

# APTITUDE. POSTE de SECURITE. ETHIQUE

Les différents débats internes à la profession sur la question de l'aptitude, y compris sur l'aptitude aux postes de sécurité m'ont amené à reprendre les dossiers médicaux de patients affectés à des postes de conduite de véhicule pour voir si la posture médicale du médecin du travail était différente selon que le patient occupe un poste de sécurité avec risque pour la santé d'autrui en cas de défaillance brutale et totale ou occupe un poste plus banal pour lequel la posture du médecin du travail serait un accompagnement

Certaines publications (*Accidents industriels : le coût du silence* de Michel Llory, par exemple) montrent bien que l'accident grave est rarement lié à une déficience physique ou mentale d'un seul individu mais le plus souvent à des choix organisationnels ou à des choix technologiques qui ont ignoré l'activité réelle de travail.

La recherche bibliographique sur les causes d'accident de circulation en fonction des pathologies (diabète, maladies cardiovasculaires, déficience visuelle, etc.) présentée par Philippe Davezies lors des récentes Journées des médecins de prévention montrait clairement que les risques d'accident étaient essentiellement liés à l'ivresse, différente de la maladie alcoolique et au jeune âge, donc à l'absence d'expérience (ce que les assureurs ont bien évalué puisqu'ils en tiennent compte pour fixer leurs tarifs). Les gens atteints de pathologies ou de handicaps développent des stratégies de compensation.

En vingt ans d'exercice dans un même secteur géographique, j'ai eu à déplorer un seul accident très grave mettant en cause un conducteur poids lourd ; il s'agissait d'un jeune embauché, en parfaite santé mais en période d'essai, au volant d'un véhicule poids lourd mal entretenu à qui son employeur a imposé le passage par un col pour limiter les frais de péage. Les freins ont lâché et le véhicule s'est encastré dans une vitrine. Je n'avais pas alors de dossier médical sur ce salarié mais pour le suivre actuellement, je sais qu'il répond parfaitement aux critères d'aptitude définis par l'arrêté du 7 mai 1997.

**Avril 1981 :** Daniel, 57 ans, conducteur d'autocar, m'est adressé en urgence par son employeur. Daniel est conducteur d'autocar dans cette entreprise depuis 1965 et il vient de dire à son employeur : « *Je ne peux plus conduire, je n'y vois plus assez clair.* » Son

employeur me signale que pendant quinze ans, ce salarié n'avait eu aucun accident, ni aucun incident et que ces six derniers mois, il avait rayé deux cars.

Le dossier de Daniel est ouvert dans notre service depuis 1971 ; rien n'est signalé sur d'éventuels problèmes visuels. En mars 1978, il avait signalé être suivi tous les trois ans par l'ophtalmologiste. L'acuité visuelle en vision de loin était à 10 pour l'OD et l'OG, avec correction, en novembre 1979. En octobre 1980, date à laquelle je le rencontre pour la première fois, l'acuité visuelle est à 7/10 pour l'OD et à 10/10 sur l'OG, toujours avec correction. Je n'ai rien de noté de particulier sur son dossier, si ce n'est une certaine lenteur dans les réponses.

Il se présente donc en avril en disant : « *J'ai toujours triché aux tests ici et à la visite du permis de conduire, mais maintenant je ne peux plus conduire, c'est trop dangereux.* » Il me signale alors qu'il avait été victime d'un traumatisme oculaire en 1961 avec une IPP de 25%. Le certificat établi alors par l'ophtalmologiste qu'il produit alors mentionnait une réduction de l'acuité visuelle centrale à 2/10 et un champ visuel périphérique normal. Une cataracte traumatique s'est installée. L'ophtalmologiste confirme la cataracte, une fonction visuelle de l'OD réduite actuellement à la perception lumineuse et un glaucome post-traumatique contrôlé médicalement. Bien que le bénéfice à attendre de la chirurgie de la cataracte soit modeste, Daniel choisit l'intervention qui amène une récupération à 5/10. Je le revois en visite de reprise en octobre 1981 et demande un aménagement de poste, avec poste de travail ne comportant pas de conduite de nuit. Cet aménagement n'est pas acceptable pour l'employeur compte tenu de l'activité de l'entreprise (transports scolaires, excursions, lignes régulières). L'arrêt maladie sera prolongé jusqu'en février, date de la consolidation. Pendant cette période Daniel a fait quelques petits trajets de nuit en voiture pour se tester. L'avis spécialisé demandé à un expert est sans appel : « *Ce malade est aux normes pour conduire à titre privé un véhicule automobile mais il ne saurait être question de lui confier la conduite d'engin de transport en commun d'autant qu'il présente de surcroît un strabisme divergent avec neutralisation sensorielle de la vision de l'œil D dans le regard de face et écart également vertical des deux yeux : il résulte de ce fait que le patient n'a aucune vision stéréoscopique* ». Daniel cessera définitivement

son activité en février 1982 dans le cadre d'un contrat de solidarité.

