



cancéreuses, onychophages, etc.

Le médecin du travail ne doit prendre en compte que les risques collectifs liés à l'activité qu'il intègre dans la veille sanitaire, dans son suivi clinique individuel et dans ses interventions à visée préventive.

## *S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT HISTORIQUE ?*

S'il était permis de faire l'hypothèse d'un accident d'écriture, dans la perspective d'un système de santé au travail qui semble vouloir s'orienter vers l'approche « à l'européenne », n'abordant que la prévention et la gestion des risques et délaissant la recherche des atteintes à la santé liées à l'activité, cela était sans doute une erreur. Laisser des médecins du travail en place qui repéreront les sujets les plus fragiles, permettra, en terme de diminution des maladies, de satisfaire à une logique assurancielles.

En réalité, pour appliquer cette prévention par une sélection initiale des « déjà malades » ou des plus fragiles, il suffit d'appliquer des barèmes qui existent déjà (liste des inaptitudes à la Fonction Publique, PS 24B de la SNCF), il faut seulement des médecins pour le faire, pour des raisons de droit. La sélection médicale est rendue possible par le Code de déontologie qui traite à part la « médecine de contrôle », et par « l'inaptitude-sélection » pouvant malheureusement toujours être déclarée par un médecin du travail.

Une telle orientation aurait l'énorme avantage de refouler les questions de psychopathologie et d'organisation du travail dont on ne veut plus entendre parler.

## *COMMENT PASSER À L'ACTION ET MANIFESTER UN DÉSACCORD ÉTHIQUE IRRÉDUCTIBLE AUX DÉCISIONS ADMINISTRATIVES ?*

**LA POSSIBILITÉ DE CRÉER UNE POLITIQUE DE FAIT ACCOMPLI EN SE COALISANT POUR ÉCRIRE DES ATTESTATIONS DE SUIVI MÉDICAL SYSTÉMATIQUES FAIT CONSENSUS.**

Il s'agira alors d'une infraction à la loi. Mais qu'importe, cette infraction sera en concordance avec des règles partagées. Et il est à parier qu'un fort pourcentage d'inspecteurs du travail ne sanctionnera pas les médecins du travail qui l'écriront et qu'aucun politique ne leur dira de le faire.

Dans les services interentreprises il sera utile de s'associer à un ou plusieurs pairs afin d'asseoir symboliquement cette action sur un cadre éthique précis.

On pourrait alors argumenter en faisant valoir qu'un avis de suivi médical couvre beaucoup plus un employeur car cela voudrait dire qu'on a les moyens de le faire.

**LE CONSEIL D'ÉTAT PRÉCISE LE SENS ACCORDÉ À LA « NON CONTRE-INDICATION ».**

Il s'agit de repérer des « sur-risques » individuels. Cela oriente vers la mutation ou vers l'inaptitude. Or l'article L.122-45 du Code du travail l'interdit puisqu'il s'agit alors d'une discrimination liée à un état de santé prévisionnel et non avéré, pouvant s'appuyer, pour partie sur des caractéristiques génétiques, elles-mêmes non utilisables comme critère de sélection (Loi n°2002-303, du 4 mars 2002, art. 4-III) y compris

en deuxième intention, par la voie détournée de l'inaptitude.

**COMMENT PEUT-ON DÉFINIR UNE CONTRE-INDICATION À UNE EXPOSITION AUX CANCÉROGÈNES ?**

Quels sont les éléments génétiques qui permettent de le faire ? Il faut poser ces deux questions absurdes au Ministère du travail. Peut-être le Ministre nous répondra-t-il qu'il suffit que deux grands-parents, l'un maternel, l'autre paternel, soient morts d'un cancer du poumon. Où peut-être les quatre grands-parents seront-ils nécessaires ?

Quelles sont donc les bases scientifiques de la non contre-indication ?

**EN CREUX, CE QUI COMPTE C'EST L'INAPTITUDE THÉRAPEUTIQUE OU DE PRÉSERVATION.**

Il s'agit d'un acte médical pur au sens où il influe immédiatement et directement sur l'évolution de la santé du sujet.

**LES ORGANISATIONS SYNDICALES, LES COMMISSIONS DE CONTRÔLE ET AUTRES PARTENAIRES SOCIAUX**

devront être informés de la mise en place des attestations de suivi médical et de la rationalité sous-jacente qui leur a donné naissance.

**IL FAUT PRENDRE UNE FERME POSITION PAR RAPPORT À LA CLINIQUE MÉDICALE.**

La clinique médicale du travail ne peut exister sans des rencontres périodiques qui n'ont de sens que dans le champ médical. Et le champ médical doit rester spécialisé dans le domaine du travail, sinon, les atteintes à la santé constatées ailleurs seront amputées des traces du travail. C'est le sens médical de l'accompagnement.

