

APTITUDE ET ETHIQUE

EXTENSIONS

Compte rendu des débats du Congrès des 8-9 décembre 2001

Pour qui a lu les textes de Philippe Davezies : « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale » et de Pierre Abécassis : « Historique de l'aptitude » qui resituent très bien, historiquement, le mouvement qui a donné naissance puis qui a mis en place l'aptitude au poste de travail dans une perspective de sélection bio-physiologique de la main-d'œuvre, la conviction est que cette question devient une monstruosité professionnelle qu'il faut absolument résoudre afin de se libérer d'un malaise d'ordre éthique.

L'ACCIDENT HISTORIQUE

Il est intéressant de constater que l'aptitude s'est trouvée réglementairement fortement mise en retrait au moment de l'application de la Loi de 1946 par un arrêté qui ne l'impose qu'à l'occasion de l'examen médical d'embauchage (ex-article D.241-14 du Code du travail). En fait, l'objectif principal de l'examen périodique annuel n'est pas celui-là (ex-article . 241-15). La médecine du travail s'impose à tout salarié de droit privé plutôt dans un objectif de dépistage - de la tuberculose à l'époque - et de protection de la santé, par une action de prévention primaire comme l'affirme explicitement l'article 2 de cette Loi de 1946.

Seule la France organise cette forme de suivi médical de masse. Peut-on parler d'accident historique ? Accident historique qui n'aurait commencé à se manifester comme tel qu'à partir du début des années quatre-vingts lorsqu'une poignée de médecins du travail, très minoritaires, ont commencé à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et ont commencé à parler de règles de métier rattachées aux objectifs défini par la Loi de 1946.

Car, en effet, en revisitant les dossiers médicaux des salariés les plus âgés suivis depuis des années dans nos services, le mot « apte » apparaît au bas de toutes les colonnes qui correspondent au compte-rendu médical des événements après une année de travail. Cet apostille s'égrène consciencieusement aussi loin que l'on remonte en arrière. C'est que, durant toutes ces années où il est facile de vérifier, dans tous ces dossiers bien renseignés temporellement, que la question du travail et de son lien avec la santé est quasi absente, le travail n'était tout simplement jamais exploré. Personne ne semblait s'interroger sur le sens de

cette « aptitude » apposée par mimétisme en référence à un arrêté qui ne l'exigeait que dans la circonstance de l'embauche. Cette pratique généralisée rend « l'accident historique » non seulement inaperçu mais, qui plus est, probablement très favorablement reçu par le monde patronal qui retrouve une caution médicale inespérée à utiliser, à sa manière et sans trop de soucis, une main-d'œuvre ainsi estampillée.

Sur la question de l'aptitude, le décret de 1979 est alors passé totalement inaperçu puisqu'il régularisait ce qui se pratiquait sur tout le territoire.

Le travail sur les pratiques professionnelles qui n'a cessé d'évoluer depuis le décours des années quatre-vingts, fait émerger le décalage qui existe entre les pratiques généralisées de santé au travail dans les pays de la communauté européenne qui positionnent les médecins du travail en médecins prescripteurs de sécurité face à des risques professionnels durs, repérés et l'exception française qui s'est orientée vers une posture d'accompagnement, de soutien et de conseil du sujet au travail, prenant en compte sa biographie au travail et son rapport privé et intime au travail. Il n'est pas sûr que la société ait un tel besoin. C'est aussi historique. Certains historiens et sociologues tels Arlette Farge et Jean-François Laé l'ont assez bien démontré dans leur étude sur l'errance dans leur ouvrage commun : « Fracture sociale ». Pour l'une, le corps est identifié comme lieu politique et pour l'autre, les destins biographiques et intimes sont repérés comme nécessaires données à prendre en compte dans l'organisation de la protection sociale. Cependant il semble que le monde politique ne s'attarde pas sur ces matériaux.

C'est pourquoi pour nous, médecins du travail, convaincus de l'utilité de l'attitude compréhensive et de l'accompagnement, qui, d'une certaine manière, investiguent justement tous ces éléments, la bataille est loin d'être gagnée ; d'autant qu'elle est en totale contradiction avec le maintien de la décision d'aptitude qui, éthiquement, est une entrave à cette position.

