

L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats

Philippe Davezies

(Article publié dans Médecine du travail & ergonomie, Arbeidzgezondheidszorg & ergonomie, Volume XLIV, 2007, 73-82).

L'origine de la médecine française est souvent située à la libération. En réalité, l'institution mise en place en 1946 est l'héritière de traditions antérieures qui mêlent une conception de la santé publique imprégnée d'eugénisme, les préoccupations de la médecine d'assurance et une approche particulière des nuisances du travail. Le retour sur cette histoire permet de comprendre les difficultés liées à la place centrale de l'aptitude dans le système de santé au travail. Cette analyse peut éclairer les enjeux des débats actuels sur la réforme de ce système.

The origin of the french occupational medicine is often described as connected with the social conquests following the end of the second world war. Actually, the system implemented in 1946 inherited previous traditions that mixed the eugenic views on public health, the preoccupation of the assurance medicine, and particular ideas about occupational diseases. To recall that history may give us the possibility of understanding the troubles given by the central position of aptitude in the occupational health system. That analysis may throw light on the stakes of the debates about the reform of this system.

Le système français de médecine du travail présente une structure singulière : l'objectif qui lui a été assigné, en 1946, est extrêmement ambitieux : éviter toute altération de la santé du fait du travail ; sous cet aspect, la médecine du travail est présentée comme une des conquêtes sociales de la libération et le fait que la loi ait été signée par un ministre issu de la CGT semble conforter cette appréciation ; l'examen du dispositif mis en place à l'époque suscite pourtant des interrogations : la mission de prise en charge de la santé au travail est confiée aux seuls médecins - ce qui met un coup d'arrêt au développement de l'hygiène industrielle -, et le principal outil confié à ces médecins pour assumer leur mission est le certificat d'aptitude. Entre l'objectif assigné et les moyens déployés pour l'atteindre, le décalage apparaît rétrospectivement considérable : il est difficile de saisir comment une période historique marquée par de grandes

réformes sociales a pu produire un dispositif de santé au travail essentiellement orienté vers l'aptitude médicale et donc vers le tri de la main d'oeuvre.

Pour comprendre les logiques qui ont conduit à la mise en place d'un tel système, il faut rompre avec la vision mythique qui situe la naissance de l'institution à la libération. Le principe d'une loi organisant la médecine du travail était déjà en discussion avant la guerre ; le système a été mis en place, sous l'occupation, par la loi du 28 juillet 1942, puis étendu à l'ensemble du secteur privé par la loi du 11 octobre 1946. Le retour sur la littérature d'avant guerre montre que la place accordée à l'aptitude médicale est l'aboutissement d'une longue histoire qui mêle la tradition médico-légale et ses développements dans le registre de la médecine d'assurance, mais aussi la tradition eugéniste qui a imprégné la pensée des médecins et biologistes jusqu'à la seconde guerre mondiale.

De fait, en 1946, la médecine du travail n'a pas été reçue comme une conquête par les organisations syndicales ; celles-ci ont au contraire manifesté leur scepticisme et leur désintérêt (3). Dès 1948, le Professeur Desoille qui incarnait la dimension sociale de l'institution est contraint de démissionner de son poste de Médecin Inspecteur Général du Travail ; la coloration de conquête sociale disparaît ; la tradition d'avant guerre reprend le dessus.

Il faudra attendre plusieurs décennies pour qu'émergent, au sein de la médecine du travail, les interrogations puis la critique qui nous conduisent aux débats actuel et à l'affirmation de la nécessité d'une réforme de l'institution. Pour saisir les enjeux de ce débat il faut revenir sur l'histoire de la santé au travail (2, 31) et tenter de saisir les logiques qui ont conduit à faire de l'aptitude médicale le centre du dispositif.

L'eugénisme ou l'exigence de tri des populations.

L'intérêt des médecins et biologistes pour le tri des populations remonte au XIXe siècle : les effets de l'industrialisation effraient une partie des couches dirigeantes ; les masses de main-d'oeuvre que draine ce mouvement leur apparaissent comme une lie vouée à l'abrutissement et à la débauche.

En 1840, dans le *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Villermé décrit très précisément les conditions de vie et de travail des ouvriers ; il montre que le processus d'industrialisation doit être régulé car la dégradation de la main-d'œuvre industrielle menace son développement même. Il insiste cependant sur la déchéance morale des ouvriers ; il stigmatise leur ivrognerie, leur imprévoyance et « *les dégoûtantes orgies* » auxquelles ils se livrent. Pour lui, cette dépravation tient à la nature même de ces populations :

“ *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* ” (41).

En 1857, *Le traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* du Dr Morel cristallise ces préoccupations (5). Le mythe de la dégénérescence et la réflexion sur la façon de l'enrayer vont marquer la pensée des médecins et des biologistes jusqu'à la seconde guerre mondiale. Comme chez Villermé, cette préoccupation va allier deux orientations : d'une part une problématique hygiéniste visant à agir sur les causes de la dégénérescence, d'autre part la recherche des moyens de trier les populations pour éviter la contamination et la transmission des tares physiques et morales. A ces préoccupations, s'ajoutera, jusqu'à la seconde guerre mondiale, la hantise du conflit franco-allemand. Les discours sur la santé publique mêlent donc étroitement hygiénisme, eugénisme et patriotisme. Il ne s'agit pas tant de la santé des individus que de la puissance et du devenir de la nation - de « *la race française* » selon l'expression de l'époque.

De hautes personnalités du monde médical affirment que la sélection biologique des individus est une nécessité. Charles Richet, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, prix Nobel de médecine, appelle de ses vœux une politique de sélection :

« Ce n'est pas une réforme que de demander le retour à l'état naturel []. Ceux qui succombent méritent de succomber, parce qu'ils ont des armes moins puissantes. Leur infériorité explique, justifie et légitime leur écrasement » (34).

Autre prix Nobel de médecine, Alexis Carrel, affirme, en 1935, dans *L'homme cet inconnu* :

" la répartition de la population d'un pays en différentes classes n'est pas l'effet du hasard, ni de conventions sociales. Elle a une base biologique profonde []. Ceux qui sont des prolétaires doivent leur situation à des défauts héréditaires de leur corps et de leur esprit » « L'établissement par l'eugénisme d'une aristocratie biologique héréditaire serait une étape importante de la solution des grands problèmes de l'heure présente » (4).

