



HAL
open science

L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe-et-Moselle en 2007

Caroline Manet

► **To cite this version:**

Caroline Manet. L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe-et-Moselle en 2007. Sciences du Vivant [q-bio]. 2008. hal-01732881

HAL Id: hal-01732881

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732881>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Caroline MANET

Le 7 novembre 2008

**L'INAPTITUDE MÉDICALE AU POSTE DE TRAVAIL :
ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE
DANS TROIS SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL
DE MEURTHE ET MOSELLE EN 2007**

Examineurs de la Thèse :

Monsieur C. PARIS
Monsieur F. GUILLEMIN
Monsieur F. SIRVEAUX
Monsieur J. PAYSANT
Madame C. MARTINET

Professeur
Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Caroline MANET

Le 7 novembre 2008

<p>L'INAPTITUDE MÉDICALE AU POSTE DE TRAVAIL : ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE DANS TROIS SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DE MEURTHE ET MOSELLE EN 2007</p>

Examineurs de la Thèse :

Monsieur C. PARIS
Monsieur F. GUILLEMIN
Monsieur F. SIRVEAUX
Monsieur J. PAYSANT
Madame C. MARTINET

Professeur
Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX
Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT- Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX
Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH
Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS
Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE
Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur C. Paris

Professeur de Médecine et santé au travail

Nous sommes particulièrement sensibles à l'honneur que vous nous faites de bien vouloir présider notre jury de thèse. Nous avons bénéficié au cours de nos études de la compétence et de la rigueur de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur F. Guillemin

Professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de la prévention

Vous nous faites le grand honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à cette étude.

Nous vous prions de croire en notre profond respect et à nos remerciements.

Monsieur le Professeur F. Sirveaux

Professeur de Chirurgie orthopédique et traumatologique

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et nous vous en remercions. Nous admirons l'étendue de vos connaissances médicales, la prise en charge globale et exhaustive de vos patients et votre humanisme. Nous vous sommes infiniment reconnaissant de l'intérêt que vous portez à notre belle spécialité.

Nous vous prions de trouver dans cet hommage la marque de notre profond respect.

Monsieur le Professeur J. Paysant

Professeur de Médecine physique et de réadaptation

Nous tenons à vous remercier très sincèrement d'avoir accepté de juger cette thèse. Nous avons pu apprécier la clarté de votre enseignement, votre disponibilité, ainsi que vos qualités humaines tout au long de notre formation.

Veillez trouver ici le témoignage de notre grande estime.

Madame le Docteur C. Martinet

Médecin du travail

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et nous vous en remercions sincèrement. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils pertinents ont été d'un grand soutien pour mener à terme cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde considération.

Nous remercions :

- le Docteur Jabot, médecin du travail, responsable du groupe épidémiologie, pour sa grande disponibilité, sa patience et ses conseils avisés, ainsi que pour sa vision de la médecine du travail ;

- Rachel GREGOIRE, assistante sociale de la Maison de l'Entreprise, Emilie LECLERC, Sonia BASSELIN et Corine FRONK, secrétaires de l'ALSMT, pour leur précieuse contribution à cette étude ;

- Monsieur Charles Menière, président de l'ALSMT et Monsieur Hervé Turpin, directeur de l'ALSMT, pour m'avoir accueilli en stage, pour m'avoir permis de solliciter l'équipe chargée de l'enquête et pour avoir contribué au bon déroulement de cette étude ;

- tous les médecins du travail qui ont participé activement à cette étude ;

- les Docteurs DALM et BUCHET, médecins du travail, pour m'avoir transmis leur étude ;

- Hélène COLLE, coordinatrice du Centre de Préorientation de Nancy, pour sa collaboration et son aide technique ;

- Sandra EICHLER, Alice MAILLARD et Marie-Thérèse DINSENMEYER, secrétaires de la MSA et Hélène ANTOINE, secrétaire de l'IRR, pour leur aide précieuse.

Je dédie cette thèse

- à ma girl team adorée : maman, Isabelle, Nathalie, Fanny, mamie, tata et Joëlle ;

- à David qui, tous les jours, partage mon cassoulet ;

- à mon père, mon oncle Jacques et mes grand-pères, qui veillent sur nous ;

- à mes beaufs Dudule, Greg et Francis, mes cousins Lionel, Nathalie, Dominique, Magalie, Marie-Claire et Rahan, mes tantes Chantal et Odile, qui répondent toujours présents ;

- à mon amie Virginie, consciencieuse et fidèle relectrice de cette thèse, reconvertie provisoirement en coach de thèse ;

- à Gaëlle, mon amie d'enfance et soeur de labeur ;

- à Emma et Florence, mes plus fidèles amies ;

- à mes amis Valérie, Catou, Luc, Nono, Cristina, Benoit, Manue et Marie-Thérèse ;

- à mes maîtres de stage, qui m'ont tant apporté dans l'apprentissage de ce métier passionnant et exigeant : Dr Duval, Dr Blangy, Dr Roy, Dr Achériteguy, Dr Henry-Catala, Dr Frenay, Dr Reiser et Dr Allard.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

INTRODUCTION	20
1^{ERE} PARTIE :	22
1- DEFINITION, EMERGENCE DE LA NOTION D'INAPTITUDE	23
1.1 DEFINITION	23
1.2 L'EMERGENCE DU CONCEPT DE L'INAPTITUDE MEDICALE AU TRAVAIL	24
1.2.1 LE 19EME SIECLE	24
1.2.2 LES ANNEES 1920-1930	25
1.2.3 ENTRE 1940 ET 1946	26
1.2.4 LES ANNEES 1970-1980	27
1.2.5 CONCLUSION	28
2- LES MUTATIONS DU MONDE DU TRAVAIL	29
2.1 LES CHANGEMENTS DEMOGRAPHIQUES	29
2.1.1 LE VIEILLISSEMENT	29
2.1.2 LE RESSERREMENT DE LA PYRAMIDE DES AGES	29
2.1.3 LA FEMINISATION DE LA POPULATION ACTIVE	30
2.2 L'EVOLUTION DES SECTEURS D'EMPLOI ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES	30
2.3 LES MODES DE GESTION DES ENTREPRISES	31
2.4 CONCLUSION	32
3- LA PENIBILITE	33
3.1 L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL	34
3.2 LA PERSISTANCE DE SITUATIONS DE TRAVAIL DIFFICILES	34
3.3 L'APPARITION DE NOUVEAUX FACTEURS DE PENIBILITE	35
3.4 LES DIFFERENTS TYPES DE PENIBILITE	36
3.4.1 LA PENIBILITE ENTRAINANT UNE DIMINUTION DE L'ESPERANCE DE VIE	37
3.4.2 LA PENIBILITE VECUE	38
3.4.3 UNE TROISIEME FORME DE PENIBILITE	39
3.5 LES TRAVAILLEURS VIEILLISSANTS	39

4- <u>LA PROCEDURE DE L'INAPTITUDE MEDICALE, L'ASPECT REGLEMENTAIRE ET JURIDIQUE DE LA VISITE D'INAPTITUDE</u>	42
4.1 PRINCIPE DE NON DISCRIMINATION	42
4.2 CONSTATATION DE L'INAPTITUDE	43
4.3 OBLIGATION DE RECLASSEMENT	43
4.4 CONTESTATION	45
4.5 LICENCIEMENT ET INDEMNITES	45
4.6 CONSEQUENCES DU REFUS DU SALARIE D'UNE PROPOSITION DE RECLASSEMENT	46
4.7 CAS PARTICULIER DU CONTRAT A DUREE DETERMINEE	46
4.8 CAS DE L'INVALIDITE	47
4.9 CONCLUSION	47
5- <u>LE DEVENIR DU SALARIE APRES UNE INAPTITUDE DEFINITIVE AU POSTE : LES DIFFERENTES OPTIONS</u>	49
5.1 MAINTIEN DANS L'ENTREPRISE	50
5.1.1 MAINTIEN A SON POSTE	50
5.1.1.1 Aménagement de poste	50
5.1.1.2 Aménagement d'horaire	50
5.1.1.3 Compensation financière de la perte de productivité	50
5.1.2 RECLASSEMENT A UN AUTRE POSTE	51
5.1.2.1 Aménagement de poste	51
5.1.2.2 Formation	51
5.1.2.2.1 Dans le cadre d'un plan de formation	51
5.1.2.2.2 Dans le cadre d'un congé individuel de formation (CIF)	51
5.1.2.2.3 Dans un centre de rééducation professionnelle (CRP)	51
5.1.2.2.4 Par l'intermédiaire du contrat de rééducation chez l'employeur (CRE)	52
5.2 LICENCIEMENT	52
5.2.1 RECHERCHE D'EMPLOI	52
5.2.1.1 Recherche directe d'emploi	52
5.2.1.2 Bilan de compétences	52
5.2.1.3 Centre de préorientation	52
5.2.1.4 Formation	53
5.2.2 CREATION D'ENTREPRISE	53
5.2.3 SORTIE DE LA VIE PROFESSIONNELLE	53
5.2.3.1 Invalidité 2 ^{ème} catégorie	54
5.2.3.2 Retraite pour inaptitude	54
5.2.3.3 Inaptitude de la CDA	54
5.2.3.4 Retraite	54

**2^{EME} PARTIE : ENQUETE SUR LES SALARIES AYANT FAIT L'OBJET D'UN AVIS
MEDICAL D'INAPTITUDE TOTALE DEFINITIVE A LEUR POSTE DE TRAVAIL EN
MEURTHE-ET-MOSELLE EN 2007** **56**

1 - MATERIEL ET METHODE **58**

1.1	POPULATION	58
1.2	LES ENQUETEURS	58
1.3	DEROULEMENT	58
1.4	LE QUESTIONNAIRE	59
1.4.1	LES DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES	60
1.4.2	LA PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE L'INAPTITUDE ET SON LIEN AVEC L'EXERCICE PROFESSIONNEL	63
1.4.3	LE STATUT DU SALARIE LE JOUR DE L'INAPTITUDE, LE NOMBRE DE VISITES DE PRE-REPRISE ET LES ORIENTATIONS CONSEILLEES PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL	64
1.4.4	LES CONSEQUENCES DE LA PROCEDURE D'INAPTITUDE	65
1.4.5	LES PROJETS DU SALARIE	65
1.5	EXPLOITATION STATISTIQUE	66

2 - REALISATION PRATIQUE **67**

3 - RESULTATS **69**

3.1	PARTICIPATION	69
3.2	DESCRIPTION DES RESULTATS DE L'ALSMT	71
3.2.1	COMPARAISON AVEC LA POPULATION D'ORIGINE SUR LES DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES	71
3.2.1.1	Données socioprofessionnelles	71
3.2.1.2	Ancienneté	76
3.2.1.3	Les secteurs d'activité	78
3.2.1.4	La formation	81
3.2.2	LA PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE L'INAPTITUDE ET SON LIEN AVEC L'EXERCICE PROFESSIONNEL	83
3.2.2.1	Pathologie	83
3.2.2.2	Origine professionnelle	84
3.2.2.3	Conditions de travail	85
3.2.3	LE STATUT DU SALARIE LE JOUR DE L'INAPTITUDE, LE NOMBRE DE VISITES DE PRE-REPRISE ET LA MOBILISATION DE PARTENARIATS PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL	86
3.2.4	LES CONSEQUENCES DE LA PROCEDURE D'INAPTITUDE	89
3.2.5	LES PROJETS DU SALARIE	90
3.2.6	CARACTERISTIQUES DU SALARIE RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPE	90
3.3	ANALYSES MULTIVARIEES DES RESULTATS DE L'ALSMT	93
3.3.1	PATHOLOGIES	93

3.3.1.1	Les atteintes de l'appareil locomoteur	93
3.3.1.2	Les troubles psychopathologiques	95
3.4	DESCRIPTION DES RESULTATS DU BTP	97
3.4.1	COMPARAISON AVEC LA POPULATION D'ORIGINE SUR LES DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES	97
3.4.1.1	Données socioprofessionnelles	97
3.4.1.2	Ancienneté	100
3.4.1.3	Les secteurs d'activité	101
3.4.1.4	La formation	101
3.4.2	LA PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE L'INAPTITUDE ET SON LIEN AVEC L'EXERCICE PROFESSIONNEL	102
3.4.2.1	Pathologie	102
3.4.2.2	Origine professionnelle	103
3.4.2.3	Conditions de travail	103
3.4.3	LE STATUT DU SALARIE LE JOUR DE L'INAPTITUDE, LE NOMBRE DE VISITES DE PRE-REPRISE ET LA MOBILISATION DE PARTENARIATS PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL	104
3.4.4	LES CONSEQUENCES DE LA PROCEDURE D'INAPTITUDE	106
3.4.5	LES PROJETS DU SALARIE	107
4 -	<u>INTERVIEW D'EMPLOYEURS</u>	108
4.1	LES CONTRAINTES DES EMPLOYEURS	109
4.2	FAÇON DE PROCEDER	110
4.3	CONNAISSANCE DE LA REGLEMENTATION	112
4.4	EVOLUTION DU NOMBRE D'INAPTITUDES	112
4.5	EXPERIENCES DE RECLASSEMENT	114
3^{EME}	<u>PARTIE :</u>	116
1 -	<u>DISCUSSION</u>	117
1.1	SYNTHESE DES RESULTATS	117
1.2	CRITIQUES DE L'ETUDE	121
1.3	REVUE DE LA LITTERATURE	122
1.4	DISCUSSION	132
2 -	<u>PERSPECTIVES : LA PROMOTION ET LE MAINTIEN DE LA CAPACITE DE TRAVAIL</u>	136
2.1	LES FACTEURS INFLUENÇANT L'APTITUDE AU TRAVAIL	136
2.2	L'INDICE DE CAPACITE DE TRAVAIL (ICT)	138
CONCLUSION		139

BIBLIOGRAPHIE	141
LISTE DES ABREVIATIONS	145
ANNEXES	147
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE « INAPTITUDES 2007 »	147
ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION AU SALARIE	147
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE « SUIVI DES INAPTITUDES »	147
ANNEXE 4 : INDICE DE CAPACITE DE TRAVAIL (ICT)	147
ANNEXE 5 : TABLEAU DE REFERENCES DE L'ICT	147

Introduction

Les inaptitudes définitives, avec licenciement par incompatibilité entre les exigences du poste de travail et l'état de santé du salarié, sont en constante augmentation : en France, environ 150 000 personnes perdent chaque année leur emploi suite à un problème de santé [1].

Selon les chiffres issus des rapports annuels des médecins du travail, on estime à 5% le nombre de salariés présentant des restrictions d'aptitude et à 0,2% le nombre d'inaptitudes définitives [2]. En Lorraine, en 2003, 2 157 inaptitudes définitives ont été prononcées, représentant 0,48% des conclusions professionnelles des médecins du travail. Elles se sont élevées à 0,52% en 2005 et à 0,58% en 2006 [3].

Ces inaptitudes, favorisées par de nombreux facteurs, ont le plus souvent de lourdes conséquences sociales, individuelles et collectives.

Dans une première partie, nous rappellerons comment le concept de l'inaptitude a émergé et évolué depuis le 19^{ème} siècle, pour devenir l'inaptitude telle qu'elle est connue aujourd'hui. Nous étudierons comment, en parallèle, les changements démographiques, les nouvelles technologies et les nouveaux modes de gestion ont bouleversé le monde du travail et son organisation.

Ces constats nous amèneront à analyser les différents types de pénibilité au travail, ainsi que les nouveaux facteurs de pénibilité et leur impact sur les travailleurs vieillissants.

Puis, nous décrirons la procédure de l'inaptitude médicale au poste de travail telle qu'elle est régie par la réglementation en vigueur, avec le rappel des dernières jurisprudences. En effet, la loi impose à l'employeur un effort de reclassement du salarié au sein de l'entreprise lorsque ce dernier ne peut plus assurer les fonctions de son poste.

Enfin, nous rapporterons les différentes options qui s'offrent au salarié une fois l'inaptitude prononcée et les structures auxquelles il pourra faire appel.

Afin de connaître les caractéristiques des salariés déclarés inaptes à leur poste de travail en Meurthe-et-Moselle, nous avons réalisé une étude épidémiologique en 2007, détaillée dans la deuxième partie. Elle a également comme objectifs d'évaluer dans quelle mesure les médecins du travail ont sollicité

les partenaires intervenant dans le réseau d'aide au maintien dans l'emploi et de repérer les facteurs susceptibles de favoriser ce maintien.

Le rôle de l'employeur est essentiel, car il est au final le seul habilité à accepter les propositions du médecin du travail permettant d'adapter le poste aux capacités restantes du salarié. Nous avons, par conséquent, interrogé les employeurs de trois entreprises afin de recueillir leur point de vue et de comprendre les contraintes auxquelles ils sont confrontés.

Dans la troisième partie, nous présenterons une synthèse des résultats et nous rapporterons les études similaires relevées dans la littérature, afin de les comparer à la nôtre. Puis, nous commenterons ces résultats et nous discuterons des enjeux qu'ils soulèvent.

Enfin, nous nous sommes, au vu de nos conclusions, intéressés au concept finlandais de la promotion et du maintien de la capacité de travail, et au développement d'un instrument de mesure de cette dernière, afin de prévenir l'inaptitude et ses lourdes conséquences.

1^{ère} PARTIE :

1 - Définition, émergence de la notion d'inaptitude

2 - Les mutations du monde du travail

3 - La pénibilité

4 - La procédure de l'inaptitude médicale, l'aspect réglementaire et juridique de la visite d'inaptitude

5 - Le devenir du salarié après une inaptitude définitive au poste : les différentes options

1 - Définition, émergence de la notion d'inaptitude

1.1 Définition

Un diagnostic d'inaptitude est établi quand les capacités physiques ou psychiques d'un salarié ne lui permettent plus d'exécuter l'ensemble des tâches découlant de son poste de travail, ou lorsque le maintien de son état de santé ne peut plus être assuré compte tenu des risques inhérents à son poste de travail [4].

