soient définis au niveau du C.H.S.C.T., du C.E., d'instances de la branche professionnelle.

Les moyens et les examens à prévoir, une fois les postes reconnus devraient être définis par le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels.

Enfin, en cas de décision d'inaptitude des moyens de recours et d'appel devraient être prévus.

En conclusion, la notion française de l'aptitude nécessite d'être mieux précisée, surtout dans les perspectives d'avenir de l'harmonisation européenne.

Un certain nombre de problèmes éthiques sont posés qui mettent en cause les fondements même de la conception actuelle de la Médecine du Travail.

La question de l'existence même de l'aptitude est posée.

Les travaux de la commission étaient animés par le Président Bernard DUCAMIN, Conseiller d'État honoraire.

En 1988, Monsieur Ducamin avait été chargé par le Ministre d'une étude sur la médecine du travail. C'est en avril 1988 qu'il avait rendu son rapport intitulé : «*La Médecine du Travail en France - Perspectives*»

Ce texte contenait de nombreuses considérations originales et novatrices, notamment sur l'aptitude.

M. Ducamin, ouvre les débats par quelques observations d'ordre général : il lui apparaît que la situation a évolué depuis l'entrée en vigueur de la loi du 12 juillet 1990 complétée par celle du 31 décembre 1992 qui introduit le principe de la non discrimination pour raison de santé dans le Code du Travail (art. L. 122-45).

D'autre part, au niveau européen, sont apparues la notion d'égalité de droit au travail et celle de protection de la vie privée. Notre invité estime que si les médecins du travail s'interrogent sur la validité du concept d'aptitude et si se manifeste chez eux actuellement un certain malaise à ce sujet, c'est probablement parce qu'il existe une ambiguïté pour ne pas dire une antinomie, entre le principe de non discrimination pour raison de santé et la possibilité de décider d'une inaptitude pour les mêmes raisons.

Enfin, en tant que juriste, il souligne la faiblesse actuelle des moyens de recours contre les décisions d'inaptitude (ou d'aptitude). La première possibilité est la procédure par voie hiérarchique au Ministre, vient ensuite le recours aux

Tribunaux administratifs pouvant aboutir au Conseil d'État.

Enfin, il existe une procédure contentieuse éventuelle devant la Cour Européenne de Justice en faisant appel au principe de non discrimination pour raison de santé.

La discussion s'engage alors. Certains intervenants font observer qu'il ne faut pas être manichéen à propos de cette notion d'aptitude car elle comporte des aspects favorables et d'autres défavorables pour les salariés ; d'autres font état des inconvénients que présenterait la suppression complète de cet aspect particulier de la mission du médecin du travail, aspect dont on reconnaît qu'il est pratiquement spécifique de la médecine du travail à la française.

L'intervention d'un confrère du Québec à ce sujet est particulièrement remarquée.

La vivacité de ses propos mais aussi leur expression originale ont un fort impact sur l'assistance : il n'arrive pas à appréhender ce concept d'aptitude alors qu'il apparaît à priori discriminatoire pour les travailleurs. D'autre part, considérant que notre rôle est essentiellement préventif, il pose la question de savoir si c'est notre visite médicale qui permet de changer les conditions de travail ou si l'on n'obtiendrait pas les mêmes résultats sans cette visite.

Notre ami canadien admet, à la limite, que seule l'inaptitude pour dangerosité pourrait être justifiée.

On fait remarquer, néanmoins, que les décisions d'aptitude peuvent avoir un effet protecteur au bénéfice de certains salariés, notamment dans le cas où il

existe une menace ou une intention d'exclusion de la part de l'employeur. En conclusion de la discussion, on rappelle les observations qu'avait formulées Monsieur Ducamin dans son rapport de 1988 :

«Les mécanismes de l'article R 241-48 ("but de l'examen médical") met donc entre les mains du médecin un pouvoir très important qui livre le salarié, dans bien des cas, à la compétence et à la conscience de ce médecin, sans recours...»

«Pour beaucoup de nos partenaires de la CEE, ce pouvoir est mal compris et est regardé comme une atteinte à des droits fondamentaux ; en outre on peut se demander si il est bon de poser des cas de conscience à des médecins lorsque cela peut être évité...»

(Une) voie de réflexion consiste à se demander si la recherche de l'aptitude médicale au poste de travail (à l'exclusion du cas où il y aurait danger pour les tiers) doit déboucher nécessairement, lorsque le poste ne convient pas au salarié, sur un certificat d'inaptitude...

Je me demande si dans un monde d'adultes, et réserve faite du cas où l'inaptitude entraîne des dangers pour les tiers, le rôle du médecin du travail ne devrait pas être d'informer le salarié, et lui seul, sur les inconvénients du poste pour sa santé.»

Dr C. SAINT-UPÉRY,
revue n° 175, mars 1998 ■

HOTEL NORD*

APTITUDE... APTITUDE... VOUS AVEZ DIT APTITUDE ?

Le Ministère serait-il inapte à concevoir une vraie réforme ?

On pourrait penser que si le Ministère n'est pas «CHEVRONNE» il devrait être au minimum «EXPERIMENTE».

Le constat est le constat

Le Ministère est inapte à proposer la bonne thérapeutique après le bon diagnostic établi (rappelons nous le changement de braquet).

Finalement, ne convient-il pas de remplacer la notion d'aptitude par celle de responsabilité décisionnelle ? ...

et «ça», «ça» peut aussi nous concerner...

LE PAYSAN DE LA GARONNE ■

* Référence Lilloise.

EXTRAIT DU PROJET INITIAL : AVENIR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

«L'APTITUDE EN TANT QUE PRATIQUE DE ROUTINE EST SUPPRIMÉE»

Un titre «radical» qui exprime un refus de tous les pièges tendus par l'avis d'aptitude. Le groupe de travail qui a élaboré le projet du SNPMT sur l'«Avenir de la Médecine du Travail» proposait donc une attitude «ferme» vis-à-vis de toutes les ambiguïtés... sauf que ce chapitre fût loin de faire l'unanimité des confrères syndiqués. C'est pourquoi il a été supprimé du projet et «remis en jeu» pour le débat.

En effet, ce terme est à l'heure actuelle chargé d'ambiguïtés majeures.

La réglementation a évolué et précise maintenant les conditions de l'aptitude à l'embauche en regard de la non discrimination des postulants.

En s'adressant aux employeurs et dans son esprit aux médecins du travail (annexe F) la loi annonce que l'inaptitude ne peut être prononcée qu'en regard de problèmes de santé au travail et dans l'intérêt premier du salarié.

Dans ce cadre de réflexion, il est utile de rappeler que l'article R. 241-51-1 prescrit une étude du milieu de travail accompagnée de deux examens médicaux en cas d'inaptitude constatée. Il semble donc bien qu'un début de réflexion portant sur des pratiques qui pourraient être trop sélectives et sans réel contrôle soit à développer.

- le médecin considère l'aptitude comme une absence de contre indication au poste
- l'employeur la confond avec une aptitude professionnelle, plus ou moins la conséquence d'une sélection
- le salarié la subit comme une sorte de «permis de travail» antinomique de la notion de conseiller émise par l'art. R. 241.41 du Code du Travail.

Cette différence d'interprétation va en s'aggravant au cours des années, et tous les médecins du travail savent que même en multipliant les propositions d'aménagement de poste ou de reclassement, la non délivrance de l'aptitude d'un salarié constitue pour ce dernier un risque non négligeable et croissant de perte d'emploi.

Les employeurs tentent de plus en plus d'inciter les médecins du travail à adopter la notion d'aptitude professionnelle, non seulement dans le cas des aptitudes sécuritaires, mais dans toutes les demandes d'aptitude au contrôle comme on le voit lors de l'application des normes ISO 9000. Cette logique pousse certaines entreprises à faire appliquer au médecin du travail des règles de sélection, notamment à l'embauche, le «PS 24B» réglementant le fonctionnement de la médecine du travail de la SNCF en est un exemple flagrant.

Nous proposons donc les points suivants :

- a. La notion de sécurité en faveur des tiers,** basée sur la responsabilité individuelle prépondérante est de plus en plus souvent mise en exergue au regard des pratiques de médecine du travail, notamment en ce qui concerne les avis d'aptitude. En fait, il s'agit d'une demande externe mais

aussi interne à la profession, visant à s'assurer que le salarié est un élément fiable du système qui par nature met en jeu la sécurité collective. En outre, une deuxième demande concerne la stabilité dans le temps de la fiabilité de l'opérateur. Ce questionnement déjà ancien est de plus en plus présent et pose des problèmes aux médecins du travail du fait notamment de la rareté de l'emploi et des possibilités de plus en plus restrictives de mutations réussies. En effet, toute restriction d'aptitude est aujourd'hui synonyme de menace pour l'emploi.

Pour les médecins du travail il y a de plus une sorte de contradiction entre, les deux missions qui devraient s'exercer en faveur du salarié.

Comment concilier l'inaptitude au poste et la prévention de toute altération de la santé du fait du travail.

En outre, il semble bien que cette **aptitude sécuritaire** soit le fait d'une construction propre au droit commun. En effet, il n'existe pas d'avis d'aptitude dans les pratiques de médecine de prévention dans les Fonctions Publiques d'État ou Territoriale, et pourtant, il existe des postes de sécurité et les opérateurs qui les occupent doivent aussi présenter une fiabilité.

On peut se demander s'il y a nécessité dans le cadre d'une médecine qui privilégie la prévention en santé au travail en conseillant les acteurs, de s'imposer par un acte situé aux marges de la prévention.

C'est pourquoi :

- **l'aptitude dite sécuritaire** qui correspond à des problèmes liés à la sécurité notamment d'ordre public fait l'objet de **définitions précises** au sujet des postes de travail concernés. Elle est déterminée par rapport à des objectifs clairs et précis (sélection, dépistage quel qu'il soit...) et fait l'objet d'un **texte de loi**.

La détermination de cette aptitude ne fait pas partie intégrante de la mission du médecin du travail telle qu'elle a été précisée au chapitre II à savoir : «promouvoir la santé au travail en évitant son altération et en maintenant le salarié en situation de travail».

Dans ces conditions, **elle pourrait être déterminée par d'autres praticiens afin d'éviter la confusion des rôles.** Ces médecins devraient alors, eux aussi, être entièrement indépendants vis à vis des différentes parties concernées. Ils seraient agréés après une formation adaptée et nommés par arrêté. Cette aptitude organisée au niveau départemental, doit correspondre

à des critères élaborés de manière éthique par un collège de professionnels. Le médecin expert peut se référer à un cahier des charges élaboré à partir de ces critères. Une connaissance du milieu de travail étant nécessaire pour exercer cette délicate mission sans nuire de manière inconsidérée au parcours professionnel des intéressés, une ancienneté minimum dans l'exercice de la médecine du travail est exigée. Il est évident que, par ailleurs, le cumul des fonctions est interdit.

Le droit de recours de cette décision d'aptitude doit être mis en place et porté à la connaissance des salariés et des employeurs.

- b. L'aptitude-inaptitude au sens de la préservation de la santé au travail est utilisée par le médecin du travail** à chaque fois que cela s'avère nécessaire de façon à conserver au médecin tout son rôle dans ce domaine ainsi que dans celui du maintien dans l'emploi, en particulier lorsque ces avis sont susceptibles d'être responsables d'une modification du contrat de travail.

- c. Enfin, la notion d'aptitude ou de compatibilité du poste de travail à accueillir un salarié,** apparaît ; elle fait partie de l'activité en milieu de travail et est déterminée poste par poste. En effet, il est plus conforme aussi bien à une action de qualité qu'à la législation, qu'à une analyse raisonnée de la situation de commencer par traiter le mal dans ses racines, à son origine, c'est-à-dire au poste de travail qui va recevoir le travailleur.

Proposer de traiter le poste de travail est une manière efficace de rendre l'accès au travail compatible avec le projet professionnel du plus grand nombre. Chercher à rendre très aisé l'accès au plus grand nombre de salariés aux postes de travail n'est certes pas une attitude facile à tenir mais elle permet une approche réellement plus humaniste de la mission du médecin du travail, car il n'est pas acceptable de voir progresser des cultures de l'excellence où on privilégie l'adaptation des salariés aux mauvaises conditions de travail, ou bien encore lorsqu'on établit des niveaux de productivité basés sur la réussite des meilleurs (il suffit d'observer la demande de rajeunissement de pyramides des âges effectuée par les constructeurs automobiles pour s'en convaincre).

L'APTITUDE MÉDICALE SÉCURITAIRE

CONSTATS ET APPEL AU DÉBAT

Le débat continue et la revue de juin 1998 fait appel aux adhérents pour qu'ils s'expriment...

**Le bureau national, dans sa réunion du 30 mai 1998 a décidé
la création d'un groupe de réflexion, par correspondance, piloté par Lionel Doré.
Envoyez, rapidement, vos réflexions et interrogations.
Une synthèse de vos courriers sera faite en septembre.**

Parmi les nombreuses discussions qui ont eu lieu au cours de cette réflexion syndicale sur l'avenir, **l'aptitude** est sans conteste une des questions les plus débattues, celle, sans doute, où il est le plus difficile de tenir compte de tous les enjeux... et le débat est loin d'être clos !

Voici donc quelques éléments proposés par **Lionel Doré** et **Jean Paul Duléry** pour nous aider à avancer...

La question de l'aptitude médicale sécuritaire pose le problème des rapports parfois contradictoires entre, d'une part la santé et la sécurité, et d'autre part l'action médicale à visée individuelle et à visée collective.

On observe que la construction de la santé est habituellement une démarche individuelle relevant de l'accompagnement par le médecin tandis que la sécurité renvoie à un cadre collectif.

On est alors confronté à la rencontre de deux logiques, individuelle et collective qui peuvent ne pas être synergiques.

Au cours de son histoire, l'acte médical a été essentiellement un colloque singulier, c'est-à-dire tourné vers l'individu uniquement.

C'est la base même du secret médical.

Ce n'est que progressivement que la société, par la loi, a conféré au médecin des responsabilités vis-à-vis de la collectivité.

C'est ainsi qu'en Santé Publique de manière générale, la tuberculose, puis d'autres maladies contagieuses, ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, voire même d'une possibilité de contrainte thérapeutique.

C'est le cas, au-delà des maladies infectieuses, de maladies comportementales pouvant nuire à autrui : on pense aux maladies psychiatriques et aux possibilités d'internement d'office, mais aussi à l'alcoolisme dangereux, aux autres toxicomanies et à l'injonction thérapeutique.

Pour autant, ces situations sont nettement précisées et encadrées par la loi.

Pour d'autres, le sida par exemple, la loi est singulièrement restée muette.

Ce même raisonnement vaudrait-il pour la

santé au travail et la sécurité ?

Si le médecin du travail doit prendre en compte dans sa clinique médicale, des préoccupations autres que celles concernant la santé individuelle, il faut que la loi le lui précise et le lui enjoigne nettement.

