

APTITUDE MÉDICALE EN SANTÉ AU TRAVAIL : ASPECTS ÉTHIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX

A. DÔMONT

Résumé

La notion d'aptitude médicale a évolué du début du 19^{ème} siècle à nos jours. Elle s'appréhendait **au départ** comme une évaluation des capacités médicales et une recherche de contre-indications à la réalisation d'une activité, sans que le médecin n'ait à traiter des conditions environnementales dans lesquelles le sujet examiné aurait à les réaliser.

Cette action médicale a tout d'abord concerné la médecine de sélection des armées, puis à partir de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle la médecine d'usine. L'intervention de cette dernière avait une approche médicale similaire à la précédente mais elle concernait cette fois certaines catégories de travailleurs considérés alors comme privilégiés. Cette action s'est poursuivie jusqu'à la fin de la première moitié du 20^{ème} siècle. Le rôle du médecin d'usine consistait principalement à sélectionner les travailleurs les moins susceptibles de présenter un sur risque médical et psychologique d'accident du travail, puis de maladie professionnelle indemnifiables. Le médecin s'intéressait à l'hygiène du travailleur, mais quasiment pas, ou très difficilement, à l'hygiène industrielle dans les ateliers où sa présence était mal comprise...

A partir de la promulgation de la loi du 11 octobre 1946 le rôle du médecin s'est étendu à la surveillance de l'impact du travail sur la santé des travailleurs. Convergence de l'évaluation des capacités médicales à effectuer les tâches avec le développement de l'hygiène industrielle. L'optique est alors la prévention des conséquences, sur la santé individuelle et sur l'état sanitaire collectif, des activités professionnelles et de l'environnement du travailleur à son poste (art L 241-2).

Dès le décret de 1947 l'examen médical d'embauche s'est vu obligatoirement assorti d'une conclusion médico administrative : **l'avis d'aptitude médicale au poste de travail**. La recherche de la non-contagion, prévue dans ce texte à une époque où la tuberculose était épidémique, associée à la détermination de l'aptitude médicale au poste ont pris le pas sur le traitement collectif de l'hygiène industrielle: adaptation des conditions de travail au poste, dans les ateliers...L'action du médecin est ainsi restée ancrée plutôt sur l'aspect clinique de la maladie professionnelle, sans réelle participation du médecin à la maîtrise des risques professionnels sur le terrain. La rédaction de la fiche médicale d'aptitude a été ensuite étendue vers la fin des années 70, à toutes les visites. La mise en œuvre de la problématique sanitaire est dès lors restée identique : c'est à dire toujours «décagée» plus vers l'action clinique que vers celle ciblant la maîtrise des risques.

Aujourd'hui la notion d'aptitude médicale au poste apparaît d'autant plus en décalage que la santé au travail(directive cadre du 12 juin 1989) privilégie la maîtrise des risques, sans instaurer d'obligation de visite médicale(art.14), sauf pour certains risques(directives spécifiques). Ce texte de 1989 parle de surveillance médicale et de promotion de la santé des travailleurs au travail, pas d'aptitude médicale au poste. Il instaure la **pluridisciplinarité**(art.7) qui ne sera introduite dans le secteur privé qu'en 2004. Dans le secteur public de l'Etat elle l'a été dès 1982. **A l'avenir** l'intervention clinique du médecin du travail, conformément à l'esprit de la loi de 1946 et de la santé au travail(1989), devrait être réorientée en distinguant plus nettement lors de l'examen du salarié 2 actions distinctes, même si elles sont conjointes:

1-La première consiste en l'évaluation des capacités médicales pour répondre aux exigences de certaines tâches. Celle-ci peut déboucher sur un **avis d'inaptitude médicale au travail en raison de certains «sur risques médicalement fondés, consécutifs à l'existence d'incapacités médicales incompatibles avec les exigences de l'activité professionnelle, même aménagée ».** L'inaptitude médicale aura été dûment constatée par le médecin du travail(la loi de 1992 sur la discrimination le prévoit à l'embauche).

Les exigences du port de **protections individuelles**, dont la nécessité serait résiduelle à une politique de maîtrise des risques effective, relèvent de la même logique.

2- La seconde réfère à la surveillance médicale visant au dépistage des éventuelles altérations de la santé du fait du travail. Son efficacité dépendra des moyens d'investigations bio cliniques validés, non invasifs et à la disposition du médecin.

En conclusion : S'il apparaît médicalement et éthiquement fondé que l'évaluation des capacités puisse conduire à la formulation d'un avis de non contre-indication, **conclure une surveillance médicale motivée par la prévention d'un risque professionnel par un avis d'aptitude apparaît par contre médicalement hasardeux et éthiquement inacceptable, sauf cas très particuliers : Certitude évaluée par l'employeur de la réalité de la Maîtrise totale des risques (Art L 230-2 a et f notamment)ou port d'EPI. Dans cette dernière hypothèse un avis d'aptitude/inaptitude médicale peut éventuellement être justifié, sous la conditions expresse de la prise en compte préalable des possibilités d'adaptation des conditions d'activité et de travail(décret de 1988) .**

Ce sont les conditions de travail qui doivent être compatibles avec la préservation de la santé, comme le prévoient les textes relatifs à l'exercice de la médecine du travail dans le secteur public de l'Etat. Alors seulement les capacités médicales individuelles découlant des exigences de l'activité seront envisageables en termes médicaux !

Aptitude médicale aux tâches professionnelles :éventuellement.

Aptitude à un poste : Non !

I.- APTITUDE MÉDICALE EN SANTÉ AU TRAVAIL : ASPECTS ÉTHIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX

A. DÔMONT

En médecine du travail depuis 60 ans la définition « annuelle », puis maintenant biennale de l'aptitude médicale au poste de travail par les médecins du travail exerçant dans le secteur privé, représente aux yeux du public à qui elle s'adresse : employeurs et salariés, l'intervention principale, voire pour certains la raison d'exister de la médecine du travail.

Si cette remarque vaut pour le secteur privé, elle ne s'applique pas au secteur public notamment de l'État où la réglementation relative à la médecine de prévention mise en place à partir de 1982 n'a pas retenu cette possibilité. Le médecin de prévention n'a d'avis à émettre que sur la compatibilité des conditions de travail avec la préservation de la santé.

Ceci montre que la santé au travail peut avoir une existence propre indépendamment de l'obligation de formuler des avis médicaux d'aptitude au poste. Ce constat permettra si besoin était de rassurer ceux qui craignent pour l'avenir de la profession dans l'hypothèse où cet acte médico-légal majeur ne serait plus formulé de manière systématique par les médecins du travail.

La notion d'aptitude médicale a évolué du début du 19^{ème} siècle à nos jours. Elle s'appréhendait **au départ** comme une évaluation des capacités médicales et une recherche de contre-indications à la réalisation d'une activité, sans que le médecin n'ait à traiter des conditions environnementales dans lesquelles le sujet examiné aurait à les réaliser.