L'inaptitude peut être temporaire, partielle voire réversible : ce n'est pas un état en soi mais un état lié à l'activité et aux conditions de travail du poste.

Elle se traduit donc par une incompatibilité entre l'état de santé du salarié et les exigences du poste. Ceci explique qu'à état de santé stable, un salarié peut brutalement devenir inapte à son poste si ses conditions de travail évoluent.

Malheureusement, dans le langage courant, il existe une confusion entre les termes d'inaptitude, d'incapacité, d'invalidité, de déficience, d'infirmité ou de handicap. De même, ce terme, employé par les entreprises dans le cadre de la gestion sociale, peut tout aussi bien être utilisé pour parler tour à tour d'inemployabilité (inapte à tout travail), d'inaptitude physique (naturelle ou accidentelle) à certains travaux, d'inaptitude professionnelle (manque de compétences pour accéder à certains postes ou assumer certaines responsabilités) ou également d'inaptitude à s'adapter à l'évolution d'un métier.

Le Code du Travail, quant à lui, ne donne aucune définition de l'inaptitude.

Par contre, pour faire bénéficier des droits à la retraite anticipée au titre de l'inaptitude, la Sécurité Sociale la définit dans l'article L.351-7: « est inapte l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle »

L'inaptitude, telle qu'elle est définie actuellement, a été façonnée par différentes étapes au cours du temps.

1.2 L'émergence du concept de l'inaptitude médicale au travail

1.2.1 Le 19ème siècle

On retrouve pour la première fois la notion d'inaptitude dans *un texte législatif en 1793*, relatif aux pensions militaires attribuées aux militaires atteints de blessures graves incurables et « étant hors d'état d'activité »[5].

En 1813, en lien avec l'emploi des enfants de moins de 10 ans travaillant dans les mines, un décret instaure une visite médicale d'embauche afin de s'assurer de l'âge des mineurs [6].

Plus tard est votée *la loi de 1898* sur la réparation financière des accidents du travail rendant alors l'employeur responsable des risques professionnels qu'il fait encourir à ses salariés [7].

Les conséquences d'un accident doivent désormais être indemnisées mais un problème persiste, celui de la mesure du dommage en lui-même. Cette loi rend alors nécessaire de connaître l'état de santé du salarié à l'embauche pour que l'indemnisation soit basée sur la seule conséquence de l'accident du travail et non pas sur un éventuel état antérieur. Ceci implique donc une visite médicale d'embauche et la sélection de la main d'œuvre.

En 1902 apparaissent les premiers « décrets spéciaux » avec en tête celui sur le plomb [8].

Ces décrets concernent les activités susceptibles d'occasionner des maladies graves (blanchisserie, travaux dans l'air comprimé, etc...). Ils ont introduit dans la réglementation la notion d'aptitude et d'inaptitude en instaurant des visites médicales périodiques. L'inaptitude a ici une fonction sanitaire qui consiste à :

- exclure les ouvriers atteints de maladies contagieuses comme la tuberculose (par exemple pour les verriers exécutant le soufflage à la bouche) ;
- et à surveiller l'apparition de symptômes de maladies liées à l'exercice professionnel (saturnisme).

Au lendemain de la première guerre mondiale, l'importance du nombre de mutilés et d'invalides pose un problème de réinsertion professionnelle à résoudre rapidement parallèlement au chômage qui se développe dans un contexte de taylorisation.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) s'intéresse alors essentiellement à la réglementation du travail. Lors des conférences internationales apparaissent les termes d'«inaptitude » et d'«incapacité » [9].

Ces deux notions se développent avec l'essor des nouvelles technologies et de la psychotechnique : par exemple la recherche du daltonisme devient un critère d'inaptitude chez les conducteurs de tramway et les psychologues cherchent à déceler l'inaptitude nerveuse ou auditive chez les téléphonistes.

1.2.2 Les années 1920-1930

Dans les années 1920-1930, des médecins physiologistes et psychiatres se sont intéressés aux capacités physiques, mentales et comportementales nécessaires aux différents postes de travail. Ils ont essayé d'établir une classification des professions et de définir les aptitudes nécessaires pour chacune d'elles (autrement dit, de définir l'inaptitude). Ceci dans deux buts :

- dans le cas d'un accident de travail, cela permet de quantifier l'inaptitude qui en découle, afin d'établir une réparation et calculer les indemnités, qui dépendront de l'importance du dommage physique ainsi que de la capacité professionnelle perdue ;
- le deuxième but est de prévenir l'accident de travail en écartant les sujets à risque (daltonisme chez les conducteurs de tramway par exemple).

La science et la psychologie appliquée s'approprient ainsi la question du travail et donnent un écho tout particulier à l'orientation professionnelle. Celle-ci devait permettre de recruter « la bonne personne au bon endroit » et de contribuer à une affectation rationnelle des individus afin d'accroître le rendement individuel et collectif et l'efficacité sociale [10].

Devant les besoins croissants de main d'œuvre qualifiée et l'émergence de nouvelles activités, l'orientation professionnelle se présente alors comme un instrument scientifique d'organisation de la vie économique et de la société. En effet, pour les scientifiques, l'inaptitude résulte d'une inadéquation entre les caractéristiques d'un individu et la tâche qu'il accomplit. En affectant les individus à des postes de travail correspondant à leurs aptitudes validées par des tests psychotechniques, ils espèrent diminuer le nombre d'accidents du travail et les cas d'inaptitudes.

C'est donc dans cette période que se situe la naissance du concept d'inaptitude.

Le mouvement de l'orientation professionnelle se diffuse ensuite largement en France et servira d'instrument de sélection des candidats à la formation professionnelle. Elle sélectionnera également les élites ouvrières pour l'industrie [11].

1.2.3 Entre 1940 et 1946

C'est le gouvernement de Vichy qui institutionnalise pour la première fois la retraite anticipée au titre de l'inaptitude au travail avec *la loi du 14 mars 1941* [12]. Les Commissions régionales d'inaptitude qui doivent statuer sur cette dernière définissent ainsi les conditions d'accès à la retraite : « le salarié ou assimilé qui, compte tenu de l'âge, de l'état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle n'est plus en mesure de conserver ou de retrouver un emploi salarié ». Cette loi retient donc l'incapacité physique et mentale comme le critère déterminant de l'inaptitude au travail, mais elle reconnaît également que l'appréciation peut prendre en compte des considérations économiques. Elle répond ainsi à une logique économique qui vise à décongestionner le marché du travail en cette période de chômage massif.

La loi du 28 juillet 1942 crée la médecine du travail telle qu'elle est connue aujourd'hui et définit le rôle du médecin du travail : il doit procéder, lors de l'embauche, à l'examen d'aptitude des travailleurs et assurer l'examen périodique obligatoire du personnel exposé aux maladies professionnelles. Cette loi contribue à l'émergence du concept d'inaptitude, en miroir de l'aptitude.

A la fin de la deuxième guerre mondiale se pose à nouveau le problème des invalides de guerre. Très actifs, les mouvements associatifs des victimes de la guerre et des anciens combattants, mais également des invalides civils et de leurs familles, exercent de fortes pressions sur le Parlement en faveur de la réinsertion professionnelle. Ils jouent un rôle décisif dans la prise de conscience des politiques du problème de reclassement professionnel des « déficients ».

Le taux de mutilés à employer dans les entreprises, fixé par l'arrêté ministériel du 16 juillet 1925 à 10%, est maintenu et peut désormais inclure les mutilés par suite d'accident du travail.

Une analyse des actions du patronat de la métallurgie, rassemblé sous la bannière de l'Union des Industries Métallurgiques et Minières, UIMM, montre aussi la contribution de ce dernier à la construction du concept de l'inaptitude durant la première partie du 20^{ème} siècle : « le patronat de la métallurgie a été contraint, par le législateur, de prendre en compte l'inaptitude professionnelle, qui pouvait être générée par la guerre ou par le travail lui-même. Le problème de la réparation a été résolu par l'assurance, le débat ne portant que sur le montant des indemnités. La

prévention s'est progressivement imposée, notamment parce qu'elle était fréquemment synonyme d'amélioration des coûts de production pour les entreprises. En revanche, les organisations patronales ont toujours contesté le principe de la réinsertion professionnelle et l'obligation de quota à employer, la logique sociale s'opposant à la logique économique. Mais si le patronat a été l'un des acteurs de la construction sociale de l'inaptitude, il l'a été essentiellement à travers celle de l'aptitude, puisqu'il s'agissait ici d'une réflexion intéressant directement les processus de production qui devaient s'adapter, dans la métallurgie, à de nouvelles technologies nécessitant très souvent une bonne qualification. Sélectionner les plus aptes à un emploi, déceler les capacités physiques, intellectuelles, psychologiques d'un individu en fonction des qualifications requises, impliquait l'aide de la médecine et de l'ergonomie, mais cela demandait aussi de définir les postes de travail. [...] La détermination progressive des aptitudes a donc permis de formaliser l'inaptitude » [13].

1.2.4 Les années 1970-1980

Parmi les mesures de réforme des retraites entreprises *en 1971*, se trouve un assouplissement de la définition de l'inaptitude, qui n'exige plus qu'une incapacité de travail de 50%. De plus, elles entament une revalorisation de la pension, ce qui entraîne un gonflement rapide du nombre de pensions attribuées au titre de l'inaptitude : celles-ci augmentent de 70% de 1971 à 1982 et représentent 30% du total des attributions pour les droits contributifs directs des pensions de retraite (contre 18% en 1971) [12].

En revanche, l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans par *l'ordonnance du 6 janvier 1982* provoque une baisse importante et durable des pensions au titre de l'inaptitude (8% des attributions pour les hommes à la fin des années 1980). En effet, les salariés pouvant justifier de 37,5 années de cotisation privilégient la retraite normale, plus avantageuse. De la même façon, ils se tournent vers d'autres dispositifs plus avantageux que l'inaptitude comme la pré-retraite, le chômage ou la longue maladie. Les chiffres des salariés inaptes en fin de carrière sont donc artificiellement diminués par le nombre de ceux quittant prématurément le milieu du travail pour problèmes de santé par l'intermédiaire d'autres dispositifs.

Les effectifs des inaptes dépendent donc étroitement des conditions d'attribution définies par les législations successives ainsi que des autres dispositifs de protection sociale qui constituent des alternatives.

1.2.5 Conclusion

Nous pouvons donc distinguer quatre temps forts de la construction de l'inaptitude :

- la fin du 19^{ème} siècle, avec notamment la législation sur les accidents du travail où l'inaptitude a une fonction sanitaire et est à l'origine d'exclusion ;
- les années 1920-1930, avec le mouvement de l'orientation professionnelle qui marque l'apparition d'une logique rationalisatrice. L'inaptitude est devenue une inadaptation physique et professionnelle à de nouvelles exigences de sécurité et de qualité ;
- entre 1940 et 1946, avec son institutionnalisation juridique et l'institution de la fiche d'aptitude et de la retraite anticipée au titre de l'inaptitude au travail ;
- enfin, les années 1970-1980, période de mutations du monde du travail que nous développerons dans le chapitre suivant. C'est aussi dans cette période que naissent les lois et jurisprudences sur l'obligation de reclassement, dans le but de protéger le salarié malade du licenciement, à une époque de forte progression du chômage.

L'inaptitude découle donc d'une conception juridico-médicale. Au départ centrée sur l'individu, elle renvoie au milieu de travail et à la prévention. Peu utilisée pendant les périodes de forte croissance, elle reprend une place importante lors des crises économiques.

2 - Les mutations du monde du travail

Depuis une trentaine d'années, les sociétés industrialisées font face à de profondes mutations du monde du travail. Nous pouvons les caractériser en trois tendances principales : les changements démographiques, l'évolution des secteurs d'emploi et les nouvelles technologies, et les modes de gestion des entreprises.

2.1 Les changements démographiques

Trois mutations majeures caractérisent les changements démographiques qui touchent la population active :

2.1.1 Le vieillissement

Conséquence du « **baby-boom** », avec une forte hausse du taux de natalité après la guerre jusqu'au début des années soixante, suivi d'une baisse importante de ce taux. Cette tendance va s'accroître au cours des prochaines décennies.

2.1.2 Le resserrement de la pyramide des âges

- *une scolarité plus longue* chez les jeunes, ainsi qu'une difficulté d'insertion professionnelle, réduit leur poids parmi la main d'œuvre. En France, il y a une vingtaine d'années, le taux d'activité des 20-24 ans se situait aux alentours de 80% pour les hommes et 65% pour les femmes. Aujourd'hui, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 55% et 45% [14].

Ce phénomène engendre, au sein de la population active, une pyramide des âges dont la base se rétrécit ;

- *des départs massifs à la retraite* se sont produits du fait de l'action conjointe des entreprises et des politiques gouvernementales successives. Les premières ont cherché à diminuer leurs effectifs et à se séparer des salariés âgés, coûteux, et supposés moins « productifs » ; les secondes ont financé des plans de cessation anticipée d'activité. En France, entre 1968 et 1990, le taux d'activité des 55-59 ans est passé de 82% à 70% pour les hommes et le taux d'activité des 60-64 ans de 66% à 21% pour les hommes et de 32% à 17% pour les femmes [15].

Ces deux phénomènes amputent la pyramide des âges de la population active à ses deux extrémités, d'où le **resserrement autour des tranches d'âge moyen**.

2.1.3 La féminisation de la population active

Un des phénomènes majeurs de la seconde moitié du vingtième siècle est l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, accompagnant le mouvement de tertiarisation de l'emploi : la part des femmes dans la population active a augmenté de 35,8 à 45,6% entre 1968 et 2002, et leur taux d'activité s'est élevé de 51,5% en 1975 à 62,1% en 2002 [16]. Toutefois, sur le marché du travail, la situation des femmes reste distincte de celle des hommes, en ce qui concerne les professions exercées, les formes d'emploi occupées (statut salarié, type de contrat, temps partiel) et les risques de chômage. Les femmes exercent plus d'emplois salariés, à temps partiel avec des contrats précaires (contrats à durée déterminée), et le taux de chômage des femmes est plus élevé que celui des hommes. Ainsi, en 2002, 30% des femmes ayant un emploi travaillaient à temps partiel, contre 5 % des hommes: cela peut correspondre au souhait de concilier vie professionnelle et vie familiale, mais pour un tiers d'entre elles, il est subi et elles souhaiteraient travailler davantage [17]. D'autre part, le taux de chômage des femmes s'élevait à 10,1% en 2002, contre 7,9% pour les hommes.

Par ailleurs, les métiers les plus féminisés se concentrent sur trois domaines professionnels : la « gestion, administration », les « services aux particuliers » et l' « éducation, santé, action sociale ». Les professions les plus fréquemment exercées sont agents d'entretien, enseignantes, assistantes maternelles, secrétaires, employées de bureau, vendeuses, infirmières ou aides-soignantes.

2.2 L'évolution des secteurs d'emploi et les nouvelles technologies

De profondes transformations se sont opérées dans la structure même de l'économie des pays industriels, avec un secteur tertiaire représentant aujourd'hui 60 à 74% de l'emploi pour les pays de l'ex-G7 et un secteur secondaire ne comptant plus que 28% [18].

Les tendances des secteurs de l'économie sont :

- le recul de l'emploi industriel traditionnel ;
- l'essor et la diversification des services aux entreprises (notamment services d'affaires) et des services sociaux (notamment de la santé) ;
- la multiplication des gestionnaires, des spécialistes et des techniciens.

L'introduction de nouvelles technologies dans les années 1980 et leur essor depuis 30 ans sont associés à des pratiques de **flexibilité numérique** (en utilisant des contrats de courte durée -CDD ou intérim-, des contrats à temps partiel et des heures supplémentaires) **et de flexibilité fonctionnelle** du travail (par la polyvalence): d'où la **réduction des effectifs et le développement de la sous-traitance**.

Au Canada, 90% des salariés ont été touchés par des changements organisationnels, plus du quart des entreprises ont déclaré avoir réduit leur personnel, avoir modifié l'organisation du travail et avoir recouru à la flexibilité fonctionnelle ; 20% des entreprises ont fait appel à la sous-traitance et utilisé les horaires flexibles ; 60 à 80% des grandes entreprises ont implanté des modalités de flexibilité numérique, en particulier le travail à temps partiel et le travail en temps supplémentaire [19].

L'**informatisation** et l'**automatisation** introduisent également de nouvelles contraintes physiques et cognitives, même à des postes peu qualifiés.

2.3 Les modes de gestion des entreprises

Auparavant, les entreprises s'attachaient à transformer les fluctuations du marché en flux réguliers de production. Aujourd'hui elles ont changé de stratégie et répercutent ces fluctuations jusqu'au bas de l'échelle, c'est le travail en **flux tendu**. Appelée aussi « juste-à-temps », « 5 zéros » ou encore « zéro-délai », cette méthode d'organisation et de gestion de la production consiste à minimiser les stocks et à réduire au maximum le temps de passage des produits à travers les différentes étapes de leur élaboration (de la matière première à la livraison des produits finis). Les cinq zéros correspondent à « zéro panne, zéro délai, zéro papier, zéro stock et zéro défaut ».

Le principe de la production en « flux tendu » est régi par la demande et non par l'offre. Il faut donc produire puis livrer instantanément ce qui est demandé par le client avec, pour conséquences, l'augmentation des contraintes temporelles et la modification permanente et imprévisible du planning du salarié.