On trouve un premier élément de réponse avec l'article R. 241-52 qui fait allusion au dépistage des maladies dangereuses.

Mais, outre que celles-ci ne sont pas précisées, et que l'on ne sait s'il s'agit du danger pour soi-même ou pour autrui, il n'est pas fait mention que ce dépistage concerne l'aptitude, bien au contraire, puisqu'il apparaît dans un paragraphe distinct.

Un autre élément de réponse concerne les postes de sécurité, dont il est fait mention dans un document à propos du dépistage des toxicomanies.

Aucune précision, aucun éclairage n'est donné par ce document, il laisse de fait au médecin du travail, seul, une appréciation souveraine.

Signalons aussi que les dénommés postes de sécurité ne sont plus mentionnés dans le nouveau rapport annuel du médecin du travail, pas plus qu'ils n'existent dans la fiche d'entreprise.

En conséquence, leur existence évoquée, n'est précisée nulle part.

Or, dans ce domaine, et compte tenu de ce qui précède, la société par ses lois ne peut laisser le médecin seul décider.

Elle ne peut le laisser seul apprécier le sens de son intervention dans la dualité entre l'action vis-à-vis de l'individu et la responsabilité par rapport à la collectivité.

Seule la loi peut préciser au médecin ses devoirs à l'égard de la collectivité au-delà de l'individu.

Seule la loi permet de lever l'obligation faite au médecin d'un principe général fondamentalement au service de l'individu, au profit d'un principe plus général encore de sécurité publique au service de la collectivité.

On voit qu'on est loin de ces précisions dans le code du travail actuel.

Si on laisse là une trop grande part de responsabilité au médecin sur lequel on se défait c'est surtout la porte ouverte à l'arbitraire.

Ce débat doit également être resitué en fonction des enjeux européens actuels.

Rappelons que la Directive CEE de 89 parle de santé et de sécurité au travail dans le cadre de service de protection et de prévention.

Le problème des rapports entre la santé et la sécurité est donc posé d'emblée. Et la solution à ce problème va se décliner en Europe selon les différents modes d'organisation de la santé au travail :

- soit selon la conception anglo-saxonne, sécuritaire par excellence, normative, car elle renvoie à des références culturelles où le primat de la société sur l'individu fait partie des valeurs traditionnelles.

- soit, à l'inverse selon la conception française, d'essence latine, plaçant au centre l'individu, donc sa santé, et conduisant à une prévention sanitaire par l'organisation de la Médecine du Travail.

On voit se dessiner d'ailleurs un autre clivage, plus habituel celui-ci dans notre Médecine du Travail : prévention collective-prévention individuelle, la sécurité relevant davantage de la prévention collective.

Ainsi dans une logique sécuritaire édictée par l'entreprise, il apparaît un ciblage

caractéristique à l'encontre du salarié laissant au médecin du travail à assumer solitairement la prise en charge du facteur humain : facteur par nature variable, peu fiable et guère prédictif.

Pour atteindre ce niveau de sécurité suffisant, le médecin du travail est conduit à être particulièrement rigoureux à l'égard de ce facteur humain et donc très sélectif vis à vis des salariés : alcool, drogue bien sûr mais aussi toute pathologie et tout facteur de risque potentiel pouvant entraîner une défaillance subite (cholestérol, tabac, etc.).

Comment engager alors la responsabilité du médecin du travail dans ce domaine sécuritaire sans le faire entrer automatiquement en contradiction, voire en conflit, avec la nature première de sa relation avec le salarié : lien de confiance et respect des droits individuels.

Ceci est certainement un des aspects de la défiance qui a entouré la Médecine du Travail depuis sa création, en plaçant le

médecin dans une position de pouvoir et non plus de conseiller envers chaque salarié comme le décret en son article R. 241-41 le précise Le paroxysme est atteint dans certaines entreprises ou professions dites sécuritaires, où la majorité des postes sont des postes qualifiés de poste de sécurité cantonnant le médecin du travail à une fonction restrictive de médecin contrôleur.

Comment sortir de cette aptitude sécuritaire en Médecine du Travail ?

- qui enferme le médecin du travail dans une logique déviante.
- qui cantonne les seules capacités d'aptitude médicale des salariés aux contraintes sécuritaires du poste de travail
- qui réduit les facultés d'adaptation des postes de travail au regard de l'état de santé du salarié
- qui oblige le salarié à adaptation exclusive

aux exigences sécuritaires sans aucune réciprocité prioritaire d'amélioration technique du process de travail.

Le débat est ouvert et nous envisageons comme piste de travail dans ce domaine :

- la clarification du rôle du médecin du travail dont la fonction de conseiller doit rester prioritaire, si ce n'est exclusive.
- la définition réglementaire des postes de sécurité et leur liste limitative.
- le renforcement, l'élargissement de corps de médecins ne répondant qu'à la facette sécuritaire de l'aptitude médicale générale (cf. chauffeurs poids lourds etc.).
- l'amélioration des process de travail réduisant au plus la part du facteur humain dans la survenue de dysfonctionnements de système «Homme - Machine».

Drs L. DORÉ, J.-P. DULÉRY,
Revue n° 176, juin 1998 ■

APTITUDE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le Groupe d'Études Régional de Médecine du Travail de Poitou-Charentes (GER), dans le dossier complet réalisé sur les examens complémentaires, évoque à plusieurs reprises l'aptitude. Nous reproduisons ici un passage des propositions et ce qui est dit de l'aptitude dans l'analyse de l'article R. 241-52 du Code du Travail.

Les propositions du GER sur l'aptitude

L'aptitude médicale devra être définie, de manière à éviter les dérives vers l'aptitude professionnelle. Brièvement, on peut écrire qu'il s'agit de décourager les pratiques consistant à user de l'aptitude, à des fins cherchant à satisfaire le bon fonctionnement de l'entreprise. Il en est ainsi des aptitudes à visée de sélection faisant suite à des dépistages systématiques (drogues, alcool, ...), à but sécuritaire (chauffeurs poids lourds) ou normatif (normes ISO 9000 dans l'industrie agro-alimentaire...). Des précisions très claires s'imposent afin de redonner tout son sens à un instrument de prévention institué en faveur du salarié et non de l'entreprise.

Les ambiguïtés de l'article R. 241-52 du Code du Travail au sujet de l'aptitude médicale

Le paragraphe a/ de l'article R. 241-52 du Code du travail fait allusion à l'aptitude médicale (comme d'ailleurs l'article R. 241-48 du Code du travail relatif à la visite d'embauchage). Il dispose, en effet, que :
«(Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires) à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail et notamment au dépistage

des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail».

On peut déplorer que l'aptitude médicale ne soit pas définie dans le Code du travail (un pianiste tétraplégique est-il apte **médicalement** ?). On le déplorera d'autant plus que l'on se perd en conjectures en cherchant des inaptitudes médicales qui ne comporteraient pas de contre-indications au poste de travail (des inaptitudes professionnelles, alors, comme peut-être... le pianiste tétraplégique). La loi qui a institué la médecine du travail a donné pour mission au médecin du travail d'**ÉVITER TOUTE ALTÉRATION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DU FAIT DE LEUR TRAVAIL** et l'appréciation de l'aptitude médicale introduite par les décrets d'application ne devrait être qu'un des moyens permettant d'assurer cette mission. (La santé du pianiste tétraplégique n'est, semble-t-il, pas altérée par son poste de travail où il n'est qu'inapte **professionnellement**).

Le paragraphe c/ de l'article R. 241-52 du Code du travail dispose, en outre, que :

«(Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires) au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage».

L'amalgame avec l'aptitude médicale vient évidemment à l'esprit, comme dans le cadre de l'article R. 241-48 précité du Code

du travail (tout en observant que l'article R. 241-49 relatif à la visite annuelle et l'article R. 241-51 relatif aux examens après maladies ou accidents, utilisent le mot aptitude et non l'expression aptitude médicale). Certains prétendent que si l'on est dangereux pour les autres, c'est qu'on l'est forcément pour soi (l'exemple du chauffeur routier alcoolique est volontiers cité). Certains le prétendent... mais cela reste à prouver. Un salarié atteint de la maladie de Gélineau, chargé du standard d'un SAMU, est très dangereux pour les malades qui appellent, mais il ne l'est pas pour lui, surtout si, conformément aux dispositions de l'article L. 241-10-1 du Code du travail, le médecin du travail aura su proposer des aménagements de poste en prévoyant un fauteuil confortable avec appui-tête, accoudoirs et repose-pieds). La limite entre aptitude médicale et professionnelle est parfois difficile à reconnaître. Il serait cependant désastreux qu'un médecin du travail prescrive des examens complémentaires nécessaires à la détermination d'une aptitude professionnelle, d'où l'importance de bien définir ce que l'on entend par aptitude médicale. De la même manière, un conducteur de pont roulant en cabine, toujours atteint de la maladie de Gélineau est dangereux non pour lui-même, mais pour son entourage professionnel.

Revue n° 178, décembre 1998 ■

TESTS GÉNÉTIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL

Dépistage systématique, tests génétiques... la même problématique est posée : notre rôle est-il de faire de la prévention ou de la sélection ? À travers les tests génétiques, l'enjeu paraît suffisamment important pour que le SNPMT ait jugé utile de réaliser une conférence de presse avec la participation du Dr K. Van Damme.

LA CONFÉRENCE DE PRESSE DU 22 JANVIER 1998

Le SNPMT a développé une réflexion et exprime une mise en garde au sujet de l'introduction de différents tests et pratiques de dépistage systématique et plus particulièrement au sujet des tests génétiques...

Notre position consiste à dénoncer l'introduction des tests génétiques en santé au travail comme pratique de routine. Bien entendu, le débat reste très ouvert car au-delà de la Médecine du Travail, les tests génétiques dans le cadre du travail concernent le citoyen en situation de travail ou surtout en tant que demandeur d'emploi.

Ce débat de fond concerne des choix de société et dans ce cadre des questions précises méritent d'être posées.

Résumé de l'intervention du Dr K. VAN DAMME

L'escalade de la concurrence économique accompagnée de sous-emploi, ainsi que l'introduction des nouvelles technologies ont apporté de profondes modifications au contexte socio-économique existant.

Ces modifications risquent de fournir l'idée de sélection ayant pour résultat l'exclusion basée sur des tests prédictifs de santé dans plusieurs domaines. Des tests génétiques pourraient offrir des nouvelles possibilités entraînant un changement de concept et de perception de normalité, santé et capacité, ainsi que d'incertitude scientifique, également dans le cadre de la santé au travail.

De plus, la normalisation, instrument de concurrence industrielle, s'appliquant également aux outils de travail, on risque de partir d'un concept de travailleur standardisé, qui ne sera pas remis en question lors du processus d'évaluation des risques.

Puisque le travailleur standardisé n'existe pas, un concept pareil aboutira inévitablement à l'élimination passive des moins forts ou à des pratiques de sélection actives à l'embauche des travailleurs qui ne correspondent pas aux normes.

Par son histoire et ses traditions la médecine du travail est porteuse d'un concept et d'une approche de la santé au travail préventive et protectrice, et non pas prédictive. Elle part d'un concept non-réductionniste de santé. Elle a pour mission de partir d'une approche qui

envisage la protection simultanée du droit au travail et du droit à la santé de chacun. Une telle option dans le cadre de la santé au travail est en accord avec le discours officiel européen d'une société démocratique, tolérante et protectrice socialement dans laquelle elle opère.

Dans une telle approche, les tests génétiques qui n'ont aucun rapport avec une exposition professionnelle ne devraient pas avoir leur place sur les lieux de travail. Quant aux tests génétiques se rapportant aux risques liés au travail, l'éventuelle exclusion des travailleurs à l'embauche en fonction de leur susceptibilité à des maladies professionnelles risque souvent d'être basée sur l'illusion de la prédictivité d'un test. Il faudrait qu'on se rende compte du fait qu'il ne s'agit nullement de déterminisme génétique ou autre, mais d'une prédisposition relative et conditionnelle. Dans la mesure où cette prédictivité serait plus étroite, il faut pleinement mettre le risque de discrimination systématique dans la balance du jugement de l'acceptabilité.

En plus, il ne faut pas confondre risque pour la santé et susceptibilité particulière. Avoir du travail peut faire partie des conditions d'une bonne santé, ne serait-ce que parce que les risques de chômage pourraient constituer des risques pour la santé.

Une commercialisation à large échelle de

tests génétiques risque d'étouffer ce discours.

En plus, les pratiques qui consistent à lier le processus d'embauche à des examens médicaux dans le cadre d'une assurance supplémentaire de retraite ou de maladie par exemple risquent d'augmenter des pratiques d'exclusion. Tout examen médical préalable à l'emploi qui ne fait pas partie des missions de protection de la santé confiée à la médecine du travail devrait être interdit.

Toute recherche dans le domaine des tests de susceptibilité génétique devrait être accompagnée de recherches sur les aspects éthiques et sociaux liés à l'éventuelle application de ces tests, ainsi que d'un débat public. Une interdiction des tests génétiques à l'embauche devrait être la règle générale et des exceptions éventuelles devraient être sujettes à des procédures d'acceptation très strictes au niveau parlementaire et ne pourraient être envisagées que pour des tests très révélateurs pour la protection de la santé de l'individu.

L'éventuelle disponibilité des tests génétiques devrait nous inciter à souligner beaucoup plus encore que dans le passé la nécessité de prendre l'option d'une médecine du travail protectrice qui s'oppose à l'exclusion.

Revue n° 177, septembre 1998 ■

Conclusions par le Dr G. ARNAUD

Il me semble important de rappeler quelques enjeux en matière de santé au travail et plus particulièrement de Médecine du Travail à la lumière des interrogations posées par cet axe de recherche concernant les tests génétiques.

- Le premier est de rappeler que la mission essentielle est de favoriser l'accès aux postes de travail et le maintien en situation de travail du plus grand nombre

possible de salariés. Il y a fondamentalement, dans cette orientation une antinomie avec toute idée ou démarche de sélection.

- Le deuxième consiste à mesurer l'importance de la fragilité des pratiques en Médecine du Travail, à bien comprendre que ces professionnels sont particulièrement exposés dans un milieu où le concept de rentabilité est omniprésent.

La partie des conclusions émise sous forme des avis d'aptitude peut à tout moment faire l'objet de demandes sélectives et particulièrement au moyen de tests génétiques.

- Le troisième consiste à mesurer l'importance des choix en matière de recherche en santé au travail.

Revue n° 177, septembre 1998 ■

L'APTITUDE ENCORE EN DÉBAT...

La revue de juin 1999 consacre une large part au débat sur l'aptitude avec notamment, les résultats du questionnaire envoyé à tous les adhérents et la synthèse de la commission aptitude.
En même temps, ce thème est débattu dans les régions et apparaît dans de nombreux comptes rendus de réunions régionales (dont la revue a fait un large écho mais que nous ne reproduisons pas dans ce numéro).