Christen (8) rappelle qu'à cette époque, les thèses eugénistes étaient partagées par « la quasi-totalité des biologistes ».

Dans une sensibilité politique différente, des préoccupations voisines se manifestent dans le domaine de la psychologie. Édouard Toulouse, à la fois chef de file des psychiatres réformateurs et ténor de l'eugénisme, prêche pour l'instauration d'une « biocratie » c'est-à-dire un « gouvernement des hommes par les sciences de la vie » (5, 15). L'organisation de la société sur base biologique est, en effet, pour lui, un garant de justice sociale :

“ Les forts doivent diriger et non point ceux qui ne pèsent que par le poids d'or déposé dans leur berceau []. Sans doute les faibles devront être subordonnés. Encore faudra-t-il caractériser leur infériorité, savoir si elle est due à des éléments biologiques modifiables et dans tous les cas les orienter vers l'activité où ils pourront le mieux exercer leurs facultés, là où ils trouveront le plus grand bonheur compatible avec leur structure et deviendront le plus utiles aux autres par leur travail. Toutes ces inégalités – après que le médecin se sera efforcé de les restreindre – seront irréductibles et partant justes car le fondement le plus sûr de la morale est d'ordre biologique ”. (É. Toulouse, 1934).

Jules Amar, l'un des fondateurs de la physiologie du travail, prétend, lui-aussi apporter sa contribution à l'amélioration de la race humaine et l'organisation de la société dans son ouvrage de 1937 : *Organisation et hygiène sociale, essai d'hominiculture* » (23).

Richet et Amar sont membres de la commission mise en place, en 1916, au ministère pour développer la physiologie du travail (36). Dès 1905, Toulouse avait présenté à la direction du travail le projet d'un « *laboratoire du travail* » (40). En 1932, il crée la société de biotypologie. Il s'agit d'établir un profil biotypologique des individus qui « *constituera une véritable carte d'identité biologique à laquelle on devra se référer toutes les fois qu'une décision devra être prise concernant l'activité individuelle, professionnels, familial, sociale du sujet* » (21).

Lui et ses élèves vont développer la psychotechnique (Jean-Maurice Lahy), la psychologie différentielle (Henri Pierron) et la biotypologie (Henri Laugier).

Laugier qui a été successivement élève de Richet puis de Toulouse, occupera à partir de 1928, la chaire de physiologie du travail, hygiène industrielle et orientation professionnelle du Conservatoire National des Arts et Métiers. Laugier et Lahy fonderont de la revue « *Le travail humain* ».

C'est dans ce climat intellectuel que Pierre Mazel de Lyon et Jules Leclercq de Lille, vont jeter les bases de la doctrine de la médecine du travail dans deux publications : « *La main d'œuvre nationale après la guerre* » en 1916 et « *Rôle du médecin dans l'industrie* » en 1917. Ces textes seront présentées jusqu'à la fin du siècle comme prophétiques car contenant « *en germe tout l'esprit et une bonne partie de la lettre de notre médecine du travail actuelle* » (33). Mazel est élève de Lacassagne, le père de l'école lyonnaise d'anthropologie criminelle, qui sera membre, comme Toulouse et comme Leclercq, de la Société Française d'Eugénique.

« *La main-d'œuvre nationale après la guerre* » s'ouvre sur un éloge du taylorisme. Pour qui connaît les thèses de Taylor, la convergence est évidente. Taylor considère lui aussi que le fondement de l'organisation des hommes est d'ordre biologique. Il déclare, par exemple, lorsqu'il doit expliquer son système devant la Cour Suprême des Etats Unis : « *Supposons qu'à Washington, nous ayons une écurie de trois à quatre cent chevaux ; dans cette écurie, il y aura un certain nombre de chevaux qui seront particulièrement utilisés pour tirer les camions de charbon ; il y aura un certain nombre d'autres chevaux qui seront affectés aux*

camions d'épicerie ; il aura un certain nombre de trotteurs ; un certain nombre de chevaux de selle, utilisés pour des promenades d'agrément, et même des poneys. [...] Je veux dire qu'il y a des hommes forts et solides qui sont adaptés aux travaux de forces, exactement comme il y a de gros chevaux qui conviennent aux transports lourds... Ce que je veux vous faire saisir, c'est que chaque type d'homme est de première catégorie pour un genre déterminé de travail et, si vous cherchez suffisamment, vous trouverez toujours quelque travail qui lui convienne bien... » (30).

Mazel et Leclercq soulignent à quel point l'émergence du taylorisme ouvre la possibilité de concrétiser la volonté de contribution des médecins à l'organisation sociale. La première guerre mondiale a constitué pour eux une expérience déterminante. Ils ont participé à la mise en place des premières formes de médecine du travail dans les usines d'armement. Ils ont constaté que les méthodes tayloriennes permettaient effectivement de remplacer le travail des hommes par celui des femmes. Ils en concluent que l'Organisation Scientifique du Travail permet de faire travailler des populations « *de moindre valeur sociale* » à condition que la rationalisation industrielle soit complétée par une rationalisation biologique que le médecin est seul en mesure d'apporter.

La mission du médecin, telle qu'ils l'envisagent sera double : veiller à la sélection et à l'orientation en fonction des caractéristiques physiologiques ; veiller ensuite à ce que les modes de travail mis en place n'épuisent pas cette main-d'œuvre. *L'utilisation physiologique de l'ouvrier* dans la perspective des travaux de Jules Amar doit donc compléter son *orientation physiologique*. Le propos est teinté d'eugénisme : la référence à la préservation et à l'amélioration de la race est au cœur de l'argumentation ; il s'agit cependant d'un eugénisme tempéré, très éloigné des mesures extrêmes de sélection qui seront prises dans nombre de pays : le tri des populations sur une base biologique doit permettre d'utiliser chacun au mieux.

Le dispositif proposé répond, de plus, à une autre préoccupation : celle de la médecine d'assurance.

La médecine d'assurance.

Depuis 1898, les accidents du travail sont pris en charge de façon automatique et leur coût est reporté sur les employeurs. En tant que médecins légistes Leclercq et Mazel se posent le problème de l'évaluation du préjudice et donc du partage entre ce qui est imputable à l'accident et ce qui relève de l'état antérieur du salarié. Dans « *Rôle du médecin dans l'industrie après la guerre* », il proposent un dispositif susceptible d'aider à trancher la question. :

« une solution s'impose logiquement : faire subir à l'ouvrier, au moment de l'embauchage, un examen médical minutieux permettant de préciser quelles sont les lésions constitutionnelles ou acquises au moment de l'examen, puis enregistrer ces constatations sur une fiche particulière, la fiche médicale.

