

Présentation de la troisième partie de l'ouvrage

« Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat » :

PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL, DES PISTES DE RÉFLEXION

CHAPITRE 1 - APTITUDE AU TRAVAIL, DROIT À UN EMPLOI ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

L'aptitude au travail, n'est pas la pierre angulaire de la réglementation. Elle a, en effet, toujours été frappée du sceau de l'ambiguïté. Obligation réglementaire pour le salarié et pour l'employeur, elle est devenue une formalité réglementaire. Il faut être apte pour travailler. Il faut posséder un avis d'aptitude pour couvrir sa responsabilité. La précarité rigidifie les postures d'exercice professionnel des médecins du travail. Ce qui aurait pu être un moment privilégié de faire le point sur la construction de sa santé au travail parmi d'autres a fini par représenter pour certains médecins du travail leur seule forme d'exercice. L'aptitude étouffe en fait, les véritables principes de prévention primaire qui sont au premier plan de la loi de 1946, fondatrice de la médecine du travail.

L'interrogation des pratiques permet d'identifier les faiblesses et les dévoiements de l'aptitude. « *Aptitudes et pratiques* »

Confrontée à la précarité, l'aptitude est, en effet, prise en tenaille entre droit à la santé et droit au travail. Face à ce choix impossible, les médecins du travail sont ballottés dans leur pratique quotidienne et doivent s'interroger en permanence sur la notion même d'aptitude et sa pertinence dans leur exer-

cice. « *Dilemmes* » ; « *Médecin du travail ou expert* » ; « *Retours d'inaptitude, souvenirs et réflexions* »

Ils n'ont d'autre ressource que de soumettre la notion d'aptitude à un examen du point de vue de leur déontologie. « *Aptitude au travail, droit à un emploi et éthique professionnelle* »

L'analyse juridique des origines et des ambiguïtés de l'aptitude plaide fermement en faveur de sa transformation. « *L'aptitude ? Inapte !* »

Mais, plus encore, quand on la confronte à l'intérêt du patient, du point de vue du maintien du salarié à son poste de travail, la conclusion s'impose. « *L'aptitude et le maintien* »

Il faut en finir avec l'aptitude médicale, lui substituer une fiche de consultation permettant de donner des conseils d'aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude. Cela implique aussi de définir strictement et légalement les postes de sécurité et leurs contre-indications médicales. « *En finir avec l'aptitude médicale* »

CHAPITRE 2 - LA SANTÉ AU TRAVAIL, UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Discipline médicale exclusivement préventive et focalisée sur l'activité de travail, la médecine du travail délimite un champ de connaissances particulier : le champ santé-travail. Ce champ où les rapports sociaux collectifs jouent un rôle de premier plan est donc propice à une approche de santé publique. Secteur de la santé, lui-même particulièrement mésestimé jusqu'alors, la santé publique ignorait, à son tour, les questions de santé liées au champ santé-travail. Le projet consiste en un enrichissement croisé du champ de la santé au travail et de la santé publique. « *Introduire l'approche santé publique en médecine du travail et le champ santé-travail en santé publique* »

L'un des détonateurs de ce projet a été la précarisation du salariat qui débouche sur l'exclusion et la précarité illustrant le lien indissoluble entre santé et santé au travail. « *Le médecin du travail face à la précarité et à l'exclusion* »

Du point de vue des spécialistes des questions de santé d'autres disciplines, l'épidémiologie par exemple, la santé au travail relève bien, pour certains aspects, de la santé publique. L'existence de facteurs multiples, ses liens à la vie hors travail, son

abord purement préventif par la médecine du travail, en font un champ de connaissance sur la santé potentiellement très prometteur. « *Santé publique, santé au travail et épidémiologie* »

Toutefois l'expérience montre que l'exercice, comme médecin du travail de l'épidémiologie en entreprise se heurte à des obstacles. La confrontation au désir de contrôle des donneurs d'ordre ne saurait dispenser le praticien de sa responsabilité individuelle, bien au contraire. « *Épidémiologie en médecine du travail, responsabilité personnelle et pratique coopérative* »

À l'interface des différentes disciplines naît un débat entre certains spécialistes et des médecins du travail. Un consensus existe sur la nécessaire mise en place d'une pluridisciplinarité en santé au travail. Mais les avis divergent sur les modalités de cette coopération et de sa coordination.