La conjugaison du travail en flux tendu et de l'exigence de normes de qualité telles que les normes internationales ISO augmentent beaucoup les contraintes. Cette demande paradoxale de rapidité et de qualité diminue fortement les marges de

manœuvre des salariés et réduit les possibilités d'esquive de la fatigue. Elle accélère l'usure des travailleurs vieillissants.

Ce modèle du « productivisme réactif » a contraint les entreprises à resserrer leurs effectifs et à externaliser beaucoup de fonctions et travaux qui ne constituent pas leur cœur de métier. Ceci limite les possibilités de reclassement et supprime les postes dits « allégés » qui existaient auparavant dans les grandes entreprises. Ces postes permettaient de reclasser les salariés présentant des restrictions médicales notamment en matière de port de charges ou de postures difficiles. De même, il est aujourd'hui plus difficile de reclasser un salarié ouvrier dans une filière administrative devenue très spécialisée, les emplois de bureau à faible qualification n'existant plus.

Les changements de **modalités de contrôle**, comme les cercles de qualité ou l'autonomie procédurale (souvent associée à la gestion participative ou aux équipes de travail semi-autonome) responsabilisent et autonomisent les salariés. Ceci est positif et valorisant, mais en contrepartie augmente la charge mentale, le stress et induit de part ce fait une compétition entre salariés qui casse ou du moins affaiblit le collectif de travail.

A la flexibilité et à la précarisation ont donc été associées de nouvelles exigences dans le travail : les compétences collectives et individuelles ont été redéfinies, donnant une place nouvelle autant à la performance individuelle et à l'autonomie, qu'à la coopération et à la communication.

2.4 Conclusion

Depuis les années 1970, la mutation des systèmes productifs dans un contexte de mondialisation a profondément transformé la structure de la main d'œuvre et les conditions de travail. La diffusion des nouvelles technologies et les modifications organisationnelles (auxquelles les entreprises ont eu recours dans un contexte de compétition internationale) ont renforcé les contraintes de productivité et de rentabilité à l'origine d'une intensification du travail pour la plupart des salariés.

Mais ce nouveau monde du travail devra composer avec le phénomène récent et durable qu'est le vieillissement de la population active.

3 - La pénibilité

Il nous paraît ici important de développer le concept de la pénibilité. En effet, comme nous avons pu le voir, l'inaptitude ne découle pas uniquement de l'état de santé mais également des exigences du poste et de sa pénibilité.

Cette notion de pénibilité est explorée par différentes études depuis un certain nombre d'années : les enquêtes SUMER (SURveillance MÉdicale des Risques professionnels en 1987, 1994 et 2003), les enquêtes sur les Conditions de Travail (organisées et exploitées par la DARES, la Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques en 1984, 1991, 1998 et 2005), l'enquête EVREST (en 2008) et également au niveau européen avec les enquêtes européennes sur les conditions de travail pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Fondation de Dublin).

Elle est au cœur du débat actuel sur les régimes de retraite. Elle fait l'objet de plusieurs rapports récents : le rapport « Pénibilité et retraite » d'Yves Struillou en 2003 [20], le rapport « Départs en retraite et « travaux pénibles » » de Gérard Lasfargues en 2005 [21] et le rapport de Jean-Frédéric Poisson « Pénibilité au travail » en mai 2008 [22].

Pour la première fois, en 2003, le Parlement a introduit dans le droit français un dispositif s'appuyant explicitement sur la notion de pénibilité au travail (texte de loi n° 2003-775 du 21 août 2003).

J.F. Poisson distingue deux types d'approches :

- la pénibilité perçue comme un facteur de réduction de l'espérance de vie ou de dégradation de la santé ;
- la pénibilité perçue comme une manifestation de souffrance au travail.

Il se propose donc de la définir comme étant «le résultat de sollicitations physiques ou psychiques qui, soit en raison de leur nature, soit en raison de la demande sociale, sont excessives au regard de la physiologie humaine et laissent, à ce titre, des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé et l'espérance de vie d'un travailleur » [22].

Les conditions de travail sont-elles plus pénibles qu'auparavant ? Le progrès technique ne les a donc t-il pas améliorées ?

Nous allons voir que, si certaines conditions de travail se sont améliorées, certaines pénibilités persistent, voire se sont accentuées, et que de nouvelles formes de pénibilité sont apparues.

3.1 L'amélioration des conditions de travail

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'amélioration des conditions de travail [20] :

- l'évolution technique, qui a permis la mise au point d'outils et de matériels permettant de réduire ou de supprimer des activités ou des opérations pénibles (ponts roulants, tracteurs, transpalettes) ;
- l'évolution économique, avec la disparition de certains métiers pénibles (comme celui de mineur), ou entraînant la diminution des effectifs occupés par des activités pénibles ;
- l'évolution sociale, qui a abouti à une réduction du temps de travail (baisse du nombre d'heures hebdomadaires et des durées de cotisation) ;
- la politique de prévention des risques professionnels, à l'origine de l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité, et de la baisse du nombre d'accidents du travail (le nombre de décès est passé de 2500 morts pour la seule industrie en début du 20ème siècle, à 1024 en 1992, 730 en 2000 et 537 en 2006 dans le secteur privé [23, 24]).

3.2 La persistance de situations de travail difficiles

Cependant, certaines situations de travail difficiles persistent.

L'enquête SUMER 2003 (ainsi que les enquêtes sur les Conditions de Travail, [25-27]) montre que :

- 41% des salariés sont astreints à une manutention manuelle de charges (49,9% des hommes et 30% des femmes), notamment les ouvriers, les employés de commerce et les employés de services ;
- 71,8% des salariés sont soumis à des contraintes posturales et articulaires (autant les hommes que les femmes : position debout prolongée, piétinement) et 17% à des gestes répétitifs;
- 31,9% des salariés sont exposés à des nuisances sonores (42,5% des hommes et 17,7% des femmes) ;

- 12% des salariés travaillent en contact avec des machines et des outils vibrants (19,5 % des hommes et 2 % des femmes) ;
- 20,7% des salariés sont soumis à des nuisances thermiques et 12,5% sont exposés aux intempéries dans leur travail ;
- l'exposition à au moins un produit toxique concerne 10% des salariés ;
- le nombre de travailleurs de nuit, réguliers ou occasionnels, représentent 14,1% des salariés français.

3.3 L'apparition de nouveaux facteurs de pénibilité

Certains facteurs de pénibilité sont apparus ou se sont accentués [22] :

- «le contexte concurrentiel a accru l'incertitude sur l'avenir des entreprises, générant ainsi un stress nouveau parmi les salariés ;
- les exigences nouvelles de rentabilité ont conduit à imposer une efficacité accrue dans le travail, donc un rendement plus élevé [avec comme conséquences la diffusion et le renforcement des contraintes de temps et l'augmentation des cadences. Cette intensification du travail et la combinaison « travail répétitif + contraintes de temps + attention soutenue » se sont répandues dans divers secteurs de la vie économique.] ;
- le travail s'est de plus en plus individualisé : le travail en équipe, qui permet de réduire la pénibilité physique comme psychique, est de moins en moins vécu comme tel, y compris dans les branches industrielles ; les travailleurs sont évalués sur leurs résultats individuels, sont isolés et parfois mis en concurrence directe avec leurs collègues de travail. Tout ceci fait peser une charge mentale, nouvelle et inhabituelle dans la culture française, sur le salarié ;
- le contexte concurrentiel exige des entreprises et des travailleurs une plus grande adaptation aux changements de contextes économiques. Ceci implique une mobilité accrue, l'acceptation de modifications incessantes des agendas, une obligation de multifonction ;
- les lois sur la réduction du temps de travail sont également une des causes de la densification du travail.

Globalement, si le progrès technique a permis de réduire les facteurs traditionnels et anciens de pénibilité physique, le nouveau contexte économique et les nouvelles organisations du travail ont accru la pénibilité psychique et ont par conséquent retenti sur certains aspects de pénibilité physique ».

Deux indicateurs sont le reflet de la dégradation des conditions de travail : l'explosion des troubles musculo-squelettiques (15 000 TMS déclarés en 2000 et 32 000 en 2006, ce qui représente les trois quarts des maladies professionnelles déclarées [24]) et le développement des pathologies d'origine psycho-sociale (qui représentent plus du quart des inaptitudes [28]).

3.4 Les différents types de pénibilité

Les pénibilités sont donc multiples. Afin de mettre en évidence les secteurs professionnels les plus exposés aux conditions de travail pénibles, il a fallu « catégoriser » les différents types de pénibilité.

Y. Struillou et G. Lasfargues en distinguent trois types :

- les efforts physiques, c'est-à-dire la manutention, le port de charges, les postures pénibles, etc... ;
- les conditions d'environnement agressif : l'exposition à la chaleur, aux intempéries, au bruit, aux agents toxiques, etc... ;
- les contraintes de rythme de travail et d'horaire atypique : travail de nuit, horaires alternants, travail à la chaîne, travail sous cadence, etc...

Ceci a permis de « classer » les professions par type de pénibilité ou par indice de pénibilité puis de comparer leur état de santé.

Le plus frappant est d'observer le cumul des facteurs de pénibilité pour certains salariés, notamment les ouvriers : 54% des salariés de plus de 50 ans sont soumis à un des trois types de pénibilité cités plus haut, 16% en cumulent deux sur trois et 6% cumulent les trois [22]. Ceci a pour conséquence de réduire leur espérance de vie mais aussi leur espérance de vie sans incapacité, au point de parler de « double peine » des ouvriers. L'enquête décennale de santé de l'INSEE de 2002-2003 [29] montre qu'en 2003, un ouvrier de 35 ans de sexe masculin avait une espérance de vie de 41 ans (dont 24 années sans incapacité) alors qu'un cadre supérieur du même âge avait une espérance de vie de 47 ans (dont 34 années sans incapacité).

Mais il ne faut pas perdre de vue que la notion de pénibilité au travail est également variable selon les individus et qu'elle est évolutive dans le temps. Ceci complique l'appréciation de l'évolution des conditions de travail. Les enquêtes

portant sur l'évaluation de ces dernières sont des enquêtes dites de perception, donc le reflet de la pénibilité perçue.

Nous avons vu que le progrès technique, par le développement des outils d'aide à la manutention, avait fortement diminué la pénibilité liée au port de charges et le nombre de salariés exposés à cette dernière. Or, en 1998, 38% des salariés interrogés déclaraient porter des charges lourdes contre 16% en 1984 (enquêtes Conditions de Travail de la DARES 1984, 1991 et 1998). En 1991, 70% des infirmières déclaraient porter des charges lourdes contre 40% en 1984, ce qui révèle une évolution de la perception de la nature du métier d'infirmière et de ses relations avec le malade qui fait que ce dernier est désormais perçu comme une charge lourde [30].

Cette évolution peut traduire à la fois un renforcement de la pénibilité au travail mais également la prise en compte d'une pénibilité qui, jusqu'alors, n'était pas regardée comme telle [20]. « Des chercheurs ont mis en évidence qu'un travailleur bien rémunéré, intéressé par son travail et accomplissant ses missions dans une bonne ambiance de travail ressent moins la pénibilité, qu'elle résulte d'efforts physiques, de stress ou d'un travail de nuit [22]».

La notion de pénibilité englobe donc une composante objectivable ainsi qu'une composante liée à la perception par les intéressés de la pénibilité de leur travail.

C'est la raison qui amène G. Lasfargues, de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET), à étudier la pénibilité au travail sous trois formes.

3.4.1 La pénibilité entraînant une diminution de l'espérance de vie

La pénibilité peut être constituée par des travaux ou des conditions de travail pénibles qui, à long terme, pèsent sur l'espérance de vie (avec ou sans incapacité), et sur la qualité de vie au grand âge ou à la retraite. Cela concerne donc les contraintes physiques (manutention, vibrations,...), les contraintes de rythme et d'horaires atypiques et l'exposition à des agents toxiques (notamment cancérogènes). Cette pénibilité fait l'objet de négociations sur les retraites car elle est objective, quantifiable et son lien avec la diminution de l'espérance de vie est connu :

- en effet, être exposé à des contraintes physiques augmente le risque à court terme de développer des troubles musculo-squelettiques et des lombalgies : 40 000 TMS et 6 000 lombalgies sont reconnus en maladie professionnelle chaque

année. A moyen terme, le risque est d'être atteint d'usure précoce (arthrose) et d'être exclu du monde du travail par le biais de l'invalidité ou de l'inaptitude. Enfin à long terme, le cumul des contraintes physiques tout au long de la vie professionnelle est à l'origine d'arthrose et d'incapacité locomotrice à l'âge de la retraite [31] ;

- le travail de nuit est à l'origine de troubles du sommeil et de troubles digestifs. A long terme il augmente le risque coronarien et le risque de développer un cancer : il vient d'être classé dans la catégorie 2A (agent probablement cancérogène) par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;

- quant à l'exposition aux agents cancérogènes, le nombre de cancers annuels attribuable à des facteurs professionnels est estimé entre 3700 et 8000 par l'Institut de Veille Sanitaire.

3.4.2 La pénibilité vécue

Il existe également une pénibilité vécue correspondant à un mal-être au travail. Celle-ci englobe notamment les facteurs psychosociaux et le stress au travail. Elle ne résulte pas forcément de conditions de travail pénibles et le lien avec la diminution de l'espérance de vie n'est pas établi. Elle peut malgré tout avoir des effets délétères sur la santé (dépression, troubles musculo-squelettiques, troubles coronariens).

Un questionnaire d'évaluation du bien-être au travail, le questionnaire de Karasek, recueille quatre éléments chez le salarié :

- la charge de travail (quantité, complexité, contraintes de temps, rythme de travail imposé par une machine, fréquence des interruptions, fréquence des tâches imprévues, demandes contradictoires) ;

- la latitude décisionnelle (degré d'autonomie, utilisation des compétences) ;

- le soutien social (de la part des collègues et de la hiérarchie) ;

- la reconnaissance de son travail.

Il a été démontré qu'une forte demande psychologique en l'absence de latitude décisionnelle, de soutien social et de reconnaissance est source de stress nuisible pour la santé.

Le stress est défini par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail comme un état qui « survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Il s'agit donc d'un

phénomène subjectif lié au sentiment de contrôle qu'a le salarié sur son environnement de travail.

3.4.3 Une troisième forme de pénibilité

Certaines exigences au travail, bien que non pénibles en soi, deviennent difficiles à supporter pour les travailleurs vieillissants en raison de leur âge, de leurs capacités réduites ou de leurs traitements médicaux. On estime qu'environ un tiers des salariés âgés de moins de 35 ans, la moitié des salariés de 40 à 50 ans et les deux tiers des salariés de plus de 50 ans sont exposés à cette troisième forme de pénibilité. Elle pose le problème de l'aménagement de la fin de vie active, avec d'autant plus d'acuité que l'on cherche à maintenir et prolonger l'activité des travailleurs âgés.

« Chacune de ces formes de pénibilité se traduit par une usure particulière du travailleur dont la gravité dépend du contexte dans laquelle elle se place, de la personne du travailleur et de son vécu. [22]».

3.5 Les travailleurs vieillissants

Cette dernière forme de pénibilité pose la question des conditions de travail des travailleurs vieillissants. Une part importante des salariés de plus de 50 ans présente des déficiences de santé, liées ou non à la pénibilité de leur parcours professionnel antérieur. Les caractéristiques du travail et de son organisation peuvent contribuer à renforcer ou au contraire à atténuer les difficultés liées à ces déficiences. Ces mêmes facteurs renforcent aussi le désir de partir avant l'âge de la retraite à taux plein [32].

En effet, on peut constater que les départs précoces sont désormais la règle implicite et que les salariés veulent partir de plus en plus tôt. Ils ont le sentiment que le maintien de leur activité au-delà d'un certain âge n'est plus compatible avec les contraintes professionnelles actuelles [33].

Depuis les années soixante-dix, les différents dispositifs de préretraite sont devenus un des moyens d'action privilégiés par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux pour faire face au chômage. Le secteur industriel est le principal utilisateur des mesures de cessation anticipée d'activité (60% des préretraites dans les années quatre-vingt dix alors qu'il employait seulement 40% des travailleurs) [34].

Le recours massif aux cessations anticipées d'activité a été l'objet d'un consensus entre les différents acteurs :

- « pour les dirigeants d'entreprises, elles ont permis de faire face aux restructurations. Elles ont été l'un des moteurs de l'amélioration de la productivité. Elles ont également permis de traiter les sureffectifs de façon rapide, en créant peu ou pas de conflit et avec un coût financier nul essentiellement supporté par la collectivité. Elles ont par ailleurs permis de renouveler les générations et de développer les perspectives de promotions ;

- pour les syndicats [...], elles allaient dans le sens de leur revendication de diminution de l'âge de la retraite ;

- pour les pouvoirs publics, elles permettaient de réduire indirectement le chômage des jeunes » [34] ;

- enfin pour les salariés, elles étaient perçues comme la contrepartie aux contraintes professionnelles passées et présentes, jugées d'autant plus acceptables qu'elles étaient compensées. Elles représentaient également une prévention des atteintes que pourrait entraîner la poursuite de l'activité.

C'est pour ces raisons qu'aujourd'hui, les entreprises et les salariés ont « intégré » les départs précoces en retraite comme faisant partie de la gestion des ressources humaines pour les uns et de leur projet de vie pour les autres.

Il existe encore actuellement différents dispositifs de cessation d'activité [35, 36] :

- un dispositif lié de manière directe à la pénibilité du métier (CATS : cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés) ;

- un dispositif spécifique pour travailleurs ayant été exposés à l'amiante (CAATA : cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) ;

- des dispositifs de préretraite progressive (PRP) ou de retraite anticipée par mesures sociales de branches ou d'entreprises (« congés de fin de carrière ») ;

- un dispositif de retraite anticipée pour longue carrière (loi Fillon).

