

Alain Dômont¹**DEUXIEME PARTIE - 2****ACTIVITES DE SECURITE ET SANTE AU TRAVAIL²****Introduction à la notion de capacités médicales requises
et aux limites de la notion d'aptitude médicale.**

Après avoir évoqué les obligations des employeurs en matière de prévention et de sécurité au travail, nous traiterons de la dynamique médicale sécuritaire en santé au travail.

Nous nous arrêterons sur la dualité de la pratique de la médecine du travail et ses conséquences en termes d'aptitude médicale au travail, et, dans la troisième partie de ce chapitre, nous verrons la place du médecin du travail dans la lutte contre l'accidentalité professionnelle, en évoquant la réforme du traitement de l'aptitude médicale sécuritaire dans le contexte des transports terrestres.

En 2011, dans les entreprises de transport ferroviaire, des services médicaux en charge du contrôle des aptitudes médicales des agents ayant des fonctions de sécurité ont été créés. Ces nouveaux services sont distincts et indépendants des services médicaux du travail.

Obligations des employeurs en matière de prévention et de sécurité au travail : généralités

« Risque zéro » n'est pas synonyme de « zéro risque ».

La suppression de tous les risques professionnels est illusoire (zéro risque). Par contre, la recherche du risque zéro par la suppression ponctuelle de tel ou tel risque professionnel n'est techniquement réalisable que pour certains risques. Elle ne l'est pas pour tous les risques. Le code du travail impose à « *L'employeur (de) met(tre) en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :*

...6° (en) remplaçant ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ; » ... (Article L. 4121-2 du code du travail)

L'action ponctuelle de maîtrise des risques par la suppression de « *ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux* » doit donc être menée afin que, parmi les risques ainsi listés, l'employeur fasse supprimer ceux qui sont estimés susceptibles de provoquer des altérations de la santé.

Même si tous les risques ne seront pas accessibles à cette solution radicale, l'employeur doit garantir, pour les risques ainsi évalués, une absence d'exposition à des niveaux de risques dommageables pour la santé.

¹ Médecin du travail, Professeur des Universités, Faculté de Médecine Paris Descartes, Santé publique-Santé au travail.

² NB : des redites par rapport à la première partie de ce chapitre sont volontairement incluses afin de permettre une lecture autonome des différentes contributions publiées sur le site. AD

Rappelons quelques évidences à partir d'un exemple simple : s'il n'y a pas d'exposition professionnelle à des niveaux de bruit excessifs³, il n'y aura pas de surdité professionnelle. Si l'on supprime un produit toxique utilisé au travail, il ne pourra plus générer de problème de santé au travail...

Tout le monde s'accorde pour reconnaître que la vie dans un travail sans aucun risque (= « zéro risque ») est cependant impossible à garantir. L'objectif « zéro risque » est donc illusoire.

A contrario, le risque zéro est ponctuellement accessible. La prévention des risques professionnels à travers une démarche de précaution n'est pas une vue « réglementaire » de l'esprit. Ceux qui peuvent être supprimés devront l'être. Les risques estimés non suppressibles relèveront de la politique de protection de l'entreprise.

« Eviter toute altération de la santé du fait du travail » : un objectif médicalement illusoire qui ne doit pas valider l'inaction.

Avoir assigné comme objectif à la médecine du travail d'« éviter toute altération de la santé du fait du travail », et en avoir conclu en 1947, puis revalidé en 1979, que l'action de prévention sanitaire devait s'inscrire dans le contrôle systématique des aptitudes médicales à tous les postes de travail, fut une erreur.

En matière de santé au travail, le contrôle technique des niveaux d'exposition environnementale aurait dû être la voie à promouvoir prioritairement. Si le risque professionnel ne peut être supprimé, l'exposition à des niveaux « aussi bas que raisonnablement possible⁴ » doit être la règle.

La maîtrise sociotechnique des risques, comme souligné dans le chapitre précédent, est en effet la voie qu'il aurait fallu développer de manière prioritaire, dès la fin des années quarante. C'est d'ailleurs ce que les grandes entreprises ont rapidement fait, en parallèle avec la création de services d'hygiène et de sécurité, à côté des services médicaux du travail. Ce n'est par contre qu'au début des années 2000 que le secteur de la médecine du travail interentreprises a vraiment commencé à aborder la professionnalisation de l'évaluation technique des risques.

Les limites de l'intervention clinique en santé au travail

Les surveillances de santé ne peuvent être utiles que dans la mesure où les moyens de la prévention bioclinique ont été validés risque par risque, ce qui est loin d'être la généralité en 2012. La performance préventive de la prévention médicale implique l'utilisation d'indicateurs biologiques d'exposition opérationnels pour l'évaluation des états de santé en amont des pathologies professionnelles.

Le dépistage, de son côté, recourt à des indicateurs biologiques d'effet. Ces derniers n'assurent qu'un diagnostic précoce de maladie professionnelle.