* * *

Vous trouverez ensuite la contribution du Dr E. Ravier (déjà publiée dans le n° de juin 1999) et celle du Dr M. Chevalier (encore inédite).

Le SNPMT a entrepris depuis l'automne 97 une réflexion sur l'aptitude, en même temps que le projet «Avenir de la Médecine du Travail» en prévision de la réforme.

Cette réflexion est apparue nécessaire dès le début, car l'aptitude est une composante majeure et incontournable de notre médecine du travail.

En raison même de son importance et de sa particularité, le groupe de travail «Avenir...» a décidé dans le courant de l'année 98 d'isoler et de mettre à part le sujet «Aptitude» du reste du projet.

Un nouveau groupe de travail a alors été mis en place pour l'approfondir.

En complément du référendum «Avenir...», un questionnaire a ensuite été proposé à tous les adhérents.

Nous vous présentons dans ce numéro :

- les résultats du questionnaire aptitude, commentés par Lionel Doré.
- une synthèse du travail de la commission aptitude pilotée par Lionel Doré.
- une contribution au débat d'Edmond Ravier.

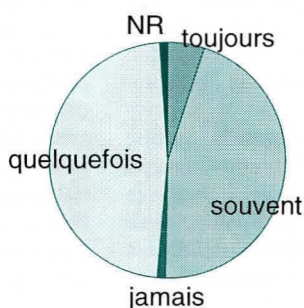
RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE «APTITUDE»

Le taux de participation, comparable à celui du référendum, traduit un intérêt certain alors qu'il n'y avait pas moins de 9 questions dont certaines à tiroir.

Le dépouillement et l'analyse ont eu lieu fin mars, revus en réunion du bureau national puis du conseil syndical.

1. Vos restrictions d'aptitude et vos propositions d'aménagement de poste de travail sont-elles correctement respectées dans vos entreprises ?

toujours	5%
souvent	45,6%
quelquefois	47%
jamais	1,1%
NR*	1,1%



Cette question avait pour but d'évaluer l'impact de l'aptitude — dans sa variante aptitude partielle — sur la prévention dans les entreprises.

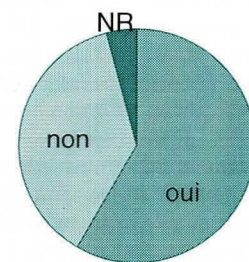
Nos avis médicaux, selon une bonne logique préventive, devraient toujours être suivis...

On est surpris par la faible proportion de «toujours» (5%) et par le fait que presque la moitié (47%) répondent «quelquefois» seulement.

La conséquence «préventive» de l'aptitude ne semble pas confirmée.

2. La fonction de contrôle comprise implicitement dans la conclusion d'aptitude à un poste de sécurité vous paraît-elle pouvoir nuire au climat de la consultation médicale ?

OUI	59%
NON	37,7%
NR	3,3%



Une nette majorité (59%) pense que l'aptitude sécuritaire nuit au climat de confiance de la consultation.

Cette réponse est logique. En effet, l'aptitude sécuritaire — aptitude à tenir un poste dit de sécurité — se situe dans une relation médicale différente de «l'aptitude générale».

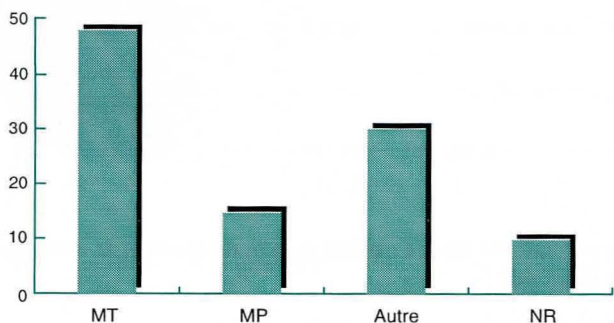
Dans l'aptitude générale, le médecin est guidé par un souci de prévention individuelle de la santé du salarié. Le climat de confiance devrait aller de soi ; encore que l'inaptitude — s'il n'y a pas consentement éclairé de l'intéressé — comme mode de prévention et son retentissement sur l'emploi, pose problème.

Toutefois cette dernière situation est rare.

En revanche, dans l'aptitude sécuritaire, le médecin se situe dans une position d'expertise individuelle vis-à-vis de la prévention collective. Le climat de confiance n'est alors plus évident, ce que traduit la réponse au questionnaire.

* NR = Non Réponse.

3. Cette fonction sécuritaire et de contrôle doit-elle être exercée ? (une seule réponse possible).



par le Médecin du Travail	48,3%
par un «Médecin Particulier»	
au sein des services médicaux du travail	13,7%
par un Autre médecin :	
médecin expert ou médecin agréé	28,6%
NR	9,3%

Cette question tentait de dégager une orientation par rapport à la problématique soulevée par la question 2.

Un taux de non réponse élevé (9,3%) traduit probablement l'embaras des adhérents.

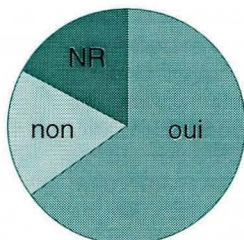
La question proposait :

- le maintien des prérogatives de la Médecine du Travail
- la situation de double médecine (médecine d'expertise + médecine du travail).
- voire une solution intermédiaire.

Une majorité (48%) reste favorable à ce que cette détermination reste une prérogative du médecin du travail, bien qu'il n'y ait pas une bonne cohérence avec les réponses à la question précédente, puisqu'une majorité de 59% pensait que cela nuisait à la relation de confiance.

4. Estimez-vous nécessaire d'introduire la notion d'aptitude du poste de travail à recevoir un salarié sans nuire à sa santé ?

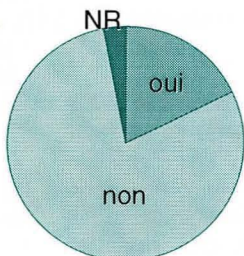
OUI	64,8%
NON	17,8%
NR.....	17,2%



La notion d'aptitude du poste recueille un large assentiment des 2/3. Mais également un taux de non réponse (d'indéterminés) élevé.

5. Estimez-vous que la conclusion sur la fiche médicale d'aptitude est un bon outil de prévention ?

OUI	18%
NON	79,3%
NR	2,6%



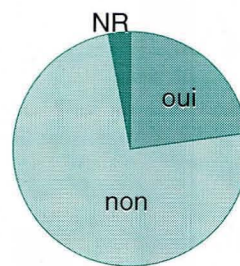
Cette question visait la pertinence de l'aptitude comme outil de prévention, et rejoint la question 1. A près de 80%, la réponse est négative ce qui est un taux très fort.

Quand bien même 46% estiment dans la première question que leurs avis d'aptitude sont souvent correctement suivis, on a donc 80% qui pensent que ce n'est pas utile en terme de prévention.

Nous restons interrogateurs...

6. Faut-il conserver l'aptitude «systématique» de routine ?

OUI	23,2%
NON	73,8%
NR	3%



Dans la même logique que précédemment, 74% pensent que non. La petite différence avec le taux de 80% à la précédente question tient peut-être au fait que nombre de médecins pensent que notre rôle est reconnu par le biais de l'aptitude.

D'autres pensent aussi que supprimer l'aptitude c'est aussi supprimer la visite systématique, ce qui en fait n'a rien à voir.

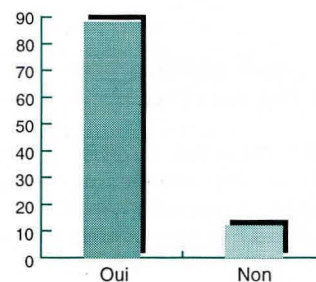
D'autres enfin, par référence à la question suivante ne veulent pas supprimer l'aptitude pour conserver l'inaptitude.

La formulation n'était peut-être pas suffisamment précise.

La question suivante éclaire le débat.

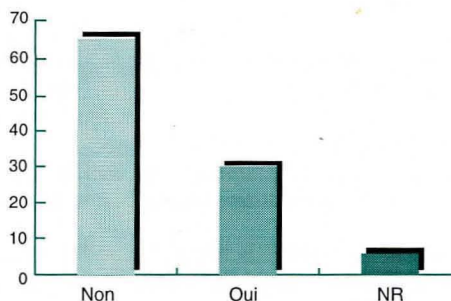
7. Si non (à la question 6) faut-il utiliser uniquement la restriction d'aptitude mais en modifiant la réglementation de manière à ce qu'il n'y ait pas de conséquence en terme d'emploi ?

OUI	89,3%
NON	10,7%



Une très large majorité (près de 90%) des partisans de la suppression de l'aptitude (c'est-à-dire 65% de l'ensemble) pense qu'il faut en conserver le symétrique, c'est-à-dire l'inaptitude ou la restriction d'aptitude, véritablement protecteur en matière de santé.

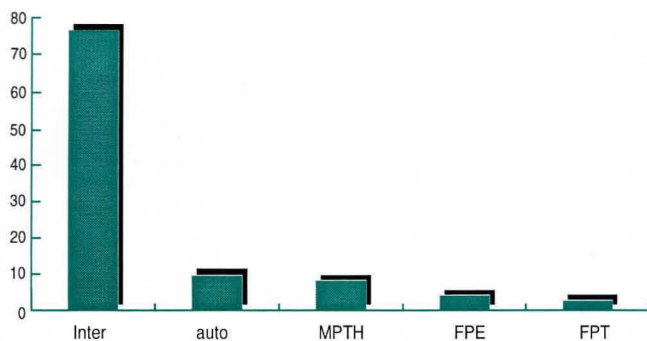
8. Estimez-vous finalement que la notion d'aptitude doit être totalement supprimée ?



OUI	30,3%
NON	64,8%
NR	4,9%

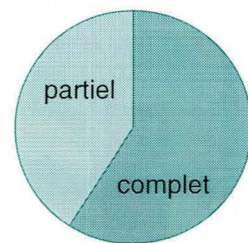
La question finale résume les deux précédentes et on retrouve les 65% qui veulent le maintien de la notion d'aptitude, en conservant le versant inaptitude et restriction.

9. Vous travaillez ?



en service Interentreprises	76,7%
en service autonome	8,8%
dans la FPH (MPTH)	8,1%
dans la FPE	3,9%
dans la FPT	2,5%

à temps complet58,6%
à temps partiel41,4%



En résumé, les trois dernières questions étudient le maintien de l'aptitude :

65% estiment qu'il faut la maintenir mais 30% veulent sa suppression.

Parmi les premiers (question 6) : 23% conserveraient l'aptitude dans la visite systématique 75% la supprimeraient.

Mais parmi ces derniers 90% conserveraient la possibilité de restriction.

Le débat sur l'aptitude n'est pas clos, mais il semble bien qu'une évolution soit inévitable dans ce domaine, le maintien sous la forme actuelle ne rencontrant plus guère de partisans.

Revue n° 180, juin 1999 ■

SYNTHÈSE DE LA COMMISSION APTITUDE

L'aptitude générale est peu mise en avant, et donc peu défendue.

Une exception nuancée : article Santé Travail «les médecins ne vont-ils pas se limiter à surveiller l'effet de supposés facteurs de risque connus d'avance ?»

On retrouve là l'éternel débat Santé Publique / Santé au travail qui constitue les premières dérives «structurelles» de la Médecine du Travail en tant que médecine de prévention des risques professionnels.

Personne n'évoque la problématique de l'aptitude physique et/ou mentale et l'éventualité d'une restriction psychologique (inapte au stress / restriction de stress).

Les arguments pour la suppression de l'aptitude sont nombreux :

- ineptie de l'aptitude à être exposé à un risque.
- mauvais outil de prévention (surtout primaire).
- fait porter sur le salarié le poids de l'adéquation homme / poste de travail, que je qualifierai de prévention négative.
- l'aménagement du poste, ou le reclassement deviennent illusoirs dans les circonstances économiques actuelles.
- l'inaptitude devrait pouvoir être conservée si et seulement s'il n'y a plus d'autre solution pour ne pas supporter l'inacceptable. En aucun cas, elle ne devrait pouvoir être utilisée à des fins de

sélection (surtout à l'embauche). Pour cette raison, des procédures d'appel simples et accessibles devraient être organisées.

- éternelle confusion entre aptitude médicale et aptitude professionnelle, même dans l'esprit de certains médecins du travail, ce qui constitue la seconde dérive «structurelle» de la médecine du travail.
- pour certains, un droit reconnu de consultation à la demande du salarié, entouré de garanties de confidentialité et de discrétion, voire en contrepartie d'un droit de consultation à la demande de l'employeur, pourrait être un moyen de dépasser la problématique posée par la fiche d'aptitude.

Quant à l'aptitude sécuritaire, elle peut correspondre à des nécessités publiques, voire de santé publique (dérive originelle des maladies contagieuses).

Son application fait ou peut faire l'objet de nombreuses dérives.

Pour certains, elle fait ou peut faire partie du rôle et des responsabilités du Médecin du Travail. La confusion avec l'aptitude professionnelle «ici sécuritaire» est donc manifeste. Pour ces confrères toutefois, sa détermination nécessite des garanties rigoureuses :

- liste des postes
- examens complémentaires précis
- ainsi que la garantie d'une indépendance

professionnelle bien protégée.

Certains évoquent l'intervention des doubles médecines (médecine d'expertise) tout en conservant au médecin du travail son rôle décisionnel.

En définitive, une solution ne serait-elle pas à rechercher sur :

- l'existence au sein des services médicaux du travail d'un médecin expert mais formé en Médecine du Travail.
- une éventuelle décision d'inaptitude de sa part devrait être alors soumise au médecin du travail qui devrait :
 - procéder à une recherche d'aménagement du poste ou à un reclassement compatible
 - et en cas d'impossibilité d'action sur le poste, devrait confirmer ou non la décision de son confrère.

Dans tous les cas :

- procédures d'appel simples et accessibles
- listes des postes nettement établies par accord tripartite au sein des entreprises.

En conclusion, dans la quasi-totalité des cas, l'inaptitude semble inepte.

Pour autant, n'est-ce pas un moyen de sauver la conception «médicale» de la santé au travail.

Dr L. DORÉ,

revue n° 180, juin 1999 ■

Je vais tenter de décrire ce que représente, dans le quotidien de l'entreprise, la question l'aptitude et les réactions des différents acteurs avant de vous proposer quelques observations.

Faisons une observation préalable.

Le code du travail confère au médecin du travail un rôle de **conseiller (R. 241-41)** mais il existe une dérogation et c'est la seule : **l'avis d'aptitude** qui est, dans les faits, une décision. Ceci lui confère donc un **pouvoir** sur lequel tous les acteurs de l'entreprise vont tenter, bien entendu, d'influer.

Et la grande entreprise où j'ai trouvé réuni le panel complet des acteurs est un lieu d'observation privilégié. On peut en résumer rapidement la liste :

- l'employeur ou son représentant
- les salariés : ouvriers ou employés
- la hiérarchie à tous ses niveaux : du chef d'équipe au cadre ayant rang de directeur
- les représentants du personnel qui sont en général des militants ou des responsables syndicaux
- souvent même, des militants de partis politiques.