Il est également possible, en cas de problèmes de santé, de bénéficier d'un départ anticipé par l'invalidité ou l'inaptitude.

Enfin, la dispense de recherche d'emploi accordée au-delà de 57 ans^{1/2} permet d'être licencié pour inaptitude puis de bénéficier d'allocations chômage jusqu'à l'âge légal de la retraite.

Jusqu'à aujourd'hui, les départs anticipés en retraite ont donc permis de faire l'économie d'une réflexion et d'une action efficace visant à réduire la pénibilité au travail, notamment en prenant en compte les effets du vieillissement des salariés.

Mais les évolutions démographiques vont imposer une réorientation de la prise en charge du vieillissement des actifs :

- le départ en retraite précoce et généralisé est contradictoire avec l'objectif visant à faire remonter le taux d'activité des plus de 55 ans ;
- les mécanismes de sélection qui avaient conduit à écarter une partie des salariés âgés deviennent plus difficiles à mettre en œuvre si le poids de ces tranches d'âge s'accroît. En effet, le Bureau International du Travail estime qu'en 2025 le taux de travailleurs de plus de 55 ans sera de 32% en Europe [37].

Avec la limitation actuelle des préretraites et les conditions plus restrictives d'indemnisation du chômage, les possibilités de sortir prématurément de l'activité dans des conditions financières acceptables se restreignent fortement.

De plus, ces dispositifs ne sont accessibles qu'à des âges proches de l'âge minimum de la retraite. Les femmes et les salariés plus jeunes en sont souvent exclus : la proportion des salariés qui en ont accès varie de 22% à 50-51 ans à 41% dans la tranche d'âge 56-57 ans [38].

Dans les situations pour lesquelles les dispositifs actuels de sortie du monde du travail ne sont pas accessibles, le médecin du travail se retrouve face à un dilemme : trancher entre le droit à la santé et le droit au travail.

C'est ce qu'a montré, entre autres, l'enquête Santé et Vie Professionnelle après 50 ans (SVP 50) [39]. Elle a mis en évidence les limites d'action du médecin du travail pour prendre en charge la situation des salariés de plus de 50 ans « usés ». Pour 43% des salariés qui, d'après le médecin, « devraient cesser de travailler », il n'y a pas eu de changement ou d'aménagement de poste, de restriction d'aptitude ou d'inaptitude temporaire. Cela renvoie à des situations de travail dans lesquelles le médecin ne voit pas de possibilités d'aménagement et dont l'intervention pourrait contribuer à fragiliser la situation du salarié, notamment en termes d'emploi.

Donc, compte tenu des risques de répercussions sur le contrat de travail, sauf si le risque est jugé trop important pour la santé du salarié, les médecins du travail ne portent un avis restrictif d'aptitude qu'avec son consentement éclairé. Le risque « santé » est alors tempéré par le risque « social » du chômage et le médecin du travail s'auto-censure.

4 - La procédure de l'inaptitude médicale, l'aspect réglementaire et juridique de la visite d'inaptitude

Il n'existe pas de définition de l'aptitude ni de l'inaptitude dans le Code du travail.

Le diagnostic d'inaptitude est établi quand les capacités physiques ou psychiques du salarié ne lui permettent pas d'exécuter l'ensemble des tâches découlant du poste de travail, ou lorsque le maintien de l'état de santé du salarié ne peut plus être assuré compte tenu des risques inhérents au poste de travail [4].

Une refonte du Code du travail ayant eu lieu en 2008, nous mentionnerons la nouvelle référence de l'article correspondant entre parenthèses.

La procédure d'inaptitude est complexe, mal balisée par **l'article R 241-51-1 (R4624-31) du Code du travail**. La jurisprudence a peu à peu modelé cette procédure. C'est pourquoi nous citerons les arrêts de la Cour de Cassation qui illustrent chaque point de la procédure.

4.1 Principe de non discrimination

Aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son état de santé ou de son handicap (article L122-45 (*L1132*) du Code du travail, loi du 12 juillet 1990), ce qui s'assimilerait à de la **discrimination**. Toutefois, si le médecin du travail constate l'inaptitude définitive du salarié et si l'employeur se trouve dans l'impossibilité de donner suite à ses propositions de reclassement, le contrat de travail peut être rompu. Cette rupture constitue un **licenciement** (Cass.soc., 10 juillet 1975).

La loi du 12 juillet 1990 a rendu l'avis d'inaptitude prononcé par le médecin du travail **absolument incontournable** pour l'employeur qui souhaite se séparer d'un salarié ne pouvant plus être maintenu à son poste.

Pour autant, la Chambre sociale a jugé que ce texte ne s'opposait pas au licenciement du salarié motivé, non par son état de santé, mais par **la situation objective de l'entreprise dont le fonctionnement est perturbé par son absence prolongée ou ses absences répétées** en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnel, dès lors que ces perturbations entraînent pour l'employeur la nécessité de procéder à son remplacement définitif (Cass.soc., 23 mars 2005). Le contrat de la personne remplaçante doit être équivalent à celui de la personne licenciée : le remplacement par une personne en CDD (Cass.soc., 2 mars 2005 et 11

mai 2005) ou en CDI mais avec un horaire représentant la moitié du temps de travail du salarié licencié (Cass.soc., 6 février 2008) ne constitue pas, aux yeux des juges, le remplacement définitif justifiant le licenciement.

4.2 Constatation de l'inaptitude

L'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié à l'emploi pour lequel il a été embauché ne peut être appréciée **que par le médecin du travail**, qui est seul compétent en la matière (Cass.soc., 21 mai 2002).

Celui-ci ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après **une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise**, et après **deux examens médicaux** de l'intéressé espacés de deux semaines (art. R.241-51-1 (*R.4624-31*)), accompagnés, le cas échéant, d'examens complémentaires. Le **délai minimum de deux semaines** est obligatoire et son non-respect remet en cause la validité de la procédure (Cass.soc., 20 septembre 2006).

Ce délai peut être éventuellement allongé (du fait des impératifs de planning de consultation par exemple), mais en aucun cas il ne doit être inférieur à deux semaines.

Le médecin du travail peut, avant d'émettre son avis, consulter le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO). Il ne peut conclure à une inaptitude définitive sans citer les aptitudes restantes (art. L.122-24-4, (*L1226*) L.122-32-5 (*L1226*) du Code du travail).

Ces conditions ne s'appliquent pas dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraînerait un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celles de tiers. L'inaptitude peut alors être constatée par le médecin du travail dès la première visite médicale, en précisant qu'elle relève du danger immédiat.

4.3 Obligation de reclassement

Les principes de l'obligation de reclassement sont régis par l'article L.122-24-4 (*L1226*) du Code du travail.

A l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident, si le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur est tenu de lui proposer **un autre emploi approprié à ses capacités**, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. Celles-ci doivent être **aussi**

comparables que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que **mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail**.

Les possibilités de reclassement doivent être recherchées par l'employeur au sein de l'entreprise et, le cas échéant, **au sein du groupe auquel elle appartient** (Cass. soc., 24 octobre 1995 et 6 février 2008), même si certaines sociétés sont situées à l'étranger (Cass. soc., 9 janvier 2008).

En outre, l'avis du médecin du travail concluant à **l'inaptitude du salarié à tout emploi** dans l'entreprise **ne dispense pas** l'employeur de rechercher une possibilité de reclassement au sein de l'entreprise et, le cas échéant, du groupe auquel elle appartient. **Cette recherche doit être effective**.

Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail en vue du reclassement du salarié, **au besoin en les sollicitant** (Cass soc., 31 mars 1994) et, en cas de refus, **de faire connaître les motifs** qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite, même si le salarié n'a pas manifesté son intention de reprendre le travail (Cass soc., 4 Juin 1998).

Le contrat de travail du salarié peut être suspendu pour lui permettre de suivre un stage de reclassement professionnel.

Si le salarié n'est pas reclassé dans l'entreprise à l'issue **d'un délai d'un mois** à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail ou s'il n'est pas licencié, l'employeur est tenu de verser à l'intéressé, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail. Elles ne sont, en revanche, pas applicables si le salarié est titulaire d'un contrat à durée déterminée (CDD).

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, la proposition de reclassement doit se faire **après avis des délégués du personnel** (article L.122-32-5 (*L1226*) du Code du travail). Par conséquent la consultation des délégués du personnel doit intervenir avant proposition au salarié d'un emploi de reclassement (Cass soc 19 juin 1990).

La Chambre sociale de la Cour de cassation estime que l'article L 241-10-1 du Code du travail (L4624-1) pose **un principe général de reclassement** du salarié devenu physiquement inapte, quelle que soit l'origine de l'inaptitude : il n'existe pratiquement plus de différences de traitement entre les salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (article L 122-24-4 (*L1226*) du

Code du travail) et ceux ayant été arrêtés pour maladie (article L 122-32-5 (L1226)). Auparavant, la procédure était moins protectrice pour les salariés en arrêt pour une maladie d'origine non professionnelle.

4.4 Contestation

Les instances compétentes sont différentes selon le point qui est contesté :

- la contestation de la procédure se fait devant le **juge judiciaire** qui peut statuer sur une demande en nullité motivée par l'absence de deux examens médicaux ou le non respect du délai de deux semaines entre les examens ;
- le salarié, comme l'employeur, peut également contester l'avis du médecin du travail. Cette contestation se fait auprès de l'**inspection du travail** par l'intermédiaire du Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre, MIRTMO (recours administratif).

Si le licenciement est déclaré non justifié par l'inspecteur du travail (après avis consultatif auprès du MIRTMO), le salarié ne peut réintégrer l'entreprise ; le licenciement est alors redéfini et devient « sans cause réelle et sérieuse » (Cass. soc., 8 avril 2004 et 9 février 2005)). La chambre sociale a donc décidé que le licenciement **n'était pas nul mais devenait privé de cause**.

L'employeur ne peut pas licencier le salarié entre les deux visites d'inaptitude, ni le jour même de la 2^{ème} visite (Cass. soc., 9 avril 2008) ; en effet, il doit prouver de sa bonne foi concernant la recherche d'un poste adapté. Les recherches de possibilités de reclassement doivent être de nature à constituer une preuve de **l'exécution sérieuse et loyale** de l'obligation de recherche. C'est à l'employeur qu'il incombe la preuve d'établir qu'il a mis en œuvre tous les moyens pertinents pour tenter de remplir son obligation de reclassement. Dans l'éventualité d'un litige, il doit donc **se ménager des preuves de ses recherches** (Cass. soc., 6 février 2008). Ce sont les juges du fond qui apprécient souverainement si la preuve de l'impossibilité de reclassement du salarié inapte est rapportée.

4.5 Licenciement et Indemnités

La procédure de licenciement doit être appliquée et **l'indemnité légale de licenciement** doit être versée. En revanche, le préavis ne pouvant être effectué, **l'indemnité compensatrice de préavis n'est pas due**, sauf si elle est expressément prévue par la convention collective ou si l'inaptitude a été constatée à l'issue d'un arrêt de travail provoqué par un accident de travail ou une maladie professionnelle, ou encore, selon les tribunaux, si le licenciement est dépourvu de

cause réelle et sérieuse en raison du manquement de l'employeur à son obligation de reclassement consécutive à l'inaptitude.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP), l'employeur doit verser au salarié les indemnités suivantes :

- une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité de licenciement de droit commun ;
- une indemnité compensatrice de préavis.

4.6 Conséquences du refus du salarié d'une proposition de reclassement

La loi opère une distinction entre le refus justifié et le refus injustifié du reclassement proposé :

- si la proposition de reclassement comporte une **modification du contrat de travail** (rémunération, statut, temps de travail, ...), le refus du salarié est l'expression d'un droit et l'employeur doit alors lui faire une nouvelle proposition de reclassement ou le licencier pour impossibilité de reclassement en lui versant les indemnités afférentes ;

- par contre, si la proposition de reclassement ne comporte pas de modification du contrat de travail mais **des seules conditions de travail**, le refus peut être qualifié d'**abusif**. Ceci, et c'est nouveau, que le salarié soit protégé (cas d'AT/MP) ou non (Cass. soc., 20 février 2008) [40]. Selon les articles L 122-32-5 et - 6 (*L1226*) du Code du travail, le refus par le salarié du reclassement proposé autorise l'employeur à le licencier. Ce refus injustifié du salarié **le prive des indemnités spéciales de rupture** (ainsi que des indemnités compensatrices de préavis en cas d'inaptitude d'origine professionnelle) :

"le caractère injustifié du refus d'un poste de reclassement par le salarié n'a pas pour effet de le rendre responsable de la rupture mais seulement de lui faire perdre le bénéfice de l'indemnité spéciale de licenciement" (Cass. soc., 26 mars 1996). Donc, la faute grave ne peut se déduire du seul refus par un salarié du reclassement et **ne le prive pas des indemnités de licenciement** (Cass. soc., 19 juillet 1994 et 27 octobre 2004).

4.7 Cas particulier du Contrat à Durée Déterminée

L'article L 122-32-9 du Code du travail contient des dispositions spécifiques au contrat à durée déterminée concernant le licenciement du salarié en cas d'échec du

reclassement. En effet, l'inaptitude médicale du salarié ne constitue pas un cas de force majeure autorisant la rupture anticipée du CDD. Deux cas sont alors distingués :

- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : lorsque le salarié est déclaré inapte à son poste et qu'il ne peut pas être reclassé jusqu'au terme de son contrat, l'employeur peut demander **la résiliation judiciaire du contrat** (Cass. soc. 23 mars 1999) ;

- en cas de maladie non professionnelle : le Code du travail reste silencieux et la Cour de cassation a estimé que la résiliation judiciaire n'était pas possible (Cass. soc. 29 avril 2002). Le contrat ne peut donc être ni exécuté, ni rompu. Depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 18 novembre 2003, l'employeur n'est plus tenu de rémunérer le salarié jusqu'au terme du contrat.

4.8 Cas de l'invalidité

Dans un arrêt du 10 février 1998, la Cour de cassation rappelle que la mise en invalidité est une notion de **Sécurité sociale** qui n'a pas d'incidence sur le contrat de travail : la mise en invalidité du salarié malade ne met pas fin à la suspension du contrat de travail.

« Seule met fin à la suspension du contrat de travail la visite de reprise effectuée par le médecin du travail au cours de laquelle ce dernier doit donner son avis sur l'inaptitude du salarié à reprendre l'emploi précédemment occupé ».

Même l'avis du médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie qui classe un salarié en invalidité 2^{ème} catégorie (considérant alors qu'il ne peut exercer une quelconque activité professionnelle) ne s'impose pas au médecin du travail.

4.9 Conclusion

Comme nous venons de le voir, l'évolution de la jurisprudence réserve une place essentielle à l'obligation de reclassement.

Malgré tout, cette procédure d'inaptitude fait l'objet de nombreuses critiques, de la part des médecins du travail eux-mêmes : c'est une procédure complexe, à l'origine d'une insécurité juridique pour l'employeur et le médecin du travail. De plus, se pose le problème du statut du salarié pendant cette procédure : la loi ne se prononce pas sur la situation délicate du salarié qui reste sans revenu entre les deux visites et pendant le mois suivant la deuxième visite. En effet, la Chambre sociale de la Cour de cassation considère que la période de suspension du contrat de travail prend fin avec le premier examen médical. Le salarié doit donc rester à la disposition

de l'employeur, il n'est ni en arrêt maladie (il ne touche donc pas d'indemnités journalières), ni au chômage. Comme l'obligation de reclassement naît qu'à compter du second examen et qu'il existe un délai d'un mois avant la reprise du paiement du salaire, si le salarié n'est ni reclassé ni licencié, celui-ci se retrouve sans revenu. Le délai de 15 jours est d'un côté trop court pour laisser le temps de trouver une solution de reclassement prévue par la loi et d'un autre, trop long pour le salarié en situation précaire.

Le schéma suivant illustre le déroulement de la procédure :

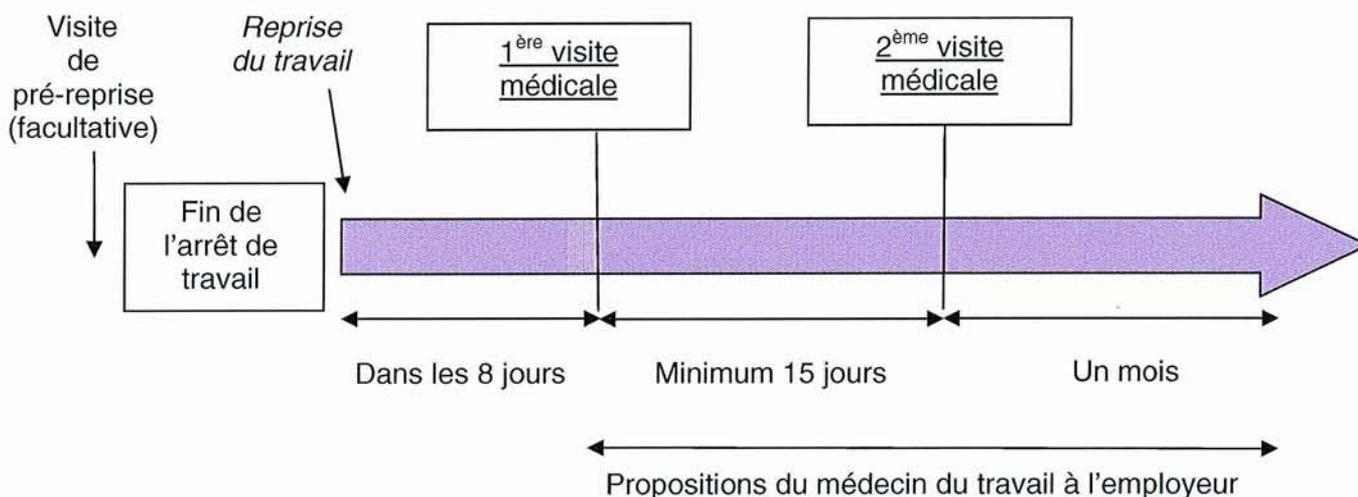


Schéma n°1: Procédure constatant l'inaptitude au poste de travail [41]

5 - Le devenir du salarié après une inaptitude définitive au poste : les différentes options

Nous avons réalisé un schéma explicatif (schéma n°2, p 55) afin d'avoir une vision globale des différentes options qui s'offrent au salarié en cas d'inaptitude à son poste de travail et de mieux comprendre les questions posées aux médecins du travail au cours de notre enquête épidémiologique. Il est volontairement non exhaustif, afin de faciliter sa compréhension. Il est inspiré d'un schéma plus complet réalisé par CINERGIE dans le classeur «Inapte au poste, que faire ? ». La dernière édition datant de 2003, certaines orientations sont obsolètes et les nouveautés apportées par la loi de février 2005 n'y figurent pas.

