

En finir avec l'aptitude médicale

Philippe Davezies, Jean Paul Dulery, Dominique Huez, Marie Pascual, Nicolas Sandret.

Publié dans Santé et Travail, 1998, 23, 61-36.

Mots clés : médecine du travail, aptitude, déontologie.

La médecine du travail, avec ses 50 ans, semble solidement enracinée dans le paysage social. Pourtant, personne n'envisage que l'institution puisse simplement continuer à faire ce qu'elle a toujours fait, comme elle l'a toujours fait. L'affaire de l'amiante, la pression croissante des autres professionnels de la santé au travail, les exigences de l'unification européenne, les évolutions de l'organisation du travail et des formes d'atteintes à la santé, tout pousse à une reprise de la réflexion sur l'organisation et sur le fonctionnement de notre système de santé au travail.

Pour nous qui sommes, à divers titres, engagés dans la médecine du travail, la première exigence est de clarifier le fonctionnement de notre institution. Dans cette perspective, il est urgent d'avancer sur la question de l'aptitude. En effet, depuis la naissance de la médecine du travail, cette question donne lieu à des interprétations extrêmement diverses qui constituent un facteur permanent de brouillage de la position et de l'identité du médecin du travail.

Des voix se sont élevées, au cours des dernières années, pour demander la suppression de l'aptitude en médecine du travail. Nous souhaitons examiner cette proposition. Pour cela, nous rappellerons en quoi l'aptitude médicale est utile, avant de passer en revue un peu plus longuement ses inconvénients. Nous proposerons ensuite des mesures destinées à dépasser les inconvénients de l'aptitude médicale tout en préservant les avantages qui lui sont attachés.

1 - Les intérêts de la définition de l'aptitude par le médecin du travail.

Les arguments en faveur du maintien de l'aptitude sont connus, nous nous contenterons de les rappeler brièvement.

1.1 : La garantie d'une consultation annuelle de médecine du travail

Le certificat d'aptitude témoigne du fait que le salarié a bénéficié d'une consultation de médecine du travail. En cas d'accident, il constitue une pièce dont l'inspecteur du travail demande communication. La nécessité de disposer d'un certificat d'aptitude garantit donc que le chef d'entreprise enverra ses salariés à la consultation de médecine du travail. Le principe de la consultation systématique serait fragilisé si celle-ci ne débouchait pas sur la production d'un document médico-administratif.

1.2 : L'occasion de propositions d'aménagement

A l'issue de la consultation, le médecin est habilité à demander des aménagements, mutations ou transformations de poste justifiées par l'état de santé du salarié. Le certificat d'aptitude constitue bien souvent le support de ces

recommandations, au point que nombre de confrères lient aptitude et recommandations concernant le poste de travail. Il s'agit pourtant bien de deux dimensions distinctes de l'activité du médecin du travail.

1.3 : Une garantie contre la discrimination

L'aptitude médicale ne peut être définie que par le médecin du travail. La loi interdit ainsi à l'employeur toute investigation sur l'état de santé de ses salariés. Ce monopole est renforcé par le code pénal pour lequel toute distinction opérée entre les personnes à raison de leur état de santé ou de leur handicap constitue une discrimination. Seule peut intervenir une inaptitude médicalement constatée par le médecin du travail, c'est à dire une inaptitude motivée non par une productivité insuffisante mais par un risque pour la santé. L'aptitude médicale apparaît donc comme un élément du dispositif de protection des salariés à la fois contre les atteintes à la santé et contre la discrimination.

1.4 : La protection du salarié déclaré inapte

Il est des cas, dans lesquels l'inaptitude est vécue par le salarié non pas comme une menace mais comme une protection. Il faut bien dire qu'il s'agit d'un pis-aller. Cette situation concerne, en effet, des salariés à bout de souffle et l'inaptitude médicale n'atténue que très marginalement le caractère dramatique de la situation dans laquelle ils se trouvent. Elle permet néanmoins au salarié en situation de détresse de quitter l'entreprise dans laquelle il met en péril sa santé, tout en gardant les droits sociaux (indemnités de licenciement, droit aux indemnités de chômage) que la démission lui ferait perdre. Dans la situation actuelle, caractérisée par une extrême fragilisation d'une partie de la main d'œuvre, cette fonction de l'inaptitude médicale nous semble devoir être conservée coûte que coûte.

1.5 : La gestion des postes de sécurité.

Le certificat d'inaptitude préserve enfin les autres salariés puisqu'un salarié peut être déclaré inapte au motif qu'il fait courir un risque à la santé des autres salariés. Ce dernier point concerne les postes dits "de sécurité".

