

## Le travail... c'est la santé la santé au travail... une pratique en question

Paul Frimat

[paul.frimat@univ-lille2.fr](mailto:paul.frimat@univ-lille2.fr)  
Université de Lille 2

AU SUIVANT! Lorsqu'on évoque la médecine du travail chez un salarié de plus de 50 ans, on pense obligatoirement à un cabinet obscur au fond d'un couloir. Poids, tension, pouls, un coup d'œil sur la langue, le froid du stéthoscope sur le dos, un petit coup de pouce sur le foie. Bon pour le service! Avec en prime la crainte d'une indiscretion défavorable auprès de l'employeur.

Sous-médecin aux ordres du patron, le médecin du travail? Aujourd'hui, moins que jamais! Soixante années après sa naissance, si une image vieillotte persiste, le médecin du travail est devenu non seulement un exemple quasi unique de médecine de prévention dans le système de santé français, mais aussi un spécialiste performant des conditions de travail. Et un interlocuteur de poids face aux directions d'entreprise.

C'est effectivement en 1946 qu'est née cette institution originale qu'est la médecine du travail. Au départ, il faut bien l'avouer, principalement basée sur une approche essentiellement individuelle, la notion d'aptitude y occupait une place centrale qu'il conviendra de mieux préciser au sein du système de santé (A). Ce système a connu des évolutions où l'approche individuelle s'est peu à peu couplée à une dimension plus collective, laissant cependant encore un système largement perfectible. Dans ces évolutions, la décision d'aptitude s'est, quant à elle, complexifiée (B). De nombreux rapports ont été écrits ces cinq dernières années... une loi sera sans doute prévue fin 2009, 2010.

Mais qu'en sera-t-il de la pratique, quelle réalité perdurera? Apte/Inapte... Comment peut-on aider à la compatibilité entre droit à la santé et droit au travail? **En quoi le système français de l'aptitude et de l'inaptitude a pu offrir des garanties pour l'employeur, le salarié, la société (C)?**

### A/ LA PLACE DE L'APTITUDE DANS LE SYSTEME DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'avis d'aptitude constitue un véritable passeport pour l'emploi, qu'il s'agisse d'obtenir un emploi ou de le conserver. Cette décision est source de polémique, tant en ce qui concerne les contraintes réglementaires qui la gouvernent, qu'en raison de la mise en jeu éventuelle de la

responsabilité du médecin du travail, ou des incertitudes qu'elle véhicule (entre prévention et sélection). L'aptitude, non définie dans le Code du travail, peut être conçue comme l'adéquation entre un certain état de santé du salarié et les différentes contraintes physiques, psychiques et organisationnelles du poste de travail auquel il est affecté. La notion d'aptitude n'apparaît pas comme une notion bien définie et stable mais comme un point d'équilibre fragile entre l'homme et son travail. C'est la compatibilité optimale entre le salarié et son poste de travail et cela correspond à une synthèse de la connaissance qu'a le médecin du travail de l'entreprise, du poste de travail et de l'état de santé du salarié.

Ainsi, ce dispositif établi en 1946 institue une obligation dans chaque entreprise, met en place une organisation originale fondée sur l'universalité, l'orientation exclusivement préventive; la prédominance d'une approche clinique individuelle est par ailleurs une autre caractéristique du modèle français de la santé au travail.

Limitée à l'origine à l'embauche et à la rupture de la relation de travail lorsque le travailleur ne pouvait plus occuper son poste de travail, la notion d'aptitude a finalement été généralisée à la totalité des examens médicaux pratiqués par le médecin du travail, incluant les visites périodiques annuelles (devenues pour la majorité des salariés bisannuelles en 2004) et celles de reprise après une absence d'au moins huit jours consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ou après un arrêt pour maladie d'au moins vingt et un jours, par les décrets du 27 novembre 1952 (qui opte pour une véritable médecine de « visites à la chaîne »), des 20 mars 1979 et 16 août 1985.

Ainsi, l'aptitude est devenue progressivement la notion centrale de la médecine du travail et les évolutions constatées depuis le milieu des années 1970 n'ont pas sérieusement remis en cause ce constat.

En effet, d'un côté, des inflexions importantes ont marqué les missions confiées aux médecins du travail. De l'autre, la place centrale de l'aptitude/inaptitude a été renforcée du fait des évolutions législatives mais aussi du contexte économique.

En étudiant ainsi l'évolution du concept aptitude/inaptitude (rapport Gosselin 2007), concept d'ailleurs non défini par le Code du travail, on peut s'interroger sur l'impact de ce dispositif.

