

TRANSPORTS ET POSTES DE SÉCURITÉ

APPROCHE CRITIQUE

DES RÈGLEMENTATIONS⁽¹⁾

MÉDECINE DU TRAVAIL ET/OU MÉDECINE D'EXPERTISE

La conduite d'engins de transports dans le cadre de l'activité professionnelle, qu'il s'agisse de véhicules légers ou lourds, d'avions, de bateaux et dans une moindre mesure sans doute puisqu'il existe un guidage par des rails, la conduite de train, a toujours représenté l'exemple type du poste de travail dit de sécurité, pour lequel une compétence médicale, celle du médecin du travail, serait requise afin que soit délivré un avis d'aptitude ou d'inaptitude, « garantie » que le titulaire du dit poste ne représente pas un danger pour lui-même ou surtout pour un tiers.

L'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire qui abrogeait l'arrêté du 7 mai 1997, tout en reprenant l'essentiel des affections médicales y figurant, s'enrichit, **dans ses principes**, de deux évolutions, qui nous semblent fondamentales. La première de ces évolutions est l'engagement personnel de la responsabilité du conducteur :

➤ « Avant chaque examen médical par un médecin agréé ou membre de la commission médicale, le conducteur remplira une déclaration décrivant loyalement ses antécédents médicaux, une éventuelle pathologie en cours et les traitements pris régulièrement. »

➤ « Tout conducteur de véhicule doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délais toutes les manœuvres qui lui incombent (art R.412-6 du Code de la route). Un conducteur atteint d'une affection pouvant constituer un danger pour lui-même ou les autres usagers de la route, pourra être amené à interrompre temporairement la conduite jusqu'à amélioration de son état de santé. »

.....

1- Communication présentée au 29^e Congrès national de médecine et santé au travail, Lyon le 31 mai 2007

Le législateur prend donc en compte des évolutions récentes :

- chaque individu, y compris au travail, est un citoyen responsable qui doit rendre compte de ses actes (Art L.230-3 du Code du travail) : « Il incombe à chaque travailleur de prendre soin..., de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. » ;
- la loi du 13 août 2004 donne à chacun accès aux données de son dossier médical ; chaque patient doit être dûment informé des effets d'éventuels traitements ;
- mais sans doute aussi de manière implicite, l'absence de pertinence et de validité d'examen médicaux pratiqués sur des individus *a priori* en bonne santé, en l'absence de données sur leurs antécédents, les traitements suivis, les modes de vie ;
- somme toute, que chaque individu est la personne la plus habilitée pour s'exprimer sur ses capacités et donc sur sa santé.

La seconde évolution prend en compte, dans les cas difficiles seulement, il est vrai, **l'activité de travail, c'est-à-dire la confrontation à la réalité**. En effet il est prévu qu'« occasionnellement, dans les cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite pourra être effectué ». Le législateur reconnaît donc bien que c'est en situation de travail que l'on peut juger des capacités d'un individu et que ce n'est pas un examen médical, fut-il enrichi d'une batterie de test, qui permet de se prononcer. Ceci est déjà pris en compte de longue date en aéronautique L'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique

civile, fixe des normes médicales à laquelle doivent répondre ces personnels.

Le médecin du travail n'intervient pas dans la définition de l'aptitude. Ces normes sont mesurées par un Centre d'expertise de médecine aéronautique (le CEMA). En cas de conditions d'aptitude médicale non remplies, la décision d'accorder ou non des dérogations est prise par le Conseil médical de l'aéronautique civile (CMAC), qui peut accorder des dérogations, après avoir pris en considération les dites normes médicales, les latitudes d'application, l'état des connaissances, ainsi que :

- La déficience médicale considérée dans l'environnement opérationnel.
- La capacité, la compétence et l'expérience du candidat dans ses conditions d'exercice.
- Éventuellement, les résultats d'un contrôle en vol ou en simulateur à des fins médicales effectué à sa demande.

Beaucoup plus inquiétante et préoccupante est la directive RH 0409 incluse dans l'arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle du personnel habilité à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau ferré national, d'abord, parce **qu'elle donne une définition très large des postes de sécurité, environ 1 emploi sur 2 mais aussi pour la liste des affections énumérées.** Cette liste n'est pas superposable à celle de l'arrêté du 21 décembre 2005 : elle est à la fois beaucoup plus large et beaucoup plus floue pour la majorité des affections, et extrêmement précise pour des paramètres mesurables de la vision et de l'audition.