Dans ces conditions, lorsqu'un ouvrier sera victime d'un accident ou attribuera au travail telle ou telle lésion accidentelle, il suffira de se reporter à d'embauchage et l'on pourra faire aisément le départ entre le dommage attribuable à l'accident et la tare reconnue chez l'ouvrier lors de son entrée à l'usine.

[..]. Cette fiche médico-physiologique, intéressant à la fois l'ouvrier et le patron, sera établie en double, et chacun des intéressés en recevra un exemplaire » (25).

La doctrine comporte donc trois volets : établir un état des lieux à l'embauche qui servira de référence pour un éventuel contentieux, mettre en œuvre une sélection physiologique en rapport avec les contraintes du poste, enfin, agir sur celles-ci en veillant à une utilisation physiologique de l'ouvrier. En réalité, les deux premières orientations prendront le pas sur l'action préventive en direction du milieu. Sur ce point dernier point, le projet se heurte, en effet, à une tendance lourde du corps médical : la réticence, voire l'inhibition, lorsqu'il s'agit de mettre en question les nuisances et les risques du travail. Cette sensibilité particulière du corps médical français marque, elle aussi, l'histoire de la santé au travail.

Les modes de vie plutôt que les nuisances du travail.

D'une façon très générale, les médecins ont tendance à incriminer les comportements et l'hygiène de vie générale plutôt que les facteurs de risques professionnels.

Ce point de vue était déjà donné comme une règle générale par Villermé : mis à part les accidents, les atteintes à la santé ne sont pas dues aux risques et nuisances du travail mais, avant tout, à la condition de l'ouvrier et à son hygiène de vie. C'est la structure générale de l'argument que l'on retrouvera systématiquement : ce que vous tentez de faire passer pour une pathologie professionnelle est en réalité apportée de l'extérieur par l'ouvrier.

Ce point de vue sera, dans les années 30, au cœur de la résistance à la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle. Dans le groupe de personnalités qui mènera la bataille pour empêcher cette reconnaissance, on retrouvera Mazel, aux côtés de Rist membre de l'Académie de médecine et de Policard correspondant de la même institution. Pour eux la silicose n'existe pas : c'est une tuberculose, que le salarié contracte du fait de son hygiène défectueuse et de l'insalubrité de son habitat, et qu'il introduit dans l'entreprise (35). Ce n'est pas l'empoussièrément qui est nocif, c'est le salarié qui est contaminant.

Lorsque Magnin, médecin des mines du Gard, conteste cette interprétation en soulignant que, dans sa région, les mineurs au rocher meurent sans cracher de bacilles tuberculeux, la réponse de Policard est sans appel : si l'on ne trouve pas de bacille tuberculeux dans les poumons de certains mineurs, c'est qu'ils ont été tués par des particules de silice (32)...

Il faudra attendre 1945 pour que la silicose soit reconnue en France comme maladie professionnelle alors que la question avait été réglée en Allemagne et en Angleterre dans les années 20. Encore le sera-t-elle sur un mode très restrictif (12).

Dès l'origine, Leclercq et Mazel, avaient inscrit leur projet de médecine du travail dans une perspective très prudente vis-à-vis des risques professionnels :

« Le soin de l'hygiène de l'atelier et celui de la protection du travailleur reviennent légalement beaucoup moins au médecin qu'à l'inspecteur du travail »
(24).

L'action sur les maladies professionnelle se limitera souvent à veiller à ce que le salarié n'introduise pas dans l'entreprise de manifestations pathologiques susceptibles d'ouvrir sur une indemnisation (25). Dès 1913, une visite médicale

avait été rendue obligatoire avant exposition des salariés au plomb. Cette orientation va être systématisée après la seconde guerre mondiale : chaque décret visant la prévention d'un risque particulier imposera au médecin de signer un certificat d'absence de contre-indication médicale à l'exposition.

En 2003, le rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales notera : *"Cette aptitude que le médecin évalue s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est d'avantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention et correspond à la fonction fondamentalement assurantielle de la médecine du travail » (22).*

Jusqu'à une période récente, la mise en avant des facteurs extérieurs, au détriment des risques professionnels, est restée un des leitmotifs de la santé publique. En 1992, quelques années avant de découvrir l'ampleur du problème de l'amiante qu'il dénoncera vigoureusement (18), Got pouvait encore écrire :

"Les métiers destructeurs par la silicose, le saturnisme, l'asbestose, ont disparu ou sont en voie de disparition. Il faut maintenir l'effort réalisé pour que le travail ne soit plus lié au risque, mais il ne faut pas placer d'espoir dans la prévention de la pathologie du travail pour augmenter l'espérance de vie. 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 manœuvre et non par les risques directement liés à leur profession » (19).

En 1996, le rapport de l'Académie de Médecine qui défend l'usage contrôlé de l'amiante exprime la même orientation :

« Le tabagisme demeure la cause essentielle, sinon exclusive, de cancer du poumon d'origine exogène, même chez les professionnels actuels de l'amiante, et les responsables de Santé publique ne doivent pas se tromper de cible dans leurs recommandations » (16).

En 1999, Tubiana, de l'Académie de Médecine, défend des positions identiques :

« Tout, ou presque, ce qui pouvait être fait sur le plan collectif où de la propreté corporelle l'a été et l'épidémiologie montre que, pour progresser, ce sont les

comportements individuels qu'il faut changer». «*Si l'on excluait de notre environnement tous les polluants cancérigènes, on ne pourrait espérer qu'une réduction d'environ 2 % de la fréquence des cancers* » (38).

Au total, la volonté de contribuer à l'organisation de la société sur une base biologique, la problématique de médecine d'assurance et la réticence à incriminer les conditions de travail sont les ingrédients qui vont expliquer les spécificités de la médecine du travail française.

Il faudra néanmoins attendre la seconde guerre mondiale pour que le projet trouve sa concrétisation.

L'institutionnalisation

C'est au moment de l'instauration la médecine du travail par le régime de Vichy que se manifeste l'influence d'Alexis Carrel.