Cette action médicale a tout d'abord concerné la médecine de sélection des armées, puis à partir de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle la médecine d'usine. L'intervention de cette dernière avait une approche médicale similaire à la précédente mais elle concernait cette fois certaines catégories de travailleurs considérés alors comme privilégiés. Cette action s'est poursuivie jusqu'à la fin de la première moitié du 20^{ème} siècle. Le rôle du médecin d'usine consistait principalement à sélectionner les travailleurs les moins susceptibles de présenter un sur risque médical et psychologique d'accident du travail, puis de maladie professionnelle indemnifiables. Le médecin s'intéressait à l'hygiène du travailleur, mais quasiment pas, ou très difficilement, à l'hygiène industrielle dans les ateliers où sa présence était mal comprise...

Comme chacun sait cet acte central de notre métier s'est surtout développé après 1898 et surtout après 1919, époque de la mise en place du dispositif médico-légal d'indemnisation des pathologies professionnelles dans l'industrie. Il a ensuite été maintenu, puis s'est développé de 1947 à 1979. Il pose aujourd'hui question et fait l'objet d'un débat depuis quelques années. La question principale à traiter est de savoir s'il doit être maintenu, amendé ou définitivement supprimé. Sollicité par les organisateurs de ce colloque, nous allons exposer notre point de vue personnel qui se nourrit d'une expérience partagée entre l'exercice de la médecine du travail dans le secteur privé puis dans le secteur public.

© nous envisagerons brièvement les aspects : historique, sanitaire, technique, ergonomique, clinique, réglementaire... qui ont fondé la justification de la mise en place de ce dispositif médico-administratif très particulier à notre pays

© nous soulignerons les limites de la validité scientifique de cet acte et les confusions qu'il génère au plan social, afin d'esquisser des propositions d'évolution.

1- DEUX ACTIONS MÉDICALES POUR UNE « FICHE MÉDICALE UNIQUE »

La fiche d'aptitude médicale au poste représente la synthèse de deux types d'action médicale d'esprit différent mais cependant synthétisés dans un acte médico-administratif unique : la fiche médicale d'aptitude au poste de travail.

© La première action du médecin consiste en une Évaluation des capacités médicales indispensables pour répondre à la tâche prescrite (absence de contre-indications pour faire face aux exigences de l'activité).

© La seconde, consubstantielle de la première consiste en une Surveillance médicale régulière et systématique de l'état de santé des salariés au travail. L'objectif est ici de prévenir toute altération de leur état de santé reliée à leur activité professionnelle exercée dans un environnement où les risques ne sont pas, loin s'en faut, tous et toujours maîtrisés.

Contrôler des capacités médicales de travail et surveiller l'état de santé dans le contexte d'une exposition à des risques relève de deux stratégies d'intervention médicale éthiquement distinctes. Malgré cela il est demandé au médecin sur une fiche unique d'aptitude médicale au poste de travail réglementairement cadrée, de faire part de sa synthèse médico administrative. Cet écrit destiné au salarié et à son employeur synthétise sous le référentiel « aptitude médicale » deux actions différentes.

© Si la première action évoquée ci-dessus apparaît logique, la seconde pose un problème à ce jour encore insuffisamment débattu. Il apparaît en effet normal et médicalement fondé de s'interroger sur les capacités médicales nécessaires pour répondre aux exigences d'une activité professionnelle et de conclure cette évaluation par un avis médical de non contre-indication. C'est d'ailleurs ce que tout médecin de soins est conduit à faire devant un patient malade¹ en statuant sur la nécessité ou non de délivrer un arrêt de travail. Une différence cependant est à souligner : le médecin émet un avis, le patient décide des suites qu'il y donne ; nous reviendrons plus bas sur cette nuance.

© Il n'en est pas de même pour le second volet de l'examen médical qui porte sur l'analyse des conséquences sanitaires individuelles de l'exposition à des risques dont on ne sait s'ils sont ou pas maîtrisés.

Ici l'avis médical porte sur l'analyse de la compatibilité des Conditions² de travail avec la préservation immédiate et à terme de la santé. Cet avis restera toujours subordonné à l'évaluation préalable des Conditions de travail par l'employeur qui en informera le médecin³. Le médecin est certes le conseiller de l'employeur et des salariés sur ces points, mais il ne peut le faire que s'il dispose des informations nécessaires qui lui auront été transmises par l'employeur, ou qu'il aura recueilli pendant son tiers temps.

La rédaction de la fiche médicale d'aptitude est ici totalement inappropriée pour conclure ce second volet médical.

L'ergonomie nous enseigne en effet que l'étude du travail en général et du poste de travail en particulier doit distinguer l'activité des opérateurs du contexte sociotechnique, statutaire et réglementaire, dans lequel celle-ci se déroule [4].

Les analyses de ces deux entités distinctes et complémentaires devront être abordées conjointement lorsqu'il s'agira de réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre pour préserver la santé des salariés. L'action technique visera à agir prioritairement pour que soient maîtrisés les risques au poste de travail, sur l'ensemble des lieux de travail et au delà dans toute l'entreprise. L'action médicale interviendra en accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire au moment de l'évaluation des risques et dans le cadre du colloque singulier au cabinet du médecin : veille sanitaire et évaluation des capacités médicales.

Dès le début du 19^{ème} siècle, le contrôle de l'aptitude médicale des recrues du service national se faisait « dans l'absolu », c'est-à-dire indépendamment des conditions mésologiques du déroulement des activités envisagées, non portées précisément à la connaissance du médecin qui n'avait par ailleurs aucune possibilité de les analyser ou de les modifier. L'acte médical n'était, ni ne pouvait de l'initiative du médecin être relayé et relié à une action de prévention du risque environnemental. Dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle la même logique médicale a été mise en

¹ En incapacité temporaire totale de travail pour maladie

² Le C majuscule indique que sont évoquées sous ce terme : tâche, activité, organisation du travail et ambiance ergonomique dans laquelle il se déroule.

³ Fiche de poste individuelle du salarié elle devrait intégrer la description des activités et les résultats des contrôles d'ambiance au poste en référence avec le document unique

œuvre par les médecins d'usine. Cette action s'est ensuite poursuivie dans la perspective de la lutte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Mais à cette époque le médecin n'avait pas à traiter du volet organisation du travail, conditions de travail. Leurs possibilités d'intervention réglementaire en la matière ne se sont développées qu'après 1946 et surtout après 1979 (instauration du tiers temps). Seules étaient recherchées par le médecin les contre-indications médicales à l'exercice d'une activité sans que celui-ci puisse agir en dehors de la sphère clinique.

Si la loi de 1946 et l'objectif de la médecine du travail ont représentés une nette avancée⁴, celle-ci ne s'est pas immédiatement traduite par une modification de fond dans la pratique médicale. Même après 1979 l'intervention du médecin est restée très centrée sur les examens médicaux, du fait des difficultés qu'ils ont longtemps rencontrés pour pénétrer sur les lieux de travail.