³ L'enjeu sur l'approche normative des niveaux d'exposition professionnelle émerge ici. Au plan médical, l'enjeu sera d'agir en amont des pathologies découlant du travail. Il convient donc d'intégrer, dans les démarches médicales de santé au travail, qu'une différence éthique majeure existe entre « indicateurs d'exposition » et « indicateurs d'effet ». Les premiers relèvent de la prévention médicale en « amont de la maladie professionnelle », les seconds relèvent de la gestion de la pathologie professionnelle et tracent l'échec de la démarche préventive.

⁴ Dans le domaine de la cyndinique (science du risque), **ALARA** est l'acronyme de l'expression anglophone « As Low As Reasonably Achievable », qui se traduit par « Aussi bas que raisonnablement possible ».

Si l'intervention médicale est nécessaire, elle s'inscrit dans une optique de veille sanitaire. La limite de celle-ci dépend des limites « scientifiques » des indicateurs. Ce n'est pas l'audiogramme qui permet de garantir l'absence de surdité professionnelle, mais la maîtrise des expositions sonores. L'intervention de prévention sera diligentée sans attendre le dépistage des anomalies irréversibles de l'audition imputables aux bruits industriels.

Tous les risques professionnels ne peuvent être techniquement maîtrisables à un niveau d'exposition compatible avec la préservation de la santé. Les incertitudes épidémiologiques sont trop nombreuses. Il en est ainsi pour beaucoup de risques chimiques. L'absence d'effet pathogène des expositions professionnelles aux cancérogènes « à faible dose » ne peut garantir l'absence d'effets sur de longs délais d'exposition. Les surveillances de santé semestrielles n'y changent rien. De même pour les produits génotoxiques et reprotoxiques.

Par ailleurs, quand les travailleurs exercent leurs activités en milieu « ouvert », c'est-à-dire en dehors de l'entreprise, « l'incertitude sanitaire » est aussi présente. L'employeur n'a pas toujours la possibilité d'agir directement sur certains risques dont la maîtrise ne relève pas de sa responsabilité. Il interviendra alors principalement en protection.

Il en sera ainsi pour les salariés travaillant « sous circulation » au bord des routes, pour les risques liés à la manutention des encombrants dans les entreprises de ramassage d'ordures ménagères, pour les risques d'agressions dans les métiers de services ou de soins...

Par contre, pour le risque routier et la conduite au titre du travail, l'intervention médicale « préventive », est possible, et le contrôle médical des capacités de travail justifié ; nous y reviendrons plus bas.

Le médecin du travail, dans ces différents contextes, interviendra donc tantôt dans le dépistage des pathologies professionnelles, tantôt, mais plus occasionnellement, dans le contrôle des expositions maîtrisées, ou encore dans la maîtrise préventive des sur-risques médicaux d'accident.

La médecine du travail ne répond donc depuis l'origine que très partiellement à l'attente sociale « d'évitement de toute altération de la santé ». Objectif complètement irréaliste inscrit depuis 1946 dans le code du travail. Il vient d'être revalidé en 2012⁵.

La planification de la prévention en santé au travail

Compte tenu de tout ce qui précède, il conviendra, lors de la mise en place de la planification annuelle de la prévention/protection des risques professionnels, validée conjointement par le médecin du travail, les hygiénistes du travail et l'employeur, que les moyens, tant financiers qu'en personnels non médicaux et médicaux, nécessaires à l'évaluation des risques, soient disponibles.

La démarche de santé/sécurité intégrée, introduite initialement dans le code du travail, en 1976, pour la sécurité des machines, devrait être la règle non seulement dans le choix des matériels et des produits, mais également pour l'organisation du travail. La planification technique de la maîtrise des risques s'inspirera de ce que la démarche ergonomique prône : faire prévaloir la conception par rapport à la correction.

⁵ Art. L. 4622-2.-Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail

Rôle des services de protection et de prévention

Les services de protection et de prévention (article 7 de la directive cadre de 1989) diligenteront l'analyse détaillée et exhaustive des facteurs de risques matériels et sociaux vis-à-vis desquels les salariés seront protégés, conformément à ce qu'édicte le code du travail, article L. 4121-3 :

« L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.

A la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement. »

Différencier sécurité et sûreté :

L'extrait du code du travail évoque l'hygiène, la sécurité, la prévention et la protection des travailleurs ; la notion de sécurité est souvent confondue avec celle de sûreté. Voyons donc ce que recouvrent ces deux termes afin de mieux comprendre le cadre de l'intervention du médecin du travail dans la maîtrise des risques aux postes de sécurité.