Bien que **n'étant pas aux normes**, ce patient a pu, à l'insu du corps médical, conduire sans accident, ni incident pendant quinze ans. Ce ne sont pas les tests biométriques qui lui ont révélé sa déficience. *A priori* il avait développé des compensations efficaces à son handicap, compensations mises en échec par le développement de la cataracte ; le strabisme divergent était peut-être la conséquence de la compensation du traumatisme. Chacun s'est posé la question de la norme mais personne ne s'est demandé comment il avait conduit jusque là sans incident. Le médecin du travail n'a pas eu à se poser la question de l'aptitude puisque le salarié ayant constaté que ses compensations étaient mises en échec a estimé lui-même ne plus être en capacité de conduire et a demandé une aide médicale pour retrouver ses capacités antérieures et ensuite pour quitter le monde du travail dans des conditions acceptables. En individu responsable, le salarié a alerté son employeur qui a contacté alors le médecin du travail.

**Janvier 2001** : Claude B..., 53 ans, est conducteur d'autocar de transport scolaire à temps partiel non choisi depuis 1996. Sa situation matérielle est donc précaire. Dans ses antécédents, on note une lobectomie pulmonaire partielle à l'âge de 20 ans pour accident de la voie publique. Il souffre d'obésité et de douleurs articulaires diffuses (membres inférieurs, lombalgie). Il existe indiscutablement une insuffisance respiratoire restrictive. Lors des examens médicaux de 1996 à 2000, nous évoquerons essentiellement ces pathologies articulaires, la précarité de sa situation, et l'absence de problèmes de discipline ou de violence sur les circuits qu'il assure. En janvier 2001, il me signale une augmentation de son temps de travail obtenue en menaçant de démissionner ; un temps plein est même envisageable lors du passage aux 35 heures. Cette augmentation du temps de travail qui améliore notablement sa situation matérielle entraîne la conduite de véhicule en début d'après-midi ; spontanément, il me dit : « *Je me demande si je n'ai pas un syndrome d'apnée du sommeil, j'ai vu une émission là-dessus à la télé.* » L'interrogatoire confirme les épisodes d'hypovigilance avec tendance à l'endormissement en fin de matinée et début d'après-midi, la notion de ronflement et des céphalées plutôt vespérales. Un rendez-vous en consultation est obtenu pour le surlendemain. Il sera en arrêt de travail jusqu'aux tests (qui confirmeront le syndrome d'apnée du sommeil). L'adaptation à l'appareillage sera un peu difficile mais il reprendra le travail cinq semaines plus tard.

Même en situation précaire, Claude n'a pas caché au médecin du travail ses difficultés actuelles ; au contraire, il demande un avis médical au médecin du travail, bien qu'il ait un médecin traitant, parce que ses soucis de santé actuels lui posent problème dans le travail. Il est le premier conscient du risque représenté par cette hypovigilance.

**Octobre 1995** : Jean, 32 ans se présente pour sa visite d'embauche, fin octobre 1995. C'est la première fois que je le rencontre. Il travaille depuis quinze mois comme chauffeur poids lourd. Il apporte un courrier de son médecin traitant : il vient d'être hospitalisé en neurologie pour un bilan de névrite optique rétro-bulbaire avec importante diminution de l'acuité visuelle sur l'œil gauche. Cette poussée de névrite optique a été rapidement régressive sous traitement corticoïde, traitement toujours en cours lorsque je le vois. Ce jour-là l'acuité visuelle est à 10/10 sur chaque œil. Nous prévoyons de nous revoir deux mois plus tard pour voir comment évolue la situation à l'arrêt du traitement. Des algies faciales violentes sont réapparues dès l'arrêt du traitement. Il sera à nouveau en arrêt maladie de janvier à mars 1996 pour poussée de sa maladie avec troubles moteurs de la sensibilité profonde du bras droit. Cet épisode sera rapidement résolutif avec récupération complète se maintenant lorsque je le revois sans traitement depuis quinze jours, début mars 1996. Le 17 octobre 1996, l'employeur m'appelle, inquiet ; Jean lui a parlé de sclérose en plaques (le mot est prononcé pour la première fois), il a de grosses difficultés dans son travail qui comporte beaucoup de manutention ; il présenterait des troubles de la parole et une paralysie du bras. Ce jour-là, c'est Jean qui a informé l'employeur de la nature de sa maladie. Est-ce la première fois qu'il nomme sa maladie, en dehors de ses proches ? Je n'en saurais rien. Ce jour-là, c'est l'employeur qui interdit à Jean de conduire et de travailler dans le cadre de son droit disciplinaire et lui recommande de revoir son médecin traitant ; jusque-là, il lui avait affecté la tournée la plus régulière et la plus stable et ceci sans intervention du médecin du travail. Jean reverra son médecin traitant avec qui je reprendrai contact pour lui demander de redire à Jean ma disponibilité pour toute information, si besoin, sur les modalités de reclassement. Je n'ai revu Jean que trois ans plus tard, en invalidité catégorie 2. Jean est en fauteuil, il n'a plus d'activité salariée mais peut participer bénévolement, par son expérience antérieure de conducteur poids lourd à l'activité de son épouse qui a repris l'entreprise de transport de son dernier employeur. Lors de la visite d'embauche, le diagnostic de SEP vient immédiatement à l'esprit du médecin du travail. Compte tenu de la gravité de cette affection, de la représentation de cette affection