De la recherche des non contre-indications médicale à l'activité son rôle aurait du s'étendre à « l'expertise » médicale des conditions de travail. Cette extension de l'implication du médecin du travail dans le domaine non clinique de l'évaluation des risques débouche aujourd'hui sur une interpellation sociale des médecins, et sur des interrogations dubitative sur leur rôle et sur la validité médicale du dispositif ainsi développé. L'opportunité du passage de la médecine du travail à la santé au travail pourrait être la dernière opportunité d'une pérennisation d'une implication médicale préventive en dehors du dispositif de soins dont on connaît les problèmes démographiques. Ces derniers ajoutent leurs propres contraintes au difficile problème de l'évolution vers la santé au travail.

Chacun connaît les difficultés qui dans les années 50 et jusqu'à maintenant pour certains d'entre eux ont empêché l'intervention médicale sur le terrain, elles sont en grande partie à l'origine des questions que pose cet exercice médical. Cette transition de la médecine à la santé devrait permettre de changer ce qui doit l'être et de maintenir ce qui est positif pour la santé des salariés donc pour l'entreprise. La signification donnée au mot SANTÉ, ainsi que l'acceptation sociale du risque sanitaire ont changé même si la réglementation n'a pas bougé sur ce point. La santé largement confondue avec les soins dans les années 50 est aujourd'hui mieux distinguée, au moins dans les discours à défaut de l'être plus dans les actes. C'est ce que nous allons voir maintenant en revenant sur quelques définitions de base.

2- LA SANTÉ, LE TRAVAIL

Après avoir repris un certain nombre de définitions nous évoquerons la problématique ergonomique qui permettra d'esquisser un cadre éthique plus clair pour l'intervention du médecin.

Le volet médical de l'aptitude au travail est de loin le côté le plus sensible et le plus controversé de la médecine du travail. Y réfléchir implique de rappeler au préalable, ce que l'on entend par la santé, le travail, la santé au travail et la maladie professionnelle.

2.1- DE LA SANTÉ, À LA SANTÉ AU TRAVAIL ET À LA PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE.

Sans revenir sur toutes les définitions de la santé, un livre entier n'y suffirait pas, nous n'en citerons que trois. La première parce qu'elle fait référence à l'opérateur comme acteur responsable de sa santé (approche perceptive) . Les deux autres pour l'intérêt qu'elles présentent en santé au travail.

2.1.1 La santé

Pour l'OMS " *la santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*" [1]. Cette définition est loin d'être exhaustive. En effet la santé n'est pas un état, mais une succession de déséquilibres et de retours à l'équilibre. Ceci implique que pour prétendre s'inscrire dans une approche « globale »⁵ de la

⁴ Les objectifs de la médecine du travail définis en 1946 sont proches de ceux retenus par la directive cadre européenne de 1989 relative à la promotion de la santé des travailleurs au travail

⁵ Actes du Colloque santé globale et système de santé organisé au Sénat ; Paris le 30 avril 2004

santé, il conviendra de prendre en compte l'aspect non pas seulement descriptif de celle-ci, très utile pour les soins, mais aussi son caractère évolutif, nécessaire dès lors que l'on veut comprendre l'impact sanitaire de l'environnement (facteurs mésologiques).

Une telle analyse élargie sera particulièrement justifiée en santé au travail le milieu professionnel étant d'une grande complexité. Il exige plasticité, réactivité individuelle dans une ambiance de contrainte ; ce facteur n'est pas toujours considéré à sa juste place, non seulement face aux intérêts économiques et surtout financiers, mais également parfois face à ceux du collectif de travail.

L'environnement du travailleur est pluri factoriel : professionnel, social, sociétal. La santé doit donc aussi être considérée comme un espace à trois dimensions organisé en «poupée russe » autours de l'individu. Ce dernier constitue le noyau central, il est successivement englobé par l'espace socio technique de l'entreprise, elle même inscrite dans l'espace «sociétal », dont la dimension mondiale est aujourd'hui connue de tous.

2.1.2 La santé et le travail

©©© La première définition que nous proposerons est particulièrement intéressante car elle donne une définition centrée sur l'individu (approche fonctionnelle), dont on répète à l'envie qu'il est le premier responsable de la gestion de sa santé. Elle nous est donnée par A. Raix :

"La santé est la capacité de la personne à s'adapter à un environnement sans cesse en évolution, non seulement sans prélèvement sur ses capacités vitales, mais en y puisant des possibilités nouvelles pour son propre développement" [5].

Cette définition intéressante au plan de l'analyse des responsabilités individuelles de la personne, fait cependant un peu trop la «part belle » à ceux qui sont en charge de la gestion du volet environnemental de la santé en général.

Il en est de même pour ceux qui décident ou participent à l'organisation du travail et à la maîtrise sanitaire de son environnement immédiat.

En milieu de travail, le premier responsable de l'organisation de l'activité production ou de services, ainsi que de la maîtrise de l'environnement professionnel est l'employeur (art. L.230-1 & 2). Les salariés ont aussi leur propre part de responsabilité (art. L.230-3) mais celle-ci est relative. Elle est en effet dépendante de l'information délivrée par l'employeur et de la formation professionnelle initiale ou continue dont a pu bénéficier le salarié. Ceci doit être bien compris lorsque l'on parle d'aptitude médicale au poste de travail, particulièrement si l'on considère les responsabilités partagées dans le contexte des recherches en fautes inexcusables, dont le nombre augmente aujourd'hui.

©©© La seconde définition que nous retiendrons nous est donnée par des instances internationales reconnues comme expertes en santé et en matière d'organisation du travail. Chacun aura reconnu l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation internationale du travail dont relève le Bureau international du travail.

Avant de rappeler les objectifs fixés conjointement en 1995 par l'OIT et par l'OMS il convient de s'arrêter un instant sur une définition parmi d'autres du travail :

"C'est un effort individuel ou collectif, physique ou⁶ intellectuel, conscient, délibéré, créatif, professionnel ou non, dont le but tend à la concrétisation d'un projet, d'une idée - ou d'un ensemble de projets et d'idées - ne donnant pas nécessairement lieu à un résultat abouti, mais ayant leur finalité, et dont la rétribution, s'il en est une, peut être morale ou matérielle" [2].

L'OIT et l'OMS, déclinent ensemble ⁷à propos du travail une définition de la santé plus « adaptative » que celle données par la seule OMS à la fin des années 1950 :

" L'objectif de la santé au travail est de :

⁶ Nous proposons de dire « et » plutôt que « ou ».

⁷ Comité mixte BIT/OMS) [6],

- promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions;
- prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail; ---les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé;
- placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques;
- en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.

Les activités en matière de santé au travail comportent essentiellement trois volets :

- le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leurs aptitudes au travail ;
- l'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail ;
- l'adoption de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprises susceptibles de contribuer à la sécurité et à la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise.

