

APTITUDE ET PRATIQUES

La notion d'aptitude "à la française" est largement remise en cause par l'évolution européenne : elle s'oppose à la conception de la liberté individuelle par les pays anglo-saxons.

Le problème de la discrimination à l'embauche pour un motif de santé a pris une ampleur particulière à travers quelques retentissantes affaires autour de la séropositivité VIH... D'où la loi de 1990, en France, qui interdit toute discrimination à l'embauche, du fait de la santé, mais ajoute aussitôt « sauf avis du médecin du travail ». C'est réaffirmer le caractère discriminant de la décision d'aptitude à l'embauche, confiée au médecin du travail. Les conflits mettant en cause des décisions d'(in)aptitude ne se comptent pas. Et cette question est au centre de nombreux débats dans la profession.

Or, si l'on revient aux textes, qui depuis 1946, définissent très clairement la mission du médecin du travail (« éviter toute altération de la santé... »), la visite médicale avec son avis d'aptitude, y apparaît comme un outil et le décret de 88 la fait passer après l'action en milieu de travail, le tiers-temps.

Qu'en est-il en pratique ? En fait le médecin du travail est quotidiennement enfermé dans l'aptitude, qu'il s'agisse de la routine des visites systématiques, ou des "problèmes" à des degrés divers, souvent complexes, parfois insolubles.

La fiche d'aptitude est l'élément qui régule l'activité des médecins du travail ; c'est ce dont les employeurs ont besoin (« document à conserver pour présentation sur demande à l'inspecteur du travail ») ; c'est le moteur de la "visite", la visite étant le compteur de productivité des services, et la base des sacrosaints chiffres du rapport annuel.

L'aptitude est la "trace" principale du médecin. En pratique elle est incontournable (contrairement à la fiche d'entreprise qui est loin de l'être). Elle centre son activité, elle la capte, l'absorbe, la résume...

Du point de vue du médecin : la consultation s'arrête, "se fige", avec la fiche d'aptitude, c'est essentiellement avec elle qu'il gère le facteur santé, dans une situation de travail donnée. Or dans bien des cas cela suppose qu'il s'auto-censure dans son rôle de médecin, et qu'il

s'arrête au jugement, au rôle de l'expert.

Du point de vue du salarié : « Est-ce que je suis apte ? ». « Est-ce que je suis bon ? » s'interroge un travailleur du bâtiment qui passe sa visite (Lettre fédérale des Travailleurs de la Construction-Oct 1994). Il nous faudrait réfléchir sur le poids du jugement, sur le sens du regard qu'on porte à travers la visite et la fiche... Bon à quoi ?

Au total, en pratique, l'aptitude est devenue une fin en soi de la visite médicale, et donc de la médecine du travail. Or cette activité est en décalage permanent avec les questions de conditions de travail. En effet peut-on être juge et partie, repérer les atteintes à la santé et contre-indiquer des postes, améliorer les conditions de travail et entériner des expositions aux risques ? Ce sont des logiques différentes. Or l'aptitude domine l'intervention du médecin qu'elle conduit, in fine, à cautionner les conditions de travail difficiles, à accepter qu'elles ne soient pas améliorées.

APTITUDE-SÉLECTION MÉDICALE

C'est une réalité qui paraît légitime à certains médecins ; on a lu des textes ou assisté à des prises de position revendiquant l'idée d'une médecine de triage, dont la finalité est le dépistage d'une anomalie rarissime (car « tout dépend si l'on est pilote ou passager »). On parle maintenant de sélection biologique, qui

elle aussi met en lumière l'opposition sélection /amélioration des conditions de travail...

Ouvrons les yeux : c'est l'évolution actuelle de l'institution. Pour preuve :

- Le projet patronal récent réduisant le tiers-temps : davantage de visites, davantage d'aptitude.

- Le texte de 1991 concernant les intérimaires : aptitude à trois emplois, fichier des aptitudes, surveillance du risque inaplicable.