dans la population, de l'incidence qu'elle aura nécessairement en cas de poussées rapprochées sur la vie, et pas seulement la vie professionnelle, de Jean, il faut interpréter le courrier du médecin traitant comme un courrier qui s'adresse non pas au médecin expert susceptible de prendre une décision d'inaptitude immédiate, mais une demande de partage de responsabilité soignante. Même en présence d'un poste de sécurité, le médecin du travail peut rester en posture d'accompagnement de la santé du salarié en situation de travail. Il n'y a pas eu d'accident ; à un moment de l'évolution de sa maladie, Jean n'a pu que constater qu'il ne pouvait plus conduire. Pourquoi a-t-il eu besoin d'être présent au travail jusqu'au bout ? Dans son cas, la SEP a évolué très vite, fallait-il ce temps pour accepter de vivre avec cette maladie ?

**Septembre 2001** : Paul, 32 ans, est chauffeur livreur de fuel et de charbon depuis avril 1990. Il a travaillé dans l'entreprise familiale de 1990 à 2001 date à laquelle son père prend sa retraite. Son père est maniaco-dépressif .Il prend sa retraite, satisfait d'avoir pu diriger cette entreprise familiale malgré sa maladie : lors de sa dernière visite annuelle, il me dira sa satisfaction : « *Vous voyez, j'y suis arrivé malgré tout.* » L'entreprise est cédée à un groupe, au grand soulagement de Paul qui ne se sentait pas capable de faire face à tous les soucis de la gestion d'une entreprise. Paul change donc d'employeur en avril 2001.

Paul est porteur de lunettes depuis l'enfance pour amblyopie (son père avait les mêmes problèmes et a fait toute sa carrière de conducteur sans problème). Il a toujours eu une fonction visuelle avec correction le situant dans les conditions d'incompatibilité à la conduite dans le groupe 2 ; 3/10 ou 4/10 pour l'œil gauche mais **personne ne lui a jamais interdit de passer ce permis poids lourd**. Lors d'une visite , le médecin de la commission a hésité une fois à renouveler l'autorisation de conduire.

Paul est surtout très anxieux et a dû être hospitalisé à deux reprises pour des bouffées délirantes (1994 et 1999). Il est sous Loxapac<sup>o</sup>. Il est suivi tous les mois en secteur psychiatrique. Le diagnostic de psychose a été porté.

Le changement d'employeur le met en difficultés : les tournées sont nouvelles, il change de véhicule, il doit faire un certain nombre de clients par jour. Il ne dort plus, il est même tombé en panne de gasoil, il a peur de ne pas y arriver.

Je suis inquiète pour lui mais en accord avec son médecin traitant nous convenons, dans la mesure où il n'y a aucune prise d'alcool, de le maintenir en activité en prévoyant si besoin de courts arrêts pour lui permettre de récupérer. Le risque pour des tiers ne me paraît pas supérieur

à ce qu'il serait pour un autre salarié en situation d'apprentissage de nouveaux secteurs géographiques, dans les mêmes conditions de contrainte temporelle.

Le coût supplémentaire en terme de santé est l'aggravation de l'anxiété de Paul mais tout changement de situation professionnelle dans son cas serait encore plus coûteux pour lui, car il n'aurait plus aucun repère professionnel.

La question de l'aptitude n'est même pas évoquée lors de la rencontre avec Paul. A quoi bon ajouter à la déstabilisation de Paul. Nous aviserons si besoin en fonction de l'évolution de la situation.