Émanant des **salariés**, les médecins rencontrent deux demandes opposées.

La protection contre les rigueurs du travail ou les effets de la maladie ou du handicap et c'est une demande de mutation ou d'une diminution de la charge du poste ; **cas d'un avis d'inaptitude**.

Mais lorsque cet avis d'inaptitude a pour conséquence le licenciement, on n'est pas surpris de recevoir la demande inverse !

Bien entendu, l'aptitude des salariés dépend beaucoup de la politique choisie par l'employeur en matière de gestion du personnel et donc du climat de l'entreprise mais aussi du contexte économique.

J'ai exercé pendant une partie de ce qu'on a dénommé «*les 30 glorieuses*» et dans une entreprise qui ne faisait pas partie de ce qu'on appelait «*les industries de main d'œuvre*» avec tout ce que cela comporte en matière de pression sur le personnel. Et j'ai dû affronter les pressions des salariés les moins motivés. Je me souviens de cet homme me demandant, avec humour, dans sa recherche d'un poste calme et tranquille son «*C.A.P. d'handicapé*»...

Inversement, la crise qui a fragilisé l'emploi

fait redouter l'inaptitude devenue trop souvent synonyme de licenciement et dans certaines entreprises, me disent mes confrères, la moindre demande de restriction de charge de travail produit le même effet.

Je passe sur les organisations syndicales et sur la présence politique (en général de gauche) parce que leur action, favorable au salarié, ne modifie pas le sens de la pression effectuée sur le médecin du travail, même si, elle en accroît l'importance (au point, dans les cas extrêmes, de dénaturer la demande). On retrouve, avec la **hiérarchie**, les deux demandes opposées mais toujours motivées par ce que l'on pourrait appeler une attitude à courte vue : soit la solution de ses difficultés par l'exclusion du gêneur, soit le message du type : «*ne me compliquez pas la vie par des mises en cause de l'organisation du travail ou du contenu des postes de travail*».

Avec **l'employeur**, les pressions peuvent changer de nature puisqu'elles peuvent aller de l'anodin (la «*suggestion*», la pression «*amicale*») à la mise en cause de la présence du médecin. On sait, malgré la protection apportée par la réglementation ou la jurisprudence qu'en service interentreprises le médecin peut être écarté et qu'en service autonome certaines entreprises pratiquent avec habileté la démission provoquée. Le médecin peut donc être placé devant le choix : se soumettre ou se démettre.

Mais il existe une autre forme de dévoiement de la Médecine du Travail, qui réside dans la confusion entre les différents critères sur lesquels est basée l'aptitude.

On peut observer trois catégories d'aptitude que l'on peut intituler :

- **l'aptitude «médicale»**
- **l'aptitude «sécuritaire»**
- **l'aptitude «capacitaire»**

Expliquons-nous.

L'aptitude médicale est celle qui est fixée par le code du travail, dans son article L. 241-2 au médecin du travail dont «*le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du*

fait de leur travail...» C'est donc ce critère (et lui seul) qui doit déterminer l'aptitude... [Les mutations et les transformations de postes (L. 241-10-1) que ce soit à l'embauche (R. 241-48) lors des visites annuelles (R. 241-49) ou au moment d'une reprise de travail (R.241-51)].

L'aptitude «sécuritaire» prend pour critère la sécurité non seulement de l'entreprise mais aussi celle de l'environnement et de la clientèle (notion qui prend une importance capitale pour les entreprises de transport). On va ainsi déboucher sur des politiques de dépistage de l'alcoolisme, de la drogue, etc. Et il ne faut pas omettre que les démarches «*qualité*» sont souvent associées à la sécurité (l'assurance sécurité selon le terme utilisé est une composante de l'assurance qualité).

L'aptitude «capacitaire» prend pour critère la compétence, l'efficacité, le rendement — à la limite compétitif — et inclut la sélection à l'embauche.

Si certaines situations d'aptitude sécuritaire peuvent être tranchées selon le critère de la prévention de l'altération de la santé de l'intéressé (le texte de la loi, marqué par la date, inclut le risque de contagion — il date de 1946 et la tuberculose sévissait à la sortie de la guerre), ce n'est pas le cas dans d'autres situations et ce n'est jamais le cas en matière d'aptitude capacitaire.

Or, la confusion est souvent faite par les employeurs : de façon inconsciente, et il faut alors alors expliquer ; mais aussi de façon tout à fait consciente et volontaire, et il faut lutter.

On a connu une difficulté comparable dans la fonction publique où trouvent place : le médecin de l'administration, assermenté qui juge de l'aptitude à la titularisation et qui peut utiliser d'autres critères que la prévention de l'altération de la santé et le médecin du travail (le terme exact est médecin de prévention) qui, lui, se prononce sur l'aptitude au poste de travail. Il a fallu faire recours devant le conseil d'État pour interdire le cumul et la confusion.

L'aptitude telle qu'elle est vécue et pratiquée par le médecin du travail

Comme nous l'avons vu, c'est son seul pouvoir et les médecins lui sont très majoritairement attachés.

Mais cette décision a souvent des conséquences économiques, pour le salarié comme pour l'entreprise que le médecin maîtrise mal. On peut s'interroger (je dirai personnellement il faut) sur le bien fondé de cette décision.

On a vu le danger de confusion dans les critères et on ne peut négliger le risque d'exclusion pour le personnel en place et celui de sélection en matière d'embauche, qui

ne doit en aucun cas impliquer le médecin du travail.

Mais d'autres dangers tiennent, il faut bien le reconnaître, aux médecins eux-mêmes. Chargé du service contentieux du principal syndicat de la profession (SNPMT), j'ai reçu de nombreux messages d'alerte de la principale assurance professionnelle (le Sou Médical) et de nos avocats qui viennent à faire face à différentes formes de «*bavures*» :
- refus de la responsabilité, en particulier la trop facile mention «*à ménager*» face à une

situation d'inaptitude

- la légèreté : j'ai eu à connaître la mise en cause pénale d'un adhérent pour avis donné sans examen de l'intéressé ; l'accusé connaissant certes très bien le dossier mais...
- l'incompétence, elle existe malheureusement dans toutes les professions
- le dévoiement, par faiblesse, par malhonnêteté, parce que, sortant de son rôle, le médecin prend parti et décide en fait sur des critères non médicaux...

Que faire ? Mise en cause de l'avis d'aptitude ?

Bien avant que la loi de 1976 n'introduise, dans les cas de «difficulté ou de désaccord», l'arbitrage de l'inspecteur du travail (L. 241-10-1), le syndicat professionnel avait demandé que soit créé une instance d'appel sous forme d'un **collège de trois médecins**. Cette formule paraît bien préférable à l'intervention de l'inspecteur du travail dont les compétences médicales, même étayées par l'avis du médecin inspecteur, ne nous paraissent pas au niveau adéquat. Quelques enquêtes permettent de situer la fréquence de ces litiges : inaptitude entraînant licenciement = 1,1 à 1,5 cas pour 1 000 salariés (source : services médicaux et une enquête de la CGT) ; soit pour une population concernée comprise entre 10 et 15 millions de personnes entre 11 et 23 mille licenciements. 1% de ces licenciements entraîne la saisine de l'inspecteur du travail (source : Institut universitaire de médecine du travail de Nancy — 1988 — étude sur 25 000 salariés) soit à l'échelle nationale entre 110 et 230 cas. En 1988, M. Ducamin, chargé par le Ministre du Travail d'une enquête sur notre profession

mettait en cause le principe de l'inaptitude médicale. Il s'agit d'ailleurs d'une réforme de «l'exception française» vis-à-vis des autres pays de la communauté européenne (sauf peut-être la Belgique).

La réaction des médecins a été franchement négative, elle a aussi été la mienne dans un premier temps. Mais après réflexion, les arguments de M. Ducamin m'ont personnellement convaincu. Cette conviction est maintenant partagée par un certain nombre de confrères. Le SNPMT a d'ailleurs établi un projet sur «l'avenir de la médecine du travail» qui, entre autres, met en cause l'avis d'aptitude. Il est proposé à la discussion des adhérents en vue d'une rédaction définitive qui sera soumise à un référendum. Il n'est pas certain du tout que la clause «suppression de l'aptitude» obtienne la majorité... on n'abandonne pas aisément du pouvoir !

Je terminerai par une observation sur les motifs qui fondent un avis d'inaptitude, ils peuvent être de deux ordres :

- L'inaptitude peut tenir à la personne même du salarié, et si le rôle de conseiller du

médecin consiste bien à éclairer l'intéressé c'est à ce dernier de prendre une décision en fonction des conséquences qu'elle aura non seulement sur sa santé mais aussi sur son emploi. L'avis d'aptitude traite actuellement le salarié comme un mineur.

- L'inaptitude peut tenir à la nature même du poste de travail qui aura des conséquences sur tout salarié, même en bonne santé, qui sera exposé aux nuisances de ce poste. Il existe, certes des normes, françaises ou européennes, pour un certain nombre de nuisances, en particulier chimiques ; mais pas pour toutes.

On se trouve alors devant l'incohérence qui consiste à déclarer inapte le salarié alors que c'est le poste de travail qui devrait l'être.

J'espère que cette mise en cause ne vous aura pas paru trop polémique mais elle voulait simplement montrer qu'il faut s'interroger sur la justification de l'avis d'aptitude.

Dr E. RAVIER,
revue n° 180, juin 1999 ■

UNE HISTOIRE DE COULEURS

L'article «Travailler en étant daltonien» est paru dans Travail et sécurité de novembre 1998.

Cet article traduit de façon presque exclusive le point de vue du Pr Lanthony, ophtalmologue connu. On pourra tout de même se demander en quoi, surtout au nom de quoi, cet éminent spécialiste émet des avis aussi affirmatifs sur le monde du travail. Mais surtout, il aborde un problème de fond important : celui de l'aptitude et de sa signification. Cet article illustre en effet le débat actuel entre les médecins du travail, sur ce thème, et les différences de pratique entre confrères.

Tout d'abord, on nous pointe le problème des postes dits de sécurité. «La SNCF vérifie ainsi la perception des couleurs chez les candidats à un poste de conducteur... idem dans l'aviation civile et militaire.» Et il est rajouté de façon évidente : «Il ne s'agirait pas qu'ils confondent des panneaux de signalisation !» Évidence oui, mais qui repose sur quelle connaissance prouvée ?

La même page de Travail et Sécurité comporte un petit encadré qui précise que «la forme et la taille des panneaux de signalisation, ainsi que le clignotement lumineux, ...» sont d'autres moyens pour aider la signalisation ; et en conclusion «les automobilistes daltoniens ne causent pas plus d'accidents que les autres.»

On est en droit de se poser quelques questions sur l'aptitude sécuritaire :

- les critères de celle-ci ne reposent-ils pas sur des a priori plus que sur des considérations scientifiques prouvées ?
 - le rôle du médecin du travail est-il d'exclure à l'embauche ou de proposer des aménagements de postes de sécurité afin qu'ils soient accessibles au maximum de personnes ?
 - une aptitude sécuritaire sera malgré tout toujours indispensable, pourquoi ne pas la dissocier du rôle du médecin du travail et la faire pratiquer par un autre médecin expert ?
- Par ailleurs, le Pr Lanthony propose de faire

mettre à jour par un organisme compétent «une liste exhaustive des métiers sensibles, en évaluant leur degré de compatibilité avec le daltonisme». Ceci, dans un but louable d'éviter les erreurs d'orientation des jeunes : «Beaucoup de contrariétés pourraient être évitées s'ils étaient informés dès leur plus jeune âge de leurs aptitudes effectives.»

mais l'article, en page 18, donne la parole au médecin du travail qui précise que «les daltoniens arrivent à contourner leur déficience par différents biais...»

Autrement dit, quelle certitude avons-nous sur les difficultés réelles que va rencontrer une personne dans l'exercice de son métier. Même s'il existe en effet des tests plus performants de la discrimination des couleurs, ceci ne nous autorise pas à interdire, au nom de la science ou de la médecine, un métier ou une orientation à une jeune particulièrement motivé, par contre une information éclairée de l'intéressé est souhaitable afin que ce dernier puisse réfléchir à ses motivations. Encore une fois, avant d'avoir recours à l'exclusion, les recherches devraient porter sur les moyens dont pourraient disposer les jeunes pour juger précocement de leurs capacités d'adaptation à un métier choisi.

Tout ceci nous amène sur le champ de l'aptitude à l'embauche ; cet article précise que le médecin du travail «averti par son expérience, recommande à ses collègues des entreprises concernées de ne pas être trop stricts dans le rejet du daltonisme.» Considération qui nous fait plonger dans les remous de l'aptitude de sélection à l'embauche.

L'aptitude ne se concevrait alors pas comme une protection de la santé du salarié, mais bien comme une aptitude à la bonne réalisation d'une tâche. Est-ce bien le rôle du médecin du travail ? C'est en effet discutable, du point de vue éthique car le fait même de refuser une chance d'emploi à une personne peut être la source d'une atteinte grave à sa santé. Mais c'est également discutable du point de vue des compétences : qui peut le

mieux juger de la qualité du travail d'un individu sinon ses pairs ; et la sélection à l'embauche ne se substitue t'elle pas à la période d'essai, de façon plus empirique ? Le seul avantage serait d'éviter à l'employeur des périodes d'essai inutiles, donc une perte d'argent : quel est la rapport avec la mission du médecin du travail ?

Ce sujet arrive à son paroxysme lorsqu'on aborde les déficiences acquises. En quoi se justifie la phrase de l'article : «les perturbations acquises justifient un contrôle périodique de la perception des couleurs dans les métiers sensibles.» Ou bien le salarié arrive à gérer son handicap sans difficulté et le contrôle systématique ne sert à rien, ou bien il y a un problème de qualité au travail ou de difficulté à réaliser la tâche et cela relève naturellement d'une adaptation de poste pour travailleur handicapé. Mais ce n'est pas au médecin de créer le handicap ou de faire la chasse au travailleur handicapé.

Enfin que penser de cette parenthèse de l'article au sujet des névrites optiques liées à l'alcool ou au tabac : («les troubles de la perception des couleurs offrent un moyen détourné de détecter ces abus») ? Outre le fait qu'on se demande l'intérêt d'utiliser des moyens détournés quand cette détection est justifiée, ces névrites étant en général d'apparition tardive leur utilisation dans le dépistage des consommations d'alcool semble peu pertinente.

Cet article nous aura donc fait survoler tous les aspects de l'aptitude, ses limites, ses moyens de détermination, ses intérêts et ses problèmes éthiques. Mais à aucun moment il n'aura incité à la réflexion sur ce sujet. Travail et Sécurité n'est certainement pas le lieu pour ouvrir un débat sur l'aptitude, mais les nombreux partenaires qui lisent ce journal seraient peut-être heureux d'apprendre que ce débat existe. Enfin espérons qu'on ne verra pas un prochain article effleurer le sujet à l'occasion des conséquences de tests de détermination du QI ou des tests génétiques.