Ces spécialistes estiment que la compétence scientifique est le critère de pertinence dominant de cette coopération et de prééminence pour coordonner les études en santé au travail. Cela impliquerait une spécialisation des médecins du travail,

faute de quoi leur seraient substitués des experts. « *La spécialisation en médecine du travail : médecin du travail ou "expert", chronique d'une mort annoncée* »

Des médecins du travail insistent sur le rôle décisif de leurs règles de métiers pour créer la confiance indispensable aux études en santé au travail. Ils rappellent l'impérieuse nécessité de s'appuyer sur un contrôle social rigoureux dans ce domaine et remarquent que ces principes confèrent aux médecins du travail une légitimité à assurer, collégialement avec les autres spécialistes le plus souvent, la coordination des études en santé au travail. Le médecin du travail spécialisé est plutôt alors un catalyseur de l'action commune des spécialistes et des médecins du travail. Il n'a donc pas vocation à se substituer à ces derniers. « *Pluridisciplinarité en médecine*

du travail : les conditions de la coopération et de la coordination »

C'est la nature de l'expertise en santé au travail qui devrait guider les choix entre ces deux options. De ce point de vue il est possible de définir les conditions pratiques d'une coopération. « *Expertise en santé au travail et médecine du travail : des propositions* »

Grâce à cette coopération, ressource aux règles de métier de la médecine du travail, la santé au travail doit cesser d'être la *terra incognita* de la santé publique : la visibilité sociale lui confèrera sa place dans ce domaine. C'est, avant tout, une question de volonté politique. « *Expression de la santé au travail dans l'espace public, visibilité sociale, et prise de décision* »

CHAPITRE 3 - LA TRANSFORMATION INDISPENSABLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Des médecins du travail tentent de créer les conditions d'une refondation de leur métier. Ils ont entrepris de compléter la clinique médicale classique par une nouvelle clinique, celle qui accompagne la construction de la santé du sujet au travail. Ils défendent en entreprise le seul point de vue qui soit pour eux légitime, celui de la santé des salariés. Ils ont pour projet d'aider à l'amélioration des conditions de travail. Pour conquérir les moyens d'exercer, ils coopèrent en réseau entre eux et avec d'autres spécialistes du champ santé-travail. Ils se sont imposés le devoir de rendre compte de leurs observa-

tions et de leurs pratiques pour permettre la naissance d'un débat entre les acteurs sociaux. Ils participent à l'évolution de la santé publique du point de vue de la santé au travail. « *Les médecins du travail ont des responsabilités* »

En opposition à ces aspirations rénovatrices, le fonctionnement des structures de la médecine du travail ne suit pas. Pire encore, il se dégrade. Ce fonctionnement pour les petites et moyennes entreprises est une illustration de ce constat et met en lumière ce qu'il faudrait transformer. « *Le point sur la médecine du travail dans les PME* »

EN FINIR AVEC L'APTITUDE MEDICALE

Le concept d'aptitude a fait son temps, notamment dans les petites et moyennes entreprises du fait de l'organisation du travail, de la polyvalence et des formes nouvelles d'atteinte à la santé.

Même si elle a pu conserver quelques intérêts : production d'un document médico-administratif à l'issue de la consultation annuelle systématique, occasion de propositions d'aménagements, garantie contre la discrimination à l'embauche, mesure conservatoire minima pour le salarié inapte, la notion d'aptitude comporte des inconvénients majeurs.

Elle réduit la médecine du travail à « la visite », et « la visite » à la détermination de l'aptitude.

Elle constitue et s'affirme, de jurisprudence en jurisprudence, comme un acte médico-légal simplificateur, de logique binaire, qui ne concerne que l'individu, dédouanant le poste ou l'organisation du travail de son éventuelle pathogénicité.

Son ambiguïté sémantique autorise le salarié, l'employeur, les partenaires sociaux à une interprétation non exempte de variabilité et les médecins à des compromis déontologiquement immodestes, pervers ou substitutistes.

Elle vient buter sur les postes de sécurité qui transfigurent la logique d'accompagnement en une logique d'autorité.