Dans le présent contexte, l'expression « culture d'entreprise » désigne les systèmes de valeur adoptés par une entreprise donnée. En pratique, elle se reflète dans les méthodes de gestion, dans la politique appliquée en matière de personnel, de participation, de formation et dans la gestion de la qualité dans l'entreprise. »

La distance, suivant les entreprises et les pays, entre cette définition et la réalité du terrain, est suffisamment bien connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir plus longuement.

2.1.3 Les enseignements à tirer de ces définitions pour le passage de la médecine du travail, à la santé au travail

2.1.3.1. Évolution de la notion de pathologie professionnelle : Un fil conducteur du passage de la médecine du travail à la santé au travail ?

Dans l'esprit de la résolution qui vient d'être rappelé, et de par les actions en matière de santé au travail qui devraient en découler⁸, la Maladie professionnelle doit se comprendre aujourd'hui, au delà de son indemnisation et à partir de celle-ci, comme la résultante d'un environnement professionnel mal maîtrisé, dont la "faute" a récemment été attribuée à l'employeur par la Chambre sociale de la Cour de Cassation⁹. Cet arrêt conduit à proposer, dans la ligne des remarques formulées ci-dessus, une définition « environnementale » de la maladie professionnelle :

« Les maladies environnementales d'origine professionnelle résultent de l'exposition d'un opérateur à un (ou plusieurs) facteur(s) de risque professionnel susceptible(s) d'entraîner chez celui-ci des signes pathologiques, le plus souvent biologiquement,..., ou cliniquement décelables, au moins pour les pathologies connues et reconnues. L'intensité de leur expression symptomatique bio clinique est toujours liée à l'intensité de l'exposition, sauf en cas de susceptibilité individuelle (allergies, etc..). Elles peuvent apparaître plus ou moins longtemps après l'exposition au risque [3] ».

Les définitions de la santé au travail proposée par la conférence mixte BIT/OMS en 1995, et celle de la maladie professionnelle que nous proposons en 1997[3], ouvrent une voie de réflexion pour une planification des actions de prévention dans l'entreprise plus globale et plus cohérente que celles centrées sur la seule problématique des conséquences à tirer de la réparation des maladies professionnelles. Elle est de plus « en harmonie » avec les attentes sociales et sociétales d'aujourd'hui.

Il conviendrait d'en tirer toutes les conséquences notamment en révisant les conditions de formulation de l'aptitude médicale au travail, afin de permettre la nécessaire évolution de la médecine du travail vers la santé au travail [3].

⁸ Directive cadre du 12 juin 1989

⁹ Arrêt du 28 février 2002, relatif à l'indemnisation des victimes de l'amiante

2.1.3.2. Prévenir la maladie non pas uniquement la réparation financière de celle-ci.

Dans cette optique il conviendra de distinguer : la prévention de la maladie par l'acte médico technique, de la prévention de la réparation de la maladie par une intervention médicale concrétisée par un avis d'inaptitude, formulé avant que la maladie ne devienne réparable au regard des critères médicolégaux qui prévalent depuis 1919.

Cette remarque introduit le dilemme éthique et médical qui résulte d'une confusion autour du concept de l'aptitude médicale au travail entre ce que prévoyait au plan médical la loi de 1946 (surveillance de l'état de santé en amont de la maladie) et ce qu'a introduit le premier décret d'application de la loi de 1946 qui date de 1947.

L'aptitude à l'embauche ainsi introduite, constitue une dérive réglementaire relativement à l'objectif initial de la médecine du travail. Il trouve une part de sa justification dans une réalité de santé publique de l'époque : la nécessité de prévenir le risque contagion dans les ateliers¹⁰. La prévention de ce risque majeur à l'époque, a rapidement pris toute la place à l'action de prévention médicale dans l'entreprise, laissant, sauf dans les entreprises les plus grosses, une portion congrue à celle du risque professionnel...

Cette obligation sanitaire en conduisant à instaurer des visites médicales assorties d'un avis médical d'aptitude systématique pour éviter la contagion du collectif de travail et dont la justification est sanitaire indiscutable, a ainsi, au fil du temps, et malgré le recul de cette épidémie, contribué à ancrer l'action du médecin dans une intervention principalement clinique. L'intervention du médecin était plus centrée sur ce risque individuel à impact collectif que sur la gestion préventive du risque professionnel. Ceci en laissant un peu trop de côté ce que le Code du travail inscrivait dans son livre II titre IV déterminant l'organisation des services médicaux et définissant l'activité des médecins du travail dans une perspective exclusivement préventive qui...

« ...consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs. »[Art. R 241-2]

3 ASPECTS ÉTHIQUES

3-1 ETHIQUE ET SANTÉ AU TRAVAIL

3-1-1 Les préconisations qu'enseigne l'éthique fondent toute action médicale.

Sans la redéfinir ici, on pourrait résumer son objectif *au fait de s'assurer, pour toute prise de décision, que la dignité, les droits de l'autre sont respectés.*

C'est cet esprit que l'on retrouve dans la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner. Elle fait obligation à tous les médecins :

- © D'informer le patient (en l'occurrence ici le salarié),
- © Et pour toute décision le concernant, de recueillir son consentement éclairé.

C'est-à-dire pour le médecin du travail auquel ce texte ne s'adresse pas spécifiquement, de faire-part au consultant des constatations médicales quant à son état de santé au moment de l'acte médical, mais aussi quant aux risques éventuels d'exposition à des toxiques et à leurs conséquences potentielles pour sa santé.

©distinction entre soins et prévention

En général dans le *contexte des soins* en dehors des décisions thérapeutiques qui relèvent du médecin traitant, tout ce qui concerne le retour du patient vers la vie privée ou professionnelle ne fera, de la part du dit médecin que l'objet d'un simple avis, la décision et les suites relevant de l'initiative personnelle du patient « dûment » informé.

¹⁰ A cette époque la tuberculose faisait encore des ravages dans les collectivités

Il n'en est pas de même *en médecine du travail*. Bien que la démarche médicale débouche ici aussi sur un avis (d'aptitude) et non sur une décision, la nature de cet avis a des conséquences différentes suivant que l'on considère le point de vue de l'employeur ou celui du salarié.

Le médecin du travail a réglementairement un rôle de conseiller, non de décideur. Si l'employeur n'est pas lié par l'avis médical, la décision qu'il prendra devra tenir compte de cet avis. Il est prudent qu'il le suive et c'est en général ce qu'il fait.

Cette logique médico administrative n'est pas superposable pour le salarié. L'employeur est en effet obligatoirement récipiendaire d'un double de l'avis médical (Art R 241-57). C'est de la seule responsabilité de ce dernier de décider des suites à donner.

Bien qu'acteur de sa santé le salarié n'est donc pas seul maître de sa décision. Celle-ci reste en effet subordonnée à celle de l'employeur.