Dr M. CHEVALIER ■

APTITUDE, INAPTITUDE, RECLASSEMENT, ENTRE DROIT DU TRAVAIL ET DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Voici le dernier article publié dans la revue de septembre 1999. Le Dr Philippe Davezies* dans sa réflexion sur la médecine du travail, n'hésite pas à mettre à jour les paradoxes et les contradictions. Vous trouverez plus loin (p. 44) un deuxième article du même auteur qui nous apprend des «faits» sur l'histoire de la médecine du travail que nous aurions peut-être préféré ne pas savoir... mais on ne refait pas l'histoire !
Ça «décape»... Cela nous permettra-t-il de «rénover» ?

(Intervention du Dr Philippe Davezies à la rencontre des inspecteurs et contrôleurs du travail organisée le 10 novembre 1998 par la Direction Régionale du Travail et de l'Emploi d'Île de France.)

Je vais reprendre cette question de l'aptitude-inaptitude-reclassement d'un point de vue beaucoup plus subjectif puisque M^{me} le Dr Soula a posé le cadre légal. Comme elle l'a présenté, il semblerait que, du point de vue des médecins du travail, on puisse se réjouir. En effet, l'évolution du droit et les tribunaux accordent une importance croissante aux avis des médecins du travail en termes d'inaptitude. En fait, nous sommes confrontés à une contradiction.

DES ÉVOLUTIONS CONTRADICTOIRES

Nous constatons, d'un côté, l'importance juridique croissante des avis médicaux concernant l'aptitude et dans le même temps, du côté des médecins du travail, une critique croissante de l'aptitude. Certains y voient la confirmation de la frilosité de cette profession : les médecins ne veulent pas endosser les responsabilités que les juristes reconnaissent. Il s'agit là d'une explication facile qui n'est évidemment pas celle que je retiendrai. Tout jugement moral appliqué de façon globale à une profession témoigne, en effet, d'une incompréhension.

Je pense que cette contradiction renvoie à un problème de fond.

Ce problème de fond concerne la difficulté à tenir une véritable position médicale dans le cadre des textes qui régissent la médecine du travail. Je vais essayer de vous l'expliquer. Cela va demander un certain effort. En effet, je vais vous demander de voir la question de l'aptitude, non pas à partir de votre position de praticien du droit, mais à partir de la position du médecin. Cependant, si vous n'y arrivez pas, vous avez une voie de recours. Examinez la situation du point de vue du salarié.

Je vais décomposer la question en quatre problèmes distincts :

- la visite médicale et le certificat d'aptitude
- le certificat d'inaptitude
- les propositions d'aménagement et de reclassement
- enfin, les postes de sécurité.

Je précise ce point parce que, très généralement, dans les discussions sur l'aptitude et l'inaptitude, tout est absolument mélangé

ce qui, pratiquement, interdit de penser. Or, je prétends qu'il est possible d'examiner ces différents points indépendamment les uns des autres et, peut être, d'avancer un peu.

LA VISITE MÉDICALE ET LE CERTIFICAT D'APTITUDE

Quelques mots d'histoire pour commencer : c'est en 1916-1917, pendant le premier conflit mondial, que Mazel et Leclercq posent les bases de ce qui sera la doctrine de la médecine du travail. Les deux textes qu'ils écrivent à cette époque («La main d'œuvre nationale après la guerre» et «Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre») sont considérés comme fondateurs. Ces auteurs, qui exerceront une influence considérable dans la genèse de l'institution, inscrivent le projet de médecine du travail dans une double tradition.

La première tradition est celle de la médecine légale. Depuis 1898, depuis la mise en place du système de réparation des accidents du travail, le médecin expert doit trancher la question de l'imputabilité ou non à l'employeur des atteintes à la santé. Cela implique de faire la part de ce qui est dû à l'accident et de ce qui provient d'un état antérieur. Dans cette perspective, la mise en place d'une médecine du travail examinant systématiquement les salariés à l'embauche présenterait un grand intérêt puisqu'il suffirait de se reporter au dossier d'embauche pour faire la part de ce qui ne peut pas être mis à la charge de l'employeur. La perspective est donc celle de l'imputation des conséquences financières de l'accident. A partir de là, du point de vue de l'expert à celui du médecin d'assurance, il n'y a qu'un pas, minime : la visite médicale permet de s'assurer que l'embauche ne fait pas courir à l'employeur un risque de surcoût excessif en termes d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Mazel et Leclercq se réclament simultanément d'un courant qui émerge à l'époque : celui du taylorisme, de l'organisation scientifique du travail. Le slogan taylorien «l'homme qu'il faut à la place qu'il faut» ouvre aux médecins la perspective d'une contribution à l'Organisation Scientifique du Travail. Le taylorisme permet ainsi de donner forme à un vieux rêve : celui de

l'eugénisme du corps médical français qui prétend, à partir de sa vision de l'état de santé des populations, contribuer à l'organisation de la société dans une perspective biocratique de préservation et d'amélioration de la race.

L'ensemble converge sur une problématique : celle de l'orientation biologique de la main d'œuvre dont le principal instrument est l'aptitude. Dans les textes fondateurs, l'aptitude ne vise pas au premier chef l'intérêt des salariés. Et si les salariés peuvent y trouver un intérêt, celui-ci est donné de surcroît.

Ces deux branches constituent le fondement de ce que j'ai appelé, en reprenant un terme de l'époque, la médecine d'entreprise. Vous m'opposerez que tout cela est très vieux et qu'il s'agit de la médecine d'entreprise d'avant-guerre. Il n'en est rien, ne serait-ce que parce que MAZEL, qui est le théoricien de cette médecine, a exercé une influence absolument considérable à partir des années 40 dans la mise en place de la doctrine de la médecine du travail et jusqu'aux années 50.

Nous avons un édifice législatif qui est un composé. A la surface, pour l'annonce, la trace des idéaux de la libération : «éviter toute altération de la santé du fait du travail», et l'affirmation réitérée du ministère du travail : «la médecine du travail agit dans l'intérêt des salariés». Mais immédiatement derrière, nous trouvons, comme sédimentée, la trace de la tradition antérieure de médecine d'entreprise. Cette trace est matérialisée par l'aptitude. L'ensemble donne une structure très embrouillée. Et pour repérer le tour de passe-passe, nous devons suivre de très près l'illusionniste.

Reprenons :

- l'objectif de la mission est d'éviter toute atteinte à la santé ;
- le moyen, c'est le certificat d'aptitude par lequel le médecin garantit que le salarié peut faire son travail sans risque pour sa santé.

Ce qui n'est pas du tout la même chose. Entre les deux il y a un glissement très important qui correspond à un changement d'univers.

L'ensemble du dispositif légal, est alors tendu entre deux pôles. L'un, orienté vers la transformation des situations de travail,

* Enseignant chercheur en Médecine du Travail, Faculté Laennec, Lyon.

trouve une de ses expressions dans la fiche d'entreprise. Le second, qui mouille le médecin dans la gestion de la main d'œuvre, est matérialisé par la fiche d'aptitude. Mais il n'y a pas symétrie. La médecine du travail tend à se réduire à la visite médicale et celle-ci à la détermination de l'aptitude. Les médecins passent leur temps à signer des certificats d'aptitude alors que les fiches d'entreprise ne sont souvent pas faites. De même, les inspecteurs du travail vérifient les fiches d'aptitude beaucoup plus souvent que les fiches d'entreprise.

Mais tout cela ne concerne encore que la doctrine et le droit. Nous sommes très loin de la réalité des situations de travail.

Dans la réalité, l'aptitude n'a aucune signification réelle au plan médical. Quand un médecin du travail signe une aptitude, jamais il ne signifie ce qu'entend le juriste, c'est-à-dire l'absence de risque pour la santé du fait du travail. Tout salarié engage sa santé dans le travail, pour le meilleur et pour le pire. M^{me} le Dr Pascual vous a présenté l'exemple du soudeur : en sa qualité de médecin du travail, elle met «apte», pourtant elle sait qu'il est exposé à des toxiques et qu'il engage sa santé. Mais la société demande bien, et vous-mêmes, agents de contrôle de l'inspection du travail, vous demandez bien au médecin du travail de déclarer les soudeurs «aptes». Et si un médecin du travail refusait de déclarer aptes les salariés qui travaillent dans de mauvaises conditions, s'il refusait donc de certifier qu'ils peuvent travailler sans risque pour leur santé, que croyez-vous qu'il adviendrait ? Croyez-vous qu'il ferait longtemps de la médecine du travail ? Il est probable qu'assez vite les experts seraient amenés à se prononcer sur sa santé mentale.

Si, en droit, le certificat veut dire «pas de risque pour la santé», médicalement, cela n'a aucun sens. Il n'est pas possible pour un médecin, sur quelque travail que ce soit de s'engager ainsi. Par exemple, il ne me serait pas difficile de vous montrer qu'un inspecteur du travail met sa santé en jeu dans son activité.

Qu'est ce que cela veut dire ? Cela signifie que l'aptitude, le certificat d'aptitude oblige le médecin à cautionner les conditions de travail et à en assumer l'indignité. Si l'on regarde les objectifs de l'institution, non pas en termes théoriques, mais à travers les objectifs qu'elle atteint quotidiennement, on peut penser que la médecine du travail est un système mis en place pour «anesthésier» les questions de santé au travail, pour que les questions de santé au travail n'émergent pas et pour que le système de médecine du travail, lui-même, assume l'indignité du sort qui est fait à la santé au travail dans notre pays. Il est difficile de ne pas faire un lien au moins hypothétique entre la forme de nos institutions de prise en charge des questions de santé au travail et la difficulté très particulière qu'il y a, en

France, pour intégrer ces questions dans le débat social.

Mais tout cela peut vous sembler très théorique et pour tout dire terriblement excessif. Alors prenons l'exemple des textes sur l'amiante. Dans les années 70, j'étais médecin du travail dans la métallurgie et donc j'ai vécu cela personnellement. A cette époque sortent des textes. Les pouvoirs publics ont décidé que les taux dans l'atmosphère doivent être limités, dans les entreprises, à 2 fibres par cm³. Ces textes sont accompagnés d'une littérature explicative. Il est précisé que ces taux ont pour effet de préserver vis-à-vis de la fibrose pulmonaire, mais qu'ils ne préservent en aucune façon contre le cancer. Il y a donc un compromis social : on met en place une prévention qui préserve contre la fibrose, mais en sachant très bien qu'à ces taux-là les salariés feront des cancers. C'est le résultat d'un compromis avec les exigences économiques. Chacun doit donc comprendre qu'il s'agit là de nécessités supérieures. Et il faut avoir très mauvais esprit pour penser que les textes accordent un «permis de tuer».

Méfions-nous cependant des analyses en blanc ou noir. Pour ma part, j'ai tendance à penser qu'il est nécessaire que la société fixe des compromis. Il faut qu'il y ait des règles. Et donc, le fait qu'il y ait eu un tel compromis dans les années 70, ne me choque pas en tant que tel. A condition que le compromis soit donné comme tel et considéré comme évolutif. Cela me choque d'autant moins qu'à côté du compromis, il y a des professionnels dont l'objectif, le métier, est d'attirer l'attention sur ce que le compromis laisse de côté, donc de contribuer à l'évolution de la législation et des normes sociales.

Or, c'est là que tout bascule.

La loi ne se contente pas de mettre en place un compromis sur la santé des travailleurs de l'amiante, elle va obliger le médecin du travail à cautionner ce compromis. Prenons le texte :

«Aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article 1er ni occupé de façon habituelle dans des locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante»

(Décret n° 77-949 du 17/08/77 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des fibres d'amiante)

La loi va demander — et en tant que citoyens, nous allons demander — au médecin du travail de dire et de signer «apte, absence de contre-indication» pour chacun de ces travailleurs, dont nous

savons qu'on les envoie sur des postes de travail où certains d'entre eux feront un cancer.

Mais que penseriez-vous d'un médecin, généraliste par exemple, qui signerait un certificat médical, certifiant pour un sujet, l'absence de contre-indication à l'usage du tabac ?

J'attire votre attention sur le fait que l'on a mis les médecins du travail dans une situation qui relève de l'injonction paradoxale, une situation dans laquelle aucune attitude raisonnable n'est possible. On dit aujourd'hui que les médecins du travail n'ont pas fait leur travail sur l'amiante. Je peux en parler plutôt librement parce je suis plutôt repéré comme relativement critique : les médecins ont fait ce qu'on leur demandait. On a mis en place la médecine du travail à peu près sur le même modèle que la médecine militaire. Le raisonnement est celui de la guerre économique et on a demandé aux médecins de trier ceux qui devaient aller au front. Il est singulier de s'étonner qu'il y ait eu des victimes.

Mettez-vous dans la situation du médecin. Vous devez préserver la santé des salariés, c'est votre mission, et on vous demande de dire qu'ils sont aptes à l'exposition à des cancérigènes. C'est une situation parfaitement paradoxale et elle va avoir un impact considérable sur le fonctionnement de la profession. C'est à peu près l'équivalent de l'histoire que raconte Kassowitz dans le film «La haine» : l'histoire du gars qui tombe de l'immeuble et qui dit à chaque étage «pour l'instant tout va bien, pour l'instant tout va bien». Et Kassowitz nous rappelle : «le problème, ce n'est pas la chute, c'est l'arrivée». Eh bien, la loi demande — vous demandez, nous demandons — au médecin de dire : «pour l'instant tout va bien, pour l'instant tout va bien». Et nous savons parfaitement que la chute, pour un certain nombre de ces salariés, est tout à fait catastrophique.

Il faut dire que tout va bien là où la définition de la mission consisterait justement à s'occuper de ce qui ne va pas.

C'est une situation contradictoire et paradoxale, c'est une situation extrêmement difficile à penser quand vous êtes à l'intérieur, c'est une situation paralysante qui va avoir un impact considérable sur le fonctionnement de l'institution.

Je soulignerai cinq points.

- La répétitivité. L'activité des médecins du travail est écrasée sous le poids annuel de 14 millions d'actes médico-administratifs sans signification médicale. Et nous sommes ici encore dans le paradoxe. Un des facteurs, qui mine le système de l'intérieur, est que les médecins du travail vont faire cela du mieux qu'ils le peuvent.

Le facteur paradoxal, c'est le sérieux avec lequel les médecins vont essayer de faire ce travail qui vient miner le sens même de l'activité. Pour faire sérieusement ce travail de définition de l'aptitude, les médecins vont examiner systématiquement chaque salarié des pieds à la tête. S'installe alors une moulinette où chacun est vu à peu près identiquement qu'il ait de gros problèmes ou qu'il n'y en ait pas. Cela va conduire à une pratique immensément répétitive dont la première victime est le médecin lui-même.