Comment donc, jusqu'à ce jour, les médecins du travail s'en sont-ils accommodés ou ont-ils subverti cette injonction socio-politique ?

L'APTITUDE JURIDIQUE ET L'APTITUDE « MEDICALE »

L' aptitude s'analyse de plusieurs points de vue. Une présentation particulièrement éclairante de la question est proposée par Nicolas Sandret dans son texte intitulé : « Et si on supprimait l'aptitude ? ».

Dans la logique juridique, l'aptitude est une composante obligatoire du contrat de travail. Or, un contrat est un engagement réciproque entre deux partenaires négociant sur un terrain d'égalité. Ce qui n'est pas le cas pour l'obligation d'aptitude d'un individu qui est imposée à une partie alors que, pour l'autre, la contrepartie qui serait l'aptitude du poste, ne l'est pas. La réglementation, par le Code du travail, se charge imparfaitement du rééquilibrage en imposant des conditions de travail qui soient bonnes. Or, tout le monde sait que le Code du travail est très en-dessous de ce qui devrait être exigé pour rétablir cet équilibre et que certaines nuisances y échappent totalement, telle l'organisation du travail. En réalité, le contrat de travail échange une promesse de réalisation d'une tâche contre un salaire, assortie d'une soumission à des règles imposées unilatéralement. La grande différence, dans les responsabilités réparties, entre le Code civil et le Code du travail, pourrait s'expliquer par la question de la subordination qui est implicitement omniprésente dans le contrat de travail. Pour exemple, l'existence du droit de retrait, qui accorde un droit dérogatoire de refus d'un ordre de travail estimé mettre en danger immédiat un salarié ou un groupe de salariés, en démontre sa puissance par la transformation jurisprudentielle du retrait en insubordination ; ce qui a abouti, en pratique, d'une part, à la négation absolue de la subjectivité des salariés et, d'autre part, à la totale impuissance juridique du droit de retrait.

Dans l'état actuel et en symétrie, faudrait-il alors introduire, dans le contrat de travail, une obligation d'absence de nocivité du poste de travail ?

Dans la logique médicale, l'aptitude, par rapport à l'action médicale qui est de prendre soin, dans sa globalité, d'un « patient », de son existence singulière et de sa destinée, a pu être investie - à condition de ne réfléchir qu'en surface aux missions professionnelles - de deux façons : l'aptitude « conseil » et l'aptitude « expertale ».

L'aptitude-conseil s'appuie sur les articles en « L » du Code du travail ainsi que sur la notion de « consentement éclairé » contenue dans le Code de déontologie. Le médecin conseille le salarié sur sa santé, il n'impose pas. Mais, n'étant pas dans le cadre du soin, la décision d'aptitude du médecin du travail concerne aussi une tierce personne qui est l'employeur. Il y a là une répercussion qui entrave la liberté du salarié s'il ne souhaite pas suivre la prescription du

médecin. L'employeur fera pression sur le salarié. A l'inverse, l'employeur fera pression sur le médecin.

Cependant, en définitive, c'est le médecin qui décidera de donner l'avis, même si c'est « avec l'accord », avec le « consentement éclairé ». Une analyse éthique de cette forme d'action met à jour la pseudo-liberté décisionnelle qu'octroie l'aptitude-conseil au salarié.

L'aptitude « expertale », qui, à l'origine, labellise un salarié sur son état sanitaire à exécuter la tâche confiée, s'est adoucie avec le temps pour participer couramment et ordinairement au reclassement et au maintien dans l'emploi. Malgré tout, quel que soit le travail qui est fait autour, l'aptitude n'est jamais remise en cause. Le médecin, à un moment donné, impose sa volonté. D'autant plus que, culturellement, les pratiques médicales sont de plus en plus dépendantes de normes sans cesse renforcées par l'évolution des techniques : mesures ou résultats d'examen issus de l'ophtalmologiste « référentiel » de performances si cher aux critères de standardisations qui régissent actuellement le monde industriel et il y a là un double processus de renforcement à l'œuvre qui justifie l'aptitude « norme iso ». Néanmoins, on peut sans doute parler de « médecin expert humaniste » ; médecin qui mesure jusqu'où il peut aller tout en gardant la main sur la barre, le salarié n'étant, à la limite qu'un objet qu'on manipule le moins brutalement possible. Ce qui est assez dangereux, c'est la contradiction introduite par le mot « humaniste » dans la perspective d'une analyse éthique de l'action.