Dans une lettre du 16 juin 1941, il se fixe comme objectif la recherche des solutions aux problèmes « *qui ont trait à la régénération, à la sauvegarde et aux progrès de l'individu et de la race* » (14). La possibilité de donner corps à ce projet lui est offerte par le Maréchal Pétain : la Fondation Française pour l'étude des Problèmes Humains est créée par un décret du 17 novembre 1941. Elle va exercer une influence considérable sur la médecine du travail à travers l'action de quelques proches de Carrel parmi lesquels les docteurs André Gros et Jean-Jacques 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 ". Les thèmes abordés sont dans une continuité directe avec les préoccupations exprimées par Mazel et Leclercq en 1917, mais Gros et ses collaborateurs donnent un contenu beaucoup 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.

« *Résumé par des coefficients d'aptitudes et par une cotation générale des caractéristiques physiologiques et professionnelles de l'individu, l'examen de santé permet un emploi rationnel de la main-d'œuvre suivant ses aptitudes, une évaluation exacte de ses possibilités individuelles, des mutations et réadaptations rapides à d'autres métiers, un rendement maximum pour une usure humaine minimum* » (20).

Pour le régime de Vichy, la création de la médecine du travail est un élément majeur de l'encadrement social et médical des travailleurs, l'entreprise apparaît en effet comme « le foyer de rayonnement privilégié de la politique de santé publique » (39).

Traditionnellement, le programme d'organisation biologique de la société vise deux cibles principales : le travail mais aussi le mariage et la reproduction.

Charles Richet (34), Edouard Toulouse (5) se sont fortement engagés en faveur d'un contrôle de la reproduction. Jules Leclercq lui-même a mené une campagne active en faveur de l'examen prénuptial (5) et ouvert à l'institut de Médecine légale de Lille une *Consultation Prénuptiale* et une « *Consultation Prénatale destinées « à éviter dans la mesure du possible, les unions et les conceptions indésirables qu'engendre la déchéance, la misère et la délinquance [].* » (26).

Pour les tenants du contrôle, le certificat prénuptial, doit remplir, pour le mariage civil, la même fonction que le certificat d'aptitude pour le travail. L'idée d'une régulation médicale autoritaire suscite cependant l'opposition du mouvement nataliste, de l'église catholique et des médecins français attachés à une conception libérale de la médecine (15) ; le certificat est donc rendu obligatoire par la loi du 16 décembre 1942, mais la fonction de la visite prénuptiale est réduite à l'information et au conseil. La même opposition libérale ne se manifeste pas dans le domaine du travail ; le certificat d'aptitude au travail institué, à l'embauche, un contrôle sur la santé dont les conclusions sont opposables au salarié. Il faudra attendre la fin du siècle pour qu'émerge l'idée selon laquelle, dans le domaine du travail aussi, l'information et le conseil pourraient s'avérer plus efficaces que la sélection.

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 officialise la création de 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.

Le poids d'une tradition dévitalisée.

La transition qui s'opère avec la sortie de la guerre introduit une mutation très sensible.

Dans le nouveau contexte, l'intervention du médecin du travail en matière d'« *utilisation physiologique de l'ouvrier* » se limite à une fonction très théorique d'avis sur les mutations de poste et sur les conditions d'hygiène du travail. Le principal outil dont il est doté reste le certificat d'aptitude.

Cette évolution se déroule sous la houlette de Mazel qui préside, en 1950, le Conseil Supérieur de la Médecine du Travail et s'affirme comme le prophète de la médecine du travail dans la continuité des propositions de 1916.

Les évolutions culturelles et sociales transforment cependant les conceptions de la santé au travail. Un renversement des perspectives scientifiques s'opère en physiologie du travail : de l'adaptation de l'homme au travail, à l'adaptation du travail à l'homme. Ce mouvement est marqué par la création de la Société d'Ergonomie de Langue Française, en 1963.

La médecine du travail va se trouver coupée de cette évolution. Elle est captive d'un dispositif légal qui vise l'individu beaucoup plus que les conditions de travail et qui la fige dans des conceptions héritées d'une autre époque. Jusqu'à la fin des années 70, elle sera enseignée comme « *orientation biologique de la main-d'œuvre* ».

Les théories qui avaient justifié, avant guerre, l'orientation du dispositif sont refoulées. Les aspects précurseurs de la pensée d'un Toulouse ou des chercheurs de la Fondation Carrel cèdent la place à un usage étriqué des outils et dispositifs. La doctrine de l'aptitude n'est plus appuyée que sur des fragments partiels des

discours antérieurs dorénavant privés de leur cohérence générale. L'institution s'en trouve dévitalisée. Son fonctionnement voué au formalisme et à la répétition. Les médecins du travail ont du mal à se situer ; chacun se débrouille comme il peut sur la base de ses ressources propres. Pour les salariés, la médecine du travail garde l'image d'une médecine patronale.

Ce flottement a fait l'objet d'une alerte lors du Congrès National de Médecine du Travail en 1990. Le rapport introductif, exprimait clairement la désorientation des médecins vis-à-vis de leurs responsabilités en matière d'aptitude :

« Nous n'avons donc jamais su si cette détermination de l'aptitude devait porter uniquement sur la possibilité physique pour les travailleurs de résister aux conditions de travail qui pourraient altérer leur santé, ou si, plus largement, on demandait aux médecins de dire si le sujet présentait les aptitudes convenables pour exercer ses fonctions sur le plan physique, y compris sensoriel, voire psychique. » (1).

Il faut prendre la mesure de la question posée : après plus de quatre décennies de fonctionnement, les médecins du travail ne disposent pas d'une compréhension claire des objectifs qui leurs sont assignés.

En 2003, le rapport annuel de l'IGAS déplore cet état de fait :

« Dans sa pratique quotidienne, la médecine du travail reste focalisée sur l'examen général périodique et systématique, dont l'efficacité en santé publique est aujourd'hui remise en cause de façon générale. []. En réalité, la préoccupation de la vérification de l'aptitude continue à prédominer et à justifier aux yeux des acteurs de l'organisation du travail, employeurs, médecins, salariés, le maintien de l'examen individuel systématique comme mission primordiale de la médecine du travail » (21).

Les choses vont évoluer avec l'émergence progressive, à partir des années 80, d'un droit de l'inaptitude très différent, dans ses motivations comme dans ses principes, du droit de l'aptitude et beaucoup mieux articulé à l'action préventive en direction du milieu de travail.