**Christian**, né en 1950 a suivi une scolarité jusqu'en terminale, passé un CAP de mécanique puis travaillé huit ans en métallurgie avant de tenter une reconversion professionnelle conforme à ses rêves de 1987 - être agriculteur. Compte tenu des difficultés de ce secteur, il lui faudra, à partir de 1992, travailler d'abord à temps partiel puis à temps plein comme chauffeur d'autocar, son épouse continuant à s'occuper de la ferme jusqu'en 1996, date à laquelle il cessera toute activité agricole. Coïncidence curieuse : bien qu'il me dise que tout va bien dans les cars et que ses rapports avec les élèves sont excellents, je sais par ailleurs qu'il lui arrive fréquemment « d'acheter la paix sociale » dans son car en fournissant des billets, qu'il paie donc lui-même, à des jeunes fraudeurs turbulents. Il ne peut faire la rentrée 1997 car il est atteint d'une uvéite antérieure, peut-être consécutive à un zona, récidivante à l'arrêt du traitement corticoïde, traitement corticoïde qu'il tolère mal. Dès mars 1998, nous envisagerons ensemble le reclassement professionnel car la vision de l'œil gauche est réduite à 3/10. Une greffe de cornée est envisagée. La vision redevient suffisante s'il ne met pas l'atropine préconisée par les ophtalmologistes. Il dit : « *C'est un signe du destin, cette maladie, je commençais à en avoir marre de conduire.* » Il utilisera ses arrêts maladies répétés pour engager la préparation de l'examen de la DRASS lui donnant l'équivalence du Bac et préparera le concours d'entrée à l'école d'éducateur. En janvier 1999, j'aurai enfin une réponse du service d'ophtalmologie : le délai pour la greffe est d'au moins un an, le résultat est aléatoire. L'inaptitude définitive au poste de conducteur d'autocar est rendue le 18 septembre 1999. Christian travaillera un an comme moniteur éducateur dans un CAT puis intégrera comme accompagnant un service d'insertion où il se trouve parfaitement bien. A aucun moment, il ne m'a caché ses problèmes visuels. Après plusieurs avis d'inaptitude temporaire, nous avons évoqué très vite la question de l'inaptitude définitive, qu'il comprenait parfaitement car il avait de grosses difficultés à conduire même le vélomoteur qu'il

utilisait pour effectuer les 15 km de distance entre son domicile et le service de médecine du travail.

**Daniel**, né en 1963, a suivi une formation de plâtrier peintre jusqu'à l'âge de 14 ans. Marié, il a deux enfants nés en 1978 et 1979. Il travaillera d'abord en intérim puis à la suite d'une dépression sévère en 1983, une tentative de suicide en 1985, il sera orienté en Centre d'aide par le travail en 1986, à l'âge de 23 ans. Il est amblyope, a un lourd traitement anxiolytique et antidépresseur. C'est un gros fumeur, il est très anxieux et consomme de l'alcool avec pour conséquence une HTA, une décompensation cardiaque globale à l'âge de 29 ans et des signes de polynévrite des membres inférieurs. Depuis son entrée au CAT, il rêve d'être cariste, poste tenu par Thierry, autre bon niveau venant du milieu normal. Compte tenu de son état de santé global, il est évident qu'il ne pourra continuer longtemps le travail en production de l'atelier de palettes. Le contrat suivant sera passé avec Daniel : il pourra envisager de faire la formation cariste s'il arrive à supprimer l'intoxication alcoolique. Les deux éducateurs de l'atelier acceptent ce projet qui nous paraît être la seule possibilité, pour Daniel, d'être reconnu dans le monde du travail : être au CAT oui, à condition de tenir un poste normal, valorisant dans le cadre du CAT. J'ai choisi d'ignorer l'amblyopie. Pendant quelques années, il sera affecté à l'approvisionnement des différents postes avec un transpalette manuel. En 1995, il fera la formation de cariste et bien formé par les moniteurs, satisfera aux tests de conduite passés avec d'autres salariés d'entreprises traditionnelles. Je choisirai de ne pas faire pratiquer de tests psychotechniques. Indiscutablement, nous avons pris quelques risques avec les normes. J'avais fait part de mon inquiétude, de mon incertitude aux moniteurs ; mais tout comme moi, ils ne voyaient pas d'autres solutions dans le travail pour aider Daniel à échapper à un suicide lent. Malgré le décès de son fils (décès subit à l'âge de 15 ans), le décès d'un frère, des soucis financiers, Daniel continue ce travail : les jours où ça ne va pas, il avertit les moniteurs ou les moniteurs perçoivent qu'il ne va pas bien et il ne conduit pas. Il gère le parc de matières premières, le parc de palettes fabriquées au CAT, assure le chargement des camions. Il n'y a pas eu d'accident à ce jour.