« **La sécurité**⁶ : c'est la **qualification** générale d'une situation dans laquelle quelqu'un ou quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque d'agression physique, d'accident, de vol, de détérioration. » L'action de sécurité est destinée à prévenir un accident, un événement dommageable (humain ou matériel), ou à en limiter les effets. »

En santé au travail, la sécurité renvoie à une double démarche de prévention, sociotechnique et médicale. Les surveillances de santé assureront l'action de veille sanitaire au titre de la prévention médicale ou du dépistage des pathologies professionnelles. Le contrôle, par le médecin, des « capacités médicales requises » pour les activités de sécurité, sera réalisé à échéance régulière voire plus fréquemment en cas de problème de santé intercurrent, c'est-à-dire survenant entre deux visites médicales systématiques.

« **La sûreté**⁷ : c'est la **qualité** d'un objet ou d'une situation qui offre des garanties, ménage une protection. On parlera d'un objet, d'un dispositif de sûreté, lorsqu'ils sont conçus pour assurer la meilleure protection possible. On travaillera en sûreté, c'est-à-dire à l'abri de toute atteinte, de tout péril, dans un endroit que l'on peut quitter en cas de danger ».

En santé au travail, la sûreté renvoie aux choix des protections rendues indispensables en raison d'une impossibilité de suppression d'un risque, ou de sa maîtrise totale. Le médecin interviendra ici dans l'analyse des « capacités médicales requises », conditionnant le port de certains équipements de protection individuelle.

⁶ Le petit Larousse.

⁷ Le petit Larousse.

Comprendre et faire comprendre que « risque zéro » ne veut pas dire « zéro risque » est ainsi un enjeu technique, sanitaire et social majeur dans la planification de la prévention, et dans le « repositionnement » de l'intervention clinique du médecin du travail, relativement à celle, technique, des hygiénistes, des ergonomes....

Depuis la jurisprudence de la chambre sociale de la cour de cassation de 2002, la responsabilité de l'employeur et de ses délégataires, en cas d'altération de la santé imputable au travail, est « de sécurité de résultat » pour la prévention de la pathologie professionnelle.

Les médecins n'oublieront pas que leurs interventions dans le contexte du contrôle des exigences médicales requises par certaines activités de sécurité, comme pour celles qui s'inscrivent dans leur mission de conseil, engagent leur responsabilité.

Chacun connaît la nature duelle de la responsabilité des médecins, clinique et « ergonomique ». La responsabilité clinique se décline de manière similaire à celle des médecins en général, particulièrement pour la qualité des conseils et informations donnés individuellement aux salariés, même si c'est bien sûr l'employeur qui doit assumer l'obligation de sécurité de résultat. Pour les conseils « ergonomiques », la responsabilité médicale s'inscrit dans une dimension plus large, collective et pluridisciplinaire. Nous renvoyons au premier chapitre pour ce qui concerne l'analyse des conséquences de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Santé/sûreté/sécurité du travail : les places entrepreneuriale et médicale

Les limites de la validité sanitaire de l'aptitude médicale

En médecine du travail, le médecin contrôle et assure pour chaque salarié la traçabilité des conditions d'aptitude médicale exigibles pour l'accès ou le maintien au travail⁸. Il est connu de tous que les fiches médicales d'aptitude sont renouvelées à échéance programmée et servent à valider devant les tribunaux « les ruptures de contrat de travail pour raison médicale », ce qui n'est pourtant pas l'objectif premier des surveillances de santé et de la prévention médicale !

Si certaines activités, comme évoqué dans le chapitre précédent, peuvent requérir un contrôle des capacités médicales spécifiques, assorti d'un avis d'aptitude médicale, comme par exemple les « postes de sécurité », toutes les activités professionnelles ne devraient pas être éligibles à ce type d'exigence. Surveillance de santé ne signifie pas contrôle médical des aptitudes au travail.

En matière d'exposition environnementale à des risques professionnels, c'est en effet la maîtrise sociotechnique des risques qui doit prévaloir sur le contrôle médical des aptitudes. Ce contrôle, déclenché à échéance régulière, obligatoire et systématique, généralisé dans le secteur privé à tous les examens cliniques de médecine du travail en 1979, reste inchangé en 2012. Il pérennise une fausse certitude, dommageable non seulement en termes d'emploi, mais aussi parfois en termes de santé, par la fausse certitude qu'il génère.

Nombreux sont en effet ceux qui pensent que si l'opérateur est médicalement apte au travail, c'est que ses conditions de travail sont satisfaisantes, ce qui est très souvent faux⁹. La multiplication de l'indemnisation des pathologies professionnelles en atteste, chez certains salariés estimés tout au long de leur carrière médicalement aptes à leur travail, jusqu'au jour de l'apparition d'une maladie professionnelle.

⁸ Hors visites médicales de pré reprise.

⁹ Cf. l'arrêt du Conseil d'État du 9 octobre 2002 relatif aux surveillances de santé en matière d'exposition aux cancérogènes.