APTITUDE-REMPART CONTRE L'EXCLUSION

La précarisation du travail donne aux questions d'aptitude une acuité très forte ; les médecins du travail, qui sont enchaînés à cette fonction, sont amenés à l'utiliser comme l'outil de protection d'un emploi, un garde-fou, un élément de pression dans tel conflit, un rempart contre l'exclusion. Dans la même foulée le médecin du travail devient le recours, via l'inaptitude, dans les situations de tension ingérable, parce qu'il n'y a aucune marge de manœuvre ni pour quitter, ni pour négocier, (ni pour fuir, ni pour lutter). C'est l'inaptitude-sauvetage de celui qui n'en peut plus, qui n'est pas encore malade mais en danger.

Certes, avec l'aptitude le médecin introduit dans le rapport de force travail/emploi/exclusion/santé quelque chose de l'ordre de l'humanisme, peut-être de l'éthique... (En tout cas, sur le terrain c'est ce qui lui semble justifier son action).

Mais **attention** :

D'abord cela suppose de la part du médecin une action incisive, engagée qui ne s'acquiert que par l'expérience et s'appuie sur des convictions. Cela suppose la confiance établie. Cela suppose donc des conditions de travail particulières pour ce médecin, c'est-à-dire une marge de manœuvre et d'indépendance qu'il a su conquérir, et qui est loin d'être la règle dans le service inter *lambda*.

Ensuite de telles situations sont un constat d'échec quant à l'action sur les

L'injonction paradoxale de l'aptitude

conditions de travail, et le fait qu'elles représentent de plus en plus l'intervention médicale en milieu de travail n'est sans doute pas satisfaisant.

Enfin il faut s'interroger sérieusement sur ce qui fonde ces décisions, hautement subjectives. Comment gère-t-on la difficulté de ce jugement ? Quelle rigueur professionnelle encadre nos décisions ? Sont-elles reproductibles et pourquoi ? Comment peut-on savoir que la décision est juste, quand on n'en a pas le retour, ou qu'on n'en fait pas le suivi ?

Toutes les questions soulevées par la pratique de l'aptitude sont très difficiles parce qu'elles touchent à des domaines complexes et contradictoires et aussi parce qu'il s'agit de l'axe de notre métier (« *Si on supprime l'aptitude, il n'y a plus de médecine du travail* »). Tout ceci mérite donc réflexion et développements.

Néanmoins quelques idées nous paraissent centrales pour lancer le débat :

1] Le pouvoir exorbitant du médecin face à la liberté individuelle du salarié : le jugement du médecin s'impose au salarié, jugement fondé sur des critères mal définis, largement influencé par des caractéristiques socio-culturelles. (On est en effet tous au service de nos propres valeurs).

2] Occultation majeure des autres tâches, de la vraie mission, voire contradiction aptitude/amélioration des conditions de travail, aptitude/dépistage de pathologie professionnelle.

3] Enfermement du médecin dans un exercice très solitaire, dépourvu de sens quand il s'agit de visites routinières, inutiles ; en tout cas non pertinent pour exercer sa mission avec efficacité, en milieu de travail ; incompatible avec la complexité des situations où il y a réellement un problème d'aptitude, dont la solution ne peut être mise en oeuvre qu'au travers de pratiques coopératives (aménagement de poste, modification des conditions de travail, reclassement, etc.)

*Marie Pascual
Florence Maesen*

POSER LA QUESTION DE L'APTITUDE

C'EST EN EFFET POSER CELLE DU MÉTIER :

- A quoi devons-nous dépenser notre énergie ?
- Que mettre en place pour réellement prendre en charge les aptitudes difficiles ?
- Comment font donc les autres pays, de la CEE en particulier ?
- Comment rendre compte des atteintes à la santé ?
- Comment contribuer à changer les conditions de travail ?

En médecine du travail le mot aptitude va avec obligation, interdiction, exclusion...

Comment évoluer vers confiance, conseil, protection ...?