Pour bien comprendre le rôle de chacun, nous rappellerons les fonctions des différentes structures existantes en Meurthe-et-Moselle.

La **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** a été créée par la loi du 11 février 2005 : c'est un guichet unique chargé d'accueillir, d'accompagner et d'informer les personnes handicapées.

Au sein de la MDPH siège la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH ou CDA)**, qui remplace la COTOREP. Elle prend les décisions relatives aux droits des personnes handicapées, notamment en matière de prestations et d'orientation. Celle-ci délivre la **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)**, pour une durée déterminée.

Sont reconnus **travailleurs handicapés (TH)**:

- les personnes reconnues travailleur handicapé par la CDA ;
- les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité partielle permanente (IPP) au moins égale à 10% ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité ;
- les titulaires d'une carte d'invalidité ;
- les bénéficiaires d'une allocation adulte handicapé (AAH) ;
- les sapeurs-pompiers invalides à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie contractée en service ;
- les victimes de guerre.

Cap Emploi est une enseigne nationale qui regroupe des organismes répartis sur tout le territoire. Ils accompagnent les demandeurs d'emplois reconnus travailleurs handicapés. Ils sont financés principalement par l'AGEFIPH.

SAMETH (Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs handicapés) est également une enseigne nationale qui accompagne le salarié handicapé en risque d'inaptitude. Il est principalement financé par l'AGEFIPH.

Handi 54 est l'association qui a obtenu l'agrément de Cap emploi et du SAMETH pour la Meurthe-et-Moselle.

L'**AGEFIPH** est l'Association nationale pour la GEstion du Fonds d'Insertion Professionnelle des Handicapés. Elle finance les projets en rapport avec l'insertion professionnelle ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, ainsi que les professionnels de l'insertion comme Cap emploi ou les SAMETH. Ses ressources sont constituées par les contributions des entreprises privées de 20 salariés et plus qui n'emploient pas 6% de salariés handicapés.

En cas d'inaptitude à son poste de travail, le salarié est soit maintenu dans son entreprise, soit licencié.

5.1 Maintien dans l'entreprise

S'il peut être maintenu dans son entreprise, soit son poste est aménagé soit le salarié est muté à un autre poste.

5.1.1 Maintien à son poste

5.1.1.1 Aménagement de poste

Si le salarié est reconnu travailleur handicapé par la CDA, l'AGEFIPH peut apporter une aide financière et technique afin d'adapter le poste de travail.

5.1.1.2 Aménagement d'horaire

Dans le cadre d'une invalidité 1^{ère} catégorie ou d'un mi-temps thérapeutique (qui suit un arrêt maladie et qui est provisoire), le salarié travaille à mi-temps, la Sécurité sociale finançant le mi-temps non travaillé.

5.1.1.3 Compensation financière de la perte de productivité

Depuis la loi de février 2005, le classement des travailleurs handicapés en catégorie A, B, C a été supprimé. Désormais, la loi retient la notion de lourdeur du handicap pour le versement d'une aide à l'emploi. L'évaluation de la lourdeur du handicap tient compte du surcoût économique restant à la charge de l'employeur malgré l'aménagement optimal du poste de travail : par exemple la nécessité de recourir à un tuteur ou le manque à gagner du fait d'une productivité moindre ou d'un

aménagement d'horaire. L'employeur peut alors obtenir une modulation de sa contribution AGEFIPH ou l'attribution d'une aide à l'emploi.

5.1.2 Reclassement à un autre poste

Dans le cas où l'aménagement du poste est impossible, une mutation à un autre poste peut être envisagée.

5.1.2.1 Aménagement de poste

Il est possible que ce nouveau poste doive être aménagé (cf 5.1.1).

5.1.2.2 Formation

Une formation peut s'avérer nécessaire afin d'occuper ce nouveau poste. Elle peut faire suite à un bilan de compétence (cf 5.2.1.2).

5.1.2.2.1 Dans le cadre d'un plan de formation

La formation est accessible à tout salarié. En effet, toute entreprise de plus de 10 salariés a l'obligation légale d'organiser et de payer une formation continue à tous ses salariés. Cette formation continue en entreprise entre dans le cadre du plan de formation de l'entreprise. Elle est réalisée par des organismes de formation conventionnés et se déroule sous forme de stages avec des périodes d'application en entreprise.

5.1.2.2.2 Dans le cadre d'un congé individuel de formation (CIF)

Accessible à tout salarié, il s'agit d'une autorisation d'absence accordée par l'employeur pour permettre au salarié de suivre une formation de son choix. La durée est fixée à un an ou 1 200 heures. Le coût de la formation est pris en charge par le FONGECIF (organisme collecteur). La formation peut également être cofinancée par l'AGEFIPH si elle a pour but la reconversion professionnelle chez un travailleur handicapé à risque d'inaptitude. C'est une solution plus souple et plus rapide que le recours à la formation professionnelle des adultes ou à la rééducation professionnelle.

5.1.2.2.3 Dans un centre de rééducation professionnelle (CRP)

Elle s'adresse au travailleur handicapé qui a besoin d'améliorer son niveau de qualification ou d'accéder à sa première qualification. Il est orienté vers un CRP sur décision de la CDA suite à une évaluation médico-socio-professionnelle. Il est en suspension de contrat, rémunéré comme stagiaire. La Sécurité sociale finance l'hébergement et les frais de formation. L'employeur ne peut pas refuser le congé

formation si le handicap fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

5.1.2.2.4 Par l'intermédiaire du contrat de rééducation chez l'employeur (CRE)

Ce contrat nécessite d'être travailleur handicapé et d'avoir un avis favorable de la CDA et de la CRAM. C'est un contrat écrit, à durée déterminée (de 3 à 24 mois). Il donne accès à une formation professionnelle en entreprise et précise la part du salaire incombant à l'entreprise et celle incombant à la Sécurité sociale (souvent 50/50, modulable).

5.2 Licenciement

5.2.1 Recherche d'emploi

5.2.1.1 Recherche directe d'emploi

Après le licenciement, le travailleur doit s'inscrire aux ASSEDIC (ce qui lui procurera des allocations chômage et une couverture maladie) et à l'ANPE, qui l'orientera vers des emplois disponibles.

Le travailleur handicapé, lui, peut être accompagné par Cap emploi dans toutes ses démarches professionnelles.

5.2.1.2 Bilan de compétences

L'ANPE peut financer un bilan de compétences. Celui-ci se déroule sur 8 semaines, avec des entretiens individuels auprès d'un consultant et des évaluations portant sur les aptitudes, les motivations, les compétences et les connaissances du travailleur. Ce bilan peut être financé par l'AGEFIPH s'il est travailleur handicapé.

Remarque : ce bilan est accessible à tout salarié. Il peut être demandé soit par le salarié dans le cadre d'un congé de bilan de compétences, soit par l'employeur dans le cadre d'un plan de formation. Il est alors financé par le FONGECIF.

5.2.1.3 Centre de préorientation

Le centre de préorientation accueille les travailleurs handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières qui n'ont pu être résolues par l'équipe technique de la CDA. D'une durée moyenne de 8 semaines, le stage ne peut excéder 12 semaines. La personne est stagiaire de la formation professionnelle, elle est rémunérée et son hébergement est pris en charge par la Sécurité sociale. Les objectifs de ce stage sont :

- d'étudier une orientation professionnelle adaptée à son état de santé, en tenant compte des restrictions médicales liées à son handicap, de ses centres d'intérêt, de son potentiel intellectuel, des opportunités professionnelles et de ses contraintes personnelles et familiales ;
- de valider, à l'issue du stage, un projet d'orientation et de reconversion professionnelle, qu'il s'agisse d'un projet de formation ou d'accès direct à l'emploi.

5.2.1.4 Formation

La formation peut être prise en charge par l'ANPE ou le Conseil Régional. Elle peut faire suite à un bilan de compétences.

Il existe également des contrats permettant une formation professionnelle en entreprise : le contrat de professionnalisation (qui s'adresse à tous les jeunes âgés de 16 à 25 ans et aux demandeurs d'emploi âgés de 26 ans et plus) et le contrat d'apprentissage (qui s'adresse à tous les jeunes âgés de 16 à 25 ans). Les travailleurs handicapés bénéficient de critères plus larges pour y accéder (notamment l'absence de limite d'âge) ainsi que d'une subvention et d'une prime à l'insertion. L'employeur, lui, peut également toucher une subvention, une prime d'insertion, une aide à l'accessibilité des situations de travail et une aide au tutorat (par l'AGEFIPH).

L'AFPA, Association pour la Formation Professionnelle des Adultes, propose des stages de formation dont certaines sessions sont réservées aux TH. Des formations de remise à niveau des connaissances de base sont accessibles par correspondance, ce qui limite les déplacements.

Le TH, après décision de la CDA, peut accéder à un stage en centre de rééducation professionnelle (CRP).

5.2.2 Création d'entreprise

La Chambre des Métiers de Meurthe-et-Moselle dispose des informations sur la création d'entreprise et sur les formations proposées dans le département.

Le TH peut obtenir une subvention d'installation et une aide à l'emploi.

5.2.3 Sortie de la vie professionnelle

Si le salarié répond à plusieurs critères, il peut sortir du monde du travail.

5.2.3.1 Invalidité 2^{ème} catégorie

Accordée par la Sécurité sociale si le salarié présente une réduction d'au moins des 2/3 de ses capacités de travail ou de gain, elle donne droit à une pension d'invalidité (environ égale à 50% du salaire moyen des dix meilleures années).

5.2.3.2 Retraite pour inaptitude

La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet d'obtenir une retraite au taux plein à partir de l'âge de 60 ans, même si la durée de cotisation n'est pas atteinte. L'inaptitude doit être reconnue par le médecin conseil.

5.2.3.3 Inaptitude de la CDA

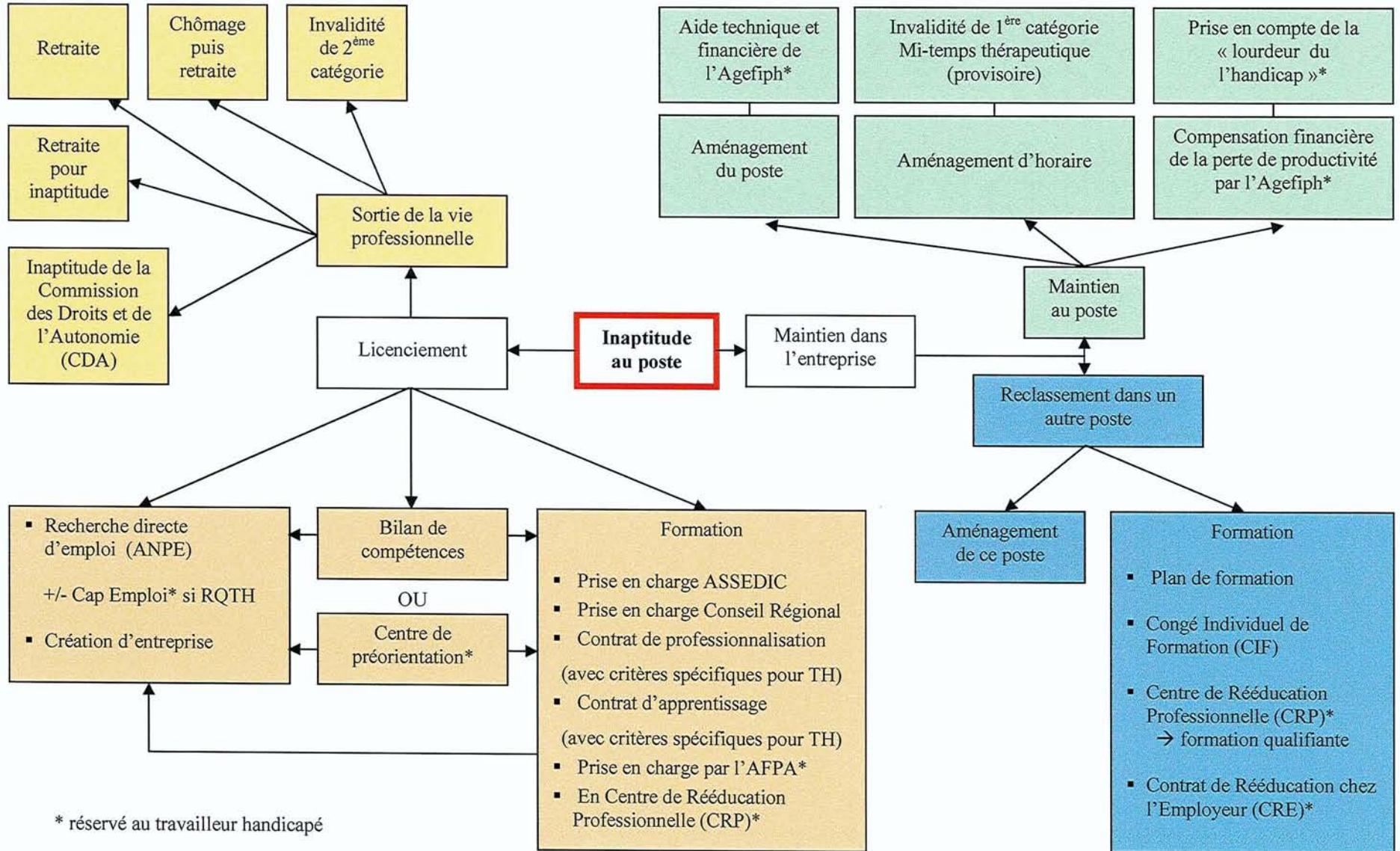
La CDA peut reconnaître le salarié «inapte à tout emploi ». C'est la seule situation où le salarié peut bénéficier de l'allocation adulte handicapé (AAH) avec un taux d'incapacité inférieur à 80% (entre 50% et 80%). Elle supprime le droit aux allocations chômage, il faut donc évaluer ce qui correspond le mieux à la situation du salarié. De même, l'invalidité 2^{ème} catégorie est prioritaire sur l'attribution de l'AAH.

5.2.3.4 Retraite

Si le nombre de trimestres de cotisation est suffisant, le salarié peut partir en retraite à 60 ans.

S'il est proche de l'âge légal de la retraite, il est dispensé de recherche d'emploi à partir de 57 ans^{1/2} et à partir de 55 ans s'il justifie de 160 trimestres de cotisation : en cas de licenciement, il peut alors toucher l'allocation chômage jusqu'à l'âge de la retraite.

Schéma n°2: Devenir d'un salarié après une inaptitude définitive au poste



2^{ème} PARTIE : enquête sur les salariés ayant fait l'objet d'un avis médical d'inaptitude totale définitive à leur poste de travail en Meurthe-et-Moselle en 2007

- 1- Matériel et méthode**
- 2- Réalisation pratique**
- 3- Résultats**
- 4- Interview d'employeurs**

Devant le constat de l'augmentation du nombre des inaptitudes, nous avons décidé :

- de réaliser une enquête descriptive transversale, qui a pour objectifs :

- de déterminer le profil des salariés déclarés inaptes à leur poste de travail ;
- de connaître dans quelle mesure les médecins du travail ont sollicité les partenaires intervenant dans le réseau d'aide au maintien de l'emploi ;
- de repérer les facteurs susceptibles de favoriser le maintien dans l'emploi ;

- et d'interroger des employeurs sur leurs pratiques. En effet, l'employeur est, au final, le seul habilité à accepter les propositions du médecin du travail permettant d'adapter le poste aux capacités restantes du salarié. Il nous a donc paru important de recueillir son point de vue, de comprendre sa vision de l'inaptitude et les contraintes auxquelles il est soumis.

1 - Matériel et méthode

1.1 Population

Les salariés concernés par cette étude appartiennent au secteur privé du régime général et du régime agricole de la Meurthe-et-Moselle et sont suivis par les médecins de trois centres de santé au travail :

- l'ALSMT (Association Lorraine des Services de Santé en Milieu de Travail), service inter-entreprises ;

- l'ASMSTBTP (Association des Services Médicaux et Sociaux du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics), service inter-entreprises spécialisé dans le bâtiment ;

- le service de santé au travail de la MSA (Mutualité Sociale Agricole)

L'ALSMT et l'ASMSTBTP suivent l'ensemble des salariés du secteur privé du régime général adhérents à un service de médecine du travail. La MSA fait partie des « régimes spéciaux », elle suit les salariés du secteur privé du régime agricole.