2 - Les inconvénients de la définition de l'aptitude par le médecin du travail.

Les inconvénients de l'aptitude sont eux aussi connus. Ils sont décrits dans le rapport de F. Bourdillon, J.M. Domergue, M. Pascual, N. Sandret aux XXIV^{es} Journées Nationales de Médecine du Travail.

2.1 : La consultation réduite à l'aptitude

Nous avons évoqué le certificat d'aptitude comme garantie pour le salarié d'un accès à la consultation de médecine du travail. Cependant, si cet aspect de l'aptitude peut apparaître comme un avantage, il se retourne bien souvent contre la médecine du travail. En effet, aux yeux des employeurs, des directeurs de services interentreprises, voire même de certains collègues, la médecine du travail tend bien souvent à se réduire à la "visite" de médecine du travail, et la

"visite" à la détermination de l'aptitude. Cette focalisation conduit à une véritable embolisation de la médecine du travail par l'aptitude.

2.2 : Un acte médico-légal qui vise essentiellement l'individu

L'inaptitude témoigne toujours d'un conflit entre deux types d'exigences : d'un côté, les contraintes imposées et les performances exigées par l'organisation du travail, de l'autre, les exigences de préservation de la santé. En principe, il ne peut pas y avoir, pour le médecin, symétrie entre les deux termes de cette contradiction. Il s'agit de chercher à transformer une organisation du travail qui ne tolère pas la variabilité et la vulnérabilité naturelle des êtres humains, et, en aucun cas, de sanctionner un salarié dont le tort serait de vieillir, de s'user, de tomber malade. Or, l'aptitude - sortie obligée de toute consultation de médecine du travail - ne vise explicitement que le salarié. Tout médecin du travail connaît ces situations dans lesquelles, alors qu'il tente de négocier des aménagements, l'employeur le somme de se prononcer : "Alors, il (elle) est apte ? Oui ou non ?"

Comme il n'est pas imaginable de traiter par l'inaptitude - de passer à la trappe - les salariés qui ont des problèmes de santé au travail et vis-à-vis desquels la responsabilité du médecin du travail est engagée au premier chef, le médecin est amené à signer des aptitudes dans l'immense majorité des cas. Ce faisant, il donne bien souvent une caution médicale à un usage des hommes et des femmes qu'il ne peut que réprouver. Comme le rappellent Bourdillon et al. : *"Pendant des années, des salariés ont été aptes à être exposés à l'amiante, sous réserve d'une surveillance médicale parfaitement dérisoire"*. Qu'on le veuille ou non, le certificat d'aptitude dédouane le poste et fait porter la responsabilité du conflit sur l'individu.

2.3 : Une relation ambiguë avec le salarié

Face à un sujet dont l'état santé contre-indique en principe la poursuite de son activité, deux conceptions de la position du médecin coexistent dans la profession.

Certains ont une conception forte de la responsabilité du médecin. Pour eux, le choix entre aptitude et inaptitude constitue un acte d'autorité. Il est fondé sur le savoir du médecin et il engage sa responsabilité. La position est celle de l'expertise et son résultat s'impose au salarié. Le paradoxe de cette position est que le mouvement de "prise de responsabilité" qui conduit le médecin à signer l'inaptitude, constitue un abandon du salarié puisqu'il conduit à son élimination. Cette conception autoritaire de la responsabilité médicale est critiquée en Europe comme contraire à la liberté et à la responsabilité individuelle.

Pour d'autres, le médecin ne dispose pas des savoirs qui lui permettent de comparer le risque pris à rester dans l'entreprise et celui qu'encourt un salarié handicapé lorsqu'il abandonne son travail. Dans les deux cas, le salarié est perdant et engage sa santé. Dans ces conditions, déclarer un salarié inapte, contre sa volonté de se maintenir au travail, reviendrait à précipiter dans le malheur un sujet déjà en difficulté. Le médecin s'efforce donc de l'aider à construire son choix entre deux solutions dont aucune n'est satisfaisante. Si le salarié juge que, dans sa situation, la perte de l'emploi est inenvisageable, s'il décide de serrer les dents et de rester coûte que coûte dans l'entreprise, le rôle du

médecin est alors de l'accompagner et de continuer à lutter pour l'adaptation du travail. Cela signifie que le salarié peut jeter l'éponge, mais pas le médecin.

Dans la réalité, il est probable que la majorité des médecins navigue comme elle le peut entre ces deux positions. Il est en effet difficile de trancher dans la mesure où même un médecin qui tient fermement la deuxième position - celle de l'accompagnement - se trouve en porte à faux lorsque se pose la question des postes dits "de sécurité".