Une fois la fiche d'aptitude émise le salarié n'a aucune réelle latitude dans la gestion des conséquences finales de ses capacités/incapacités au travail (même s'il peut contester l'avis émis devant l'inspection du travail).

La seule marge de manœuvre dont le consultant peut disposer se situera en amont de l'avis du médecin au moment de l'entretien clinique avec le médecin. Elle se trouve dans le silence sur les antécédents médicaux. D'autant qu'ils peuvent ne pas faire l'objet de questions précises de la part du médecin. Ces questions lorsqu'elles sont posées, et les réponses qui s'ensuivent n'étant pas toujours reportées dans le dossier médical. Les antécédents ainsi ignorés, dans la mesure où ils n'ont pas de lisibilité clinique facilement accessible dans le contexte d'un examen médical du travail, entacherons parfois d'inexactitude sanitaire l'avis médico administratif du médecin.

Cette possibilité d'occulter délibérément les informations médicales qui seraient susceptibles de conduire à une rupture du contrat de travail pour inaptitude médicale au poste, engage la responsabilité du salarié, traduit la défiance de celui-ci vis à vis de la médecine du travail. Ce « droit au silence » ainsi reconnu pose un problème sur l'efficacité même de l'action médicale, non solutionné à ce jour, même si pour certains il est justifié. Il pose cependant un problème lorsque le salarié travaille à un poste de sécurité.

3-1-2 Éthique et aptitude médicale au poste

En effet cette position du salarié peut être parfaitement comprise compte tenu des conséquences sociales d'une perte d'emploi. Mais elle peut présenter un danger potentiel pour le collectif de travail, la société, dans la perspective par exemple d'un poste de sécurité, de la conduite d'un véhicule..., qu'il s'agisse de conduite professionnelle ou non (conduite "du fait du travail", incluant l'utilisation privée d'un véhicule pour les trajets) [7].

Ce risque individuel et social résulte :

© du risque médical personnel du médecin, que lui-même aura évalué dans le contexte de sa spécialité au moment de signer l'aptitude ou l'inaptitude, compte tenu de la nature de la pathologie éventuellement dépistée ou connue et de ses conséquences ;

© Ainsi que de la prise de risque personnelle décidée par le patient en connaissance de cause, dans la mesure où l'information circule entre le médecin et le salarié. Ce dernier met ici en balance:

©© " Le risque qu'il encourt :

Invalidation de l'avis médical fondé sur des oublis volontaires dans l'évocation des antécédents médicaux versus le risque de développer une pathologie liée au travail ou d'être victime un accident du travail.

©© Et le risque qu'il fait courir aux autres :

Par exemple en cas de pathologie engageant un risque de perte brutale de conscience à d'un poste de sécurité.

3-1-3 Droit à la santé, droit au travail et application du celui-ci.

On évoque souvent dans l'analyse des conséquences de l'inaptitude médicale au travail le conflit entre "le droit à la santé et le droit au travail".

Ce conflit qui naît d'une intention positive au plan médical¹¹, ne peut exister que dans la mesure où le droit du travail n'est pas intégralement respecté : droit au reclassement consécutif à l'inaptitude médicale au poste de travail constatée par un médecin du travail.

Ce droit au maintien dans l'emploi varie selon que l'emploi est statutaire (fonction publique, mission de service public...) ou non (secteur privé régime général) et selon la taille de l'entreprise. Il est cadré pour la pathologie professionnelle par la loi du 7 janvier 1981 (dans le secteur privé) et par l'obligation d'emploi des personnes handicapées loi de 1975¹²... Pour la pathologie générale seule ce deuxième texte s'applique.

Nous reviendrons dans le paragraphe suivant sur les limites de ce dispositif.

4-ANALYSE ERGONOMIQUE DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE DU MÉDECIN

4-1 LA NATURE DE L'ACTE CLINIQUE

Que fait dans le cadre du colloque singulier le médecin et plus particulièrement un médecin du travail, face à un patient bien portant ou porteur d'une incapacité consécutive à une maladie ? :

Il observe, il évalue, il interroge, il recherche l'existence d'éventuels signes ou liens objectifs entre l'état de santé constaté ou la pathologie dépistée et le travail auquel est affecté le salarié.

Cette démarche lui permet de répondre à l'objectif que lui assigne au plan clinique la loi du 11 octobre 1946 qui est comme on l'a rappelé plus haut la surveillance médicale de l'état de santé des travailleurs.

La compréhension de la logique sanitaire qui prévaut à la définition de l'aptitude médicale, nécessite de s'arrêter un instant sur l'enchaînement clinique entre constat instantané d'un état de santé, d'une altération de celui-ci, et formulation de l'avis final d'aptitude médicale au poste.

4-2 LES LIMITES SCIENTIFIQUES DE L'INTERVENTION MÉDICALE

Les résultats immédiats et plus lointains de la surveillance d'un état de santé¹³ sont directement dépendant :

- de l'expression clinique (sémiologie clinique et para clinique),
- de l'altération de l'état médical du salarié examiné,
- des connaissances que l'on a sur la pathologie à dépister et sur la nature exactes des conditions de travail.

Les moyens paramédicaux disponibles dans le contexte de la prévention médicale au travail¹⁴ et la validité scientifique de ceux-ci (valeur prédictive immédiate et à plus long terme) constituent une seconde limite à l'efficacité de l'intervention médicale. En général plus le délai entre l'exposition aux risques et le moment de l'apparition possible des maladies s'allonge, moins la surveillance médicale pourra prétendre être fiable : prévention n'est pas prédiction. Ceci conduit à affirmer, dans la perspective d'une efficacité optimale de l'action de santé au travail, à la primauté de l'action technique de prévention du risque professionnel environnemental sur la surveillance médicale ; ce qui n'exclut pas pour autant l'intérêt de cette dernière au titre de la vigilance sanitaire. L'action de prévention doit donc, conformément à ce qui a été rappelé dans le premier paragraphe, porter en priorité sur la maîtrise technique et ergonomique des risques auxquels est, ou peut être, exposé le salarié à son poste de travail.

¹¹ Protection du salarié et de la collectivité.

¹² Tous secteurs d'activité confondus, dès lors que l'entreprise emploie plus de 20 salariés.

¹³ au-delà des qualités médicales du praticien dont nous ne traiterons pas ici

¹⁴ Tous les moyens, notamment ceux invasifs ne sont pas utilisables en vertu de l'analyse bénéfique/risque : primum non nocere

La fiabilité de la surveillance médicale est aussi impactée par la dynamique temporelle d'apparition de la maladie. Elle peut être consécutive à une exposition aiguë, subaiguë, chronique ou apparaître à distance : longtemps¹⁵, voire très longtemps après arrêt de toute exposition au risque.

Dès lors la seule surveillance médicale s'avèrera insuffisante et en décalage par rapport à l'objectif législatif de 1946. L'intervention médicale ne permet pas de répondre, du fait des limites de la connaissance médicale, à l'objectif social attendu : évitement de la maladie professionnelle conformément à l'Article L 241-2 du code du travail pour la médecine du travail et à l'article R 230-1 pour l'employeur..