Plusieurs questions méritent discussion :

- Qu'est ce qu'un poste de sécurité ?
- Qui définit un poste comment étant un poste de sécurité ?
- Existeraient-il des critères médicaux garantissant que jamais des individus présentant un danger pour autrui ne soient employés à des postes dits de sécurité ?
- S'il existe de tels critères médicaux, pour des individus en âge de travailler, est ce au médecin du travail d'exercer cette mission de « tri sanitaire » ?

Le Comité national consultatif d'éthique, avait rendu en octobre 1989, il y a donc plus de quinze ans, un avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise, **à propos des postes de sécurité**, avis ainsi rédigé : « *Il est indispensable que soient déterminés avec précision les emplois présentant des risques tels que le dépistage doit s'imposer. Il ne saurait appartenir à l'employeur de décider unilatéralement et de son propre chef quels sont les emplois remplissant cette condition. Il doit appartenir aux services du Ministère du travail, et en particulier au Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels (CSPRP), d'arrêter éventuellement, après avis d'un Comité d'Éthique, la liste des emplois dont il s'agit.* »

Le CSPRP a posé en juillet 1990, le principe que rien ne justifie la mise en place systématique d'un dépistage. L'employeur ne peut demander à un candidat que des rensei-

gnements présentant un lien direct et nécessaire avec l'emploi : donc par exemple s'il est titulaire du permis de conduire et peut le présenter. L'employeur peut également effectuer un alcootest pour faire cesser une situation dangereuse et non pour justifier un état susceptible d'entraîner la constatation d'une faute. Force est de constater :

- qu'il n'y pas de vraie réglementation pour les postes dits de sécurité ;
- que ce terrain est un champ libre laissé à l'employeur et au système de normalisation ;
- que l'État semble laisser les employeurs définir le droit.

Concernant maintenant les critères médicaux **personnels** de sur-risque, fondés scientifiquement, toujours pour des individus en âge de travailler, la littérature scientifique, concernant les accidents de la route, ne nous apporte guère d'éléments, y compris, pour ce qui paraît de bon sens :

- par exemple, les déficiences visuelles, qu'il s'agisse d'individus présentant une vision monoculaire, ou des anomalies de la vision des couleurs.
- mais aussi pour des pathologies fréquentes, comme le diabète, type 1 ou 2, on ne retrouve pas non plus de sur-risques et pourtant, le diabète, étant une maladie très répandue, nombre de professionnels de la route sont atteints. Là encore la majorité des études confirment notre expérience clinique quotidienne : les individus apprennent à se connaître, à repérer les premiers signes de malaise, à anticiper ces malaises, bref à travailler avec l'expérience de leur maladie (en fonction des marges de manœuvre qu'autorise l'organisation du travail).
- pour la comitativité, les cardiopathies, les résultats concernant le lien entre risque routier et pathologie sont également en faveur d'une attitude tolérante.
- concernant les risques liés à la consommation de substances psycho actives qu'il s'agisse de produit licite ou illicite, les résultats de l'étude SAM viennent enrichir notre réflexion sur les postes de sécurité puisque la majorité des accidents mortels du travail sont des accidents de circulation et qu'ils sont donc intégrés à cette étude :
 - ➔ faible prévalence des stupéfiants autres que le cannabis ;
 - ➔ confirmation d'une relation dose effet pour le cannabis et l'alcool ;
 - ➔ prévalence de conducteurs circulant sous influence cannabique comparable à celle de conducteurs sous influence de l'alcool mais nombre de victime attribuable au cannabis 10 fois moindre ;
 - ➔ nombre de victimes attribuables au cannabis sensiblement identique au nombre de victimes attribué à la conduite sous l'effet d'une **alcoolémie tolérée** par la réglementation actuelle ;
 - ➔ nombre important de victimes chez les jeunes hommes de 18 à 25 ans ;
 - ➔ accidents plus nombreux le week end et la nuit.

Le problème majeur reste donc toujours l'alcool. Il s'agit certes toujours d'un problème individuel mais aussi d'une question d'ordre public qui relève du pouvoir poli-

tique et de sa capacité à légiférer sur des consommations de produits bien tolérés socialement.

Toujours concernant les postes dits de sécurité, les substances psycho actives et plus directement notre métier, une étude menée dans les services de médecine du travail de la région Nord/Pas-de-Calais : le nombre de personnes ayant consommé du cannabis ou des substances susceptibles d'altérer la vigilance est plus important et augmenterait chez les salariés accédant à un poste de sécurité. Mais aussi, il y aurait beaucoup d'intérimaires ou de travailleurs précaires affectés à ces dits postes de sécurité. On peut faire l'hypothèse que l'emploi de psychotropes non médicalisés que sont ces drogues n'est pourtant pas indépendant de trajectoires professionnelles difficiles et qu'il permet de tenir.