Contrôle des conditions de travail : place relative du document unique et du dénombrement des surveillances médicales

Depuis l'origine, la mise en avant des médecins du travail et le contrôle administratif de l'effectivité des visites d'aptitude médicale à très largement pris le pas sur le contrôle régulier et systématique de la maîtrise technique des conditions de travail. L'action médicale est ainsi mise en avant, alors que c'est l'action technique qui aurait dû primer.

Depuis l'obligation de rédaction du document unique, son contrôle par l'Inspection du travail, introduit dans l'arsenal réglementaire en 2001¹⁰, aurait dû bien plus tôt supplanter celui de l'effectivité des visites médicales, tracées, depuis 1979, par la production des fiches d'aptitude.

Or, plus de dix ans après l'instauration de cette nouvelle obligation réglementaire, plus de vingt ans après la promulgation de la directive de 1989, et plus de trente ans après la généralisation abusive du contrôle des aptitudes médicales au travail, ce document, majeur pour la maîtrise sociotechnique des risques, est encore réalisé de manière très variable selon les entreprises. Son contrôle fait l'objet d'une attention souvent trop bienveillante, comparativement à ce qui se passe pour les fiches médicales d'aptitude.

Si certaines entreprises respectent leurs obligations en matière de santé au travail, d'autres n'établissent même pas le document unique, ou le rédigent de manière approximative, oubliant volontiers qu'il doit être actualisé annuellement. Le fait de pouvoir se faire aider par des « officines » prestataires de services dans le secteur de l'évaluation des risques professionnels, n'améliore pas réellement les choses.

Cette timidité dans la volonté de mieux maîtriser les risques « au poste de travail » doit être dénoncée. En ciblant le contrôle des activités médicales, on laisse un peu trop de côté celui des conditions de travail, sans pleinement tirer, dans l'organisation de notre système de santé au travail, le bénéfice que les études de la DARES¹¹ devraient induire. Celles-ci devraient inciter au renforcement du contrôle des conditions de travail.

L'évaluation et le dénombrement des altérations de la santé est certes intéressant, mais il faudrait agir préférentiellement avant l'apparition des maladies professionnelles. Le dispositif de contrôle des aptitudes médicales au poste de travail est à revoir, en développant de manière plus volontariste celui dévolu à la maîtrise technique des risques, dans l'esprit de la directive de 1989.

La réforme 2010/2012 ne s'est pas intéressée à ce point fondamental pour la promotion de la santé. Le maintien d'un contrôle systématique et généralisé de l'aptitude médicale va donc continuer à servir d'indicateur pour valider l'action de santé au travail des entreprises, alors que l'enjeu sanitaire n'est pas médical, mais ergonomique et professionnel. Il conviendrait de ne plus tolérer que le contrôle de l'effectivité de l'application des textes relatifs à la santé du travail reste principalement centré sur le dénombrement des visites médicales réalisées. Les objectifs de la santé au travail sont de protection et de prévention sociotechnique, avant d'être médicaux. Ils devraient donc inciter les entreprises à faire prévaloir de manière beaucoup plus volontariste qu'elles ne le font, le contrôle systématique et généralisé de la maîtrise sociotechnique des risques, sur celui des aptitudes médicales. Ce dernier deviendrait plus occasionnel et serait déterminé en fonction des demandes des salariés ou des exigences découlant de certaines activités professionnelles.

¹⁰ Le décret n° 2001-1005 du 5 novembre 2001 oblige les employeurs à transcrire et mettre à jour sur un document unique l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité du travailleur (Article L. 4121-3 du code du travail, complété par la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002).

¹¹ Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

« Confusion sociale » sur le rôle du médecin dans la maîtrise des risques professionnels.

Selon les situations, la gestion préventive de la problématique sanitaire au poste de travail, soit met l'intervention médicale en avant, soit « oublie » d'y associer les médecins du travail. La mobilisation médicale en santé / sécurité au travail a ainsi du mal à trouver sa place. Deux exemples vont permettre de l'illustrer.

L'émergence médiatique de la souffrance au travail met en avant la question des facteurs professionnels susceptibles de « motiver » ou de déclencher certaines dépressions, certains gestes suicidaires... Devant les situations de harcèlement au travail, de burn-out, de dépressions « réactionnelles »..., les médecins ne sont la plupart du temps mobilisés que pour constater les inaptitudes médicales au travail. Celles-ci servent alors à valider un « retrait salvateur » du travail, devenu incontournable parce que les conditions de travail n'ont pas pu être améliorées « à temps ».

L'omerta et le poids des objectifs financiers des entreprises constituent les principaux facteurs d'immobilisme, sans que les actions judiciaires puissent vraiment faire évoluer globalement les conditions de travail. Elles sont en effet trop tardives et insuffisamment rapides pour produire des effets réels sur l'amélioration des conditions de vie dans les entreprises concernées. Timidité des interventions ainsi tardivement diligentées, que certains justifient par le respect de la « liberté d'entreprendre », qui joue ici contre la « promotion de la santé des travailleurs au travail ».