- L'archaïsme. On parle de «visite» médicale et pas de consultation médicale. Cela m'évoque ces vieilles paysannes qui disent «le médecin m'a visitée». On est très près de la médecine vétérinaire et les médecins doivent faire d'énormes efforts pour essayer d'humaniser cette relation.

- Le légalisme. Le caractère contradictoire de la définition de la mission fait courir, au médecin qui s'interrogerait sur sa mission, des risques importants de troubles cognitifs et identitaires. Alors, comme il s'agit d'une médecine instituée par la loi, on se tient tant bien que mal dans les textes.

- Le conformisme social. De ce côté la pression est très forte. Ce qu'on vous demande est d'entériner des compromis qui ne sont que la traduction de la loi du plus fort. C'est cela que dit le texte entre les lignes : «vous servirez les intérêts des puissants».

- Tout ceci conduit naturellement à la paralysie de la mission officielle de prévention primaire.

Il est extrêmement difficile, je vous prie de me croire, de s'extraire de ces contradictions et d'arriver à penser ce qui vous arrive et ce que le dispositif institutionnel est en train de vous faire faire lorsque vous êtes en position de médecin du travail.

Alors, pour sortir de l'incohérence, il n'y a qu'une seule voie à laquelle je ne pense pas qu'aucune proposition sérieuse soit opposable.

Aucun médecin ne peut certifier qu'un salarié, quel que soit son emploi, peut faire son travail sans risque pour la santé. En conséquence, le certificat d'aptitude est supprimé. Et cette décision est le premier acte de la réorientation réelle de la médecine du travail vers la prévention primaire.

Et je pourrais m'arrêter là parce que si ce vœu se réalisait, l'avis d'aptitude qui constitue, à mes yeux, le principal obstacle à la constitution d'une véritable position professionnelle, solide et cohérente, aurait disparu.

Je vais cependant poursuivre, car déjà j'entends crier : «supprimer le certificat d'aptitude revient à rayer d'un trait de plume la médecine du travail». Alors précisons. Pour moi, suppression de l'aptitude ne veut pas dire suppression de l'activité

médicale et de la médecine du travail. Cela veut dire plutôt passage de la «visite» avec ce que le terme évoque d'investigation intrusive, à une «consultation», un droit pour les salariés à une consultation médicale orientée sur la relation santé-travail. Et le terme consultation a une toute autre tonalité puisqu'il sous entend une ouverture du médecin à la demande du salarié. De la même façon, supprimer l'aptitude ne veut pas dire du tout, quoi qu'on en dise, supprimer l'inaptitude. Je suis médecin hospitalier, je peux parfaitement certifier des inaptitudes, dire que quelqu'un ne peut plus faire son travail du fait de son état de santé. Mais je ne suis pas obligé pour cela d'avoir vu tous ses collègues et d'avoir certifié qu'ils étaient aptes. Les deux aspects sont toujours présentés de façon globale et indissociable, mais c'est une manoeuvre. En réalité, il n'y a pas de nécessité logique à cette liaison.

Envisageons donc les problèmes de l'inaptitude.

LE CERTIFICAT D'INAPTITUDE

Dans la perspective de sériation des problèmes annoncée plus haut, je n'aborderai, à ce stade, que la situation la plus courante, celle dans laquelle la seule question est celle de la santé du salarié. L'inaptitude aux postes de sécurité sera abordée plus loin.

Il faut, pour ouvrir la discussion, poser le contexte normatif. Nous avons deux bornes : la déontologie médicale et le droit du travail. Et c'est déjà un problème. Le point de vue de la déontologie médicale est totalement ignoré des spécialistes du droit du travail et ils tombent de nues lorsque cet aspect est évoqué. L'ignorance se mêle alors à l'ironie ou à la condescendance. Or, la déontologie médicale n'est pas quelque chose de décoratif, c'est ce qui structure la profession. Le code de déontologie médicale est inscrit dans la loi. Il est signé par le premier ministre et il exprime ce que le pays attend de ses médecins. Le code du travail lui-même rappelle que les médecins agissent dans le cadre de la déontologie médicale qui représente donc une exigence de niveau supérieur. Et pourtant le médecin va être pris dans des contradictions entre ces deux niveaux de prescription.

Du point de vue de la déontologie, il est illégitime, parce que contradictoire dans les termes, de pouvoir prétendre préserver la santé et la dignité de quelqu'un (c'est la mission qui est donnée au médecin à l'article 2 du Code de déontologie) contre sa volonté. Le consentement doit être recherché dans tous les cas. Donc du point de vue de la déontologie médicale, il n'est pas possible de faire la santé de quelqu'un contre sa volonté.

Du point de vue du droit du travail, les choses sont bien différentes. Le médecin peut être amené à signer un certificat d'inaptitude contre l'avis du salarié.

D'ailleurs, il existe une foule de procédures pour traiter du contentieux sur ce point. Mais a-t-on prévu un dispositif spécial pour traiter de cette sorte de contentieux dans laquelle un patient s'opposerait à un médecin traitant qui prétendrait lui faire avaler de force un traitement ? Non ! Un tel dispositif est impensable. Si une telle affaire survenait, elle serait considérée comme une voie de fait et relèverait des juridictions ordinaires. Mais dans le cas des médecins du travail, on a prévu que ce type de contentieux pouvait intervenir. Il est donc légitime, en droit, que le médecin du travail formule des avis qui aillent contre la volonté et l'intérêt du salarié.

Nous butons donc, à nouveau, sur un paradoxe : le droit organise la pratique de la médecine du travail, mais n'attend pas que le médecin du travail se comporte en médecin. Ou du moins, le droit, clandestinement, laisse penser que la préservation de la santé et de la dignité n'est pas le seul objectif en médecine du travail et qu'il y a d'autres objectifs.

Mais, puisque nous ne parlons pas, ici, des postes de sécurité, quels peuvent être ces autres objectifs ?

Il est assez facile de penser (et certains juristes le disent clairement) que ce sont les intérêts du chef d'entreprise : la médecine du travail va être exercée au bénéfice du chef d'entreprise, en fonction d'intérêts économiques. Nous avons là, à travers ces contradictions, la trace de la résurgence de la médecine d'entreprise. Et d'ailleurs le congrès national de médecine du travail à Rouen, en 1990, avait tiré la sonnette d'alarme. Dans le rapport introductif Letourneux et Caillard posaient la question de la place de l'économique dans la définition de l'aptitude. Cet appel aux juristes ne semble pas avoir été entendu.

Pour sortir de l'incohérence, ici encore, il n'y a pas trente-six solutions.

Ou bien nous disons carrément que l'inaptitude relève de la médecine d'assurance et que son but est de préserver la santé du salarié mais aussi les intérêts financiers de l'employeur, et donc la santé du salarié dans la limite des intérêts financiers. Mais nous avons un nouveau problème, car il faut bien voir que la médecine du travail, même si elle prétend remplir ce rôle, est fort peu efficace de ce point de vue. Il nous faut alors appeler de nos vœux le développement des méthodes d'évaluation des prédispositions génétiques aux affections professionnelles qui permettront d'avoir une véritable médecine d'assurance en milieu de travail.

Ou bien nous choisissons une autre voie. Nous considérons que la rédaction d'un certificat d'inaptitude est un acte à visée préventive voire thérapeutique. En tant que tel, il n'a pas d'autre objectif que la santé du salarié. Il ne peut donc être rédigé

qu'avec son consentement éclairé. Le médecin assure alors une véritable fonction de rempart contre la discrimination.

LES PROPOSITIONS D'AMÉNAGEMENT OU DE RECLASSEMENT

Le droit accorde, nous l'avons vu, une importance croissante aux propositions du médecin du travail, mais les tribunaux ne s'intéressent aux recommandations individuelles du médecin qu'en lien avec la question de l'inaptitude et du licenciement. Pour les juristes, le droit qui régit la médecine du travail et la question de l'aptitude est un droit de contrat de travail beaucoup plus qu'un droit de la santé au travail.

Et pourtant, ces trois questions, recommandations, inaptitude et licenciement, ne sont pas nécessairement liées en droit. Dans le texte de 1976 (art L 241-10-1) les recommandations du médecin sont bien envisagées sans référence à l'inaptitude.

Dans cette focalisation du droit sur le contrat, se manifeste la pression de la réalité. Car dans les faits, il y a bien un paquet global qu'il est difficile de dissocier. En effet, quand un médecin du travail fait une proposition d'aménagement, qu'elle soit assortie ou non d'avis sur l'aptitude, la réponse de l'employeur est bien souvent : «*Et alors ? Il est apte ou pas ?*».

Et ce lien dans la pratique, entre aménagement, inaptitude et risque de perte d'emploi, constitue un obstacle considérable à la tenue d'une réelle attitude préventive.

C'est un fait bien connu : le risque de licenciement conduit à une prudence extrême dans la formulation des recommandations concernant les individus. Tous les médecins du travail le savent, les salariés exposent leurs difficultés, leurs souffrances, leurs pathologies et concluent en disant : «*Surtout, docteur, ne dites rien, ne faites rien !*» La fragilisation des salariés de ce côté-là est extrêmement pesante.

Résultat : les propositions des médecins du travail ne sont avancées que tardivement, dans des cas extrêmes, pour des personnes en bout de course, très difficiles à reclasser, et dont il aurait fallu s'occuper préventivement longtemps à l'avance.

En appuyant sur l'impact des propositions du médecin du travail uniquement au moment où se pose la question de l'inaptitude et du licenciement, le droit renforce l'action du médecin du travail exclusivement dans ses dimensions ultimes, voire désespérées.

Alors, pour sortir de l'impuissance, rêvons un peu.

Le médecin du travail fait des propositions d'aménagement justifiées par la prévention des atteintes à la santé, mais il n'existe

aucun lien automatique entre les suites données à celles-ci et l'inaptitude.

L'impossibilité de mettre en œuvre les propositions du médecin ne peut motiver un licenciement.

Conformément à ce que nous avons proposé sur l'inaptitude, et dans l'esprit de la lutte contre la discrimination, *le salarié est seul à pouvoir demander une décision d'inaptitude.*

Cela nous amène à une question : quel appui apporté par l'administration, par le droit, à ces propositions d'aménagement faites par le médecin du travail qui ne sont pas nécessairement assorties de certificat d'inaptitude ?

LES POSTES DE SÉCURITÉ

Ce dernier point est le plus délicat. Mais ici encore, les choses sont tout à fait étranges. Pour en rendre compte, reprenons à la base : du point de vue du droit, le médecin peut, en effet, se trouver dans deux positions différentes.

- Première situation : le médecin signe une inaptitude pour préserver la santé du salarié. Il est alors dans une situation classique de prise en charge : il agit dans l'intérêt de son patient, donc pour préserver sa santé et à sa demande. C'est la position classique, identique à celle d'un médecin traitant.

- Deuxième situation : l'inaptitude est prononcée pour préserver, non pas la santé du salarié, mais la santé de tiers. Le médecin est dans une position qui s'apparente plutôt au contrôle ou à l'expertise. Il agit dans l'intérêt de tiers, y compris contre l'intérêt du patient.

Au plan déontologique, ces deux positions sont légitimes. Ceci est bien repéré dans la déontologie : il y a des positions de prise en charge, des positions d'expertise, des positions de contrôle. Et elles sont encadrées par la déontologie. Ce qu'interdit la déontologie, c'est leur mélange. Ces différents types de positions correspondent à des modes de relations cliniques et à des règles à chaque fois différentes. On n'attend pas du tout, par exemple, d'un patient qu'il se comporte et qu'il dise sa pathologie de la même façon à un médecin d'assurance et à son médecin traitant. Ceci est normal. Donc, la déontologie médicale impose que le médecin d'assurance et le médecin traitant soient deux personnes différentes.

En médecine du travail, la définition de l'aptitude mélange les différentes positions médicales. Ce mélange constitue un très puissant facteur de confusion mentale aussi bien pour les salariés que pour le médecin. La réalité est effarante. Le salarié confie des renseignements sur sa santé à un médecin dont il attend une aide mais il peut tout à coup se retrouver devant un

expert qui utilise, contre lui, les renseignements qu'il vient naïvement de fournir. Du point de vue de la déontologie, ce mélange est inadmissible ; en droit du travail, il est normal !

Sur de telles bases, on ne peut qu'inciter les salariés à la prudence

Alors, encore une fois, rêvons un peu.

Chaque salarié a le droit de savoir précisément quels objectifs poursuit le médecin qu'il consulte. Il s'agit d'une exigence déontologique. Le médecin est le garant de la clarté du cadre clinique qu'il institue. Cette exigence déontologique est intenable dans le cadre des textes tels qu'ils se présentent. Cette clarification n'est possible que si les postes qui relèvent d'un régime d'aptitude particulier sont clairement et publiquement définis. Actuellement, c'est le flou le plus total, l'arbitraire le plus absolu. Enfin, à partir du moment où des postes à conditions d'aptitude spéciales seraient définis, la raison imposerait de négocier d'emblée les conditions de sortie et de reclassement des salariés qui les occupent.

Pour conclure, je terminerai en disant qu'il y a derrière tout cela un problème d'honnêteté intellectuelle. Les médecins du travail sont fréquemment accusés de ne pas remplir leur mission et d'aliéner leur indépendance (contrairement à ce que vous pouvez penser, je ne développe pas ici une défense corporatiste de la médecine du travail). Mais il faut se méfier chaque fois que l'on renvoie comme cela un anathème sur une profession : les médecins, les inspecteurs du travail, les assistantes sociales, etc... Chaque fois que l'on porte un jugement global, même s'il y a des éléments qui semblent justifier le diagnostic, cela veut dire que l'on ne se trouve plus devant des problèmes qui relèvent de la responsabilité individuelle. Cela veut dire que les explications psychologiques ou sociologiques sont insuffisantes et qu'il existe une faille, un défaut au cœur même de la structure de la profession.

A partir de là, deux options sont ouvertes :

- admettons consciemment et délibérément que la médecine du travail est mise dans une situation paralysante, et affirmons qu'il faut qu'elle tente de continuer, dans l'incohérence, à concilier intérêts financiers de l'employeur et santé du salarié

- ou bien mettons en chantier une réforme qui assigne au médecin un rôle compatible avec l'intégrité et la dignité de sa fonction, non pas pour faire plaisir aux médecins, mais dans la perspective d'une véritable action préventive vis-à-vis des atteintes à la santé par le travail, dans la perspective de la construction d'un véritable service de santé au travail.

Dr P. DAVEZIES

revue n° 181, septembre 1999 ■

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL EN FRANCE : APERÇU HISTORIQUE SUR LES FONDEMENTS IDÉOLOGIQUES DE L'INSTITUTION

Conférence prononcée au congrès de la Société d'Ergonomie de la Langue Française,
le 15 septembre 1999 par le Dr Philippe DAVEZIES*

De l'avis général, le dispositif de santé au travail français, centré sur la médecine du travail, ne fonctionne pas de façon satisfaisante. Pourtant, si les résistances extérieures sont bien repérées, la logique interne et le fonctionnement même de l'institution sont peu analysés. Le mythe de la création en 1946, qui fait de la médecine travail une conquête sociale de la libération, constituée, de ce point de vue, un obstacle qu'il faudra bien lever. L'institution mise en place en 46 est, en effet, le fruit d'une élaboration beaucoup plus ancienne. Elle porte les marques d'un contexte idéologique et social refoulé qui pèse sur le fonctionnement des services et sur l'activité des médecins du travail.