**IL DEVIENT URGENT DE SUPPRIMER L'APTITUDE.**

Jusqu'à ces dernières années « l'aptitude » ne posait pas de problème tellement elle était banalisée. Banalisée au point d'en être rendue invisible. Banalisée et « routinisée » au point que l'éloignement du mobile de sa mise en place (la sélection à l'embauche) évitait de le percevoir pour ceux qui l'utilisaient « les yeux fermés » ; c'est-à-dire tout le monde. Ce sont les « affaires » qui ont redonné la clairvoyance ; tout d'abord, l'amiante, puis les éthers de glycol et, récemment, les inégalités sociales de santé par CSP. Le décret CMR et l'avis du Conseil d'État ont fini de raviver les consciences en débanalisant l'aptitude en y accolant une étiquette médicale. L'effet d'absurdité devient alors saisissant.

Bien que l'aptitude n'ait été rendue obligatoire de façon systématique que depuis la parution du décret de 1979, comme Pierre Abecassis(1) l'a rappelé, elle apparaissait dans tous ces vieux dossiers médicaux que nous avons tous feuilletés et qui étaient confiés à des médecins dits « du travail », non diplômés de la spécialité qui n'existait pas encore et qui étaient,

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- L'aptitude ? Inapte ! *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, pages 297 à 301.

2- La prise en charge de la santé au travail : aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution. Conférence prononcée au congrès de la Société d'Ergonomie de la Langue Française, le 15 septembre 1999.

pour partie, des médecins militaires reconvertis. Historiquement (relire les analyses de Philippe Davezies[2] et Stéphane Buzzi et col.[3]) et culturellement (« *l'aptitude en milieu de travail a fonctionné, pendant toute une période, par analogie avec l'aptitude militaire* »[4]), pour eux, l'aptitude à l'embauche exigée réglementairement a vite été élargie à la systématisation. La globalisation était plus simple. Et tout le monde a suivi.

Ce « tout le monde a suivi » est problématique. Car il s'agit là d'un effet de la rationalisation instrumentale que les directives administratives entraînent.

C'est le cas de la culture du certificat médical à rédiger pour tout. Par exemple, depuis la sortie des textes sur l'application des 35 heures, la réglementation sur les horaires des apprentis s'est modifiée. Il est écrit que ces jeunes ne doivent pas faire plus de sept heures par jour sauf dérogation accordée par le médecin du travail. S'agit-il d'une question médicale ? Non. Et pourtant les inspecteurs du travail font une telle pression auprès des chefs d'entreprise que des médecins du travail cèdent à ces injonctions. Par exemple aussi, la sectorisation imposée aux services interentreprises, justifiée par des questions de cohérence d'un exercice professionnel et par des facilitations d'organisation en réseaux, autorise-t-elle pour autant des retraits autoritaires de grosses entreprises de médecins qui y assurent un accompagnement et en suivi que personne ne conteste au nom du principe « qu'il n'est pas normal qu'ils s'accrochent ainsi ». Quelle est la justification médicale à cela ?

Il est question de demander aux médecins du travail de faire les autorisations médicales à la conduite VL. Sur quelle justification médicale s'appuie-t-on ? Allons-nous y céder aussi sans raisonner ?

La Loi 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades pourrait constituer un autre argument en faveur de la suppression de l'aptitude. Cette loi s'applique bien aux médecins du travail puisqu'elle y inscrit la prévention comme objectif : « *les professionnels, les établissements et réseaux de santé contribuent avec les usagers à développer la prévention...* ». L'information fait partie des obligations des médecins qui y engagent leur responsabilité. Une aptitude routinière respecte-t-elle cette information ou, plutôt, n'est-elle pas en contradiction avec l'information apportée : « *Vous êtes apte à être exposé à un cancérigène dont je vous informe qu'il peut avoir un effet néfaste pour vous !* » ?

Nous sommes à un moment historique pour la médecine du travail qui serait coupable de ne pas s'aventurer sur le terrain politique pour une transformation du métier.

Et même si le ministère fait de la résistance à l'abandon de l'aptitude en affirmant qu'elle ne gêne pas les médecins.

Et même si le Conseil supérieur de prévention des risques

● ● ● ● ● ● ● ●

3- L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Conférence inaugurale du Congrès national de médecine et santé au travail. Juin 2002. Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental.

4- Extrait du texte de Pierre Abecassis cité plus haut.

professionnel en fait autant, ainsi que les employeurs.

C'est pourquoi l'association SMT décide de soutenir, en tant que personne morale, l'appel aux autorités morales et politiques et aux médecins du travail, lancé par l'équipe de l'ARACT.

## LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Le projet de décret sur la pluridisciplinarité a été précédé de la modification de l'article L.241-2 du Code du travail par la loi du 17 janvier 2002 qui remplace l'appellation « services médicaux du travail » par l'appellation « services de santé au travail ».

L'article 193-I de cette loi maintient que « les services de santé au travail sont assurés par » les médecins du travail, dont le rôle préventif est toujours d'éviter l'altération de la santé du fait du travail. La mission des médecins est donc bien définie.

En revanche, l'article 193-II de la Loi ne précise aucune mission aux services de santé au travail. Il ne spécifie que leur fonction de recruteurs de « compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ».

Les services de santé au travail n'ont donc aucun objet de leur activité déterminé, aucune raison sociale définie. Le projet de décret sur la pluridisciplinarité ne s'attache qu'à ces fameuses « compétences » ; on y parle :

- de « personnalités » et « d'organismes »,
- de « conventions » que les directeurs des Services de Santé au Travail passeraient avec ces « organismes »,
- d'un contrôle social qui ne serait qu'informé en cas de création ou de suppression de poste d'Intervenant en Santé au Travail (IST),
- de compétences médicales qui seraient proposées à d'autres médecins que des médecins du travail.

Dans ce décret, le médecin du travail disparaît du champ de la santé au travail. Aucune fonctionnalité, aucune articulation n'est abordée entre médecins du travail et IST (des modalités de collaboration ne sont prévues que pour les « compétences »).

C'est l'ouverture à la mise en place d'associations à but lucratif, se donnant l'évaluation des risques comme service commercial, employant des IST sans statut défini et des médecins non médecins du travail pouvant faire de la clinique médicale individuelle.

Le système de santé au travail s'oriente donc clairement et essentiellement vers la gestion des risques. Or, dans notre milieu, on le sait, nous sommes minoritaires à affirmer que les médecins du travail ne doivent pas y participer car ils seront sans marge de manœuvre lorsque la clinique médicale individuelle leur démontrera des effets sanitaires imprévus ou inconnus. Les compromis qu'autorise la gestion des risques professionnels du côté de la santé en arbitrants au mieux entre efficacité et santé, sont incompatibles avec le seul inté-

rêt pour la santé que le médecin du travail défend et s'engage à respecter, du seul fait de son contrat social(5). Ce dilemme, que beaucoup de médecins considèrent comme mineur et que beaucoup pensent pouvoir surmonter sans difficultés, peut, à un moment historique donné, se révéler redoutable. La meilleure illustration de tels pièges reste toujours « l'usage contrôlé de l'amiante » que beaucoup de médecins ont longtemps défendu.

La clinique médicale du travail n'étant pas ou peu reconnue en Europe, il est évident qu'aucun politique ne suivra notre ligne de proposition. La gestion des risques est une préoccupation dominante qui fera disparaître la médecine du travail. Les approches sont tellement différentes qu'il est peu probable qu'il y ait attraction des deux champs comme le montrent déjà les dissociations que les textes opèrent.

Peut-être faut-il alors s'accrocher au système de santé en s'adressant à la Direction Générale de la Santé ?

La santé est actuellement en négociation. La question des retraites en particulier va aller y chercher des informations.

● ● ● ● ● ● ● ●

5- Relire, à ce propos, le texte que Philippe Davezies a présenté à la journée *Pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques*, organisée par la SELF le 14 janvier 2001 à Paris et intitulé : *Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches de la santé au travail*

La mission de la santé publique étant de protéger les populations, la santé au travail ne semble pas émerger par la connaissance qu'elle tente d'apporter, et qu'elle devrait apporter, afin de faciliter cette action de protection contre les effets parfois délétères des conditions d'exécution du contrat de travail (exposition à des produits nocifs, organisation du travail maltraitante, etc.). Il n'est qu'à voir combien il est difficile, voire impossible de porter en débat public, sur le terrain politique, les questions de santé mentale, de pathologie cardiovasculaire, de TMS, de lombalgies que toutes les études utilisant les travaux de Karacek et de Siegrist confirment. On pourrait penser que si la santé des populations au travail relevait de la DGS, une certaine visibilité serait peut-être rendue enfin possible.

Il semble d'ailleurs que les Ministères de la santé et de la recherche commencent à s'interroger sur le grand retard de notre pays en santé au travail. La question des inégalités sociales de santé par CSP dont les cartographies recouvrent celles des bassins industriels, la surconsommation de médicaments psycho-actifs qui ne sont pas que « des pratiques commerciales de médecins généralistes un peu laxistes », sont des indices pour lesquels il faut trouver la juste réponse.

Se rapprocher de ces ministères, travailler avec des mouvements d'usagers de la santé, peuvent être des pistes d'action.

*Fabienne Bardot, Annie Deveaux,  
rapporteurs*

● ● ● ● ● ● ● ●