Sont exclus de cette étude les salariés des grandes entreprises dotées d'un service de santé au travail autonome, ainsi que les salariés du secteur public (hôpitaux, collectivités territoriales et fonction publique d'Etat).

Les sujets inclus dans l'étude sont les salariés reconnus inaptes définitifs à leur poste de travail entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2007, conformément aux dispositions de l'ancien article R 241-51-1 du Code du travail.

1.2 Les enquêteurs

Les enquêteurs étaient les médecins du travail des trois services sus-cités. Sur 71 médecins, 53 volontaires ont participé à cette enquête, soit 74%.

1.3 Déroulement

L'enquête s'est déroulée en deux parties :

- du 1er janvier au 31 décembre 2007

Les enquêteurs étaient les médecins du travail.

Le questionnaire « Inaptitudes 2007 » (Annexe 1) était rempli par le médecin en santé au travail qui prononçait l'avis d'inaptitude, soit au cours de la deuxième visite pour les salariés ayant bénéficié des deux visites réglementaires, soit au cours

de la première visite « dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraînait un danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celle d'un tiers ».

Ce questionnaire a pu être rempli a posteriori en cas d'oubli ou en cas de participation tardive à l'enquête suites aux différentes actions de sensibilisation.

Le salarié était informé de l'enquête au cours de la visite et recevait une lettre explicative des objectifs de l'étude (Annexe 2). S'il acceptait d'y participer, il devait donner un accord signé pour un contact ultérieur.

- en 2008

Les salariés étaient recontactés par téléphone par une assistante sociale, à la date anniversaire de leur inaptitude. Un deuxième questionnaire était alors rempli (Annexe 3).

Le schéma suivant illustre le déroulement de l'enquête :

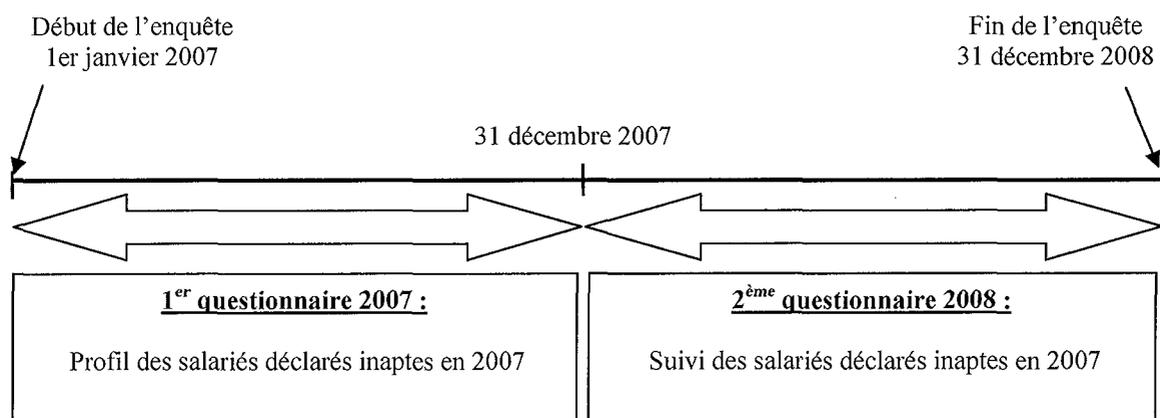


Schéma n°3: Déroulement de l'enquête

La deuxième partie de l'enquête étant actuellement en cours de réalisation, nous développerons uniquement la première partie concernant les résultats du premier questionnaire 2007.

1.4 Le questionnaire

Ce questionnaire était composé de 52 questions, 49 fermées et 3 ouvertes, codées pour la saisie informatique. Ne sont pas comptabilisées l'identification du salarié et la date de l'inaptitude. Le nombre de questions a volontairement été limité

afin de contenir le questionnaire sur une seule page, gage d'une meilleure participation des médecins du travail.

Le nom des médecins participants a été codé.

Par soucis de confidentialité, le nom du salarié ne figure pas sur le questionnaire. Par contre, son numéro d'identification (correspondant à son dossier médical) y est noté, afin de faciliter le travail ultérieur de suivi. Cela a également permis de compléter certains items manquants (questionnaires incomplets), en retrouvant l'information dans le logiciel informatique médical ou en contactant le médecin concerné.

Ce questionnaire, figurant en annexe 1, comportait cinq parties :

1.4.1 Les données socioprofessionnelles

La première partie concernait les données socioprofessionnelles du sujet :

- année de naissance ;
- sexe ;
- niveau de formation initiale ;
- formations suivies au long de la vie professionnelle ;
- secteur d'activité ;
- catégorie socioprofessionnelle ;
- poste de travail occupé ;
- taille de l'entreprise ;
- type de contrat ;
- ancienneté.

❖ **Le niveau de formation initiale** a été coté de 0 et 6, selon la classification INSEE (recensement 1999) :

- le 0 correspondait à l'absence de diplôme ;
- le 1 au CEP (Certificat d'étude primaire) ;
- le 2 au BEPC ;
- le 3 au CAP ou au BEP ;
- le 4 au BAC ou au Brevet Professionnel ;
- le 5 à un diplôme de niveau BAC +2 ;
- le 6 à un diplôme de niveau supérieur.

Le médecin pouvait se référer à une annexe « niveau de formation », jointe au dossier envoyé à chaque médecin et contenant une notice explicative sur la méthodologie pour remplir le questionnaire. Elle était également disponible sur l'Intranet de l'ALSMT.

❖ **Le nombre de formations suivies** au long de la vie professionnelle a été codé en quatre classes :

- aucune ;
- 1 ou 2 ;
- 3 à 5 ;
- plus de 5.

Aucune précision n'était demandée concernant le type de formation suivie. Seule la formation de sauveteur secouriste du travail (SST) était exclue.

❖ **Les secteurs d'activité** ont été relevés par l'intermédiaire du code NAF (Nomenclature d'Activité Française) utilisé par l'INSEE en 2003. Le logiciel d'exploitation statistique, grâce à des tables de correspondance, peut restituer les résultats selon diverses classifications. Par exemple, en utilisant la table de correspondance avec la Nomenclature Economique de Synthèse (NES) :

NES4 :

- Agriculture ;
- Industrie ;
- Construction ;
- Tertiaire.

NES16 :

- Agriculture, sylviculture, pêche ;
- Industries agricoles et alimentaires ;
- Industrie des biens de consommation ;
- Industrie automobile ;
- Industries des biens d'équipement ;
- Industries des biens intermédiaires ;
- Energie ;
- Construction ;
- Commerce ;
- Transports ;

- Activités financières ;
- Activités immobilières ;
- Services aux entreprises ;
- Services aux particuliers ;
- Éducation, santé, action sociale ;
- Administration.

Ce code NAF est systématiquement indiqué dans le dossier administratif informatique du salarié dans lequel sont inscrites des données concernant l'entreprise adhérente.

❖ **La catégorie socioprofessionnelle** a été codée en CSP, selon la nomenclature utilisée par l'INSEE (version 1982), en deux ou quatre chiffres (plus précis).

Il incombait au médecin de coder le poste de travail avec le code CSP. Il pouvait se référer à une annexe « CSP simplifié » avec des codes en deux chiffres, jointe au dossier contenant la notice explicative sur la méthodologie pour remplir le questionnaire. De plus, le logiciel médical STHETO (utilisé à l'ALSMT et au BTP) permettait de rechercher le code en quatre chiffres correspondant plus précisément au poste.

❖ **Le poste de travail** en clair n'a pas été saisi mais a permis de recodifier certaines professions dans le cas de codes CSP erronés ou d'item manquant.

❖ **La taille de l'entreprise** a été notée en quatre classes selon le découpage habituel :

- 1 à 9 salariés ;
- 10 à 49 salariés (la mise en place de délégués du personnel est obligatoire à partir de 11 salariés);
- 50 à 199 salariés (la mise en place d'un Comité d'Entreprise et d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est obligatoire à partir de 50 salariés) ;
- 200 salariés et plus (l'existence d'une infirmerie est obligatoire à partir de 200 salariés pour les entreprises industrielles).

La classe de plus de 500 salariés n'a pas été distinguée car le nombre d'entreprises concernées était très faible.

Nous définirons les petites entreprises comme étant celles dont l'effectif est inférieur à 50 personnes.

❖ **Le type de contrat** a été segmenté en quatre parties :

- CDI ;
- CDD ;
- intérimaire ;
- autre.

Il a été demandé de préciser l'ancienneté au poste de travail, l'ancienneté dans l'entreprise et l'ancienneté dans le métier, en nombre d'années.

1.4.2 La pathologie à l'origine de l'inaptitude et son lien avec l'exercice professionnel

La deuxième partie concernait la pathologie à l'origine de l'inaptitude, et son lien avec l'exercice professionnel :

❖ **Les pathologies** ont été regroupées par appareil, avec néanmoins des distinctions concernant l'appareil locomoteur :

- rachis;
- troubles musculo-squelettiques ;
- rhumato autre ;
- cardiovasculaire ;
- neurologie ;
- psychopathologie ;
- dermatologie ;
- pneumologie ;
- allergie ;
- cancer.

Une rubrique « Autre pathologie » a été prévue, avec mention en clair de cette ou ces dernière(s).

Un sujet peut présenter plusieurs affections concomitantes.

❖ Concernant le lien entre la pathologie incriminée et l'exercice professionnel, nous avons fait préciser d'une part, si un accident du travail ou une maladie professionnelle avaient été déclarés et d'autre part, l'avis du médecin du

travail concernant le lien entre la pathologie et l'exercice professionnel : « pas du tout », « en partie » et « totalement ». Concernant les accidents du travail ou les maladies professionnelles, il s'agissait des cas déclarés (dossier de demande de reconnaissance envoyé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et pas obligatoirement des cas reconnus par la CPAM.

❖ **Les conditions de travail** ayant favorisé l'inaptitude ont été précisées :

- l'exigence physique du poste ;
- les contraintes psycho-organisationnelles du poste ;
- l'exigence de sécurité du poste ;
- le risque toxique ;
- le risque allergique.

1.4.3 Le statut du salarié le jour de l'inaptitude, le nombre de visites de pré-reprise et les orientations conseillées par le médecin du travail

La troisième partie concernait le statut du salarié le jour de l'inaptitude, le nombre de visites de pré-reprise et les orientations conseillées par le médecin du travail :

❖ Il a été demandé si le salarié était :

- reconnu travailleur handicapé ;
- en invalidité, première ou deuxième catégorie ;
- touchait une rente dans le cadre d'une Incapacité Partielle Permanente (IPP) supérieure à 10% (en cas de reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle).

❖ **Le nombre de visites de pré-reprise** donne une indication sur l'augmentation actuelle de la fréquence de ce type de visite et sur le temps consacré par le médecin du travail à un dossier d'inaptitude.

❖ Nous avons également interrogé les médecins du travail sur les orientations vers les organismes partenaires d'aide au maintien dans l'emploi qu'ils ont conseillées ou sur des avis spécialisés sur lesquels ils se sont appuyés pour prendre leur décision :

- la CDA (Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées), ex COTOREP, notamment dans le cadre de la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- le SAMETH (Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés, ex Cellule de Maintien dans l'Emploi), notamment pour une intervention technique ou financière afin d'aménager le poste ;
 - une assistante sociale ;
 - une consultation spécialisée.

Une rubrique « Autres » a été prévue, avec mention en clair à préciser.

1.4.4 Les conséquences de la procédure d'inaptitude

Dans la quatrième partie, le questionnaire a détaillé l'aboutissement de la procédure d'inaptitude :

- en cas de reclassement au sein de l'entreprise, il fallait préciser si le salarié avait été, soit maintenu à son poste grâce à un aménagement de ce dernier ou grâce à un aménagement d'horaires, soit s'il avait été affecté à un autre poste. Etait mentionné le recours à une formation et/ou à une aide financière à l'emploi ;
- en cas de licenciement, il fallait préciser s'il était la conséquence de l'impossibilité pour l'employeur de reclasser son salarié ou si c'était ce dernier qui avait refusé une proposition de reclassement ;
- enfin un troisième cas pouvait se présenter : celui d'une incertitude sur la possibilité de reclassement.

1.4.5 Les projets du salarié

La cinquième partie concernait les projets du salarié en cas de licenciement :

- être embauché dans une autre entreprise ;
- suivre une formation ;
- créer sa propre entreprise ;
- partir en retraite ;
- s'inscrire à l'ANPE et devenir demandeur d'emploi ;
- demander une mise en invalidité.

Plusieurs projets étaient possibles.

Enfin était mentionné si le salarié avait donné son accord pour être recontacté ultérieurement par le service de santé au travail.

Ce questionnaire a été testé quelques semaines avant le début de l'enquête et a été estimé comme acceptable par les médecins du travail car il était relativement court. De plus le nombre moyen d'inaptitudes a été estimé à moins d'un par mois et par médecin équivalent temps plein.

1.5 Exploitation statistique

Les résultats que nous présentons ici ont été exploités sur le logiciel SPSS version 15.

Les variables quantitatives ont été recodées en nouvelles variables qualitatives ordinales.

Le test du Chi 2 a été utilisé pour les analyses bivariées.

La régression logistique binaire a été utilisée pour les analyses multivariées. La méthode ascendante avec test de Wald a été retenue.

2 - Réalisation pratique

L'enquête s'est donc déroulée en Meurthe-et-Moselle, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 pour la première partie.

Elle a été proposée par les médecins appartenant au groupe de travail sur le « Maintien dans l'emploi » et décidée en commission médico-technique de l'ALSMT.

L'annonce de cette enquête a été réalisée lors de la réunion générale de l'ALSMT en 2006 aux médecins mais également aux secrétaires. Les questionnaires ont été envoyés à l'ensemble des 11 centres de l'ALSMT, accompagnés d'une notice explicative sur la méthodologie de remplissage du questionnaire et des annexes pour aider à coder le niveau de formation et les codes CSP.

Nous sommes allés dans les différents centres de médecine du travail pour sensibiliser les secrétaires à l'enquête afin qu'elles insèrent le questionnaire dans le dossier du médecin lors d'une visite d'inaptitude. Nous avons également recueilli les questions et difficultés rencontrées par les médecins lors du remplissage du questionnaire et avons envoyé un courrier électronique à l'ensemble des médecins afin de compléter notre notice explicative. Cela a également permis de les sensibiliser à nouveau à l'existence de l'enquête. En effet, le hasard des calendriers a fait que trois enquêtes épidémiologiques ont été lancées simultanément en janvier 2007 et que les médecins du travail étaient donc déjà très sollicités, ces enquêtes se faisant en sus du temps de consultation imparti.

Au BTP et à la MSA, un médecin référent de ces services s'est chargé de communiquer les informations et les questionnaires de l'enquête à ses confrères, le nombre de médecins concernés étant beaucoup plus faible (6 au BTP et 2 à la MSA). Nous avons nous même rempli des questionnaires à partir de dossiers de salariés du BTP des médecins nous en ayant autorisé l'accès. En effet, le nombre de questionnaires recueillis aurait sinon été trop faible.

Des conventions ont été signées entre ces deux services et celui de l'ALSMT, afin d'organiser le financement de l'enquête (subventionnée en partie par l'AGEFIPH). Un dossier a été envoyé à la CNIL.

Toutes les réponses ont été centralisées au Centre de Laxou de l'ALSMT par la secrétaire du groupe «Maintien dans l'emploi ».

Les questionnaires ont été vérifiés un par un : les codes CSP manquants (ou erronés) ont été codés à partir du poste de travail noté en clair. Nous avons appelé les secrétaires des centres pour compléter les items « codes NAF » et « taille de l'entreprise » manquants. Nous avons également contacté les médecins pour compléter les autres items absents car seul le médecin du travail en charge du dossier a accès à ses données.

Les questionnaires ont ensuite été saisis sur informatique (logiciel EPIDATA), avec l'aide de deux secrétaires de l'ALSMT. Ils ont fait l'objet d'une double saisie afin de limiter les erreurs, de mai à juillet 2008.

3 - Résultats

3.1 Participation

606 salariés ont été déclarés inaptes en 2007 à l'ALSMT.

420 « Questionnaires 2007 » (59% des cas inaptitudes) ont été reçus au Centre de Laxou dont 341 de l'ALSMT, 67 du BTP et 12 de la MSA.

Au total, 53 médecins du travail ont participé, soit 74%.

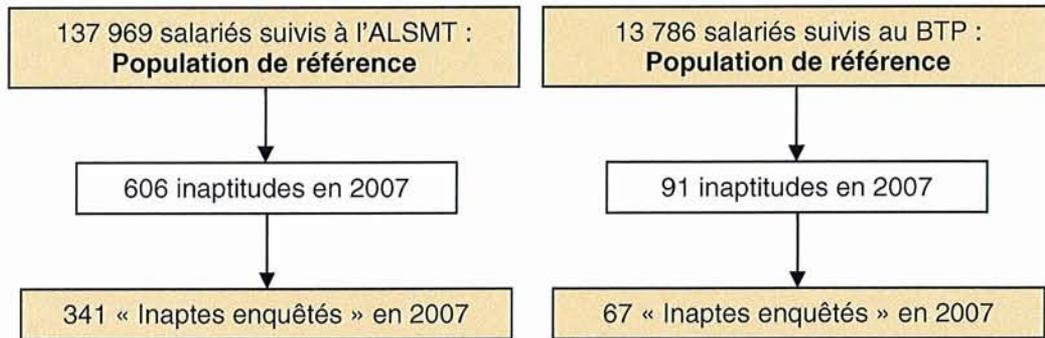
Le nombre de questionnaires envoyés par médecin varie de 1 à 22 avec une moyenne de 8.