A contrario, en santé/sécurité routière, la mobilisation clinique des médecins du travail est loin d'être automatique, en dehors des entreprises de transport.

Pour le tout-venant des entreprises, les médecins du travail ne sont en effet que rarement associés à la mise en place des plans de prévention du risque routier¹². S'ils le sont, c'est pour traiter de la dimension sociotechnique de la lutte contre l'accidentalité routière, sans que soit conjointement évoqué le contrôle des capacités médicales requises pour conduire « au titre du travail ».

Dans la lutte contre les accidents du travail, la place de l'évaluation du « sur risque médical » d'accident reste à l'évidence très mal comprise, alors que l'impact de certaines altérations de santé sur l'accidentalité en général, et sur les accidents de la route, est connu et reconnu. Ce point sera développé dans la dernière partie de ce deuxième chapitre.

En conclusion :

Là où ce sont les risques professionnels qui devraient être prioritairement appréhendés, on fait intervenir le médecin du travail, en attendant de lui qu'il valide les inaptitudes médicales au travail. Il en est ainsi pour la prévention de la souffrance au travail...

Le dépistage des dépressions réactionnelles se fait sans que leur prévention par une organisation du travail plus respectueuse de l'Homme progresse vraiment, en raison de nombreuses réticences entrepreneuriales, politiques et sociales.

¹² Les plans de prévention du risque routier en entreprise s'inscrivent dans le cadre des textes adoptés par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAM – TS, le 5 novembre 2003 pour la prévention du risque routier au travail et le 23 janvier 2004 pour la prévention des accidents routiers de trajet.

L'accompagnement de la remise en cause, par les travailleurs eux-mêmes, de leurs conditions de travail « délétères », est même souvent difficile à obtenir, en dehors des interventions syndicales ou des actions judiciaires.

A l'opposé, là où le médecin du travail aurait un rôle clinique à jouer, on ne comprend ni la nature, ni l'utilité de cette intervention. Il en est ainsi pour la prévention individuelle des accidents de la route. Le médecin n'est même pas sollicité, alors qu'une intervention médicale préventive est possible. Les accidents de la route sont pourtant la première cause d'accident du travail (trajet et travail confondus), et près de quarante pour cent de la mortalité routière est en relation avec l'alcool, les drogues et le mésusage des médicaments.

Rappelons au passage que le législateur vient d'introduire explicitement la prévention des addictions au travail dans les objectifs des services de santé au travail, dans les suites du rapport « addictions et entreprises »¹³ ; une raison supplémentaire pour poser la question de la place du contrôle des aptitudes médicales dans la conduite au titre du travail.

Article L. 4622-2 : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils...2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin ...de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail,... ».

Si l'usage social de l'alcool est un fait de société, la maladie alcoolique aussi. Cette dernière concerne directement les médecins du travail.

Ces deux exemples montrent, soixante ans après la création de la médecine du travail, que la place du médecin du travail reste encore mal appréhendée. Il est donc hautement souhaitable que la Société se repenche, non seulement sur la place que les médecins peuvent réellement occuper dans l'action en milieu de travail, mais aussi sur les objectifs des surveillances de santé. De trop nombreux préjugés entravent encore cette nécessaire action des médecins du travail.

Les médecins doivent intégrer le fait que le contrôle et la formulation des inaptitudes médicales viennent d'évoluer.

La directive cadre de 1989 aurait dû conduire depuis plus d'une vingtaine d'années à redéfinir la place relative des surveillances de santé. Auraient ainsi dû être distinguées celles non éligibles au contrôle des aptitudes médicales, et celles visant la recherche des contre-indications médicales incompatibles avec certaines activités. Rien n'a été fait en ce sens depuis 1946. Les avancées en la matière ont été laissées à l'interprétation jurisprudentielle des litiges et aux bonnes volontés médicales individuelles.

La justification du contrôle des aptitudes et la formulation des inaptitudes médicales doivent voir leur place réexaminée dans la notion d'inaptitude à l'emploi, avant d'être redéfinie, dans la mesure où l'on envisage de lutter contre la pénurie des vocations en médecine du travail.

Dans le logigramme de décision médicale en fin de bilan clinique, l'évaluation des éventuelles possibilités de compensations techniques des incapacités doit être faite par le médecin, mais les

¹³ Cf. Rapport Parquet : Conduites addictives et milieu professionnel. MILDT 2006. www.drogues.gouv.fr

moyens « ergonomiques » nécessaires pour rendre le travail « accessible et/ou compatible » ne sont pas ensuite toujours au rendez-vous.

Si la coordination de l'évaluation des capacités médico-psychologiques revient logiquement aux médecins, la responsabilité de l'employeur est de traiter des conséquences organisationnelles des incapacités médicales¹⁴.