APTITUDE ET PREVENTION

Il s'agit donc de penser la médecine du travail avant tout comme pratique clinique dont la finalité prescrite est la prévention primaire. Définir une telle pratique de protection de la santé consiste, auprès du salarié, à apporter les éléments de connaissance qui permettent à ce dernier de travailler une décision, prise par lui-même, de maintien à son poste ou de retrait du travail, qui ne relève que de son propre jugement, de son libre arbitre. L'aptitude n'ayant jamais eu la prétention, aussi bien au sens juridique qu'à son non sens médical, de protéger la santé de quiconque, elle a envahi, tel un leurre, l'univers professionnel de bon nombre de médecins du travail. S'est ainsi trouvé obscurci l'objectif de protection de la santé et l'objectif de connaissance dont seule la prévention primaire était investie.

Même s'il est vrai que, du fait de son état de subordination, le salarié n'a aucune maîtrise, dans l'entreprise, sur les moyens d'y défendre ou d'y préserver sa santé, et s'il est vrai aussi que s'y affronter est très risqué pour la sauvegarde du contrat de travail, il est néanmoins difficile

d'accepter le raisonnement par lequel c'est le médecin du travail qui devrait se substituer à lui. Non seulement un tel parti-pris, prôné par certains, réifie davantage le travailleur, mais, cette position met à mal la posture éthique du médecin qui aide et soutient un sujet maître de son destin.

A part l'inaptitude ou des prescriptions particulières d'ordre thérapeutique, rien ne justifie une position professionnelle du médecin du travail sur l'exécution du contrat de travail.

REFLEXIONS ETHIQUES

La visée de l'aptitude a partiellement détourné toutes les dimensions de l'objectif d'évaluation des risques pour la santé qui sont de l'ordre de la simple observation, d'ordre épistémologique et d'ordre cognitif. Du fait même de son existence, elle semble avoir stérilisé toute possibilité de tenir une posture médicale telle que définie déontologiquement.

Il devient nécessaire de redéfinir une validité médicale d'intervention dans le milieu de travail qui soit autre que l'aptitude. Dans ce cas, il faut rejeter la mise en porte à faux qu'introduit la visée de l'aptitude lorsqu'elle est finalité d'une consultation médicale du travail à cause de l'obligatoire notion de domination qu'elle suggère et qui barre l'horizon de toute tentative de recherche et d'établissement d'un lien d'accompagnement.

Pour faire au mieux ce qui nous est prescrit et qui se rapporte aux effets du travail sur le corps humain, emparons-nous, avec Denise Renou-Parent et Odile Riquet, au travers de leur texte : « Aptitude et éthique », du concept éthique de Jean Ladrière qui nous permette d'essayer d'envisager pour le salarié « l'intégrité du corps, la participation à la vie intersubjective et la possibilité d'une histoire sensée » : corporéité, altérité et temporalité ; pour Ladrière, l'intégrité du corps s'entendant comme, à la fois, l'intégrité de sa capacité d'éprouver et l'intégrité de son pouvoir d'action.

Seule, la levée du barrage de l'aptitude permettra une telle approche.

LES POSTES DE SECURITE

Sauf que, nous dit-on, il faudra bien conserver cette notion d'aptitude pour gérer la tenue des « postes de sécurité ». Cette affaire-là est une affaire sérieuse, d'autant plus que la demande est forte et que la réponse de la part du corps médical semble l'être tout autant et dans le même sens.

Peut-être bien, mais il faut y réfléchir et dépasser, encore une fois, le surnageant des représentations.

La définition du poste de sécurité, donnée en 1974, aux XIII^{èmes} Journées nationales de médecine du travail, a été la suivante :

« Le poste de sécurité est un poste de travail susceptible de constituer pour la collectivité de travail un risque d'accident à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude et d'une défaillance subite de l'opérateur ».

Commencer par repérer la forme que prend la demande peut aider à penser le fond de la question.