C'est cet héritage oublié que je voudrais évoquer. Je me limiterai à trois points de la trajectoire. Trois moments suffisamment éloignés pour rendre compte de la profonde continuité des préoccupations qui ont conduit à la médecine du travail : tout d'abord, à l'aube de la révolution industrielle, l'enquête du docteur Villermé, puis des deux moments décisifs que furent les guerres de 14-18 et de 39-45.

Ces trois temps forts permettent de saisir le développement d'une doctrine dont l'arrière fond idéologique est imprégné par l'eugénisme, c'est-à-dire par «la science de la conservation et de l'amélioration de la race».

PREMIER MOMENT : Villermé et la question de la dégénérescence

Villermé est membre de l'Académie de Médecine. Il siège aussi à l'Académie des Sciences Morales et Politiques et c'est à la demande de cette institution qu'il réalise et publie, en 1840, son «Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie».

La rigueur avec laquelle Villermé observe, enquête, rassemble les faits et en rend compte a été maintes fois soulignée. Je me bornerai à rappeler les motivations de l'auteur et les interprétations qu'il donne de ses observations. Villermé développe, en effet, un certain nombre de thèmes et de raisonnements qui seront repris constam-

ment dans la littérature médicale concernant le travail.

Contrairement à l'image qui a pu être donnée de lui, il n'y a, chez Villermé, nul souci de réforme sociale. Ce qui le préoccupe avant tout, de n'est pas la surexploitation du prolétariat en tant que telle. C'est le fait que cette surexploitation mette en péril le système en épuisant le capital humain dont l'industrie naissante tire ses profits. En effet, le développement du machinisme s'accompagne d'un usage sans limites des femmes et des enfants et menace ainsi la reproduction même du prolétariat. Une régulation est donc nécessaire afin de préserver les chances de survie du système.

Quant à la misère, si Villermé la décrit fort bien, il en attribue la faute aux ouvriers et à leur dégradation morale. Il stigmatise l'ivrognerie, l'imprévoyance, «les dégoûtantes orgies» auxquelles se livrent les ouvriers et particulièrement ceux qui perçoivent un bon salaire...

Même lorsqu'il traite avec précision de la mortalité des enfants, il ne peut retenir un jugement moral : «on dirait que c'est un des châtiments infligés par la providence aux parents que leur inconduite ou leur imprévoyance plonge et entretient dans la misère».

Il est ainsi l'un des premiers à introduire la problématique de la régénération.

Pour régénérer la classe ouvrière, il faut mettre de l'ordre. Manifestement, ce n'est pas pour rien qu'il siège à l'Académie de Médecine dans la section «hygiène publique, médecine légale et police médicale».

Mais les mesures d'ordre — la séparation des sexes dans l'entreprise, le refoulement des ivrognes hors des ateliers — ne peuvent suffire. En effet, «l'espèce d'ouvriers qui abandonne la modeste et tranquille existence que lui assurait l'agriculture, pour aller dans les villes se livrer aux travaux de l'industrie [...] forme presque toujours une population tarée, et une sorte d'écume». «Il faut, dit-il, désespérer tout à fait de l'amélioration d'un grand nombre d'ouvriers». «C'est seulement de leurs enfants dont il faudrait s'occuper». «Toutes les mesures qui n'auront pas pour but de les soustraire à leur pernicieuse

influence, laisseront le mal se perpétuer».

Faute de pouvoir rompre la contamination du vice, il faut empêcher la transmission entre générations. Il importe au plus haut point de «préparer dès l'enfance le peuple aux bonnes habitudes». D'où les timides propositions sur la limitation du travail industriel des enfants qui devrait permettre leur instruction et leur éducation religieuse. Ce tableau dressé par Villermé inaugure un souci qui va mobiliser médecins et biologistes pendant un siècle : celui de la dégénérescence.

La dégénérescence est indissociablement morale et biologique. Pour les médecins de l'époque, le lien entre morale et biologie ne fait pas de doute. Ils croient à l'hérédité des caractères acquis. Non seulement les maladies et leurs effets, mais les habitudes elles-mêmes, bonnes ou mauvaises sont biologiquement transmises à la descendance. «L'hérédité rend naturelles les modifications qui furent d'abord artificielles» (Lacassagne, 1895).

Cette croyance justifie deux types d'action : le tri et la régénération.

Le tri, car, s'il y a des lignées dégénérées, l'organisation de la société doit en tenir compte. Les divisions sociales doivent respecter les divisions biologiques. Médecins et biologistes ont donc vocation à contribuer à l'ordonnement de la société puisque leur savoir permet de mettre chacun à sa juste place.

Mais aussi la régénération. Les médecins français sont lamarckiens : ils croient à l'influence du milieu sur l'évolution de la race. La régénération passe donc par le développement de l'hygiène qui, elle aussi, mêle moralisation et action sur le milieu. Cette ligne d'action est rendue particulièrement urgente du fait de la hantise des conflits franco-allemands et de l'état alarmant des conscrits provenant des départements industriels.

L'eugénisme a donc partie liée à la fois avec la sélection sociale, avec l'hygiénisme et avec le nationalisme. Il faudra cependant attendre la guerre de 14-18 pour voir ces problématiques trouver, grâce au taylorisme, leur application au monde industriel.

* Enseignant chercheur en Médecine du Travail, Faculté Laennec, Lyon.

DEUXIÈME MOMENT : Mazel et l'utilisation scientifique de l'ouvrier, 1916

La guerre de 1914 voit émerger l'école lyonnaise dont les historiens de la médecine de travail s'accordent à reconnaître l'impact décisif.

La référence est ici Pierre Mazel, professeur de médecine légale à Lyon. Il contribue, pendant la première guerre mondiale, à deux textes qui seront ensuite considérés comme prophétiques et portant en germe la future médecine du travail :

- avec Leclercq : «la main-d'œuvre nationale après la guerre»
- avec Leclercq et Dujarric de la Rivière : «le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre».

C'est possible grâce au taylorisme, mais à condition que la rationalisation industrielle soit complétée par une rationalisation biologique que les médecins peuvent seuls apporter.

La contribution du médecin dans l'industrie après la guerre sera donc irremplaçable. La détermination de l'aptitude permettra d'utiliser des individus porteurs de déficiences et de les orienter vers les postes qui leur conviennent.

Le médecin devra aussi contribuer à l'utilisation physiologique de l'ouvrier. Il s'agira de veiller à ce que la recherche du rendement maximum ne lèse pas «au bénéfice d'une production immédiate le capital humain dont l'intégrité importe à l'avenir de la race».

L'inspiration est bien eugéniste, mais elle reste tempérée. Il ne s'agit pas d'éliminer les tarés, mais de les utiliser au mieux. Il faudra néanmoins attendre la seconde guerre mondiale pour voir cette perspective reprise par les pouvoirs publics.

TROISIÈME MOMENT : Alexis Carrel et la reconstruction de l'homme (1941-1944)

Les idées Carrel sont connues : partant du constat de la dégénérescence, il se donne pour objectif de contribuer à la reconstruction de l'homme. Il faut, pour cela, fonder l'ordre social tout entier sur une connaissance de l'homme issue de la médecine et de la biologie.

Dans l'Homme cet inconnu, il écrit : «Aujourd'hui il est indispensable que les classes sociales soient de plus en plus des classes biologiques. Les individus doivent monter ou descendre au niveau auquel les destine la qualité de leurs tissus et de leurs âmes. Il faut faciliter l'ascension de ceux qui ont les meilleurs organes ou le meilleur esprit. Il faut que chacun occupe sa place naturelle».

La Fondation Française pour l'étude des Problèmes Humains est créée le 17 novembre 1941 par un décret du Maréchal Pétain. Alexis Carrel peut donner corps à son projet d'une science de l'homme dont l'objectif est de résoudre les problèmes «qui ont trait à la régénération, à la sauvegarde et au progrès de l'individu et de la race». Sa Fondation va exercer une influence considérable sur la médecine du travail à travers l'action de quelques proches collaborateurs de Carrel parmi lesquels les docteurs Gros et Gillon.

L'action de Gros doit être particulièrement soulignée : vice-régent de la Fondation, il en dirige le département travail. Il a déjà participé auparavant à la préparation de la circulaire de juin 40, première ébauche légale de la médecine du travail.

En 1941, avec Ménétrier il publie un ouvrage intitulé «La médecine du travail». Quelques citations permettent de montrer que les thèmes abordés sont dans une continuité directe par rapport aux préoccupations de Mazel et Leclercq :

«La France ne possède pas les réserves humaines suffisantes pour admettre l'usure rapide de sa main-d'œuvre».

«L'avenir de la race, sa protection exige une politique humaine sans défaillance». Ou encore : «En Médecine du Travail, la femme doit être considérée avant tout comme une mère en puissance sur laquelle repose la natalité, c'est-à-dire l'avenir de la race»...

Mais surtout, s'appuyant sur l'expérience acquise depuis les textes de 1916 et 1917, Gros et ses collaborateurs donnent un contenu beaucoup plus précis à l'activité du médecin du travail. Ils définissent les fiches de poste et les fiches d'aptitude et formalisent le processus d'orientation biologique de la main-d'œuvre.

Dans son compte rendu d'activité, la Fondation met à son actif sa participation à l'élaboration de la loi du 28 juillet 42 qui rend obligatoire la création des services médico-sociaux dans les entreprises. C'est cette loi qui sera généralisée en 1946. Il y aura bien quelques inflexions liées au changement de période mais elles laisseront intact le cœur du dispositif. Douard, un des historiens de l'eugénisme pourra ainsi présenter la médecine du travail comme une des principales réalisations de la Fondation d'Alexis Carrel.

QUELQUES CONSTANTES

Un point frappe à la lecture des textes des pionniers de la médecine du travail : il s'agit d'une pensée en termes de population qui n'accorde que très peu de place aux individus. «Soulager les souffrances n'est pas l'impératif essentiel, mais une péripétie accessoire dans l'objectif de l'amélioration de la race». La référence n'est pas celle du médecin de famille,

fondée sur la proximité, la compréhension et la confiance. Le point de vue est autoritaire. Il doit s'imposer aux individus concernés. Cette attitude trouve sa cohérence dans la croyance tenace en une correspondance entre l'ordre social et l'ordre naturel. Le caractère central de l'aptitude dans le système français de médecine du travail trouve là son origine. Il reste cependant à examiner un point important : quelle est, dans cette tradition, la place accordée à la prévention des nuisances professionnelles ?

Nous l'avons vu, l'eugénisme, soucieux d'enrayer la dégénérescence de la race, est porteur de préoccupations hygiénistes qui justifient son intérêt pour les conditions de travail.

Mais il ne faut pas se laisser abuser. La surveillance du milieu de travail ne va guère au-delà de conditions d'hygiène générale : alimentation, boissons, propreté et vêtements, aération, température, hygrométrie et éclairage. Il s'agit en gros des facteurs d'hygiène qui préoccupaient déjà Villermé lorsqu'il visitait taudis et ateliers.

En revanche, les nuisances et risques professionnels sont minimisés. L'idée générale est introduite par Villermé : **les atteintes à la santé présentées par les ouvriers ne sont en règle générale, pas dues aux risques et nuisances du travail mais avant tout à la condition de l'ouvrier et à son hygiène de vie.**

Ce sera un des leitmotiv de la santé publique. Ainsi, plus d'un siècle plus tard, le représentant du CNPF au Conseil Supérieur des Risques Professionnels pourra s'appuyer sur cette citation du professeur Got qui témoigne de la même conception : «Quand nous constatons la mortalité plus précoce des manœuvres, souvenons-nous que ce n'est pas leur activité de manœuvre qui les fait mourir plus précocement, c'est une plus grande fréquence de cirrhoses du foie, de cancers, d'accidents de la route, de maladies infectieuses. [...] Le problème est dominé par les facteurs personnels et sociaux qui les ont dirigés vers le statut de manœuvres et qu'ils présentent une morbidité plus importante. Nous ne sommes pas très éloignés d'Alexis Carrel lorsqu'il écrivait : «Ceux qui sont des prolétaires doivent leur situation à des défauts héréditaires de leur corps et de leur esprit».

Cependant, l'épisode le plus représentatif de cet état d'esprit est, dans l'entre deux guerres, l'histoire de la reconnaissance de la silicose.

En 1930, Étienne Martin crée la première revue de médecine du travail (la Médecine du Travail) afin de mener en France le débat sur la silicose. Cette maladie qui représente, à l'époque, le problème numéro un en termes de santé au travail tarde, en effet, à être reconnue alors que la question est réglée chez nos voisins anglais et allemands.

La bataille va être longue et pénible. Étienne Martin écrit :

«Si tous les médecins français qui exercent dans les centres industriels où se trouvent les industries à poussières se décidaient à écrire ce qu'ils ont vu et ce qu'ils observent tous les jours, [...] nos connaissances sur les pneumoconioses feraient un bond qui permettrait d'envisager avec confiance l'avenir. Mais, ne dit-on pas, qu'il est interdit aux médecins des diverses industries à poussières de faire ces déclarations parce que les industriels affirment que la silicose pulmonaire n'existe pas».

En 1936, il reprend : «Je crois que nous n'arriverons à éveiller l'attention des Pouvoirs Publics et à tirer les médecins de leur inertie qu'en adoptant la méthode instituée à l'étranger, la création d'un comité national pour l'étude des pneumoconioses en France».

En vain, car la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle se heurte à la mobilisation de hautes personnalités médicales. Le personnage central de cette opposition est Policard, professeur d'histologie à Lyon, médecin conseil des houillères et plus tard membre de l'Académie de Médecine. Sa thèse est simple : la silicose n'existe pas. Là où vous croyez voir une pneumoconiose, il n'y a qu'une tuberculose dont l'allure est modifiée par la présence de la silice.

Nous retrouvons le thème maintenant familier : **ce que vous prenez pour une pathologie professionnelle n'est qu'une tare dont sont porteurs les ouvriers à leur entrée dans l'usine.** Mais l'argument va plus loin : non seulement la silice ne rend pas malade mais elle guérit la tuberculose.

«Le nodule silicotique typique, celui qu'on envisage souvent comme "pur" ne serait pas autre chose qu'un foyer tuberculeux cicatrisé et guéri, parce qu'il s'est formé au niveau d'une masse de particules siliceuses».

Un tel argument permet de retourner les objections des médecins qui présentent des cas de silicose sans bacilles de Koch : s'il n'y a pas de BK, c'est parce qu'ils sont tués par la silice.