Les employeurs doivent assumer leurs obligations dans le domaine de la compensation des incapacités, même si, aujourd'hui encore, ils n'ont pas d'obligation de résultat, n'ayant qu'une obligation de moyens, sauf à assimiler la compensation des handicaps au travail à une problématique d'hygiène et de sécurité, ce qui est tout à fait possible au plan scientifique.

En cas d'impossibilité de compensation, l'arrêt de l'activité est incontournable, mais c'est à l'employeur, non au médecin qu'il appartient de valider l'impossibilité de mise en œuvre des propositions médicales.

L'inaptitude au travail et à l'emploi ne peut se limiter au seul constat médical des incapacités. Cette affirmation n'invalidant pas la justification, en parallèle, de l'évaluation des capacités médicales requises pour certaines activités professionnelles « de sécurité », il conviendra bien sûr de les lister en distinguant sécurité et pénibilité¹⁵.

A partir de juillet prochain, il est rappelé aux employeurs qu'ils doivent assumer auprès des salariés les conséquences des inaptitudes médicales en termes d'emploi, en justifiant eux-mêmes de l'impossibilité d'adapter le travail, ce que le décret 2012-135 du 30 janvier 2012 vient ainsi timidement de réintroduire dans notre arsenal réglementaire :

« L'employeur prend en considération les avis présentés par le médecin du travail, sur l'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés. Il lui fait connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficultés ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur du travail. » (Code du Travail, Art. R. 4624-6).

L'évolution des pratiques dira si ce « nouveau » point de vue réglementaire est ou non une avancée.

La responsabilité de l'employeur dans le passage de « l'inaptitude médicale au poste de travail » à « l'inaptitude à l'emploi » devrait à l'avenir être mieux comprise. Si la première relève du médecin, la seconde incombe en toute logique à l'employeur, sans que celui-ci puisse se retrancher systématiquement derrière l'avis du médecin¹⁶. Pour travailler, il faut une triple capacité, professionnelle, sociale et médico-psychologique ; le médecin n'a à statuer ni sur la dimension professionnelle, ni sur la dimension sociale du travail, sauf pour évaluer d'éventuelles dégradations dans la performance au travail ou dans les relations sociales, secondairement à certaines pathologies.

¹⁴ Loi de février 2005 et décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012. Cf. Chapitre suivant.

¹⁵ 13 Nous reviendrons sur la pénibilité dans un autre chapitre.

¹⁶ Cf. la problématique du handicap et du travail dans le chapitre suivant.

Les situations où l'on exige des médecins la formulation d'une inaptitude médicale, alors même qu'aucune recherche de compensation professionnelle n'a été diligentée dans l'entreprise, ne doivent plus être tolérées. C'est à l'employeur de valider l'inaptitude à l'emploi.

Malgré la jurisprudence en matière d'inaptitude, qui centre l'analyse sur le seul volet médico-psychologique, il faut se repencher sur la finalité de l'avis médical du médecin, et sur la réalité des possibilités d'intervention ergonomique des médecins. Celles-ci, compte tenu des tâches cliniques qui les submergent, sont souvent faibles. L'avis médical sert ainsi indûment à « couvrir » une rupture du contrat de travail pour inadéquation des capacités médico-psychologiques au travail, alors qu'elle devrait être centrée sur la recherche de leur compensation socioprofessionnelle.

Comprendre les interrelations entre hygiène industrielle et sécurité au travail

Un certain nombre de préconisations réglementaires, de normes, et la jurisprudence considèrent l'hygiène et la sécurité comme une même entité, en référence aux moyens techniques communs que leur maîtrise mobilise. C'est une facilité, mais c'est aussi une source de confusion.

Dans le fait de travailler, l'interrelation homme/travail implique que la stratégie de maîtrise des risques s'intéresse conjointement aux facteurs techniques et aux facteurs humains. Rappelons à cet égard que l'analyse ergonomique de l'activité du médecin du travail met en relief une différence dans la nature de « l'action de prévention/protection de la santé des travailleurs au travail », entre démarche d'hygiène industrielle et démarche de sécurité au travail. Voyons en les conséquences pratiques.

L'hygiène industrielle vise la promotion individuelle de la santé par l'action technique de prévention/protection contre les risques de pathologie professionnelle¹⁷. L'intervention clinique du médecin du travail s'inscrit ici dans la dynamique sanitaire des surveillances de santé figurant à l'article 14 de la directive du 12 juin 1989. Le contrôle de l'aptitude médicale au poste de travail, hors celui du port de certains EPI, n'a pas de justification sanitaire : c'est l'environnement de travail qui doit être compatible avec la promotion de la santé.

La directive impose la mise en place de « surveillances de santé », sans les lier à un quelconque contrôle des aptitudes médicales au travail. Les conditions d'efficience de ces surveillances ouvrent la question de la validité prédictive de l'intervention médicale.