2.4 : Le flou autour de la question des postes dits "de sécurité".

La question des postes dits "de sécurité" constitue probablement le noyau central à partir duquel se légitiment les pratiques les plus contestables. Dans les formes légales actuelles, le traitement de cette question :

- introduit un flou dans la définition de l'aptitude médicale,
- place le médecin dans une position d'autorité,
- jette le trouble sur la nature de la relation entre salarié et médecin,
- installe souvent cette relation sous le régime de l'arbitraire.

Examinons ces quatre points.

2.4.1 : le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité introduit un flou dans la définition de l'aptitude médicale,

Les auteurs du rapport sur les postes de sécurité aux XIIIes Journées Nationales de Médecine du Travail en donnent la définition suivante : "*Le poste de sécurité est un poste de travail susceptible de constituer pour la collectivité de travail un risque d'accident à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur*". Du côté de la défaillance subite, pas de problème ; le critère relève bien de l'absence de contre-indication médicale. En revanche, "l'insuffisance d'aptitude" nous tire du côté de l'efficacité professionnelle. Et effectivement, si l'on met de côté le problème de la défaillance subite, être apte à tenir un poste de sécurité, c'est être capable de faire son travail correctement. Le traitement actuel de l'aptitude aux postes de sécurité constitue donc la faille par laquelle revient toujours dans la pratique des médecins du travail une conception de l'aptitude comme capacité professionnelle. Ce point est bien perçu au sein du patronat qui, dans de nombreuses entreprises, pousse à l'extension de la notion de poste de sécurité.

2.4.2 : Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité place le médecin dans une position d'autorité

En cas de danger pour les autres salariés, le médecin n'a pas le choix. La décision s'impose, quelle que soit l'opinion du salarié concerné. Un basculement s'opère donc dans la relation entre le médecin et le salarié. La position médicale la plus classique est, en effet, uniquement orientée par le souci de la santé, de l'intégrité et de la dignité du patient. Elle prévoit que le consentement de la personne examinée doit être recherché dans tous les cas (art. 36 du code de déontologie médicale). Dans le cas des postes de sécurité, intervient la préoccupation vis à vis des tiers qui pourraient avoir à pâtir d'une défaillance du salarié. Le médecin n'est plus alors dans une position de prise en charge ou de conseiller. Sa position tient plus de l'expertise ou du contrôle.

Dans cette direction, au nom de l'impératif de sécurité, l'investigation peut être poussée très loin, jusqu'à des comportements qui tiennent plus de la coercition et de l'intrusion que des pratiques conformes à la déontologie médicale.

C'est ainsi, par exemple, que, lors de l'examen d'embauche à la SNCF, les salariés doivent remplir un questionnaire sur leurs antécédents médicaux. Le formulaire porte en tête la mention "questionnaire médical confidentiel" mais il se termine par "*Je reconnais que toute dissimulation des antécédents pathologiques peut entraîner mon exclusion de la SNCF par mesure disciplinaire*". Le candidat doit, de plus, signer le questionnaire en faisant précéder sa signature de la mention "*Lu et approuvé*". Il est difficile de marquer plus explicitement le régime très particulier de la relation.

2.4.3 : le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité jette le trouble sur la nature de la relation entre salarié et médecin

La question des postes de sécurité ne conduit pas seulement à des pratiques autoritaires. Elle introduit la confusion dans la relation. En effet il n'est pas possible d'être à la fois en situation de contrôle ou d'expertise et en situation de prise en charge. Le code de déontologie impose d'ailleurs de distinguer très précisément ces modes de relation. Il précise qu'il est de la responsabilité du médecin d'expliquer clairement au patient les objectifs et enjeux de sa mission. Or le code du travail, en confiant au même médecin des fonctions d'accompagnement et des fonctions qui tiennent plus de l'expertise ou du contrôle, organise la confusion de genres.

2.4.4 : Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité installe souvent la relation sous le régime de l'arbitraire.

La question des postes de sécurité ouvre sur le domaine de l'arbitraire. Cet arbitraire porte tout d'abord sur la définition des postes nécessitant une aptitude particulière. Ainsi, à la SNCF (qui constitue un véritable musée de pratiques étranges), le poste de contrôleur est considéré comme un poste de sécurité impliquant des critères d'aptitude particulièrement sévères. On le voit bien, la définition des postes de sécurité peut être étendue très largement. Tous les postes de travail à l'hôpital pourraient par exemple être intégrés dans cette catégorie. Il y a là un ressort très puissant pour transformer les pratiques de médecine du travail en pratiques de sélection. Ressort bien repéré, nous l'avons vu, par les directions d'un certain nombre d'entreprise qui ne se privent pas de l'utiliser.