LA DEMANDE SOCIALE

Elle est forte du côté des usagers qui enfourchent le message médiatique de l'erreur humaine faisant systématiquement suite à tout accident industriel ou de transport. Le « sur-risque » est alors attribué à un individu, il est déconnecté du contexte de travail ; donc, la conception selon laquelle, *a priori*, les gens sont dangereux, ne permet que de raisonner sur une relation « homme-objet »/« travail » sur le mode machinique. Cette représentation exclut tout possibilité pour le travail de devenir la variable explicative.

A cette forme de représentation sociale, en quelque sorte aliénée du côté de la relation travail-santé, s'ajoute la dérive sécuritaire massivement à l'œuvre aujourd'hui et qui pointe tout individu comme un suspect potentiel dès qu'il entre en action.

On peut aussi s'interroger sur le rôle de la forte pression libérale qui tend à valoriser l'individualisation sociale des salariés et qui induit des fragilités liées à l'affaiblissement des coopérations. La mise en avant des performances propres à soi entraîne tout autant leur mise en cause.

En même temps, la demande est forte du côté des syndicats qui renvoient les questions de sécurité à des attributs personnels qui sont l'affaire des « docteurs ».

LA DEMANDE PATRONALE

Elle s'appuie sur une logique assurantielle. L'aptitude demandée à l'embauche d'un salarié affecté à un poste de sécurité, défini comme tel par l'employeur, est un acte de tri pur et simple. Aussi, il semble bien que l'organisation de cette sélection, qui est une des libertés du chef d'entreprise, doive s'effectuer en dehors de notre surface professionnelle. Cette demande ressort du droit commercial et du droit assurantiel, dans une perspective économique et non de santé. On comprend son objectif qui est fait pour se protéger en cas de survenue de l'accident. Un bon exemple de mise en pratique d'une judiciarisation d'un acte pseudo-médicalisé est l'exigence d'aptitudes médicales en séries attribuées à des salariés à qui on délivre une autorisation de conduite d'un chariot élévateur

alors que ce n'est pas leur travail habituel. Il s'agit bien là d'une autre préoccupation que celle de la santé.

LA DEMANDE MÉDICALE

Si on se reporte à la définition donnée précédemment du poste de sécurité, il s'agirait d'une mission de protection de la santé, du salarié lui-même, de son entourage professionnel immédiat et, si on applique l'article 2 du Code de déontologie, de la collectivité publique en général, qui consisterait à s'assurer de l'absence d'anomalie de santé du travailleur, anomalie qui le rendrait dangereux. Mission grandiose et légitime pour un médecin - il s'agit de sauver des vies - à condition, au préalable, d'avoir répondu à deux questions :

sur quelles données scientifiques et sur quelles connaissances nous appuyons-nous pour affirmer de façon experte qu'un sujet est un risque pour la santé d'autrui ou de la sienne ?

y a-t-il consensus sur ce qui est appelé « poste de sécurité » ?

Répondre à la première question nécessite un travail de recherche bibliographique qu'il ne faut pas occulter et qu'il faut entamer.

Néanmoins, nous disposons d'ores et déjà de quelques résultats qui semblent démontrer qu'une pathologie réputée lourde et difficile à « gérer », telle que l'est le diabète insulino-dépendant, n'est pas un facteur accidentogène. Ce serait plutôt le contraire : par exemple, les chauffeurs poids-lourds « malades » ont moins d'accidents qu'une population « saine ».

L'alcoolisation est très liée à la survenue d'accidents, mais il s'agit d'un problème disciplinaire qui est traité par l'ordre public ou par l'employeur. La maladie alcoolique est à prendre en main par le médecin du travail, certes, mais probablement avec plus de succès par l'accompagnement compréhensif que par l'inaptitude de sélection. Paradoxalement, on s'aperçoit ainsi que des postes dits « de sécurité » peuvent devenir voie d'orientation de sujets éthyliques : pour échapper à l'alcool, des postes de caristes ont permis cette sortie. Le texte d'Annie Deveaux : « Aptitude, poste de sécurité, éthique », est particulièrement illustratif de l'illusion du salarié « facteur de risque ».