Il reste certain que la mise en place du dispositif à l'embauche en 1946 avait surtout pour but à la fois de lutter contre les maladies contagieuses, dont la tuberculose, d'assurer un minimum de prise en charge de la santé dans la période d'après-guerre, d'éviter les risques de maladies professionnelles; la mission préventive de la médecine du travail est interprétée essentiellement dans le sens de la prévention tertiaire. Ainsi, le rôle premier assigné aux médecins du travail est alors de s'assurer que chaque travailleur, individuellement, ne présente pas les symptômes d'une pathologie résultant de son emploi, ou susceptible d'être aggravée par lui, le rendant ainsi inapte à l'occuper.

Durant cette période (de 1946 aux années soixante-dix), de nombreux médecins du travail ont développé des suivis médicaux, diagnostiqué diverses pathologies, amélioré l'état de santé des « travailleurs »... individuellement... et collectivement.

Oui, dans cette période, le dispositif aptitude a sans doute permis une garantie « d'amélioration de la santé » pour chacun des acteurs.

Oui, durant cette période, ce même dispositif étendu d'ailleurs ensuite à toutes les visites réalisées par le médecin du travail a sans aucun doute forgé l'image de la discipline. Visites systématiques

obligatoires qui aboutissaient à un avis d'aptitude, mais qui permettaient de conforter une « rencontre » médecin-salarié à l'intérieur d'une approche globale des liens entre la santé et le travail.

Mais ce même dispositif, lié à l'organisation des services de santé au travail, a maintenu le dispositif dans « une médecine de l'aptitude » en absorbant l'essentiel du temps médical disponible au détriment des actions du médecin du travail sur le milieu de travail, d'une surveillance plus poussée des salariés les plus exposés, et de son intervention décisive dans le domaine de l'adaptation des postes de travail, du reclassement, du maintien à l'emploi.

De même, si ce dispositif n'a pas permis un véritable développement de la démarche de prévention, il a été aussi un échec en matière de données médicales collectives, de vigilance sanitaire.

Ainsi, si le dispositif aptitude/inaptitude en 1946 semble protecteur pour le salarié et la société, il deviendrait « aléatoire » actuellement.

Là où la notion d'aptitude « physique » à un poste de travail pouvait se comprendre, la même notion appliquée aux risques à effets différés du type par exemple de ceux qui résultent de l'exposition à des produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) perd beaucoup de son sens. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler que les travailleurs exposés à l'amiante ont été déclarés aptes pendant des décennies avant de développer les pathologies liées à l'exposition à ce matériau.

De même, le développement très rapide des pathologies d'origine psychosociale conduit les médecins du travail à approcher différemment les notions d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail (l'aptitude du salarié concerné par ce type de pathologie à tenir son poste de travail n'étant pas en elle-même en cause, mais bien sa capacité à le tenir dans l'environnement professionnel précis de l'atelier, du service, voire de l'entreprise).

Si cette notion pouvait présenter un certain intérêt lors de la mise en place de la médecine du travail en 1946, le contexte sanitaire a beaucoup changé. Les maladies contagieuses, notamment la tuberculose, sont mieux maîtrisées, et la population bénéficie, dans son ensemble, d'une surveillance médicale en ville plus développée qu'à l'époque. Les motivations de santé publique qui présidaient pour partie à la vérification de l'aptitude des travailleurs ont pour l'essentiel disparu, ce qui ne signifie pas que toute préoccupation de santé publique doit être définitivement écartée. On constatera au contraire qu'elles demeurent très présentes mais de façon très différente.

Qui plus est, la détermination de l'aptitude passe nécessairement par la connaissance du travail et celle du salarié, mais surtout, se complexifie dans le contexte actuel au regard tant des nouveaux risques professionnels, que des nouvelles organisations et aussi des attentes sociétales.

## **B/ L'APTITUDE : UNE DÉCISION DIFFICILE DANS UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION**

Préserver la santé de l'homme au travail est une mission complexe et atteindre cet objectif nécessite une connaissance du salarié et de son environnement, de l'entreprise qui l'emploie, du poste de travail qu'il occupe.

Ce trépied fondamental est indispensable pour émettre un avis pertinent sur l'aptitude au travail, pour mettre en œuvre une surveillance adaptée et pour comprendre et analyser une situation de

travail afin de tenter d'améliorer les conditions de travail.

C'est en regroupant toutes ces informations que l'on peut passer de la dimension individuelle des problèmes de santé au travail à la dimension collective concernant la population surveillée.

La consultation médicale permet de percevoir la dimension individuelle de la santé et du risque, d'interpréter les symptômes inaccessibles à d'autres disciplines et de prodiguer des conseils personnalisés. Il est de nombreux cas où le médecin du travail aide l'individu à supporter son handicap et à « construire » son aptitude pour se maintenir au travail tout en évitant les altérations les plus graves pour sa santé.

