

APTITUDE SÉCURITAIRE

Compte rendu des débats

de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2006

La sécurité est une question d'Ordre public social. Ce n'est pas l'affaire de médecins. L'affaire des médecins est la préservation de la santé.

L'aptitude sécuritaire est avant tout une technique politique qui évite à l'État de légiférer sur les postes de sécurité, d'une part, et qui lui évite d'assumer la responsabilité d'assurer une surveillance du respect de normes de sécurité (exemple la conduite avec un certain niveau d'alcoolémie⁽¹⁾) faute de s'en donner les moyens, d'autre part.

Ce n'est pas une solution aux questions de santé.

En revanche, cela permet aux employeurs de se substituer à l'État au nom d'une certaine forme de la représentation du travail qualifié de « sécurisé », notion qui entrerait tout à fait dans certains critères de qualité. Ce sont donc les médecins du travail qui seront chargés de vérifier la conformité des salariés aux différentes normes « sécurisantes » édictées par diverses sources et textes. Serait ainsi réalisée une double impression de sécurité : par l'assurance du respect de ces normes et par la caution médicale qui peut donner l'illusion d'un renforcement de sécurité.

C'est actuellement ce qui se prépare : édicter des normes partout et demander à des médecins de les appliquer ou de vérifier que les salariés y sont conformes. C'est une sorte de retour de l'adaptation de l'homme au travail, mais pour de vraies bonnes raisons, des raisons collectives : éviter les accidents pour le bien de tous !

Ne doit-on pas se préparer à réagir ?

EXEMPLES

L'épilepsie va apparaître comme un critère d'exclusion à l'embauche de certains postes de travail appelés « de sécurité » – il y en aura de plus en plus. Le médecin reçoit en consultation d'embauche un salarié épileptique qui doit faire un travail « à responsabilité » sur chantiers « dangereux ». L'épilepsie est bien stabilisée, bien contrôlée, les antécé-

.....

1- Puisqu'il est démontré des « taux légaux d'alcoolémie » de 0,20 g/l à 0,50 g/l sont retrouvés chez 50 % des accidents de circulation.

dents de crises sont anciens et les crises étaient survenues dans des circonstances bien précisées et particulières. Le médecin, qui connaît le travail auquel le salarié doit être affecté, ne donne aucune précision autre que « doit faire les horaires normaux » ; en toute tranquillité. Quelques mois plus tard, le salarié fait une crise sur le chantier. Il venait de faire vingt heures de travail d'affilée.

Faut-il accepter de telles discriminations au nom de la possibilité de telles utilisations de la personne ?

À l'inverse, le médecin voit pour la première fois un salarié de 65 ans, chauffeur de Transport en Commun, faisant du ramassage scolaire. Il est obèse, un peu hypertendu traité, appareillé pour un syndrome d'apnée du sommeil. Le médecin investigate à fond santé et travail : il a été conducteur poids lourds pendant toute sa vie, connaît ses signes d'endormissement, il va travailler à temps partiel entre 6 h 30 et 8 h 30 puis de 16 h à 19 h. Il ne conduit donc jamais après le déjeuner et peut faire une sieste réparatrice, il ne conduira jamais la nuit et jamais sur autoroute. Le médecin du travail, en toute tranquillité, laisse ce chauffeur continuer ce travail. Il le revoit quelques mois plus tard en visite de reprise suite à un arrêt maladie. Une légère déviation de l'hémiface lui fait comprendre tout de suite ce qui s'est passé. Durant ses vacances, il a fait un AVC. Le médecin n'aura pas besoin de normes pour gérer le retrait du poste de travail.

Dans les cas qui ressemblent à ce dernier, on sait que les salariés ne veulent tuer personne, eux-mêmes expriment leur incertitude sur leur capacité à continuer ou pas. Il y a alors tout un travail de préparation à la sortie. Ce n'est pas une sélection.