Dans ces conditions, le médecin du travail mais aussi les pouvoirs publics devraient légitimement s'interroger sur une organisation du travail qui confie les postes de sécurité à des travailleurs précaires. En dehors d'une responsabilité de l'alcool déjà évoquée dans les causes d'accident de circulation, l'autre facteur repéré avec certitude est la dégradation de la vigilance :

- en lien avec les biorythmes et donc la fatigue : dans les transports terrestres comme dans les transports guidés, les pics maximum de survenue des accidents se situent entre 2 h et 6 h du matin et en début d'après midi entre 14 h et 16 h, c'est-à-dire aux heures où se produisent des diminutions biorythmiques de la vigilance ;
- en lien avec la privation de sommeil (problème du travail posté et des horaires atypiques) ;
- en lien avec certaines situations de stress ;
- en lien avec l'utilisation du téléphone portable, par exemple, avec un risque d'accident multiplié par un facteur 4, quelque soit le type de téléphone utilisé.

La dégradation de la vigilance renvoie donc bien souvent à l'organisation du travail. Et pourtant le législateur n'a pas interdit le transport routier nocturne, et n'a jugé répréhensible que l'usage du téléphone cellulaire tenu à la main, comme la majorité des pays de l'Union Européenne, l'Australie et plusieurs états américains.

Il nous faut donc bien retenir que les gouvernements prennent des mesures d'ordre public pour protéger les populations, **mais le plus souvent sur des critères de validation sociale.** Les professionnels de santé, quant à eux, **doivent toujours s'appuyer sur des critères de validation scientifique** comme il est précisé dans le Code de déontologie médicale : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »

La détermination de l'aptitude au poste de travail et donc à des postes de sécurité constitue t-elle un élément important de la mission du médecin du travail telle que l'a définie la loi de 1946, et que la récente réforme du 28 juillet 2004 n'a pas modifié ?

Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, **en adaptant le travail à l'homme.**

Le Code de déontologie est là aussi très clair :

- un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ;
- un médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter. Tout exercice en médecine, y compris le contrôle patronal, respecte cette règle déontologique, qui consiste à préciser le cadre de l'exercice à la personne examinée.

Le médecin du travail n'est pas un médecin expert. Il a une mission de conseil auprès des salariés, des employeurs et des représentants du personnel. La directive RH 0409 de la SNCF qui nous préoccupe, stipule quant à elle que l'examen d'embauchage a pour seul objet de déterminer si le candidat est médicalement apte à accomplir un service régulier dans les emplois de la spécialité pour laquelle il postule, notamment pour les emplois nécessitant une habilitation à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau. Les examens annuels et examens de reprise après arrêt de travail ont également pour objet de vérifier le maintien de l'aptitude.

Cette directive,

- précise quels examens doivent être effectués (examen ophtalmologique, examen audiométrique, examen biologique de dépistage des substances psychoactives, examen cardiologique pour les agents appelés à exercer la fonction de conducteur) ;
- elle donne une liste d'affections, sans norme médicale, ni latitude d'appréciation, liste à partir de laquelle le médecin du travail se prononcera au cas par cas, liste très longue qui n'est pas superposable à l'arrêt du 21 décembre 2005.

Examinons successivement **pour la vision des couleurs**, ce que prévoient les arrêtés concernant le permis de conduire du groupe léger et du groupe lourd, la directive SNCF et l'aptitude du personnel technique navigant professionnel de l'aéronautique civile (en italique les textes de référence) :

- Permis de conduire du groupe léger : *Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti.*
- Permis de conduire du groupe lourd : *Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti, en raison des risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule.*
- Directive SNCF : Conditions d'aptitude pour le poste de conducteur : *Sens chromatique normal, médicalement constaté à l'aide des tables pseudo-isochromatiques d'Ishihara et éventuellement par d'autres explorations.*

- Aéronautique civile :
 - La perception normale des couleurs se définit comme la capacité à réussir le test d'Ishihara ou à être considéré comme trichromate normal à l'anomaloscope de Nagel.
 - Le candidat doit avoir une perception normale des couleurs ou une vision colorée sûre. En cas d'échec au test d'Ishihara, la vision des couleurs peut être considérée comme sûre si une exploration approfondie selon une méthode reconnue par le CMAC (anomaloscope ou lanternes colorées) est satisfaisante.
 - Le candidat échouant aux tests de perception des couleurs reconnus par le CMAC est considéré comme n'ayant pas une vision sûre des couleurs et doit être déclaré inapte.
 - Le test d'Ishihara (édition 24 planches) est considéré comme réussi si les quinze premières planches sont identifiées sans erreur, sans doute, ni hésitation (moins de 3 secondes par planche). Les planches doivent être présentées au hasard.
 - Le candidat qui échoue au test ci-dessus peut toutefois être déclaré apte s'il identifie sans erreur ni hésitation les feux colorés utilisés en aviation, émis au moyen de la lanterne chromoptométrique de Beyne, présentés pendant 1 seconde sous une ouverture de 3 minutes et à une distance de 5 mètres.