Tableau n°1: Participation à l'enquête par service de santé au travail

	ALSMT	BTP	MSA	Total
Nombre de médecins dans le service	63	6	2	71
Nombre de médecins ayant participé	48 (76%)	3 (50%)	2 (100%)	53 (74%)
Nombre d'inaptitude en 2007	606	91	14	711
Nombre de questionnaires reçus	341 (56%)	67 (74%)	12 (86%)	420 (59%)

Nous n'avons pas reçu à temps l'autorisation de la CNIL pour fusionner les fichiers des trois services, ils ont donc été analysés séparément. Les salariés déclarés inaptes à la MSA étant au nombre de 12, cet échantillon est trop faible pour analyser le profil des salariés inaptes. Ces données ne sont donc pas présentées ici.

Le schéma suivant reprend le nombre de réponses aux questionnaires obtenues au cours de l'enquête :



(Les encadrés en couleurs concernent les résultats qui apparaissent dans les tableaux suivants.)

Schéma n°4: Recueil des questionnaires

Afin de faciliter la lecture des nombreux chiffres des tableaux, les conventions ci-après ont été choisies :

- les chiffres en police normale représentent les effectifs ;
- les chiffres en italique représentent les pourcentages.

Concernant la significativité des tests :

- ns pour les tests non significatifs ;
- * pour un $p < 0,05$;
- ** pour un $p < 0,01$;
- *** pour un $p < 0,001$.

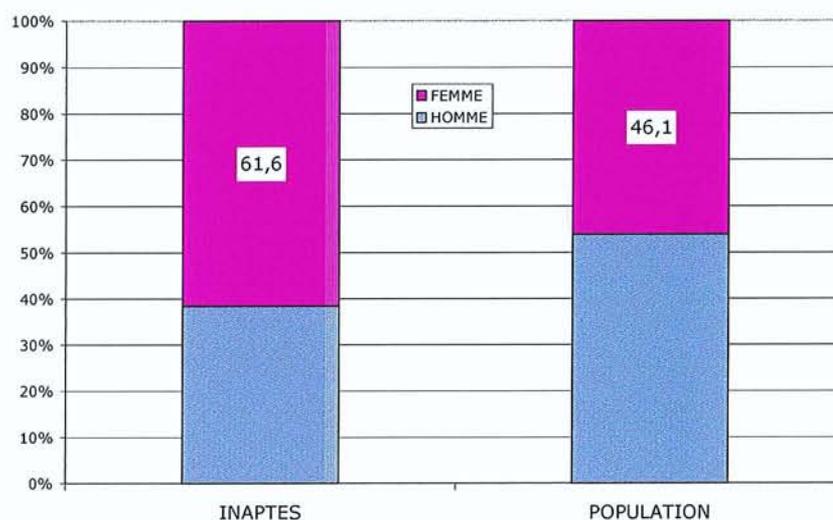
3.2 Description des résultats de l'ALSMT

3.2.1 Comparaison avec la population d'origine sur les données socioprofessionnelles

Nous comparons les caractéristiques des salariés inaptes enquêtés, notés « TOTAL INAPTES » dans nos tableaux, à celles de la population suivie par le service de santé au travail en 2007.

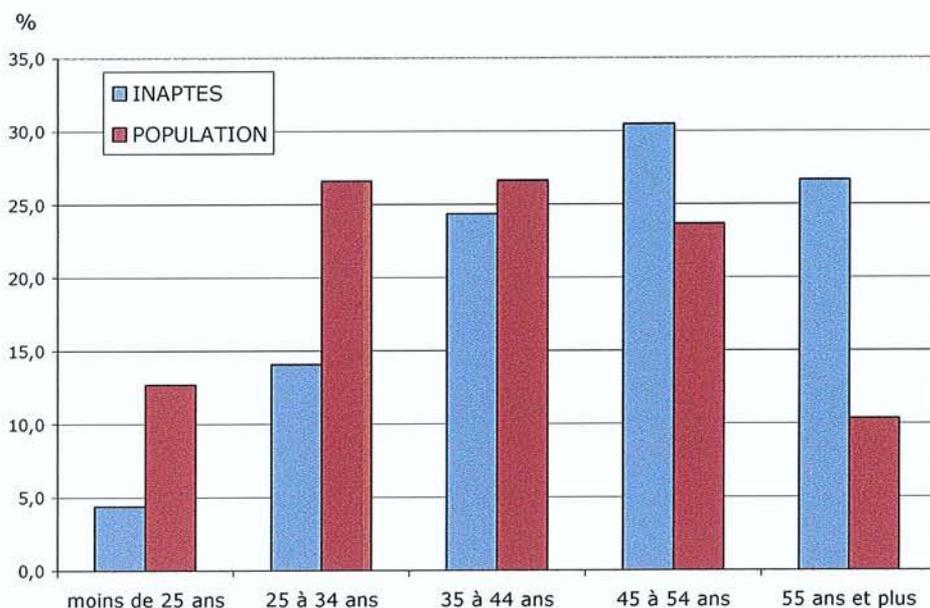
3.2.1.1 Données socioprofessionnelles

Elles sont rassemblées dans le tableau n°2 (p75).



Graphique n°1 : Répartition hommes/femmes

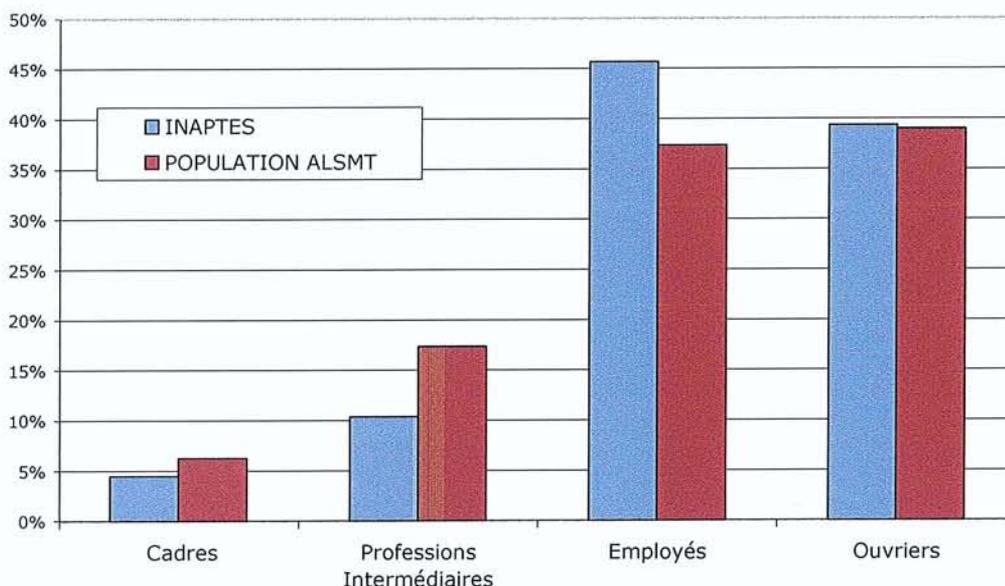
L'échantillon de l'étude comporte 131 hommes (soit 38,4%) et 210 femmes (soit 61,6%). Les femmes sont donc surreprésentées car leur effectif n'est que de 46% dans la population suivie par l'ALSMT ($p < 0,001$).



Graphique n°2 : Répartition par classes d'âge

L'âge moyen est de 45,4 ans +/- 10,7 ans. La moyenne étant trop réductrice pour décrire la distribution d'âge de notre échantillon, nous lui préférons une répartition par classes (tableau 2) : 30,5% (104) ont entre 45 et 54 ans et 26,7% (91) ont plus de 55 ans. Au total, près de 60% des salariés déclarés inaptes ont plus de 45 ans. Le nombre d'inaptitudes augmente donc avec l'âge, quelque soit le sexe.

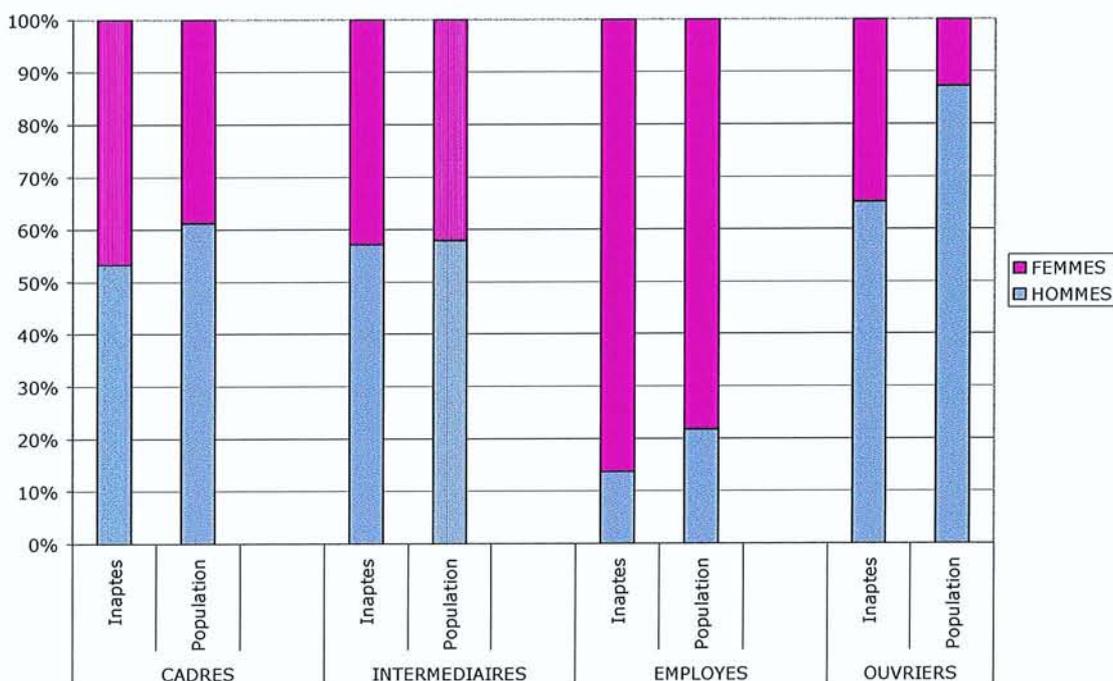
La répartition par classe d'âge diffère peu entre les hommes et les femmes.



Graphique n°3 : Répartition selon la catégorie socio-professionnelle

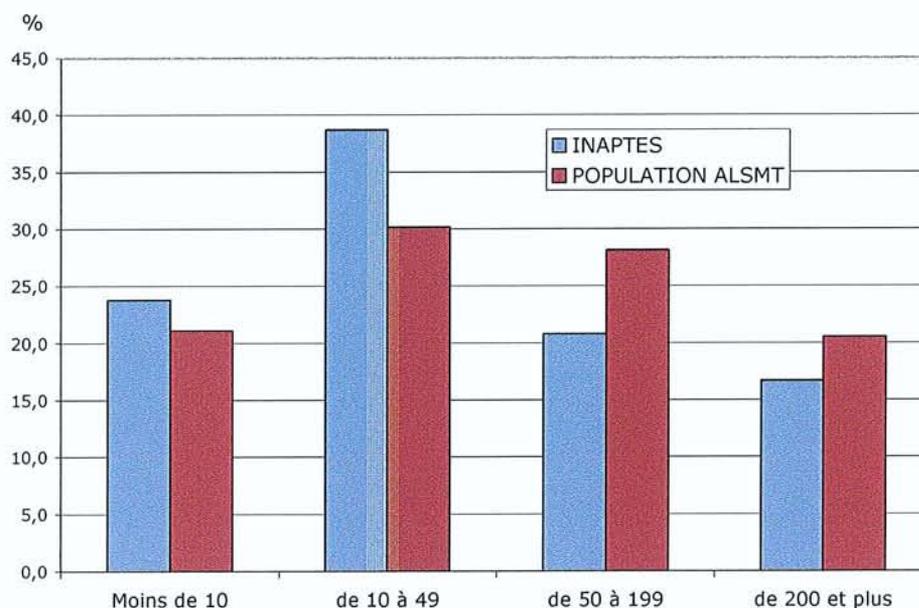
La répartition selon la catégorie professionnelle met en évidence une forte proportion d'employés dans notre échantillon : 45,7% pour 39,4% d'ouvriers, 10,4% de professions intermédiaires et 4,5% de cadres.

Les employés sont surreprésentés dans notre échantillon. En examinant les professions concernées dans la classe « Employés », nous constatons qu'il s'agit d'employés de commerce (vendeur, caissier, employé de libre-service) et de personnels des services directs aux particuliers (femme de ménage, aide à domicile). Ces professions regroupent 99 des salariés inaptes soit 30%.



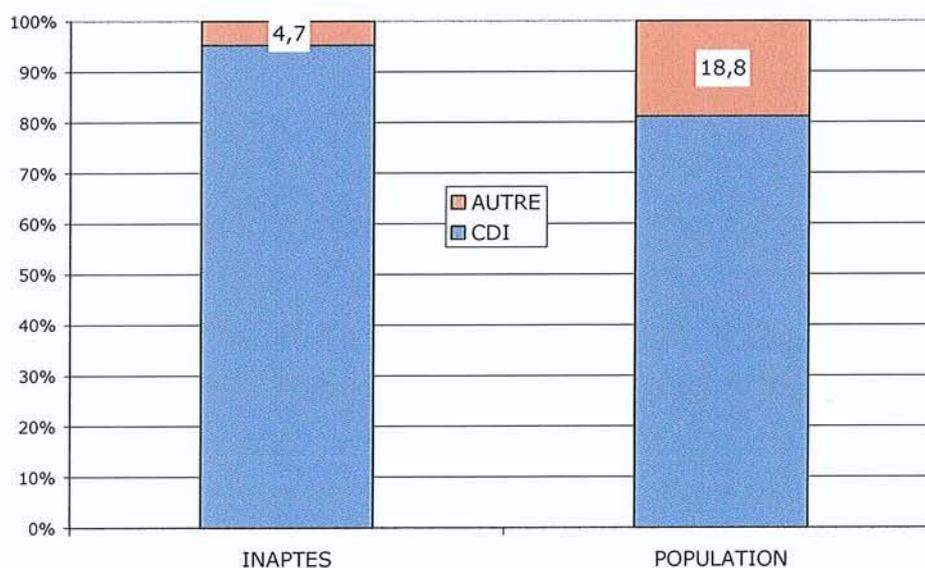
Graphique n°4 : Répartition hommes/femmes selon la catégorie socio-professionnelle

Les femmes sont plus représentées que les hommes chez les inaptes par rapport à la population de référence quelque soit la catégorie socio-professionnelle, et en particulier parmi les ouvriers.



Graphique n°5 : Répartition selon la taille de l'établissement

La répartition observée des effectifs des entreprises permet de noter une représentation importante des petites entreprises de moins de 50 salariés : 62,5% (210) des salariés inaptes proviennent de ces entreprises contre 16,7% (56) d'entreprises de plus de 200 salariés. Elles sont surreprésentées dans notre échantillon d'inaptes (62,5% contre 51,3% pour la population de référence, $p < 0,001$).



Graphique n°6 : Répartition selon le type de contrat

La répartition selon le type de contrat montre une très forte prépondérance du CDI (325 salariés soit 95,9%) par rapport aux contrats plus précaires que sont le CDD et l'intérim. Dans notre échantillon, aucune femme n'exerce en intérim, contre 3,1% (4) des hommes.

Tableau n°2: Répartition des données socioprofessionnelles selon le sexe

ALSMT	H	%	F	%	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Nombre de salariés	131	38,4	210	61,6	341		137 969	
Age au moment de l'inaptitude***								
Moins de 25 ans	8	6,1	7	3,3	15	4,4	17 550	12,7
De 25 à 34 ans	21	16	27	12,9	48	14,1	36 724	26,6
De 35 à 44 ans	28	21,4	55	26,2	83	24,3	36 765	26,6
De 45 à 54 ans	40	30,5	64	30,5	104	30,5	32 663	23,7
Plus de 55 ans	34	26	57	27,1	91	26,7	14 266	10,3
Catégorie socioprofessionnelle***								
Ouvrier	86	66,7	46	22,3	132	39,4	10 506	39,5
Employé	21	16,3	132	64,1	153	45,7	10 077	37,8
Profession intermédiaire	15	11,6	20	9,7	35	10,4	4 681	17,6
Cadre	7	5,4	8	3,9	15	4,5	1 369	5,1
Taille de d'entreprise***								
< 10	26	20,2	54	26,1	80	23,8	29 136	21,1
10 à 49	53	41,1	77	37,2	130	38,7	41 645	30,2
50 à 199	30	23,3	40	19,3	70	20,8	38 824	28,1
> 200	20	15,5	36	17,4	56	16,7	28 364	20,6
Type de contrat***								
CDI	124	94,7	201	96,6	325	95,9	111 966	81,2
CDD	2	1,5	3	1,4	5	1,5	10 791	7,8
Intérim	4	3,1	0	0	4	1,2	10 464	7,6
Autre	1	0,8	4	1,9	5	1,5	4 748	3,4

H : hommes ; F : femmes

*** : p<0,001

CSP : Population de référence : manquants = 26 633 salariés

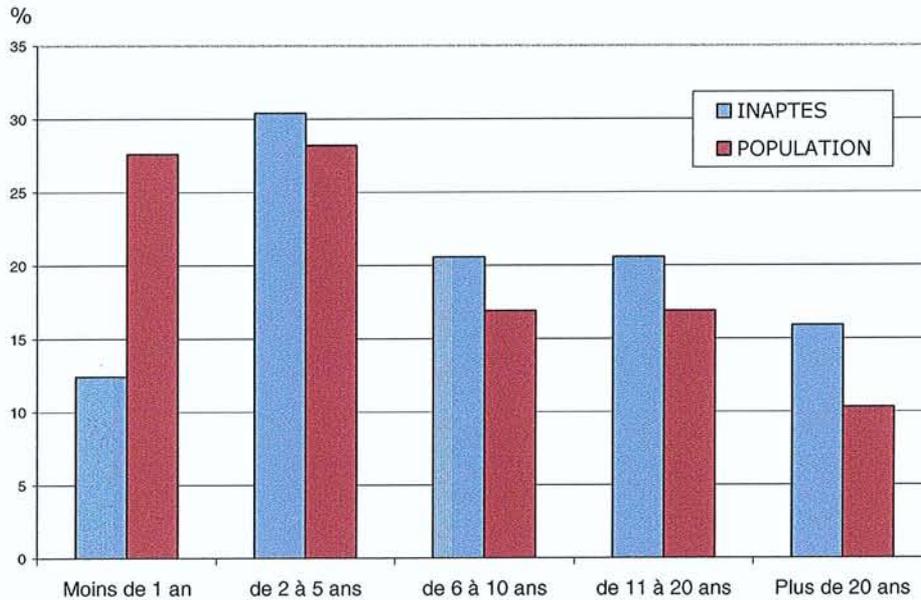
CSP : Total inaptes : manquants = 6 ;

Taille entreprise : Total inaptes : manquants = 5

Type de contrats: Total inaptes : manquants = 2

Type de contrats: Autres = apprenti, contrat emploi, initiative emploi, qualification, retour à l'emploi, saisonnier, stagiaire...

