

Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale.

Philippe Davezies

Intervention 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'Ile de France.

Publié dans Médecine et Travail, 2000, 183, 38-41.

Je vais reprendre cette question de l'aptitude-inaptitude-reclassement d'un point de vue beaucoup plus subjectif puisque Mme le docteur 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 lui 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'historique pour commencer : c'est en 1916-1917, pendant le premier conflit mondial, que MAZEL et LECLERQC 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 LECLERQC 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, 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. Mme le Docteur 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 "aptés". 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 cm^3 . 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 un 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 1^{er} 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 cancérogènes. 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.

1 - 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'en ait pas. Cela va conduire à une pratique immensément répétitive dont la première victime est le médecin lui-même.

2 - 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.

3 - 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.

4 - 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"*.

5 - 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 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, ce 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 buttons 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'économie 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 du médecin du travail qui ne sont pas nécessairement assorties de certificat d'inaptitude ?

Les postes de sécurité

Le dernier point - les postes de sécurité - 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.