OBJECTIONS

Mais, même pour un certain nombre de salariés, de syndicalistes, l'idée qu'il y a des gens dangereux et très répandue et très ancrée. Et pour eux, il va de soi que ce sont les médecins qui doivent faire l'écroulement et la sélection. Cela est vrai d'ailleurs pour beaucoup de médecins pour la raison suivante, toujours avancée : « Et si quelqu'un qu'on aura

laissé travailler a un accident ? Avec la judiciarisation actuelle ? »

COMMENT RÉPONDRE

D'abord, discriminer, trier, n'est pas un métier de médecin, ce n'est pas une pratique professionnelle. Sauf pour la médecine de contrôle (assurance, délivrance de permis...) qui est très bien encadrée par le Code de déontologie. Ensuite, la variabilité intra et inter individuelle pourrait alors être une véritable machine à exclure.

Penser que la maîtrise complète (ou tout au moins, l'impression de...) est possible est une utopie. Accepter de répondre à ces pratiques de sélection est sans doute quelque chose qui est une réponse, à la fois, à une sorte d'impression de toute puissance et de peur mêlée (peur de l'accident). Mais lorsqu'on a peur, on ne pense pas ce qu'on fait. Le pendant à la peur est l'établissement de règles de métier sur ce sujet.

DES RÈGLES DE MÉTIER

Nous pourrions nous appuyer sur les quatre points suivants :

- **NOUS FAISONS DES RMO.** Il s'agirait d'argumentaires s'appuyant sur les connaissances scientifiques. La méconnaissance des données scientifiques sur les risques explique la peur qui pousse les médecins à céder à une sélection s'appuyant sur des états de santé.
- **UN POINT POLITIQUE MAJEUR.** Un médecin doit-il prendre en compte les sur-risques professionnels ? Par exemple, être vieux est un sur-risque. Faudra-t-il éliminer certains vieux de certains postes exigeant, au hasard,

un bon équilibre ? (en référence aux modifications de postures avec l'avancée en âge). Faut-il laisser exposé à un CMR multipliant par dix le risque d'apparition d'un cancer les personnes qui ont un risque individuel de cancer multiplié par cent ? Dans ce cas, il faut éliminer tous les jeunes.

- **NOUS LANÇONS-NOUS** ou pas sur les cas où l'État se prépare à légiférer sur les postes de sécurité, sachant que l'abstention est délictueuse ?
- **COMMENT S'EN SORT-ON** par rapport au juridique pur ?

Il nous faudra absolument tracer dans le dossier médical tout ce qui étaye notre décision : le cursus, l'histoire de la maladie, son suivi, son stade... tout. Et au bout du compte, en synthèse, on légitimera la décision. Il s'agira d'une décision tracée.

Cela représentera ce qui nous permet de nous affirmer comme spécialistes, spécialistes de ce que nous instruisons. Cela évite l'apparition de la peur qui nous rend automate ; posture à l'envers, on pense ce qu'on fait.

À ce sujet, ce qui est paradoxal, c'est que ne pas prévenir la communauté de l'existence d'un risque psycho-social fait moins peur. Pourquoi ? Parce que les directions ne le demandent pas ? Parce que là, on ne nous trouve pas experts ? Alors pourquoi le serions-nous dans le domaine de la sécurité ?

En fait, les zones où il faut prendre des décisions ne sont pas celles qu'on croît.

Fabienne BARDOT, rapporteur

BIBLIOGRAPHIE

Quelques lectures choisies par Fabienne BARDOT

HERVIER-JEGOU Florence, 2006, *Place de l'examen physique en santé au travail (dans l'approche clinique des médecins du travail)*, Mémoire DES de médecine du travail.

JOBIN Paul, 2006, *Maladies industrielles et renouveau syndical au Japon* – Editions de l'École des Hautes-Études en Sciences sociales.

MOLINIER Pascale, 2006, *Les enjeux psychiques du travail*, Editions Payot & Rivages.

MOLINIER Pascale, *Psychodynamique et identité sexuelle*, Atelier national de reproduction des thèses.

VIGARELLO Georges, 1993, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge* – Editions du Seuil.

VOLKOFF Serge (coordinateur), 2005, *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges* – Editions Octares.

LITTÉRATURE GRISÉ

L'évolution psychiatrique, *Victimes*, octobre-décembre 2002, volume 67, n°4 –Editions Elsevier.