L'émergence d'un droit de l'inaptitude.

Jusqu'en 1981, la sortie de l'entreprise sur inaptitude médicale est interprétée comme rupture du contrat de travail de la part du salarié, Elle n'est donc assortie d'aucun droit. Sous la pression de la crise de l'emploi mais aussi de l'émotion créée par l'apparition du SIDA, des éléments de protection vis à vis des processus de discrimination sur la santé sont progressivement mis en place, visant à favoriser le maintien dans l'emploi. La période voit se constituer un droit de l'inaptitude qui renforce les possibilités d'action du médecin en matière d'aménagement du poste et auquel les tribunaux accordent une importance croissante.

Nous nous trouvons donc avec deux droits bien distincts. Le droit de faire vérifier l'aptitude à l'entrée dans le poste est une prérogative de l'employeur qui s'impose au salarié. A cette occasion, ce dernier ne bénéficie pratiquement d'aucune protection puisqu'un employeur n'a pas à justifier un refus d'embauche.

Le droit de l'inaptitude est très différent. Il ne s'applique, de fait, qu'aux salariés en poste, mais, pour eux, il met l'accent sur les obligations de l'employeur en matière d'aménagement des conditions de travail ; il constitue une protection du salarié qui s'impose à l'employeur.

Le droit de l'aptitude visait le salarié ; il évolue vers un droit de l'inaptitude dont la cible est le poste de travail.

La réorientation est de taille : la fonction d'amélioration des conditions de travail prend le pas sur la fonction de sélection ; de la position initiale, surplombante, axée sur l'orientation biologique de la main-d'œuvre, le médecin du travail passe à une position d'assistance dans la recherche des moyens de préserver l'insertion sociale et professionnelle de l'individu.

L'application de ce droit de l'inaptitude s'apparente à une mesure thérapeutique : il vise une amélioration de la situation du salarié, mais il comporte aussi des risques puisque, en cas d'échec, il peut conduire au licenciement ; logiquement va s'imposer l'idée selon laquelle les mesures de protection ne devraient être mises en œuvre qu'avec le consentement éclairé du salarié et sa participation active. Ce mouvement correspond à l'évolution profonde du système de médecine du travail. Les formulations des textes légaux en témoignent : la loi de 46 instituait à un

régime clairement autoritaire : « *Tous les salariés seront obligatoirement tenus à un examen médical au moins une fois par an* » ; le ton est aujourd'hui différent : « *Chaque salarié bénéficie d'examens médicaux périodiques* ».

Cependant, cette évolution s'est faite par accumulation des dispositifs. La tension s'est donc accentuée entre la position d'assistance du médecin du travail véhiculée par le nouveau droit de l'inaptitude et la conception traditionnelle, autoritaire, de l'aptitude. En effet, même s'il s'agit de deux pans bien distincts du droit du travail, les mêmes termes sont utilisés dans les deux perspectives.

Dans ces conditions, le médecin du travail est une ressource lorsque l'emploi est fragilisé en raison d'une dégradation de la santé, mais il constitue aussi une menace dans la mesure où il est toujours détenteur du pouvoir d'imposer l'inaptitude au salarié. Lorsque celui-ci confie ses problèmes de santé au médecin du travail, il n'a jamais la garantie qu'il ne les utilisera pas contre lui. L'état du droit sur les questions d'aptitude et d'inaptitude est donc très loin de permettre la clarté de la relation clinique qu'impose en principe la déontologie.

Par ailleurs, les impasses liées au droit de l'aptitude sont apparues de façon très claires sur la question des risques particuliers. Le drame de l'amiante a imposé une prise de conscience et une rupture avec un fonctionnement routinier sans légitimité scientifique, déontologique ou éthique.

De l'amiante au décret CMR

L'affaire remonte à 1977. Les membres des différentes commissions qui étudient les mesures à prendre matière d'exposition à l'amiante ont en main le rapport du BIT établi, en 1973, par un groupe de personnalités comportant les experts des industries de l'amiante. Ce texte alerte sur le fait qu'une limite d'exposition de 2 fibres par cm³ ne protégera pas les salariés contre le risque cancérigène. C'est pourtant le chiffre qui sera retenu dans le décret qui paraît en 1977. Or, le texte prévoit qu' "*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). Il était donc demandé au médecin du travail de certifier, pour chaque salarié, l'absence de contre-indication médicale à une exposition dont il était établi qu'elle tuerait nombre d'entre eux. Cet épisode dramatique a eu rétrospectivement valeur de traumatisme pour les médecins mis, de fait, dans l'obligation de cautionner l'exposition des salariés (8).

Le souvenir de cet épisode explique la vivacité du débat suscité lors de la préparation puis de la parution du décret du décret du 1^{er} février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, dit décret CMR. Le texte affirme, à nouveau, que l'on ne pourra pas exposer un salarié aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction sans que le médecin du travail ait certifié l'absence de contre-indication médicale à cette exposition. Face au mouvement de protestation suscité par ce texte (36), le ministère du travail répond en soutenant que le rôle du médecin est bien de repérer les personnes qui présentent un « sur-risque » du fait d'une sensibilité personnelle (27) ; cette interprétation du droit est confirmée, en 2002, par le Conseil d'État. Il précise dans son arrêt *"que les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* » (5).

Les pratiques des médecins avaient sensiblement évolué vers des positions plus conformes aux données scientifiques, au contexte social et à la déontologie ; le Conseil d'État leur rappelle brutalement que le droit de la médecine du travail véhicule une conception de la santé publique en terme d'orientation biologique de la main-d'œuvre.

En 2003, l'émotion soulevée par cet Arrêt et le mouvement de protestation qu'il suscite conduisent le Comité National d'Éthique à examiner la question. Il conclut que ces dispositions introduisent effectivement *"...de véritables difficultés éthiques, sur le plan de la symbolique et de la pratique des médecins du travail"* et que la question de l'aptitude doit être revue (6).

En février 2005, à travers le Plan Santé Travail, le gouvernement affirme la nécessité de repenser la question de l'aptitude en soulignant « *le manque de lisibilité, les ambiguïtés, l'insécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques* » (28).