En effet la préservation de la santé du salarié exposé à un risque impose d'agir en priorité sur l'environnement professionnel : évitement de la maladie par la suppression, ou l'atténuation du risque, et non d'attendre pour agir que le médecin ait dépisté une anomalie.

4-3 ÉTHIQUE ET DÉPISTAGE D'UNE PATHOLOGIE ENVIRONNEMENTALE

Le dépistage en matière de pathologie professionnelle, bien qu'utile pose donc un problème éthique majeur, notamment en matière de cancérologie professionnelle mais pas uniquement si la hiérarchie des interventions clinique ou ergonomique n'est pas respectée.

L'action technique doit précéder l'action médicale. Elle relève de la responsabilité de l'employeur ou de celle de ses commettants. Comme il a été évoqué plus haut au sujet des cancers professionnels ils ont été récemment considérés¹⁶ comme résultant d'un défaut de maîtrise des risques professionnels, constitutif d'une faute inexcusable des employeurs incriminés. En appliquant un droit qui existe depuis le début du 20^{ème} siècle, une indemnisation majorée par rapport à l'habituelle indemnisation forfaitaire des salariés victimes de pathologie professionnelle, la jurisprudence du Conseil d'Etat devrait conduire les employeurs à ancrer leurs actions de prévention des risques professionnels plus nettement en amont, non pas dans la maladie professionnelle (dépistage), mais le plus en amont possible de celle-ci (prévention technique).

4-4 CONTEXTE INITIAL ET DÉROULEMENT DE L'EXAMEN MÉDICAL

Le contenu ergonomique de l'activité du médecin lorsqu'il procède à la rédaction de la fiche d'aptitude médicale au poste de travail est double. La logique sanitaire de cet acte central de la médecine du travail se situe à la convergence de deux démarches distinctes ; elles peuvent selon les cas être conduites séparément ou ensembles. Tout dépend du contexte particulier de l'examen médical¹⁷.

4-4-1 la démarche récursive : du travail à la santé

© Elle part de la connaissance de la pathologie professionnelle que la société demande au médecin de prévenir ou de dépister (loi de 1946). Cette approche détermine un contenu clinique et para clinique (indicateurs d'exposition) à l'évaluation médicale qui devra être réalisée. L'acte du médecin est ici défini comme une surveillance médicale. Cette intervention est rétroactive.

Celle-ci relève d'une stratégie de veille sanitaire, c'est à dire d'une action a posteriori. Elle est réglementairement à conclure par un avis d'aptitude médicale au poste ce qui n'est pas sanitaire cohérent. En effet cet avis apparaît comme une interprétation un peu décalée de la loi de 1946 qui prévoyait une intervention de la médecine du travail équilibrée entre la surveillance des conditions de travail et la surveillance médicale des salariés.

La définition de la santé au travail (1995) et les textes européens (notamment 1989) ont des objectifs très comparables à ceux de la loi de 1946 : ce sont les conditions de travail qui doivent être adaptées, donc éventuellement jugée incompatibles avec la préservation de la santé des opérateurs.

¹⁵ Certaines maladies professionnelles sont indemnisables jusqu'à 50ans après la fin de l'exposition du salarié au risque

¹⁶ Pour les cancers liés à l'amiante, par la Chambre Sociale de la Cours de Cassation (arrêt du 28 02 2002),

¹⁷ embauche, systématique, renforcée...

L'avis d'aptitude médicale au poste de travail englobe en effet depuis 1947 la recherche de non contre-indications médicales à l'activité professionnelle et un jugement médical sur le poste de travail, c'est à dire sur l'organisation et les conditions de travail. Il valide implicitement ces dernières en autorisant la poursuite de l'activité professionnelle. C'est du moins ce que sont fondé à croire les employeurs et les salariés compte tenu de ce concept d'aptitude au poste¹⁸. Elle peut aussi déboucher sur le dépistage d'une anomalie (indicateurs d'effet).

Dans les suites de cette surveillance conformément à ce que prévoient les textes le médecin est habilité à faire des propositions d'étude de poste et d'adaptation de l'activité et des conditions de travail. Ces propositions résulteront d'une démarche médicale d'évaluation - validation préalable de celles-ci¹⁹. Compte tenu des contraintes démographiques notamment, et du manque de temps surtout pour connaître dans le détail l'ensemble des entreprises dont le médecin a la charge, il est rare que celui-ci dispose des informations exhaustives sur les conditions de travail. Que dire alors en terme de responsabilité des conséquences potentielles de l'apparition toujours possible à terme de maladies professionnelles ?

L'activité de surveillance médicale est malgré tout utile même si elle est dépendante des possibilités d'investigation médicales validées scientifiquement.

Dans ce contexte du dépistage la réorientation des consultants se fera vers la médecine de soins. La collaboration du médecin du travail avec les divers spécialistes concernés permettra le plus souvent de faire ensuite la part des choses, devant les éléments pathologiques constatés ou suspectés, entre ce qui relève du patient (habitus, antécédents...) et ce qui relève du travail : tâche assignée et environnement de sa réalisation...La qualité et les possibilités de prises en charges curatives détermineront les possibilités de poursuite ou non de l'activité. Dans cette seconde hypothèse le médecin contribuera à la correction ergonomique des conditions de travail dont la responsabilité de mise en œuvre relève de l'employeur.

4-4-2 la démarche prospective : capacité médicale à répondre aux exigences des tâches assignées : non contre-indication à la tâche.

© L'autre démarche partira du constat d'une incapacité médicale consécutive à une maladie ou un accident quel qu'en soit l'origine. L'optique du médecin sera ici de savoir si la capacité restante est compatible avec l'activité faite par le salarié²⁰.

Le médecin recherche dans cette optique les incapacités relatives ou absolues susceptibles de s'opposer à la poursuite²¹ des tâches qu'implique le poste (activité de sécurité,) ou des exigences de protection individuelles qu'imposerait, faute de possibilités techniques spécifiques, une maîtrise partielle des contraintes environnementales au poste (nécessité absolue de pouvoir porter une protection individuelle...).

Ici le médecin confronte les capacités du salarié aux contre-indications médicales opposables pour l'accès ou le maintien dans l'activité considérée. Cet avis est donné en présupposant que les conditions d'activité et de travail sont conformes aux connaissances ergonomiques ainsi qu'aux normes et réglementations opposables à l'employeur. En cas de doute le médecin devrait déontologiquement parler sursoir à tout avis.

©© Certaines activités, comme la conduite automobile du fait du travail ou d'engins de chantier, de manutention... relèvent d'obligations médicales particulières. Pour la conduite automobile les contre-indications médicales sont réglementairement cadrées et opposables à la conduite professionnelle(Code de la route).