Cette question éthique, sociale, juridique, scientifique et technique a été délibérément ignorée lors du débat exclusivement réglementaire qui a conduit aux textes de 2012.

L'impact de l'organisation du travail et des risques professionnels sur la périodicité des visites médicales (et infirmières) en médecine du travail n'a ainsi été traité qu'au plan réglementaire, sans vraie réflexion scientifique.

¹⁷ Les maladies professionnelles découlent de la maîtrise insuffisante des risques dans l'organisation du travail, au « poste et dans l'environnement de travail ». Les accidents du travail résultent d'un risque résiduel, conformément au fait que le zéro-risque professionnel n'est pas techniquement accessible.

Cette erreur, que l'on retrouve tout au long des réformes successives de la médecine du travail depuis 1946, explique en grande partie la désaffection actuelle des internes pour la spécialité¹⁸, et l'image très souvent négative de la médecine du travail.

La « déploration » de la situation de la discipline est une chose, encore aurait-il fallu avoir le courage d'en reconnaître toutes les dimensions. La démarche de planification et de maîtrise des conditions d'hygiène ne doit passer que par le contrôle prioritaire de la compatibilité du travail avec l'objectif de « promotion/préservation de la santé des travailleurs au travail ». La stratégie n'est par contre pas la même en matière de sécurité. La place au contrôle des aptitudes médicales y est scientifiquement justifiée, comme nous le verrons plus bas.

Dualité de la pratique de la médecine du travail : clinique et ergonomique

Quelle complémentarité entre surveillance de santé et gestion sociotechnique des altérations de santé consécutives à la prévention des accidents du travail ?

La démarche de sécurisation des environnements de vie vise à limiter les accidents, sans que la technique puisse garantir le « zéro risque » conformément à ce que nous avons évoqué plus haut. Ce qui vaut pour la sécurité sanitaire en général ne vaut en effet pas obligatoirement de manière similaire pour la maîtrise médicale des risques professionnels.

Ce constat général introduit la question de la nature de la place clinique du médecin du travail relativement à la maîtrise environnementale de la sécurité, introduite par l'Europe en 1989.

Analyser conjointement le droit à la préservation de la santé au travail et le droit au travail des personnes handicapées permet d'avancer dans la compréhension du rôle des médecins du travail, vu par l'Europe et réglementé par la France.

La directive 1989/391/CEE du Conseil de l'Europe du 12 juin 1989 s'intéresse à la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. La définition des objectifs de la santé au travail a été rédigée en 1995 par l'OMS et le BIT. Enfin, le code du travail assigne aux médecins du travail un rôle exclusivement préventif, dédié à la promotion de la santé des salariés, à travers des surveillances de santé. Si l'on retrouve l'esprit européen dans les textes français, certaines obligations médicales posent question. Il en est ainsi du contrôle systématique et indifférencié des aptitudes médicales au travail à l'issue des surveillances de santé.

La directive 2000/78/CE du Conseil de l'Europe du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, et la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées esquissent un cadre spécifique d'emploi pour les personnes handicapées. Ce texte européen et les textes français, tant législatifs que réglementaires, valident la notion d'incapacité médicale à travers le constat préalable des incapacités médicales ; elles devront être absolues, c'est-à-dire non compensables au plan ergonomique.

¹⁸ Les postes offerts aux différents concours d'accès à la spécialité ne sont pas tous pris et le « droit au remords » ne joue pas toujours en faveur de la discipline. A la crise démographique liée à la pyramide des âges des médecins du travail en activité s'ajoute ainsi une crise démographique des vocations.

Dès lors que des difficultés de santé interfèrent avec l'accès ou le maintien au travail, l'intervention du médecin du travail dans la prévention médicale des risques professionnels devrait tenir compte des principes généraux du droit relatifs à l'emploi des personnes handicapées. Et ce même si aucune demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé n'a été faite par le salarié concerné. Il en va ici de l'éthique professionnelle du médecin. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant traitant de la problématique de l'emploi des personnes en situation de handicap au travail.

De notre point de vue, avant chaque décision médicale, dès lors que le contrôle de l'aptitude médicale au travail se pose, les médecins du travail devront agir au mieux des intérêts « de santé au travail » des salariés, même lorsqu'il s'agira de contrôler les aptitudes aux postes de sécurité. Ils le feront dans le cadre des missions qui sont les leurs en application de ce que définit l'article L. 4622-2 :

« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : « 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; « 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; « 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ; « 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

Au titre de l'alinéa 3, les médecins assureront «... la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail ».

De même, ils assumeront leur responsabilité « ergonomique » conformément à l'alinéa 2 ci-dessus. A travers les conseils que l'on attend de lui, le médecin est habilité à faire des propositions visant à « ... éviter ou...diminuer les risques professionnels, ...améliorer les conditions de travail,...(des salariés).