Le rapport Gosselin

En 2006, le ministre du travail demande à Hervé Gosselin, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, un état des lieux le plus complet possible sur les difficultés d'utilisation des notions d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail et à l'emploi.

Le rapport, publié en début 2007, reprend les critiques adressées à l'aptitude et fait une série de propositions qui visent à donner un cadre cohérent à l'action du médecin du travail (16).

La nécessité d'une vérification de l'aptitude à l'embauche est logiquement réaffirmée pour les postes de sécurité, c'est à dire ceux qui font courir un risque à des tiers. Ces postes doivent être définis de façon précise par voie réglementaire et le contrôle de l'état de santé doit y être plus poussé qu'il ne l'est actuellement.

Pour les postes exposant à un risque pour le salarié lui-même, la détermination de l'aptitude devrait se limiter à la vérification de l'absence d'incompatibilités manifestes. La fonction de détection d'éventuels sur-risques sur la base d'éléments historiques, biologiques ou comportementaux serait ainsi éliminée.

Pour les autres postes, l'aptitude à l'embauche serait supprimée.

Enfin, le rapport appelle au renforcement des mesures de maintien dans l'emploi et propose de doter le médecin du travail d'un droit d'alerte susceptible de déclencher l'intervention de l'inspection du travail sur les situations à risque.

Chacune de ces propositions représente un progrès par rapport au flou du cadre actuel. C'est cependant sur le plan de leur articulation que le rapport montre sa faiblesse. En effet, il n'établit pas de séparation claire entre les modalités relationnelles impliquées par ces différentes facettes de l'activité du médecin. La position autoritaire est logiquement maintenue pour les postes de sécurité ; faute d'une délimitation précise, le même principe est étendu aux postes à risques ; et,

de fil en aiguille, à l'ensemble des situations. Le droit de l'inaptitude qui a pour objectif majeur le maintien dans l'emploi reste contaminé par la menace d'un usage autoritaire de l'inaptitude.

Le rapport passe donc à côté du problème central : le salarié ne peut pas savoir a priori si les informations qu'il fournit au médecin sont ou non susceptibles d'être retournées contre lui. Cet aspect négligé, voire nié par le rapport, a pourtant des conséquences très concrètes : de nombreux salariés réellement fragilisés hésitent à solliciter l'aide du médecin du travail.

Evidemment, le rapport ne peut ignorer purement et simplement ce point crucial ; il tente donc de concilier consentement éclairé, confiance et position de contrôle : le raisonnement devient alors tortueux.

D'un côté, le rapport affirme : *« la vérification de l'aptitude ou de l'absence d'incompatibilité manifeste ne s'oppose pas à la recherche du consentement éclairé du salarié ni ne constitue un obstacle à l'établissement de relations de confiance avec le médecin ».*

Il est pourtant précisé que l'action du médecin ne peut être subordonnée à la recherche du consentement éclairé : *« une telle recherche ne saurait aboutir à ce que le médecin du travail fasse dépendre le contenu de son avis médical de la position du salarié. Et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que l'exercice du consentement éclairé est forcément influencé par le contexte de chômage massif. Ensuite, parce que le médecin du travail est engagé dans une relation triangulaire avec le salarié et l'employeur, à la différence du médecin soignant. Le médecin du travail est certes le conseiller du salarié, il est aussi celui de l'employeur, et les avis qu'il rend n'engagent pas seulement les salariés, mais aussi l'employeur. »*

En somme, le consentement éclairé ne vaudrait que lorsque le médecin et le salarié arrivent à la même conclusion ; à défaut, le dernier mot revient au médecin. Soutenir qu'un tel fonctionnement est sans effet sur la confiance impose des contorsions telles qu'il devient difficile de suivre la logique du propos :

« La crainte que la prise en charge par le médecin du travail de ces examens nuise à la nécessaire relation de confiance entre le salarié et le médecin du

travail est hypothétique, dans la mesure où le médecin du travail agirait dans ce cadre, non seulement pour garantir la sécurité des tiers, mais également dans l'intérêt même du salarié et qu'au surplus le médecin de travail peut très bien être conduit à prononcer une inaptitude contre l'avis du salarié.»

L'obscurité d'un tel passage témoigne à elle seule de la difficulté à situer le cadre de la relation clinique lorsque celle-ci mêle une position de contrôle et une position d'assistance.

La cohérence du dispositif était assurée autrefois par l'idée selon laquelle le médecin savait mieux que le salarié ce qui était bon pour lui : il était admis que le médecin puisse faire le bien du salarié contre sa volonté ; à partir du moment où cette idée n'est plus soutenable, le raisonnement boite nécessairement.

Par ailleurs, les salariés s'adaptent à cette situation et tiennent compte du risque que pourrait représenter pour leur emploi le fait de se trouver en désaccord avec le médecin sur les mesures à prendre : dans de nombreux cas, le salarié en difficulté ne sollicite le médecin qu'à partir du moment où il envisage lui-même la sortie sur inaptitude comme une solution. Du point de vue du salarié, c'est la logique même : dans une telle situation, la consultation du médecin du travail ne constitue plus une menace.

L'ensemble de ce fonctionnement présente un inconvénient majeur : il fragilise l'orientation vers la prévention, l'adaptation des situation et le maintien dans l'emploi qui constituent pourtant l'orientation donnée unanimement comme prioritaire.

Faute de rompre avec la tradition qui place le médecin dans une position surplombante de gestion de la main d'oeuvre, le rapport est conduit à accumuler les incohérences dans le domaine de la relation clinique. C'est ainsi qu'il soutient une revendication classique d'une fraction de la profession : le droit pour le médecin d'accéder au dossier médical personnel du salarié.

« L'intervention du médecin du travail serait grandement facilitée [] par l'accès du médecin du travail au dossier médical personnel du patient. Le médecin du travail, qui est soumis de la même manière que ses confrères au secret médical,

n'a pas de raison de rester à l'écart du partage du dossier médical du salarié dont il a la charge ».

L'affirmation surprend sous la plume d'un juriste : le fait d'être soumis au secret médical n'autorise en aucune façon un libre accès aux données personnelles de santé ; le secret médical existe entre médecins ; il ne peut être levé qu'avec l'accord du patient et entre deux médecins qui se trouvent dans la même position par rapport à la question discutée. Il est levé, par exemple, entre le médecin traitant et le cardiologue auquel il demande un avis sur la cardiopathie d'un patient. Il n'est pas levé sur les questions qui ne concernent pas cette pathologie, pas plus qu'il ne peut être levé entre le médecin traitant et le médecin expert de l'assurance.