©© D'autres découlent de l'impact médical de certains risques professionnels résiduels persistant après démarche technique de maîtrise de ceux-ci (travail en milieu hyperbare, en dépression, en ambiance radioactive...). Ces risques ne font pas systématiquement l'objet de contre-indications médicales prédéfinies au plan réglementaire. Outre la surveillance médicale (Dépistage) l'avis d'aptitude médicale portera sur la possibilité de porter ou non des Eléments de

¹⁸ Ce libellé figure toujours dans le décret du 28 juillet 2004

¹⁹ Ergonomie de correction notamment en cas d'incapacité médicale relative.

²⁰ Ou qui lui sont proposées dans le cadre de l'examen d'embauche

²¹ A la prise de poste dans le contexte de l'embauche

protection individuelle (EPI). Ici le médecin confronte les résultats de son évaluation médicale avec la «réalité » des conditions de réalisation de la tâche au poste occupé.

Des évaluations médicales spécifiques sont prévues à échéances régulières par les textes ; elles relèvent de l'intervention de médecins du travail «spécialisés » et formés à la prévention médicale de ce type de risque « non totalement maîtrisables par la technique ».

4-4-3 Avis médical et travail prescrit

Quelle que soient les situations appréhendées la connaissance de la tâche exécutée référerait plus à ce que l'ergonomie appelle le travail prescrit qu'avec le travail réel. L'activité peut certes être décrite par l'employeur (fiche de poste), mais cette description, même si elle se décline en vertu de protocoles de travail codifiés et de procédures à mettre précisément en œuvre par l'opérateur, ne sera pas dans l'énorme majorité des situations de travail, représentative du travail réel. La capacité médicale du salarié n'est en effet pas figée dans le temps, le risque professionnel est lui-même sujet à des variations aléatoires, conjoncturelles...Aux limites évoquées plus haut se surajoutent ces dernières.

L'avis médical est donc formulé dans un contexte théorique. Même si le médecin du travail a étudié le poste occupé il ne pourra être totalement certain de la cohérence de son avis avec la réalité des conditions de travail qu'il ne maîtrise pas, ce qui n'invalide pas pour autant le bénéfice potentiel de l'intervention de surveillance médicale et non d'aptitude médicale au poste.

Il convient de ne pas confondre prévention et prédiction, ce qui malheureusement est fréquent dans le grand public. L'état de santé du salarié comme ses conditions instantanées de travail sont impossibles à appréhender de manière fine et précise par ceux en charge de la prévention au poste de travail, a fortiori par un médecin entre deux visites médicales systématiques éloignées de six mois, 1 an ou plus... Cette évidence souvent oubliée doit être rappelée.

4-5 APTITUDE MÉDICALE À UNE ACTIVITÉ :ÉVENTUELLEMENT ; APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL : NON ! CONTRÔLE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA COMPATIBILITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL AVEC LA SANTÉ : OUI !

Le décret du 28 juillet 2004 prévoit à nouveau que le médecin formule un avis d'aptitude au poste. Compte tenu de tout ce qui vient d'être évoqué nous estimons que ceci n'est pas cohérent. La confusion sur les possibilités cliniques de l'action médicale persistant, cette incohérence est éthiquement inacceptable.

S'il apparaît acceptable de contrôler les capacités médicales d'un salarié à réaliser une tâche ergonomiquement adaptée, il est par contre déontologiquement inacceptable d'exiger qu'il puisse être sélectionné en fonction de sa tolérance éventuelle à supporter des conditions d'organisation du travail et un environnement professionnel incompatibles avec la préservation de sa santé, comme certains non-médecins pourraient être tentés de l'exiger du médecin²².

La comparaison avec le cadre réglementaire de l'exercice de la médecine du travail dans le secteur public est intéressante.

Le médecin de prévention (pour les salariés de l'Etat) dont l'objectif sanitaire est identique à celui de son confrère du privé, ne produit à l'issue des examens médicaux que des fiches de visite et non des fiches d'aptitude médicale. Il doit uniquement se prononcer :

©©Sur la compatibilité des capacités médicales du salarié pour faire face aux conditions d'activité qui lui sont faites :

- Les conditions de travail sont-elles conformes aux connaissances médicales ?
- Peut-on lui confier un véhicule automobile ?
- Peut-il être affecté à un poste de sécurité ?
- Peut-il travailler en restauration collective ?
- Peut-il porter un EPI ?
- ...

²² Il n'y a pas de discrimination si le médecin constate une inaptitude médicale à l'embauche. L'indépendance du médecin du travail sera garante de la validité sanitaire de l'action

©© Et sur la qualité de la maîtrise du risque professionnel : compatibilité des conditions de travail avec la préservation de la santé.

Le cadre réglementaire existant dans le secteur public de l'Etat, même s'il est loin d'être totalement appliqué, apparaît conforme à l'objectif éthique d'une pratique de la santé au travail que l'on souhaiterait voir étendue à l'ensemble de la santé au travail²³. La désignation d'agents chargés de la mise en œuvre de l'hygiène et de la sécurité est obligatoire pour l'Etat depuis 1982 et selon les ministères la pluridisciplinarité plus ou moins effective. L'Etat dans sa fonction régaliennne a donc délibérément choisit deux stratégies différentes, l'une opposable à l'employeur privé l'autre à l'employeur public. Ceci pour un même problème sanitaire : le risque professionnel n'est pas fonction du statut du travailleur on est donc en droit de s'interroger !

5- EN CONCLUSION

L'ergonomie nous apprend que Travailler implique une triple capacité : outre les capacités médicales au sens large, c'est-à-dire médicales et psychologiques, seront également à prendre en compte les capacités techniques c'est-à-dire professionnelles (apprentissage, expérience...) et les capacités sociales (observance des règles, des procédures...).

De ce triptyque dépendront les capacités globales du salarié « pour faire et pour faire face » à la situation rencontrée dans un environnement professionnel conforme aux normes scientifiques socialement validées.

Celles-ci devront être adaptées en fonction du développement des connaissances tant techniques que médicales, des nouvelles possibilités techniques de maîtrise des risques etc...(vigilance réglementaire). Si tel n'était pas le cas le médecin serait fondé à refuser de formuler un avis médical, « l'aptitude technique du poste à ne pas dégrader la santé du salarié n'étant pas validée », le contexte de l'avis médical étant alors éthiquement douteux et médicalement hasardeux.

Par contre il resterait fondé qu'il oeuvre conjointement avec les autres professionnels (ergonomes, ingénieurs...) de l'entreprise ou du service interentreprises, comme cela commence à se faire depuis peu, au sein d'équipe pluridisciplinaire. L'avis médicale portera sur la compatibilité individuelle et collective des conditions de travail avec la préservation de la santé²⁴. Par contre il convient de rappeler que l'adaptation de celles-ci relève uniquement de la responsabilité décisionnelle des employeurs privé et public, dans un contexte social qui dépasse les avis médicaux, mais qui ne saurait engager la responsabilité médicale du médecin, dès lors que celui-ci a formulé un avis officiel dans l'entreprise et que celui-ci est scientifiquement et médicalement fondé.