**Thierry**, le collègue de Daniel, est né en 1962, mais il s'est retrouvé exclus du milieu normal dès 1981, après un apprentissage du métier de maçon et deux années de travail de manœuvre. Il rejoint donc le CAT. La scolarité et les apprentissages ont été perturbés par des problèmes auditifs négligés par la famille. L'audition est médiocre mais la vision est normale. Il n'est pas alcoolique mais buveur

excessif. A partir de 1990, il manifeste le souhait de devenir cariste : le problème de l'alcool sera évoqué nettement et les moniteurs qui s'assureront tous les matins qu'il est en état de conduire le formeront pour qu'il puisse passer ses tests psychotechniques et les épreuves de conduite en milieu normal. Les tests psychotechniques donneront un pronostic global de sécurité faible, la conduite est déconseillée. Malgré tout, en accord avec les moniteurs, je ne m'opposerai pas à ce que Thierry soit cariste. Cette situation dure depuis maintenant onze ans. Bien sûr la vigilance des moniteurs est grande et c'est sur eux que repose la gestion quotidienne des risques. Ils assument cette fonction comme partie intégrante de leur fonction éducative. Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas eu à regretter cette prise de risque qui nous a paru indispensable pour permettre à ces adultes exclus du milieu normal de se reconstruire une identité professionnelle.

**Guillaume**, 25 ans, travaille dans le même centre d'aide par le travail. Comme la majorité des autres travailleurs handicapés atteints comme lui de trisomie 21, il effectue des travaux de conditionnement. Chaque jour, à 17 h., il rejoint l'entreprise de transports de ses parents pour « le coup de bourre » de la fin de journée : le retour des camions et le chargement des deux navettes de nuit. C'est lui qui conduit le chariot automoteur pour assurer chargement et déchargement des camions : les chauffeurs présents lui donnent les indications nécessaires à l'affectation des palettes. Ce travail-là est à l'évidence facteur de santé et d'intégration pour lui, si j'en crois le sourire qui était le sien le soir où j'ai été le témoin de son activité.

D'autres monographies pourraient être écrites (situation de maladie alcoolique ou de pathologie cardiovasculaire). La situation du médecin du travail sera identique ; il s'agit de laisser le salarié s'exprimer dans un face-à-face, rencontre authentique, dans laquelle le salarié expose sa vulnérabilité et convoque de fait le médecin à sa responsabilité de soignant. « C'est malgré moi qu'autrui me concerne » pour reprendre la formule de Lévinas. Il s'agira de réfléchir ensemble aux différentes solutions envisageables, permettre au salarié de faire son choix sans avoir jamais tenté d'établir un rapport de pouvoir, ni tenter d'influencer la décision du salarié en lui donnant des informations soi-disant scientifiques, non validées. Respecter, favoriser l'autonomie du salarié, ne pas mettre d'entrave à sa propre recherche de solutions, ne pas se substituer à lui mais lui apporter les éléments lui permettant d'élargir sa recherche de solution. En fait le devoir pour chaque médecin de mettre régulièrement à jour ses connaissances lui permettra de vérifier que certaines représentations populaires ou articles de presse

à sensation ont remplacé les études scientifiques sérieuses et que certaines décisions médicales ne reposent sur aucune donnée validée. Chaque médecin devra donc se poser systématiquement la question de l'état de ses connaissances face au problème posé. Aucun individu ne peut être réduit à ses paramètres biomédicaux ; il y a toujours une histoire singulière, une expérience professionnelle ou une expérience de la maladie ou du handicap qui vont permettre d'avancer pas à pas, dans un rapport d'équité, vers la construction de possibles.

Faudrait-il empêcher que s'établisse ce rapport authentiquement « soignant », (la rencontre soignante d'Alain Froment) essence du métier de médecin, en interpellant le salarié accueilli et en l'informant qu'il est en situation d'expertise puisqu'il occupe un poste de sécurité ? Il me paraît impossible personnellement de tenir cette posture, négation même de mon métier. D'autre part, je ne suis pas du tout convaincue de la supériorité d'une posture d'expert en terme de sécurité et de santé individuelle et collective. Le débat reste ouvert.

*Annie Deveaux  
novembre 2001*

BIBLIOGRAPHIE :

- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Editions des archives contemporaines, 2001  
Lévinas E., *Le temps et l'autre*, Quadrige/PUF, 1983  
Llory M., *Accidents industriels : le coût du silence*, L'Harmattan, 1996  
Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990