Or, le rapport l'a souligné pour relativiser la question du consentement : le médecin travail n'est pas dans la même position que le médecin traitant : « *le médecin du travail est engagé dans une relation triangulaire avec le salarié et l'employeur, à la différence du médecin soignant* ». C'est précisément pour cette raison que la réglementation interdit au médecin du travail de demander le dossier médical personnel des salariés : afin de préserver pour ceux-ci la possibilité de contrôler les informations qu'ils entendent fournir. C'est au patient de décider ce qu'il communique, en fonction de la confiance qu'il accorde médecin. Et la loi n'autorise pas le médecin à contourner la volonté du patient.

Au bout du compte, en affirmant, à la fois, le droit pour le médecin de prendre des décisions contre l'avis du salarié, et celui d'accéder à son dossier médical personnel, le rapporteur est conduit, probablement malgré lui, à rejoindre la perspective de l'orientation biologique de la main d'œuvre.

Cela montre à quel point le dispositif contraint la pensée et les comportements. Le dispositif institutionnel recrée artificiellement les situations qui trouvaient autrefois leurs sens et leur débouché dans une vision autoritaire de la santé publique. Ce sont ces difficultés qui orientent vers les anciennes solutions pourtant jugées aujourd'hui contraires à la déontologie. Il suffit pour le comprendre d'examiner le cas de la visite d'embauche ; c'est le nœud de la question puisque la position de contrôle y est justifiée par la responsabilité vis-à-

vis de tiers. Le salarié qui se présente a déjà travaillé ; il a été testé par l'employeur sur des jours ou des semaines et il a donné satisfaction ; s'il arrive à la visite d'embauche, cela signifie qu'il ne présente ni déficiences, ni incapacités évidentes. Les incompatibilités que devrait repérer le médecin ont donc, par définition, une faible visibilité. Or, la consultation dépasse rarement vingt minutes. À cette occasion le médecin doit informer et alerter le salarié sur les risques éventuels du poste, lui détailler les mesures de prévention qu'il doit prendre, lui expliquer les modalités de la surveillance médicale dont il va bénéficier. Il est difficile voire impossible, dans ces conditions, de repérer une pathologie sous-jacente, par exemple une comitialité, si le salarié ne fournit aucune indication ; or, à ce stade, l'objectif de ce dernier est d'entrer dans l'emploi ; la menace d'une inaptitude imposée le conduit très généralement à dissimuler sa pathologie. Cela signifie que le barrage à l'entrée ne fonctionne que pour les salariés qui, par innocence ou par crainte, informent le médecin de leurs problèmes de santé. Sont donc principalement menacés par l'inaptitude à l'embauche ceux qui se sont confiés au médecin...

Dans ces conditions, l'accès direct au dossier médical constituerait effectivement pour le médecin un moyen de sortir d'une situation inextricable et d'assurer la mission prescrite par la loi. La voie est cependant sans issue : cet accès est interdit. Et il faut considérer que c'est une bonne chose puisque le développement de l'activité préventive suppose un travail en commun et donc à la fois position active du salarié et confiance dans le médecin.

Cette mise en exergue des faiblesses du rapport permet d'entrevoir en quoi pourraient consister les propositions de réforme destinées à donner une cohérence à l'action du médecin du travail.

Des faiblesses du rapport Gosselin aux orientations d'une réforme.

Résumons les éléments que nous avons discutés : c'est au nom de l'intérêt de l'employeur qu'est demandé le maintien de l'aptitude à l'embauche ; il s'en suit que l'inaptitude est opposable au salarié ; l'inaptitude protectrice du salarié en poste en tire nécessairement une connotation de menace qui retentit sur la

relation. Le médecin se trouve dans une situation ambiguë ; la revendication d'un accès au dossier médical personnel est le symptôme de la difficulté dans laquelle il se trouve pour développer son activité clinique.

Or, la question initiale de l'intérêt de l'employeur est largement imaginaire dans la plupart des situations, en raison de la sélection déjà effectuée lors de la période d'essai. Au bout du compte, le système de contrôle médical de l'embauche ne fonctionne pas et précarise le dispositif d'adaptation des postes de travail et de lutte contre les discriminations sur la santé.

L'analyse de ces impasses débouche logiquement sur des orientations précises. Tous les éléments de la discussion tournent autour d'un dilemme central : ou bien l'activité médicale vise à contrôler l'existence d'incompatibilités : elle repose alors sur la méfiance et appelle des investigations poussées et des décisions tranchées, comme c'est par exemple le cas dans la médecine aéronautique ; ou bien le médecin est investi d'une fonction d'assistance visant à construire des solutions qui permettent de sortir par le haut des situations d'incompatibilités entre travail et santé ; l'activité suppose alors confiance et co-construction dans la durée.

Dans l'état actuel, le système ne permet de tenir sérieusement ni l'une ni l'autre de ces deux positions.

La logique imposerait donc d'organiser sérieusement une médecine de contrôle là où elle s'impose, c'est-à-dire sur les postes de sécurité. Cela demanderait un important effort d'élaboration dans la mesure où une telle orientation pose des problèmes scientifiques complexes (9). Le débat est ouvert pour savoir si cette fonction devrait être confiée aux médecins du travail ou à des médecins spécialisés sur ce type de contrôle.

Quelle que soit la solution envisagée ; il est nécessaire que les salariés concernés soient très clairement informés de la nature de ce qui se joue dans leur relation avec le médecin. De même, la définition, pour ce type de poste, de critères d'aptitude médicale particuliers imposerait de définir aussi des conditions particulières de sortie de l'emploi lorsque, du fait du vieillissement ou de

phénomène pathologiques, l'état de santé ne répond plus aux critères en question.

Les postes de sécurité sont les seuls postes pour lesquels se justifie un contrôle autoritaire de l'aptitude. Pour l'ensemble des autres postes, les effets néfastes de l'aptitude autoritaire en matière de relation entre médecins et salariés l'emportent largement sur les avantages en matière de santé. La logique serait donc de s'en tenir à une conception de l'inaptitude comme moyen de protection imposant le consentement du salarié et donc non opposable à celui-ci ; l'activité des médecins du travail serait alors clairement centrée sur l'aménagement des postes et l'accompagnement clinique des trajectoires professionnelles.