L'activité sur les lieux de travail permet de comprendre la situation de travail, d'établir le constat et de construire le message de prévention destiné aux salariés et (décideurs?) en la matière.

Les textes réglementaires déterminent, en fonction des risques ou des situations, les conditions dans lesquelles le médecin du travail doit intervenir, donner ses avis et faire des propositions. Mais il y a parfois loin de la réglementation à la pratique quotidienne.

Ainsi, les choix s'accommodent mal de la logique rigoureuse d'un algorithme et les décisions, en matière d'aptitude notamment, sont souvent le fruit de compromis. Compromis entre les règlements, les conventions, les bornes de la connaissance, les obstacles à notre information, les entraves à nos actions et l'avis de l'intéressé concerné au premier chef.

**Le médecin est alors seul à choisir le poids à donner à chaque argument, médical, professionnel et social, pour proposer une solution.**

Le suivi individuel des salariés pourrait devenir aléatoire, limitant ainsi une des sources d'information sur l'état de santé, les conditions de travail et le vécu et nous privant du même coup de la possibilité de faire le lien entre l'individu et le collectif dans les problèmes de santé au travail.

Si la déclaration des risques auxquels sont exposés les salariés incombe aux employeurs, dans la pratique force est de constater que le médecin du travail est rarement tenu informé comme le prévoient les textes.

Pivot actuel de l'activité du médecin du travail, la formulation de l'aptitude, comme moyen de préserver la santé des salariés, apparaît alors dans bien des cas illusoire.

Cet avis d'aptitude peut être lourd de conséquences, surtout dans ce contexte de crise. Le médecin du travail peut être confronté à une alternative dramatique : droit à la santé ou droit au travail. Il devra aider le salarié à trouver une solution acceptable pour lui, sans oublier qu'elle doit être acceptable pour la collectivité.

Or, face à la nouvelle donne imposée par la précarisation du travail, nos moyens deviennent inopérants et notre marge de manœuvre se rétrécit dangereusement. En effet, du fait de la précarisation, le droit au travail pour tous est compromis et les inégalités s'accroissent. Dans un tel contexte, pour bon nombre de travailleurs, le droit au travail prime sur tout, y compris sur la santé.

Face à l'individu et à son histoire singulière, le médecin va trancher au-delà des recommandations réglementaires dans le but espéré de préserver la personne. Formuler une aptitude n'est jamais un acte de routine. C'est toujours prendre une décision, même s'il s'agit de décider de ne pas soulever des problèmes « gérés » par d'autres : *par le salarié*, qui compose avec le risque à

prendre pour sa santé et la perte de salaire qu'il est éventuellement prêt à accepter, *par l'équipe de travail* qui va assumer une part supplémentaire du travail par solidarité, *par l'employeur*, parfois tolérant et compréhensif.

La détermination de l'aptitude est un exercice difficile dans les cas favorables, il n'y a pas de salarié en parfaite santé, pas plus que de travail sans risque, et de notre décision peut dépendre le maintien ou la rupture d'un contrat de travail.

Beaucoup de restrictions d'aptitude ne seront pas formulées (afin de préserver l'emploi notamment). Dans certains cas pourtant, à défaut de pouvoir prescrire pour chacun le poste de travail adapté, des réserves ou une inaptitude, peut-être abusives, seront prononcées.

Ainsi, le médecin se trouve dans l'incapacité de remplir sa mission de prévention. Pire, dans certains cas, il devient lui-même un agent supplémentaire de précarisation! Le médecin du travail se trouve confronté à des choix auxquels préside une autocensure de plus en plus pesante, source de réels problèmes éthiques. Mais déroger, interpréter, contourner la réglementation et les obstacles pour tenter de préserver l'individu n'est pas sans conséquence pour la collectivité. Toutes ces décisions individuelles, toutes ces dérives additionnées prennent du poids et risquent d'entériner des situations inacceptables.

En s'autocensurant délibérément, le médecin du travail ne joue plus son rôle de sentinelle et de descripteur. Il faut lutter contre tous ces débuts de compromission qui faussent la réalité et bloquent la remontée de l'information, car si nous avons une responsabilité face à l'individu, nous en avons également une, majeure, face à la collectivité.

En un mot, le régime de l'aptitude (système français) a-t-il offert et offre-t-il encore des garanties pour chacun des acteurs?