Pour répondre à la seconde question, il faut déconstruire la notion de « poste de sécurité ». Et pour cela on peut commencer par affirmer que donner une liste exhaustive des postes de sécurité serait une utopie car toute activité humaine, à la limite, est « risquée » pour celui qui l'exerce et, éventuellement, pour celui ou ceux qui en bénéficient, et cela, proportionnellement aux conditions de sur-risque que les conditions de travail autorisent. En plus, stigmatiser de tels postes consiste, par un effet de formule, à induire une responsabilisation accrue de ceux qui les occupent sur le mode

d'un excès de culpabilisation devant tout incident, si minime soit-il. En réalité la notion de « poste de sécurité » fait écran à la sécurité. Le poste de sécurité n'existe pas. Il s'agit d'une construction sociale assez pratique pour détourner le regard des problèmes de travail qui mettent en jeu la sécurité. La preuve en est fournie, dans la stratégie économique de la sous-traitance en cascade, par la demande sécuritaire qui est inversement proportionnelle à la situation hiérarchique de dépendance vis-à-vis du donneur d'ordre.

Pour comprendre cela il suffit de relire *Accidents industriels : le coût du silence* de Michel Llory, ou *Réveil des réactions grégaires chez un groupe professionnel* issu de *Souffrances et précarités du travail*, ou l'accident de l'A-320 percutant le Mont Sainte -Odile dans *La fonction psychologique du travail* d'Yves Clot.

Accepter de parler de sécurité par le bout étriqué du poste de travail, en expliquant des événements accidentels du seul point de vue des caractéristiques personnelles, non liées à la clinique du travail, de celui qui tient ce poste, est une tromperie qui mobilise le réflexe sécuritaire. D'ailleurs, il est connu et reconnu, par les responsables eux-mêmes, qu'une approche compréhensive de l'entreprise, avec, en toile de fond, la sécurité, apporte toujours une meilleure protection de la santé. On peut ajouter que ce point de vue est conforté par les résultats de la récente étude sur *L'accident routier et ses victimes*, paru dans le numéro 185 du 4^{ème} trimestre de 2001 des *Cahiers de Notes Documentaires* édité par l'INRS. Une analyse des correspondances multiples de 1901 accidents routiers démontre que le risque d'accident mortel concerne majoritairement les hommes âgés de 40 à 49 ans, embauchés depuis moins d'un à trois mois et effectuant des horaires de nuit.

Donc, définir un poste de sécurité est une chose qui ne peut s'admettre que comme ne relevant que de la responsabilité du chef d'entreprise, qui organise et assume lui-même la sélection de sa main d'œuvre, sur d'autres critères que ceux de la santé, ce qui, dans ce cas, ne concerne pas le médecin du travail.

CONCLUSION

L'ensemble polyphonique qui accompagne la proposition de concept de « poste de sécurité » est quelque chose de très sophistiqué qui doit alerter et faire suspecter un piège à médecin. Présenter un concept, non élucidé dans son contenu, comme un enjeu vital, active un réflexe de type « stimulus-réponse » qui paralyse la pensée et pousse à l'action pour sauver le monde. En plus, c'est flatteur.

C'est pourquoi il faut déclencher un vrai débat qui montre que ce qui fragilise les postes de

sécurité ou la sécurité, ce n'est pas l'individu, ce sont les conditions de travail délétères et l'organisation du travail défectueuse. La clinique médicale du travail peut y contribuer.

Ainsi, est-il normal qu'un chauffeur poids lourd ne puisse dormir lorsque ses capacités de veille sont dépassées ?

Ainsi, n'est-ce que parce qu'ils sont sélectionnés sur ce critère, que les hommes affectés à des postes de travail particulièrement rudes, sales et polluants, boivent plus que les autres ? Une telle cartographie ne révèle-t-elle pas autre chose ?

En réalité, on le comprend aisément, la notion de sécurité, qu'elle soit d'ordre général ou

qu'elle qualifie un poste qui, par un quelconque désordre peut mettre en jeu une ou des vies humaines, dépend fondamentalement de celui ou de ceux qui ont le commandement en main. Et là se tient le réel lieu où se joue la sécurité, il est le poste de sécurité.

Alors si tout cela a un autre sens que celui vers lequel on nous oriente, la question de l'aptitude revient aux postulats du paragraphe précédent intitulé : « Réflexions éthiques ».

Fabienne Bardot
16 janvier 2002