Le point de vue de Policard est relayé par deux médecins : Rist, membre de l'Académie de Médecine et Doubrow médecin des mines. Ils écrivent en 1934 : «Ériger en maladie professionnelle une entité nosographique aussi artificielle que la silicose, [...] c'est ouvrir la porte à d'innombrables et démoralisants abus, c'est aussi faire peser sur l'industrie et sur les contribuables des charges que rien ne justifie. Si d'autres pays ont commis cette

faute et commencent à en subir les conséquences, ce n'est pas une raison pour que leur exemple soit suivi. C'est au contraire une excellente raison pour qu'il ne le soit pas».

En 1941, la question n'est pas encore réglée. Bien qu'il soit à la retraite, Étienne Martin continue à plaider pour la reconnaissance : «Les ingénieurs et les ouvriers du bassin du Gard ont émis le vœu que la silicose soit inscrite parmi les maladies professionnelles indemnifiables. Ils ont prié en vain, les délégués du patronat de s'associer à eux pour un geste d'union corporative.

Le chef de la délégation patronale a protesté, affirmant que des membres éminents de l'Académie de Médecine s'étaient prononcés à ce sujet et rejetaient l'origine professionnelle de la silicose : que n'étant pas eux-mêmes médecins, ils n'avaient qu'à s'incliner devant les compétences.

Un ingénieur déclara qu'il n'était nullement besoin d'être médecin pour constater que des équipes entières d'ouvriers travaillant au rocher disparaissaient en peu d'années emportées par une maladie pulmonaire. [...]

Le vœu que la silicose soit inscrite parmi les maladies professionnelles indemnifiables a été voté à l'unanimité des délégués ingénieurs et ouvriers, malgré l'opposition du patronat.

«Cependant les résistances sont toujours aussi tenaces».

«La France est un des rares pays, si elle n'est pas le seul peut-être, où la silicose ne soit pas encore considérée comme une maladie professionnelle indemnifiable».

«La silicose continue à faire ses ravages, les mineurs au rocher et les autres souffrent et meurent d'une maladie professionnelle que l'on peut éviter. On continue à vouloir les considérer en France comme de malheureux tuberculeux».

«Il suffirait d'un geste du maréchal pour changer la situation».

On sait ce qu'il en sera. Il faudra le climat quasi insurrectionnel de la libération pour obtenir une reconnaissance, acquise, dès les années 20, en Allemagne et en Angleterre.

Mais il n'est pas possible de clore cet épisode sans en signaler un aspect assez fascinant. Policard, Étienne Martin, et Mazel sont professeurs de médecine à Lyon. Mieux : ils sont tous les trois membres du conseil d'administration de l'Institut de Médecine du Travail. Le débat sur la silicose oppose donc des gens qui se côtoient quotidiennement dans un espace

très réduit. Or, Mazel qui sera présenté ultérieurement — et qui se présentera lui-même — comme le prophète de la médecine du travail ne prendra jamais position...

Certes ce sont là de vieilles histoires. Mais ce sont les protagonistes de ces histoires qui vont faire la médecine du travail. En 1942, Mazel est membre du Comité Permanent chargé d'élaborer la doctrine de la Médecine du Travail mis en place par les autorités de Vichy. A la sortie de la guerre, il est membre du Comité Permanent de la Médecine du Travail. Il en prend la présidence en 1950.

Mais la continuité est aussi forte du côté de la Fondation Carrel. Le cours de médecine du travail de Désolle reprend, en 1949, quasiment inchangées, les fiches de poste mises au point par le département du docteur Gros. Jusqu'au début des années 80, on parlera, en médecine du travail, d'orientation biologique de la main-d'œuvre. Le docteur Gillon, ancien bras droit d'Alexis Carrel à la Fondation, deviendra Médecin Inspecteur Général du Travail et contribuera à stabiliser la médecine du travail dans sa forme actuelle.

On peut admettre que les hommes évoluent. Mais ceux-ci ne reviendront pas sur les places respectives accordées, dans les textes fondateurs, à l'aptitude et aux risques professionnels. L'histoire de la silicose sera totalement enterrée et la mémoire d'Étienne Martin édulcorée ou carrément effacée. Quant à Policard, il sera présenté aux étudiants comme le grand savant français de la silicose.

Le résultat de toute cette histoire, vous le connaissez : c'est une institution dans laquelle de nombreux médecins essaient d'œuvrer à la santé au travail mais avec d'énormes difficultés. La présente contribution vise à rappeler qu'à l'origine de ces difficultés, il y a un fait très simple mais peu discuté : l'institution dans laquelle ils travaillent n'a pas été conçue pour s'occuper des atteintes à la santé par le travail mais pour assurer l'orientation biologique de la main-d'œuvre...

A partir de ce retour historique, il est assez facile de prolonger l'analyse, d'examiner comment cet héritage a continué à vivre mais aussi de pointer ce qui a changé, depuis 1945, dans la société, dans le travail et dans la médecine, afin d'éclairer les tensions actuelles de l'institution? Il serait alors possible de mieux comprendre ce que pourrait être un apport des médecins à la santé au travail dans une conception renouvelée...

Dr P. DAVEZIES ■

Laissons le « mot de la fin » (pour ce numéro de la revue) au Dr Lionel Doré qui est l'un des principaux artisans de ce débat sur l'aptitude...

L'aptitude sécuritaire pose un dilemme qui partage largement les médecins du travail.

Une partie de la communauté médicale pense que l'aptitude en médecine du travail est différente de celle de la médecine d'expertise : à cette dernière seulement reviendrait la responsabilité du versant sécuritaire ; la médecine du travail, elle, ne se préoccuperait que des conséquences du travail sur la santé, et en règle générale, serait tournée davantage vers l'individu que vers la collectivité. Cette position assez répandue est néanmoins considérée comme trop tranchée par d'autres.

Cette autre partie de la communauté médicale pense exactement l'inverse : la médecine du travail doit naturellement prendre en compte les impératifs sécuritaires, sans l'ombre d'un état d'âme, malgré l'antagonisme des logiques.

Une troisième position, plus médiane existe également mais présente des inconvénients. Elle s'exprime ainsi :

- certes la médecine du travail ne comporte pas intrinsèquement la notion sécuritaire
- certes les logiques d'aptitude et d'aptitude sécuritaire — logique individuelle par rapport à la logique collective — sont nettement différentes et peuvent être antagonistes, mais, et c'est là le principal argument, le médecin du travail :

- . par sa connaissance du milieu de travail et de la collectivité de travail,
- . par sa connaissance de l'individu,
- . par sa relation de confiance,

est le plus à même de résoudre cette contradiction entre logique individuelle (relation de prévention, de soutien et de protection) et logique collective (relation d'autorité) ?

Cet argument nécessite clairement une relation de confiance.

C'est-à-dire que le médecin du travail, amené à prendre une décision concernant un individu et devant rendre compatible cette équation antagoniste, devra le faire en son âme et conscience, en toute neutralité et objectivité, en toute indépendance, à l'abri de toute pression, sinon il se comporterait en médecin d'entreprise. Il doit également le faire en dehors de toutes normes sinon il devient un médecin d'expertise.

Cette relation de confiance, dont doit être investi le médecin du travail pour mener à bien sa mission, et tout particulièrement dans le domaine de l'aptitude sécuritaire, doit s'exercer avec tous :

- le travailleur bien sûr, qui fait l'objet de la décision et qui devrait en être aussi le sujet. Il doit pouvoir l'accepter pour y adhérer. C'est le principe du consentement

éclairé, à la base de toute bonne relation thérapeutique et de bonne observance. En matière d'aptitude sécuritaire, ce point capital est particulièrement délicat.

- mais aussi l'employeur ; il fait confiance à son médecin, qui est son conseiller, c'est à dire un véritable partenaire en matière de santé à un niveau d'expert (dans une acception de sens différente de médecine d'expertise), de véritable spécialiste en santé au travail. L'employeur sait et admet que les décisions du médecin en matière d'aptitude médicale sécuritaire sont les plus appropriées, résultant du compromis le plus optimal possible entre différents éléments d'appréciation, couverts par le secret professionnel.

Malheureusement cette situation idéale est rarement rencontrée. Combien de fois l'employeur, ou son encadrement, juge ou critique l'avis du médecin, (sans aller toutefois jusqu'à la contestation officielle à l'Inspection du Travail) et n'est pas dans une relation d'écoute vis à vis du médecin du travail dans son rôle de conseiller. La réalité de la confiance n'est pas évidente. En revanche de nombreuses pressions, la plupart du temps indirectes, hypothèquent la nécessaire sérénité d'esprit dont doit pouvoir bénéficier le médecin pour donner son avis.

Par ailleurs, les normes constituent un cadre rigide qui s'inscrit à l'encontre de la latitude d'appréciation du médecin du travail : elles sont un obstacle à son indépendance. Les normes sont utiles en médecine d'expertise car elles constituent une base médico-légale. Le problème est différent en médecine du travail. **Sauf à la transformer en médecine d'expertise, le concept d'aptitude sécuritaire en médecine du travail pose la question de l'indépendance** dont elle doit être investie pour pouvoir accomplir sa mission et lui donner réellement un sens. Il est évident que ces conditions d'exercice ne peuvent pas être réunies dans ce cas.

Au fond, ce qui ne pose pas vraiment problème dans l'aptitude sécuritaire, ce sont les maladies nettement caractérisées, en particulier organiques, qui peuvent retentir sur la sécurité entre autres dans le transport, tels l'infarctus du myocarde ou l'épilepsie (mais on sait les discussions à ce sujet quand l'affection est parfaitement stabilisée sous traitement).

En réalité, ce sont les maladies comportementales qui posent problème :

- non tant les affections psychiatriques graves également bien caractérisées (ex. schizophrénie).

- mais la maladie alcoolique et l'utilisation de substances toxicomanes.

La règle du tout sécuritaire impose l'éviction dès les moindres signes d'intempérance. Cette médecine de sélection n'est pas conforme à l'éthique de la médecine du travail. A l'inverse, il existe des gradations dans la maladie qui font partie des éléments d'appréciation du médecin du travail.

On doit donc se poser la question :

le tout sécuritaire n'est-il pas une utopie et n'existe-t-il pas notamment une part de risque médical ? Et si on veut diminuer cette part de risque médical, il faut s'adresser à la médecine d'expertise avec des normes plus contraignantes et non à la médecine du travail en raison de la nature différente de sa mission.

Le Ministère du Travail a eu en ce domaine la sagesse de ne jamais agréer de normes. Celles de la SNCF pourraient constituer un fâcheux précédent.

D'autant que rien ne justifie la pertinence scientifique des normes : elles peuvent être un point de repère jamais une certitude, comme tout ce qui est biologique d'ailleurs, avec la part de probabilité, de statistiques, d'épidémiologie et de pronostic.

Les travaux de K. Van Damme à ce sujet sont éclairants.

Le tout sécuritaire sous-entend des normes très contraignantes, inersement plus souples elles seront moins sécuritaires. Or la santé individuelle est un compromis en perpétuel devenir biologique, en constante évolution psychodynamique.

Apprécier par des normes rigides un état individuel en modification incessante relève de la gageure, surtout pour la notion d'aptitude.

Certes, lorsque l'état de santé est évident, l'altération nette, la sécurité clairement compromise, le médecin trouvera sa position facilement.

Mais dans les situations moins caractérisées, c'est dans notre société, le rôle du médecin que de peser dans un acte intellectuel tous ces éléments, éventuellement opposés.

On n'aura jamais du « tout sécuritaire » en médecine. Ce n'est pas pertinent biologiquement et ce n'est pas éthique.

Il faut aussi différencier aptitude médicale et capacité professionnelle : l'alcoolisme aigu, l'ébriété, ne relèvent pas de la responsabilité du médecin du travail, mais de celle de l'employeur : il s'agit là de sécurité immédiate.

Également que penser des nombreux travailleurs qui utilisent des médicaments psychotropes déclarés ou non et dont l'origine professionnelle de la souffrance psychologique est souvent une réalité ? Dans le même esprit de sécurité, ils devraient être écartés du poste de travail. On voit bien l'ineptie d'une telle conception de l'aptitude par rapport aux missions de base du médecin du travail.

L'exercice médical est fondamentalement tourné vers l'individu. Ce n'est qu'à travers lui que le médecin peut avoir une action collective, de santé publique sur la société.

C'est bien la spécificité de l'acte médical d'être prioritairement individuel, et secondairement collectif et non l'inverse. C'est la déontologie du médecin.

En matière d'aptitude sécuritaire, le médecin du travail est confronté à ce dilemme.

Certes il a le souci de la sécurité de l'agent comme celle des autres. Mais son action concerne d'abord sa relation avec le patient dans l'aide à la préservation, construction, prévention de sa santé dans l'intérêt premier du patient.

Pour l'aptitude sécuritaire, il faut que le patient perçoive, comprenne que l'attitude

du médecin est d'abord guidée par son intérêt propre de patient en premier, avant celui de la collectivité. Sinon la confiance sera absente et l'adhésion manquera.

Pour cela, il ne faut pas que le médecin soit tenu par des «normes» : les normes édictées par la collectivité, représentent l'intérêt général en premier, avant celui du patient : le médecin n'a pas d'autonomie ou de marge de manœuvre.

L'acte médical en aptitude sécuritaire est à ce carrefour, entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif : le médecin du travail doit pouvoir l'apprécier en son âme et conscience.

Il faut le comprendre, l'admettre et respecter dans la société la place spécifique du médecin et son éthique. Ceci est particulièrement vrai pour le médecin du travail.

Par ailleurs, c'est l'avantage et la pertinence du système français de prévention des risques professionnels d'être médicalisé. Seul un système médicalisé peut, au-delà d'une conception collective de règles s'imposant aveuglément, affiner la prévention au niveau individuel.

Sinon on se retrouve dans un système normatif de conception anglo-saxonne très éloigné et nullement adapté à notre conception médicale française de la prévention .

Le médecin du travail est l'artisan de cette optimisation de la prévention. Par voie de conséquence, sauf à le transformer en médecin «expert» et dénaturer sa mission, sa relation médicale, l'esprit de la loi de 46 et la conception française, il faut lui laisser la latitude décisionnelle que sous entend le niveau de responsabilité d'un avis médical.

La prévention peut ainsi s'organiser de manière :

- collective : elle est pluridisciplinaire et le médecin fait partie des intervenants.

- individuelle : en dehors des situations de danger immédiat qui relèvent du rôle et de la responsabilité de l'employeur, la prévention individuelle est l'apanage du médecin. Il est au carrefour des intérêts collectifs et individuels. Il prend sa décision en son âme et conscience, éventuellement en fonction de repères qui pourraient être proposés par des conférences de consensus. Son avis ne porte pas sur une situation immédiate, mais apprécie une notion d'aptitude sur un plus ou moins long terme, dont il pourrait fixer la durée (l'aptitude pourrait être inférieure à la périodicité de la visite annuelle).

Dr L. DORÉ ■