Dans le contexte des activités de sécurité, les médecins seront donc fondés à s'exprimer sur la compatibilité du travail prescrit avec les états de santé qu'ils auront évalués.

Aptitude médicale et compatibilité du travail : deux éclairages distincts pour un même problème sanitaire.

Depuis 1947, le médecin du travail est tenu de produire des fiches médicales d'aptitude en application de l'article R 4624-47 :

*« A l'issue de chacun des examens médicaux prévus à la section 2, le médecin du travail établit une **fiche médicale d'aptitude** en double exemplaire. ».*

Le rôle du médecin est, comme évoqué ci-dessus, double : clinique et ergonomique, ce qui induit une certaine complexité dans l'analyse des modalités d'action médicale en santé au travail, d'autant qu'avis clinique et avis ergonomique sont étroitement imbriqués.

En premier lieu, il convient de souligner que cet article traite de la « fiche médicale d'aptitude » et non de la « fiche d'aptitude médicale », ce qui n'est pas la même chose.

Dans ces conditions, les médecins sont fondés à choisir de « manière objective et appropriée » [loi de février 2005], la nature de l'avis que la situation médicale du salarié subordonne.

Ils signeraient ainsi, selon les besoins :

- soit une fiche médicale d'aptitude clinique à un travail « théorique », c'est-à-dire qu'ils ne connaissent que par expérience,
- soit une fiche médicale d'aptitude à travailler, le travail prescrit devant être compatible avec la préservation de la santé.

Cette seconde condition introduit l'éclairage ergonomique de l'analyse de l'acte médical et conduit à différencier deux possibilités dans la connaissance des conditions de travail :

- soit la connaissance ergonomique que le médecin a du travail est directe. Il a pu dans le cadre de son tiers temps « descendre sur le terrain ». Compte tenu des contraintes de l'exercice médical, la connaissance du travail reste malgré tout fort éloignée de la réalité. La connaissance du travail réel est déjà difficilement accessible pour les études ergonomiques approfondies, alors que penser d'interventions plus ponctuelles ?
- soit elle n'est qu'indirecte ; deux situations sont alors à distinguer. La connaissance découle :
 - des entretiens cliniques du salarié et du médecin, complétés selon les besoins par un entretien avec le chef de service, dans le respect du secret professionnel et médical.
 - de la production d'une fiche descriptive des conditions de travail de chaque salarié validée conjointement par le salarié et son chef de service, qui renseigne le médecin. Au vu de ce document complété par l'examen médical du salarié, et éventuellement par un contrôle « in situ » des conditions de travail, il sera possible pour le médecin d'avoir une connaissance plus précise des conditions de travail, mais les limites de la connaissance du travail réel restent évidentes, et bien connues de tous.

A défaut de production, par l'employeur, d'une fiche de poste détaillée, aucun avis médical ne devrait être produit. Sauf si l'on accepte de considérer de manière « dogmatique » que l'employeur prescrit un travail toujours conforme aux normes et obligations réglementaires de santé au travail, qu'il respecte à la lettre le code du travail, notamment dans sa quatrième partie : santé et sécurité au travail et qu'il en est de même pour le droit à compensation, créé par la loi de 2005.

La connaissance générique du métier, à défaut de celle du poste de travail, peut elle suffire pour permettre au médecin du travail de statuer valablement en termes d'aptitude médicale au travail ?

Répondre à une telle question exige d'évoquer le nouveau rôle des médecins généralistes, introduits à partir de juillet 2012 pour la surveillance de santé de certaines catégories de salariés. Cette évolution montre que la question de la nature de la pratique médicale en santé au travail reste très ouverte, pour ne pas dire « à géométrie variable ». Elle valide réglementairement le

fait qu'une surveillance de santé peut être valable, même à partir d'une connaissance exclusivement théorique du travail.

Nous évoquons dans la première partie de ce chapitre la nécessaire distinction ergonomique entre les notions de travail théorique et de travail prescrit, complémentaires à celles d'activités réelles et d'activités vécues.

Si les activités réelles sont difficiles à connaître, même pour le médecin du travail, le travail vécu par le salarié n'est pas non plus aisément accessible, mais cela n'invalide pas pour autant toute utilité à l'intervention des médecins.

Reconnaître que l'exercice est difficile est un truisme, et le fait que la connaissance du travail est très souvent en médecine du travail plus théorique que concrète, éclaire certes les limites de l'exercice médical en santé au travail, mais n'invalide pas pour autant le bénéfice de tout contrôle clinique des capacités médicales requises pour certaines activités professionnelles.

Ce sera l'objet de la troisième partie du présent chapitre, traitant de la place des médecins du travail dans la lutte contre l'accidentalité professionnelle.

A suivre

A. Dômont
8 mai 2012

Copyright Alain Dômont-epHYGIE mai 2012