Nos propositions découlent de la nécessité de clarification et passent par :

la suppression de l'aptitude et son remplacement éventuel par l'absence de contre-indication ; l'élaboration d'une fiche de prescriptions, ayant le même poids juridique et répondant aux mêmes procédures que l'aptitude actuelle à l'issue de la rencontre systématique avec le salarié qui doit être impérativement, au minima, annuelle ; la possibilité maintenue de délivrer des certificats d'inaptitude comme mesure conservatoire autorisant la rupture du contrat de travail pour raison de santé ; la définition stricte, limitative et si besoin réglementaire des postes de sécurité, des postes dangereux pour autrui ou ceux nécessitant une compétence particulière médicalement décelable.

Les médecins des PME-PMI constatent chaque jour, avec la notion d'aptitude, l'inadaptation d'un concept en perte de sens qu'il convient de modifier pour favoriser l'émergence d'une clinique et de règles de métier.

Ce n'est pas en attribuant au médecin du travail la responsabilité du serpent de mer des politiques de santé au travail dans l'entreprise que l'évolution se fera. « **Le médecin du travail et la politique de santé au travail** »

La santé au travail est séquestrée dans l'espace clos de l'entreprise. La mission d'ordre privé de mettre en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail et de protection de la santé, confiée par la loi aux employeurs, n'est, par conséquent, pas remplie. Il faut en faire une mission d'ordre public. « **Et si on changeait** »

Ces médecins du travail proposent donc aussi de transformer les structures de la médecine du travail en l'organisant sur des bases renouvelées. La seule finalité qui soit légitime demeure celle de la loi de 1946 sur la médecine du travail : préserver la santé des salariés de toute atteinte due au travail. Par

conséquent le but en est la prévention primaire. Cela interdit toute discrimination fondée sur des critères de santé et implique le contrôle réel par les salariés du fonctionnement des services.

Ils préconisent la création de services publics décentralisés de santé au travail financés par la cotisation des employeurs puisqu'ils sont responsables des éventuelles atteintes à la santé au travail, et dans lesquels coopéreraient médecins du travail et spécialistes du champ de la santé au travail. Cela implique qu'il n'existe qu'un seul statut de médecin du travail.

Ces services seraient contrôlés socialement dans le cadre du débat social, réglementairement du point de vue de l'intérêt général et collégialement du point de vue des règles de métier. « **Pour une réforme de l'organisation de la médecine du travail** »

Le Réseau « **Paroles de médecins du travail sur la précarisation** », à l'initiative de l'Association Santé et Médecine du Travail, regroupe depuis 1994, près de 200 praticiens et quelques chercheurs. En 1998, il va continuer à développer sa réflexion sur **La précarisation du travail comme source de violence accrue dans les rapports de travail particulièrement chez les femmes**, à l'occasion de deux séminaires de travail ouverts à tous ; le premier se tiendra le **Samedi 16 mai 1998**.

Un groupe en son sein travaille régulièrement sur le thème **Épidémiologie et précarisation du travail**.

Souffrances et précarités au travail

Préface de Madeleine Rebérioux



Les médecins du travail avaient, il y a dix ou quinze ans, une attention particulière pour les effets des conditions environnementales du travail. Ils sont aujourd'hui de plus en plus préoccupés par tout ce qui nie la personne humaine au travail : les horaires marginalisant, l'impossibilité d'organiser la vie familiale et sociale, la surcharge de travail, la perte du savoir-faire, la diminution des marges de manœuvre, la disparition des collectifs de travail, l'exclusion de ceux qui ne sont pas les plus performants.

Les dégâts sur la santé sont aujourd'hui provoqués d'une part par la précarisation de l'emploi et d'autre part par la précarisation au sein même de l'organisation du travail. Ces deux aspects sont décrits et analysés pour toutes les catégories de population (intérimaires, contrats spécifiques, sous-traitants, travailleurs du noyau stable, femmes, jeunes, immigrés, handicapés, etc.) par les témoins privilégiés que sont les médecins du travail.

Ce livre parle de vécu, de souffrance psychique, d'usure, de pathologies, d'exposition massive à des risques. Il rassemble cas cliniques, portraits, paroles, histoires concrètes, d'individus ou de petits collectifs.

C'est l'absence de citoyenneté sociale qui est en question.

vente en librairie - 160 F -