L'arbitraire règne aussi au niveau des critères médicaux sur lesquels fonder le jugement. Ainsi, dans certaines entreprises, les candidats sont barrés à l'embauche si on trouve dans leurs urines des traces de dérivés du cannabis, alors que ce critère ne permet en rien de prévoir un quelconque risque au poste de travail. D'une façon plus générale, les critères médicaux qui semblent au premier abord contre-indiquer une activité sont fréquemment pris en défaut. Tout médecin du travail a rencontré des électriciens porteurs de dyschromatopsies qui câblaient sans problème particulier. De même, les statistiques laissent penser qu'un certain nombre de personnes atteintes de comitialité occupent des postes de sécurité sans faire courir un risque particulier à la collectivité.

La question des postes "de sécurité" est donc le cheval de Troie par lequel pénètrent en médecine du travail les pratiques déviantes. En effet, une fois admis que la sécurité est sœur de l'efficacité, une fois admis que l'on peut en toute légitimité prendre des décisions qui s'imposent au salarié, une fois admis cette part d'arbitraire qui préside bien souvent à la définition des postes de

sécurité et des critères d'aptitude, il devient bien difficile de garder le nord. L'expérience prouve que l'on passe insensiblement du danger pour les salariés, au danger pour les clients, puis pour le public, pour la qualité de la production, et enfin pour l'efficacité économique de l'entreprise...

2.5 : Une ambiguïté sémantique qui autorise toutes les déviations.

La dernière difficulté que nous envisagerons vient du fait que le terme aptitude revêt des significations très différentes selon la fonction de celui qui l'emploie. Pour le médecin, en principe, cela signifie que le sujet peut faire son travail sans risque pour sa santé ou pour celle des autres salariés. Pour la hiérarchie, l'aptitude vise plutôt un pronostic sur l'efficacité professionnelle. Les médecins sont en permanence soumis à une pression qui vise à les faire sortir de leur rôle. Beaucoup résistent mais certains intègrent les critères d'efficacité professionnelle dans leur jugement. De même, certaines inaptitudes à l'embauche sont justifiées par le souci de ne pas imposer à l'entreprise le "poids" de salariés à la santé défaillante. La médecine du travail se fait alors médecine de sélection et couvre de l'autorité médicale les pratiques discriminatoires qui sont maintenant interdites à l'encadrement.

Toutes ces dérives imposent de définir, vis-à-vis de l'aptitude, une attitude plus homogène et plus cohérente, qui puisse servir de point d'appui et de garde-fou au médecin pour défendre sa position.

3 - Propositions

Nos propositions seront guidées par un principe : il n'y a pas de clinique médicale sans une définition claire du cadre, de l'objet et des enjeux. Cela signifie que l'on ne peut faire à la fois de l'accompagnement et du contrôle, que l'on ne peut poursuivre à la fois la santé des salariés et l'intérêt de l'entreprise. A ces différents objectifs, correspondent différents métiers et différents types de relations entre le professionnel et les salariés. Nous proposons de considérer que le métier de médecin du travail consiste à aider les salariés dans leur affrontement aux tensions qu'implique toujours le travail : tensions entre efficacité productive d'une part, préservation et construction de soi d'autre part. Le médecin du travail remplit cette mission en exerçant une fonction de conseil vis à vis du chef d'entreprise, des salarié et des représentants du personnel. Pour lui permettre de rester centré sur cette définition du métier, nous proposons de prendre quatre mesures vis à vis de l'aptitude et de l'inaptitude.

3.1 : Suppression de l'aptitude

Il faut supprimer les certificats d'aptitude comme produit systématique des consultations de médecine du travail. Parce que le terme d'aptitude véhicule des significations trop diverses, mais aussi parce que, dans bien des cas, les contraintes du travail interdisent de certifier que le sujet peut faire son travail sans risque pour sa santé. On peut même considérer que le travail est une expérience dans laquelle la question de la santé est toujours engagée, pour le meilleur ou pour le pire.

Laissons donc à la hiérarchie la responsabilité de juger des capacités professionnelles et recentrons le métier de médecin du travail sur la prévention des atteintes à la santé sur l'accompagnement des salariés en difficulté.

3.2 : Fiche de consultation ouvrant sur des recommandations

La suppression de la fiche d'aptitude n'entraîne en aucune façon la suppression de la rencontre annuelle avec les salariés. Cette rencontre doit être sanctionnée par un document, même lorsque la consultation ne révèle aucun problème de santé. Le médecin remet donc au salarié et à l'employeur une fiche indiquant que le salarié a bénéficié d'une consultation de médecine du travail.