## **C/ LA DISSOLUTION DE LA NOTION D'APTITUDE ET SON ACTUELLE REMISE EN CAUSE**

En dehors des « risques nouveaux », les difficultés en matière d'aptitude résident aussi dans le turn-over des diverses technologies entraînant des modifications successives du poste de travail des salariés et qui devraient susciter autant d'exams médicaux que de polyvalence, et ce, quel que soit le secteur d'activité. En effet, dans les secteurs de production, les salariés sont chargés, comme dans les secteurs de services et de communication, de résoudre un problème qui les amène à effectuer différentes tâches consécutives quitte à occuper ainsi plusieurs postes traditionnellement individuellement attribués. Que devient l'aptitude à un poste de travail dans cette nouvelle distribution des rôles au sein de l'entreprise?

Enfin, l'explosion du travail précaire dans le marché du travail actuel achève de dissoudre le sens de l'aptitude pour plusieurs raisons. Ces salariés nomades voient plusieurs médecins du travail par an qui peuvent poser des avis contradictoires car non fondés sur les mêmes informations. Ce nomadisme médical est couplé à une méconnaissance des conditions de travail faute de temps, de coordination entre les différents médecins et compte tenu du faible temps de passage de ces salariés en entreprise. Enfin, il n'existe pas de centralisation des informations pour un meilleur suivi de ces salariés et de leur exposition.

Il est donc opportun de remettre en débat le concept d'aptitude médicale au poste, ce qui est actuellement envisagé, afin de prendre en compte tant l'évolution du travail humain que celui du rapport des salariés à leur santé. Les salariés expriment des plaintes qui ne se rapportent plus seulement au corps. Elles portent sur l'atteinte à la dignité, au respect, mais aussi à la perte de

valeur, au défaut de reconnaissance, au manque de gratification personnelle.

Nous sommes dans la zone de danger, car les textes réglementaires ne prennent pas en compte les difficultés pratiques d'application. La complexité, la précision et la rigidité des textes sont elles-mêmes source de difficultés et ouvrent la porte à des dérives et à des dérogations incontournables si on ne veut pas se trouver piégé dans une fonction de triage qui serait de décider : « apte » ou « inapte ». Cela constituerait la dérive ultime vers une médecine du travail de sélection qui est irrecevable d'un point de vue éthique.

La finalité de la mission du médecin du travail est bien plus large que de permettre simplement au plus grand nombre d'accéder et de se maintenir au travail, elle est de lui permettre de construire sa santé et son équilibre « santé au travail ».

Il nous semble que se pose là, à terme, la place des médecins du travail dans notre société. Doivent-ils être les garants de la « normalité » de l'homme au travail et de la cohérence du système dans lequel il évolue?

Sans nul doute, la réponse est négative. Mais nous avons, c'est certain, un rôle d'expert et de sentinelle et nous nous devons de témoigner de ce que signifient pour l'homme au travail tous les compromis nécessaires pour le maintien de cette « normalité ». C'est pour nous un devoir éthique.

Seuls les médecins du travail peuvent avoir une approche globale des liens entre la santé et le travail, et se doivent d'être clairement du côté de la santé. C'est l'approche médicale particulière de l'homme et des lieux de travail qui constitue notre spécialité.

Il nous faut rester avant tout médecin, clinicien, ouvert à l'homme au travail, à l'homme qui se prépare au travail, dans un monde qui bouge et où risque de s'accroître le décalage entre les aspirations de l'individu et les exigences de la société. Au médecin de dire ce qui est bon ou ce qui est nuisible pour la santé, mais à la société de choisir ce qu'elle veut privilégier. Nous n'avons pas à cautionner l'évolution de notre société dans ce qu'elle comporte comme failles. La société est responsable de ses choix et doit en assumer les conséquences. On peut se demander si, en essayant d'élargir la notion de médecine du travail à celle de santé au travail, on se fait l'outil de la promotion de la productivité ou si on essaie bien d'allier harmonieusement la santé de l'entreprise à la santé de l'individu. Il faut redouter une démedicalisation de notre exercice qui rendrait vaine une politique efficace dans le domaine de la prévention secondaire, alors même qu'elle n'est pas compensée par une prévention primaire opérante.

C'est tout l'enjeu des réflexions en cours et de la mise en place future des nouvelles dispositions législatives.

## Références bibliographiques

Aubin C., Pélissier R., De Saintignon P., Veyret J., Conso F., Frimat P. *Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail*. IGAENR/IGAS, octobre 2007.

Fantoni S. *Les transformations technologiques et la santé des salariés*. Semaine sociale Lamy, octobre 2005, n° 1232, 22-27.

Gosselin H. *Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives*. Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007.

*La médecine du travail après la réforme de 2004*. Semaine sociale Lamy, octobre 2005, n° 2232,

55-59.

*Santé et travail : Actualité et dossier en santé publique* Haut comité de la santé pPublique, décembre 1994, n° 9.