En expertise aéronautique, les conditions de réalisation des tests explorant la vision des couleurs sont rigoureusement définies, ce qui n'est pas le cas à la SNCF (8% de la population masculine est concerné).

Cette directive est donc bien discriminatoire du point de vue de la santé. C'est donc bien de sélection biologique de main d'œuvre qu'il s'agit. Cette approche discriminante ignore complètement les savoir-faire de prudence qui font que les travailleurs sont riches de leurs expériences de confrontation à la maladie quand elle n'est pas brutale, et de leur expérience professionnelle dans cet état. Ainsi pour un médecin, si la vigilance est liée à l'équilibre d'un traitement (épilepsie, diabète...), ce qui est important est de pouvoir établir une relation de confiance pour accompagner et prévenir les facteurs de déstabilisation du traitement, les facteurs de l'organisation du travail dits facteurs psychosociaux étant les plus nombreux, touchant l'ensemble des travailleurs bien souvent indépendamment de leur état de santé antérieur. Éventuellement le médecin du travail prendra des décisions médicales, de la restriction d'aptitude à l'inaptitude temporaire, dans le cadre d'un consentement éclairé du travailleur, mais pourra aussi poser des questions sur le poste de travail, en repérer les éléments de contrainte, accompagnera le salarié vers un reclassement définitif si nécessaire. Un salarié « fragilisé » par une pathologie, est pour le médecin à la fois une sentinelle et un allié porteur de solutions d'aménagement et de prévention intéressantes pour l'ensemble des salariés. Par ailleurs, les études portant sur la récupération d'incidents montrent que l'individu au travail, dans certaines situations critiques d'insécurité, est le plus souvent l'ultime facteur de fiabilité. Par sa connaissance, son expérience, son savoir faire, il rattrape des erreurs de conception

des systèmes et compense ce qui n'a pas été prévu par l'organisation du travail. Notre expérience et une pratique de près de 25 ans, de médecin du travail en service interentreprise assurant le suivi de salariés du BTP et des transports et de médecin en centrale nucléaire, nous autorisent à dire : **que la médecine du travail doit être construite sur un accompagnement médical exercé avec la confiance du salarié, comme tout exercice médical de première ligne.** Dans cet exercice de la médecine du travail, c'est la clinique médicale du travail qui est centrale.

La confiance constitue le fondement et la condition même de l'exercice médical en médecine du travail, et toutes les décisions, sauf privation temporaire de liberté (décompensations psychopathologiques aiguës), doivent donc avoir le consentement de l'agent. Cette confiance nous a permis d'accompagner des salariés, conducteurs poids lourds ou technico-commerciaux, atteints de SEP, SAS, d'IDM, de rétinite pigmentaire, d'addiction à l'alcool, etc. Les rares accidents mortels que nous avons eu à connaître, pendant notre activité, y compris pour la SNCF d'ailleurs dans le cadre d'une activité associative, étaient liés à l'organisation du travail.

Rappelons que la France, qui a accepté que depuis 1946, la médecine du travail s'organise autour de l'**aptitude sélection**, est le pays d'Europe où existent les plus fortes inégalités sociales de santé, et que les différences de santé sociales les plus importantes trouvent leur origine dans le travail.

Annie DEVEAUX, Dominique HUEZ

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ Rapport UMRSETTE n°0501, janvier 2005, http://www.inrets.fr/ur/umrestepublications/0501-Davezies_Charbotel.pdf
- ♦ Collections de l'INRETS, synthèse N°38, juillet 2001, *Sécurité ferroviaire et facteurs humains, apport de la chronobiologie de la vigilance*
- ♦ Collections de l'INRETS, actes INRETS N°91, septembre 2003, *Facteurs de dégradation de la vigilance et insécurité dans les transports*
- ♦ Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM), synthèse des principaux résultats, septembre 2005, OFDT, LAB PSA, INSERM, CEESAR, INRETS
- ♦ J.O. du 13 mars 2005, arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile
- ♦ J.O. du 24 août 2003, arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national
- ♦ J.O. du 28 décembre 2005, arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.