A l'avenir l'intervention clinique du médecin du travail, conformément à l'esprit de la loi de 1946 et de la santé au travail(1989), devrait être réorientée en distinguant plus nettement lors de l'examen du salarié 2 actions distinctes, même si elles sont conjointes :

1-La première consiste en l'évaluation des capacités médicales pour répondre aux exigences de certaines tâches. Celle-ci peut déboucher sur un **avis d'inaptitude médicale au travail en raison de certains « sur risques médicalement fondés, consécutifs à l'existence d'incapacités médicales incompatibles avec les exigences de l'activité professionnelle, même aménagée »**. L'inaptitude médicale aura été dûment constatée par le médecin du travail(la loi de 1992 sur la discrimination le prévoit à l'embauche).

Les exigences du port de **protections individuelles**, dont la nécessité serait résiduelle à une politique de maîtrise des risques effective, relèvent de la même logique.

²³Pour le secteur public l'équivalent de l'Intervenant en Prévention du Risque Professionnel est l'ACMO (agent chargé de la mise en œuvre de l'hygiène et de la sécurité) . La désignation de l'ACMO est obligatoire depuis 1982, celle de l'IPRP dans le secteur privée instaurée en 2003 ne l'est pas.

²⁴ le médecin a un rôle de conseiller dans l'entreprise

2- **La seconde réfère à la surveillance médicale visant au dépistage des éventuelles altérations de la santé du fait du travail.** Son efficacité dépendra des moyens d'investigations bio cliniques validés, non invasifs et à la disposition du médecin.

En conclusion : S'il apparaît médicalement et éthiquement fondé que l'évaluation des capacités puisse conduire à la formulation d'un avis de non contre-indication, **conclure une surveillance médicale motivée par la prévention d'un risque professionnel par un avis d'aptitude apparaît par contre médicalement hasardeux et éthiquement inacceptable, sauf cas très particuliers : Certitude évaluée par l'employeur de la réalité de la Maîtrise totale des risques (Art L 230-2 a et f notamment) ou port d'EPI.** Dans cette dernière hypothèse un avis d'aptitude/inaptitude médicale peut éventuellement être justifié, sous la conditions expresse de la prise en compte préalable des possibilités d'adaptation des conditions d'activité et de travail(décret de 1988) .

Ce sont les conditions de travail qui doivent être compatibles avec la préservation de la santé, comme le prévoient les textes relatifs à l'exercice de la médecine du travail dans le secteur public de l'Etat. Alors seulement les capacités médicales individuelles découlant des exigences de l'activité seront envisageables en termes médicaux !

Aptitude médicale aux tâches professionnelles : Éventuellement. Aptitude à un poste : Non !

Compatibilité des conditions de travail avec la santé : Oui !

Pourquoi ne pas généraliser pour tous les actifs ce qui déjà existe dans un certains nombre d'entreprises ?

Bibliographie avec renvoi dans le texte

- [1] Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New-York, 12-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (actes officiels de l'OMS, n°2, page 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [2] Schöffner N. : "Inventer le futur, inventé la modernité", www.olast.org
- [3] Dômont A.: "De la médecine du travail à la santé au travail" Octares éditions.
- [4] Dômont A.: Polycopiés d'ergonomie CES de médecine du travail 1982
- [5] Raix A. , BIE, DAVEZIE, P :Rapport des XXIVèmes journées de médecine du travail de juin 1996 sur le métier de médecin du travail, Arch. Mal. Pro.,1997,58,n1-2,1-2&
- [6] 12^{ème} session à Genève de l'Organisation internationale du travail et de l'Organisation mondiale de la santé. 1995.
- [7] Dômont A. : "Conduite automobile et exercice professionnel. Différencier les conducteurs. Le Quotidien du Médecin du 22/06/04

Bibliographie sources sans renvoi dans le texte

- [8] Godard Ph. : Santé mentale et médecine du travail, ou comment aborder le rapport de l'homme à son travail. Revue de médecine du travail – tome XIV, n° 3, 1987, 77-84
- [9] Groupe de travail de l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre : "l'aptitude médicale au travail". Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Ile de France – 2002
- [10] Rameix S. : "Ethique et rôle du médecin du travail – Evolution de la relation médecin-patient : quels enjeux moraux et politiques". Arch. Mal. Pro. , 2004, 65, n° 2-3 162-163
- [11] Faucher J. : Principe de précaution : un point de vue éthique". Arch. Mal. Pro. , 2004, 65, n° 2-3 163-165
- [12] Code international d'éthique pour les professionnels de la Santé. INRS. Documents pour le médecin du travail. 1993, n° 54, 2° trim.
- [13] Loiret P. : "Le secret médical et la médecine du travail" INRS. Documents pour le médecin du travail. 1992, n° 49, 1° trim.
- [14] INRS : " Le secret médical et la médecine du travail. Histoire et textes". Documents pour le médecin du travail. 1992, n° 48, 1° trim., 16
- [15] Les Jeudis du Conseil National de l'Ordre des Médecins : "Le médecin du travail aujourd'hui et demain : ses rôles dans la gestion du risque professionnel et la santé au travail". 5 déc. 2002 – www.conseil-national.medecin.fr
- [16] Les Jeudis du Conseil National de l'Ordre des Médecins : "La place du secret médical : entre transparence et éthique professionnelle". 1er oct. 1998 – www.conseil-national.medecin.fr
- [17] Rapport de la Commission nationale permanente (Bernard-Catinat M., rapporteur) : "Information et formation du patient". 5 juin 1999 - www.conseil-national.medecin.fr
- [18] Rapport de la Commission nationale permanente (Marcelli A., rapporteur) : "Relations entre le secret médical et les secrets professionnels". 28 janv. 2000 - www.conseil-national.medecin.fr
- [19] Dômont A. : "Santé, sécurité au travail et fonctions publiques". Ed. Masson, coll. Médecine du Travail. 2000.
- [20] Rapport de la Commission nationale permanente (Pouillard J., rapporteur) : "Le principe de précaution". avril 1999 - www.conseil-national.medecin.fr
- [21] Douay S., Verkindt P.Y. : "La gestion du maintien dans l'emploi au regard des connaissances génétiques : aspects juridiques". Arch. Mal. Pro. , 2004, 65, n° 2-3, 166-167
- [22] Mohammed-Brahim B. : "Quelles interrogations scientifiques, éthiques et opérationnelles des biomarqueurs d'exposition dans la surveillance biologique des travailleurs exposés à des substances chimiques". Arch. Mal. Pro. , 2004, 65, n° 2-3 169-170
- [23] Caux C., Roy D.J., Guilbert L., Viau C. : "Vers une meilleure intégration des aspects éthiques de la surveillance biologique : à propos d'une expérience québécoise". Arch. Mal. Pro. , 2004, 65, n° 2-3, 170-171
- [24] Fogel Y.B. : Travail & Sécurité 07/08/04 – p. 9