Lorsque l'état de santé du salarié rend nécessaire un aménagement du poste de travail, en accord avec le salarié, le médecin rédige ses recommandations sur la fiche de consultation.

Enfin, la fiche de consultation n'est probablement pas le meilleur vecteur pour faire des recommandations générales d'aménagement de poste. Cependant, le médecin peut l'utiliser pour rappeler les contraintes et nuisances sur lesquelles il a déjà attiré l'attention du chef d'entreprise et qui imposent des mesures de prévention. Ce certificat de consultation peut être demandé par l'inspection du travail.

Il devient alors manifeste que la consultation ne vise pas à juger le salarié mais à relever ce qui, du côté du poste ou de l'organisation du travail constitue un risque pour la santé. Ces deux premières propositions rejoignent ainsi les conceptions qu'exprimait, en 1988, le conseiller d'état Ducamin : "*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, sans préjudice de la fonction que le médecin du travail devra exercer sur le poste lui même, pour en faire disparaître les nuisances ou faire atténuer celles-ci, dans l'exercice de son rôle de conseiller de l'employeur*" (La médecine du travail en France, perspectives. Rapport demandé par Philippe Seguin, Ministre du Travail, 29 avril 1988)

3.3 : Possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude

Nous ne souhaitons pas pour autant la suppression du certificat d'inaptitude mais celui-ci devrait être réservé au cas dans lequel le salarié désire sortir de l'entreprise pour raison de santé. Lorsque l'inaptitude est médicalement justifiée, le médecin en discute avec le salarié et ne rédige le certificat que si cela répond à une demande de sa part. Le certificat est alors remis en main propre au salarié et à lui seul, exactement comme le certificat de maladie professionnelle. Libre à lui de l'utiliser ou non dans un délai à définir.

Comme dans le cas des certificats de maladies professionnelles, le médecin peut parfois souhaiter que le certificat soit rédigé par un tiers. En conséquence, la possibilité de rédiger ces certificats pourrait être étendue aux consultations de pathologie professionnelle.

3.4 : Stricte définition des postes de sécurité et des contre-indications médicales

C'est certainement sur la question des postes de sécurité, peu discutée dans la profession, que les idées sont les plus floues. Nous souhaitons cependant mettre quelques propositions en débat.

Tout d'abord, les postes de sécurité doivent être précisément définis et cette définition ne peut en aucun cas être laissée à la seule délibération du médecin, pas plus qu'à la négociation au sein de l'entreprise. Les branches industrielles elles-mêmes ne semblent pas offrir des garanties suffisantes. Nous souhaitons donc une définition légale de ce type de poste.

De toutes façons, cette liste devrait être limitée. Les postes dans lesquels la défaillance d'un salarié fait courir un risque d'accident à d'autres sont essentiellement les postes de conducteurs d'engins mobiles : conducteurs routiers, caristes, grutiers, pontiers, conducteurs d'engins de chantier, etc... En revanche, il est contestable de considérer comme postes de sécurité les postes de conduite de processus continus. Les fonctions de sécurité intégrées aux automatismes et le caractère collectif de l'activité sont en effet là pour minimiser les conséquences d'une défaillance subite. Quand aux "aptitudes insuffisantes" pour ce type de poste, elles relèvent pour une grande part de l'évaluation des capacités professionnelles et de la formation. Dès lors qu'elles ne concernent plus des causes physiques d'inaptitudes, elles doivent être renvoyées à la responsabilité de l'encadrement.

Pour les postes retenus, il serait ensuite nécessaire de définir clairement les contre-indications médicales à ce type d'emploi. Une solution consisterait à étendre le système en vigueur pour les permis de conduire délivrés aux conducteurs routiers, à l'ensemble des conducteurs d'engins.

A partir de là deux possibilités sont offertes. Soit laisser le soin au médecin du travail de certifier l'absence de contre-indication légale pour des postes de sécurité eux-mêmes clairement définis par la législation ; soit considérer, dans la perspective d'une plus grande cohérence de l'activité du médecin du travail autour de sa fonction de prise en charge, de conseiller et d'accompagnateur, qu'il est préférable de laisser cette mission de contrôle à une commission du type de celle des permis de conduire.

Enfin, quelle que soit la solution retenue, les salariés doivent pouvoir bénéficier de réelles possibilités de recours vis-à-vis de ces décisions.

Ces quelques mesures sont loin d'apporter une réponse à l'ensemble des défis auxquels se trouve confrontée la médecine du travail, mais elles peuvent constituer un élément de clarification très utile pour aborder sur des bases plus saines les autres dimensions de notre dispositif de protection de la santé au travail.