Cette délimitation stricte des questions et des modalités de relations qui y correspondent permettrait, dans chaque cas, de déployer une activité clinique cohérente au point de vue scientifique, déontologique et éthique. Elle marquerait enfin l'émancipation par rapport aux traditions refoulées qui hantent l'inconscient de la médecine du travail.

Bibliographie.

- 1 – BERTRAN J., BARRE P., PETIET G., : Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. *Archives des maladies professionnelles.*, 52, 2, 78-79, 1991.
- 2 - BUZZI S., ROSENTHAL P.A., DEVINCK J.C., *La santé au travail. 1880-2006. Editions La découverte, 2006.*
- 3 - BUZZI S., DEVINCK J.C., ROSENTHAL P.A., *L'examen médical en milieu de travail, 1914-1919. Archives des maladies professionnelles, 63 (5) : 355-363, 2002.*
- 4 - CARREL A. : *L'homme cet inconnu, Plon, 1935.*
- 5 - CARROL A., *Histoire de l'Eugénisme en France, Editions du Seuil, 1998.*
- 6 - CONSEIL D'ETAT STATUANT AU CONTENTIEUX Nos 231869/236838 – Séance du 16 septembre 2002, lecture du 9 octobre 2002.
- 7 - COMITE NATIONAL CONSULTATIF D'ETHIQUE. *Avis N°80. Orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque. Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude. Avis n° 80, 2003.*

- 8 - CHRISTEN Y., *Alexis Carrel, L'ouverture de l'homme, Editions du Félin, 1986.*
- 9 - DAVEZIES PH., *Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale, Médecine et Travail, 183, 38-41, 2000.*
- 10 - DAVEZIES PH., B. CHARBOTEL B. : *Pré-enquête sur les accidents de la route dans le cadre du travail - préparation d'une enquête épidémiologique », Rapport UMRSETTE n°0501, Janvier 2005.*
- 11 - DECRET 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.
- 12 - DEVINCK J.C., ROSENTAL P.A.. *Histoire d'une maladie professionnelle «exemplaire». La silicose en France au XXe siècle. Rapport de recherche, programme santé et travail Mire-Dress/la poste, décembre 2006.*
- 13 - DROUARD A., *Une inconnue des sciences sociales : la fondation Alexis Carrel 1941-1945, Editions de la Maison des Science de l'Homme, 1992.*
- 14 - DOUARD A., *Alexis Carrel (1873-1944). De la mémoire à l'histoire. Éditions L'Harmattan, 1995.*
- 15 - DROUARD A., *L'eugénisme en question - L'exemple de l'eugénisme français, Ellipses, 1999.*
- 16 - FOURNIER E., *Rapport de l'académie de médecine : Amiante et protection de la population exposée à l'inhalation de fibres d'amiante dans les bâtiments publics et privés. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 180 (4) : 16-23, 1996.*
- 17 - GOSSELIN H., *Aptitude et inaptitude médicales au travail. Diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Janvier 2007.*
- 18 - GOT C., *La Santé, Flammarion, 1992.*
- 19 - GOT C (1998). *Rapport sur la gestion politique et administrative du problème de santé publique posé par l'amiante en France. Rapport à l'intention de madame Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et de Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, 1998.*

- 20 - GROS A, MENETRIER J., *La médecine du travail*, Bernard Frères, Paris, 1941.
- 21 - HUTEAU M., *Édouard Toulouse et les débuts de la psychotechnique en France. Psychologie et histoire*, vol 3, 29-50, 2002.
- 22 - INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003, La documentation française, 2003.*
- 23 - LAVILLE A, *Histoire et géographie de l'ergonomie française. Document ronéoté*, 1998.
- 24 - LECLERCQ J, MAZEL P, *La main-d'œuvre nationale après la guerre*, Larousse, 1916.
- 25 - LECLERCQ J., MAZEL P, DUJARRIC DE LA RIVIERE R. *Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologiques de l'ouvrier*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, XXVII, 6 : 369-390, 1917.
- 26 - LECLERCQ J., *L'écho médical du Nord*. 1935. Tome IV, n° 34, 266 – 276.
- 27 - MILLOT M., *L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892*, p 32 in *Les mains inutiles (OMNES C. BRINO A.S, EDITEURS) Belin, 2004.*
- 28 - MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE – *Direction des relations du travail. Réponse au pourvoi n° 236838, Référence CXT 2001 6576, 2001.*
- 29 - MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA COHESION SOCIALE, *Plan santé au travail 2005-2009*, 2005.
- 30 - MONTMOLLIN (DE) M. *Le taylorisme à visage humain*, PUF, 1997.
- 31 - OMNES C., BRUNO A.S., *Les mains inutiles. Inaptitude et emploi en Europe*, Belin, 2004.
- 32 - POLICARD A., *Sur la pathogénie de la silicose pulmonaire. Mode de formation du nodule silicotique*. *La Presse Médicale*, 5 : 89-92, 1933.
- 33 - QUELIN P., NORMAND JC., *La mise en place de la médecine du travail à Lyon – Pr Maze.*. In *Médecine du travail - la Loi. 24èmes Journées Nationales de Médecine du Travail*. Paris, 11 juin 1996.

- 34 - RICHEL CH., *L'homme stupide*, Flammarion, 1919.
- 35 - RIST, MAZEL, DOUBROW, *Silicose et tuberculose au point de vue médico-légal*, *Revue de la tuberculose*, 2 : 299-311, 1934.
- 36 - ROSENTAL P.A., *L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Rapport de recherche*, Centre de recherches Historiques EHESS/CNRS, 2000.
- 37 - TORRES C., DAVEZIES P., *Le nouveau décret sur les produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction. Aspects éthiques et déontologiques suscités par l'application de l'article 12*, *Archives des maladies professionnelles*, 63, 8, 657 – 657, 2002.
- 38 - TUBIANA M., *L'éducation et la vie*. Editions Odile Jacob, 1999.
- 39 - VIET V., RUFFAT M., *Le choix de la prévention*, Economica, 1999.
- 40 - VIET V., *Les voltigeurs de la république, l'inspection du travail en France jusqu'en 1914, volume 1*. CNRS éditions, 1998.
- 41 - VILLERME L.R., *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, 1840*, *Etudes et Documentation Internationales*, 1989.