3.2.1.2 Ancienneté



Graphique n°7 : Répartition selon l'ancienneté dans l'entreprise

La question concernant l'ancienneté a été mal comprise, au vu du nombre de questionnaires où l'ancienneté au poste notée était supérieure à celle dans l'entreprise ou dans le métier.

L'ancienneté dans l'entreprise étant la plus fiable, elle a donc été retenue dans les analyses : 12,4% (42) des salariés ont moins d'un an d'ancienneté et la grande majorité (215 soit 63,4%) a moins de 10 années d'ancienneté, comme le représente le tableau n°3 ; 20,6% ont entre 11 et 20 ans d'ancienneté et 15,9% plus de 20 ans.

Les femmes sont moins représentées parmi les salariés qui ont plus de 20 ans d'ancienneté (13,9% contre 19,1% des hommes) et le sont plus parmi ceux qui appartiennent à l'entreprise depuis moins de 5 ans : 45,2% contre 39% pour les hommes.

Dans notre échantillon, les salariés inaptes ont plus d'ancienneté dans l'entreprise que la population suivie à l'ALSMT ($p < 0,001$).

Tableau n°3: Répartition de l'ancienneté selon le sexe

ALSMT	H	%	F	%	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Ancienneté au poste***								
1 an et moins	18	13,7	30	14,4	48	14,2	inconnue	
2 à 5 ans	38	29	70	33,7	108	31,9		
6 à 10 ans	32	24,4	45	21,6	77	22,7		
11 à 20 ans	23	17,6	42	20,2	65	19,2		
Plus de 20 ans	20	15,3	21	10,1	41	12,1		
Ancienneté dans l'entreprise***								
1 an et moins	17	13	25	12	42	12,4	38 137	27,6
2 à 5 ans	34	26	69	33,2	103	30,4	38 927	28,2
6 à 10 ans	30	22,9	40	19,2	70	20,6	23 346	16,9
11 à 20 ans	25	19,1	45	21,6	70	20,6	100 410	72,7
Plus de 20 ans	25	19,1	29	13,9	54	15,9	23 384	16,9
Ancienneté dans le métier***								
1 an et moins	7	5,9	9	4,9	16	5,3	inconnue	
2 à 5 ans	21	17,6	45	24,5	66	21,8		
6 à 10 ans	27	22,7	42	22,8	69	22,8		
11 à 20 ans	24	20,2	45	24,5	69	22,8		
Plus de 20 ans	40	33,6	43	23,4	83	27,4		

H : hommes ; F : femmes

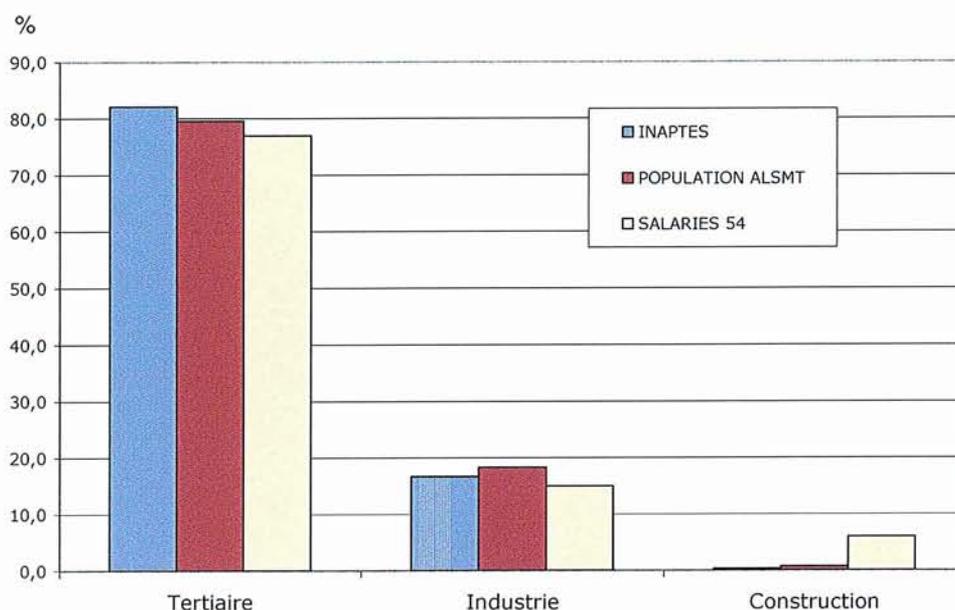
*** : p<0,001

Ancienneté au poste : Total inaptes : manquants = 2

Ancienneté dans l'entreprise : Total inaptes : manquants = 2

Ancienneté au métier : Total inaptes : manquants = 38

3.2.1.3 Les secteurs d'activité



Graphique n°8 : Répartition selon les secteurs d'activité (NES 4)

Nous comparons ici le groupe des salariés inaptes étudiés avec la population suivie par l'ALSMT et la population salariée de Meurthe-et-Moselle. En effet, cela permet de voir la représentativité de la population suivie par l'ALSMT, par rapport à la population salariée en Meurthe-et-Moselle.

Le secteur tertiaire emploie 77% des salariés en Meurthe-et-Moselle, l'industrie 15% et le secteur de la construction 6% (source INSEE 2007).

Parmi les salariés inaptes, le secteur le plus représenté est le secteur tertiaire, puis le secteur industriel. Le secteur de la construction n'est pas représenté. Cela s'explique par le recrutement du service de l'ALSMT : les salariés du BTP en sont exclus (en dehors des intérimaires), ces derniers étant suivis par l'ASMSTBTP.

La répartition selon ces trois grands secteurs de notre échantillon de salariés inaptes à l'ALSMT est équivalente à celle de la population suivie.

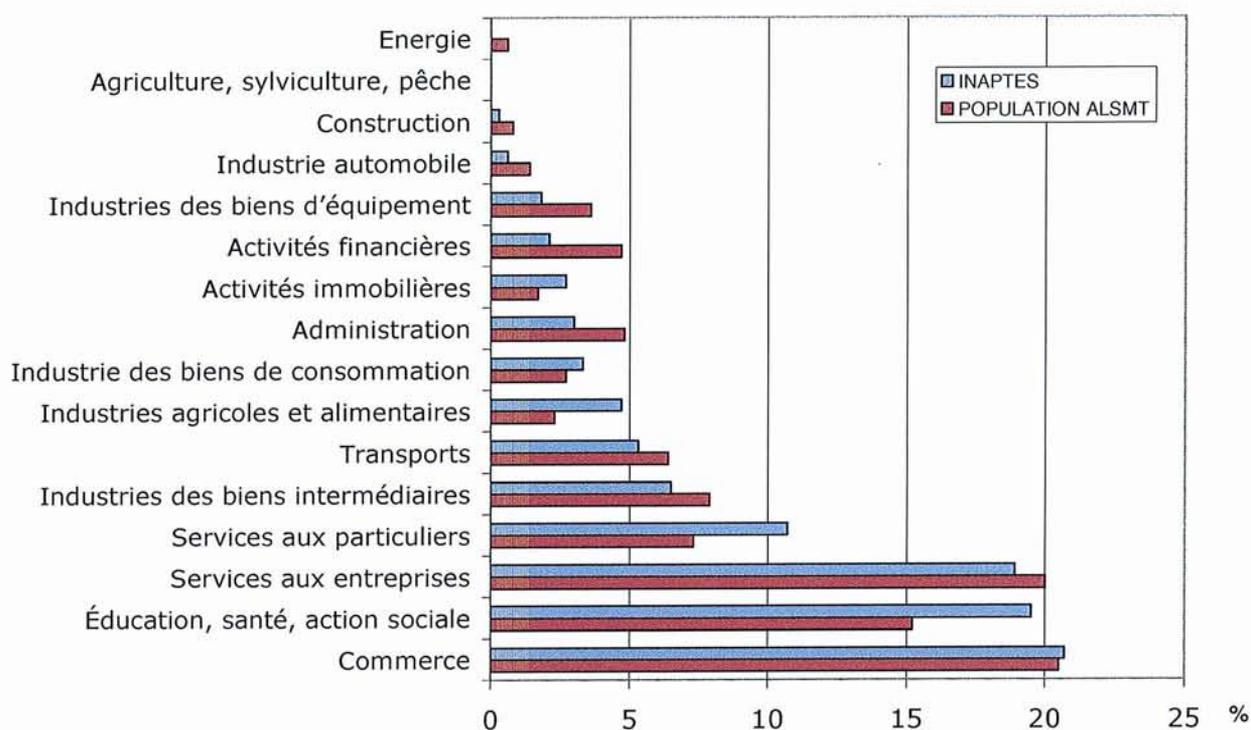
Tableau n°4: Répartition des secteurs d'activité (NES 4) selon le sexe

ALSMT	H	%	F	%	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Agriculture	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	0,0
Industrie	30	22,9	27	13,0	57	16,9	25 210	18,3
Construction	1	0,8	0	0,0	1	0,3	1 033	0,7
Tertiaire	100	76,3	180	87,0	280	82,8	109 877	79,6

H : hommes ; F : femmes

Total inaptes : manquants =3

Population de référence : manquants =1815



Graphique n°9 : Répartition selon les secteurs d'activité (NES 16)

Si nous détaillons les secteurs d'activité (tableau n°5), les femmes sont surreprésentées parmi les inaptes par rapport à la population de référence dans les secteurs :

- de l'éducation, la santé, et l'action sociale ($p < 0,01$) ;
- des industries agricoles et alimentaires ($p < 0,01$) ;
- des services aux particuliers (ns).

Les hommes sont surreprésentés dans les secteurs du commerce et des services aux particuliers (ns).

Tableau n°5: Répartition des secteurs d'activité (NES 16) selon le sexe

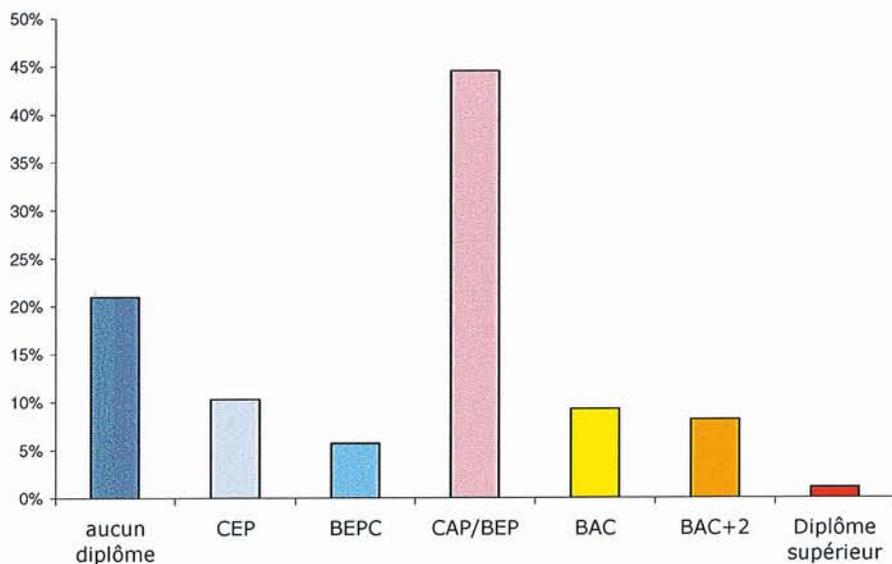
ALSMT	H	%	F	%	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Agriculture, sylviculture, pêche	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	0,0
Industries agricoles et alimentaires	5	3,8	11	5,3	16	4,7	3109	2,3
Industrie des biens de consommation	3	2,3	8	3,9	11	3,3	3717	2,7
Industrie automobile	1	0,8	1	0,5	2	0,6	1839	1,4
Industries des biens d'équipement	4	3,1	2	1,0	6	1,8	4966	3,6
Industries des biens intermédiaires	17	13,0	5	2,4	22	6,5	10762	7,9
Energie	0	0	0	0	0	0,0	817	0,6
Construction	1	0,8	0	0	1	0,3	1033	0,8
Commerce	29	22,1	41	19,8	70	20,7	27891	20,5
Transports	13	9,9	5	2,4	18	5,3	8761	6,4
Activités financières	2	1,5	5	2,4	7	2,1	6375	4,7
Activités immobilières	4	3,1	5	2,4	9	2,7	2348	1,7
Services aux entreprises	30	22,9	34	16,4	64	18,9	27290	20,0
Services aux particuliers	12	9,2	24	11,6	36	10,7	9969	7,3
Éducation, santé, action sociale	6	4,6	60	29,0	66	19,5	20678	15,2
Administration	4	3,1	6	2,9	10	3,0	6565	4,8

H : hommes ; F : femmes

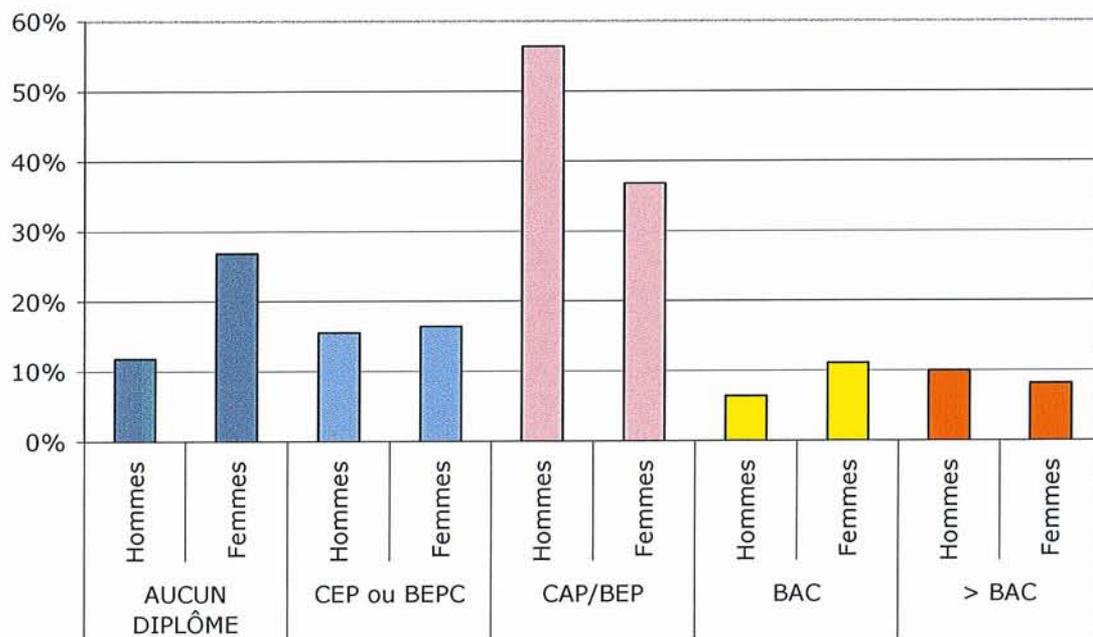
Total inaptes : manquants=3

Population de référence : manquants =1815

3.2.1.4 La formation



Graphique n°10 : Répartition selon la formation initiale



Graphique n°11 : Répartition hommes/femmes selon la formation initiale

Il est intéressant d'étudier la répartition selon le niveau de formation : 21% (59) des salariés n'ont aucune qualification et 81,5% (229) ont un niveau équivalent au CAP/BEP ou moins, comme nous pouvons le constater dans le tableau n°6.

Il existe également une différence significative entre les hommes et les femmes ($p < 0,01$): 11,8% (13) des hommes ne possèdent aucun diplôme contre 26,9% (46) des femmes ; 56,4% (62) des hommes ont un CAP ou un BEP contre 36,8% (63) des femmes.

Le niveau moyen de formation de notre échantillon est donc faible, tendance d'autant plus marquée pour les femmes.

Sur les 341 salariés inaptes enquêtés en 2007, 47,5% (162) n'ont suivi aucune formation au cours de leur vie professionnelle, 22,6% (77) une ou deux et 8,8% (28) plus de deux.

Malheureusement, cette information manque dans 74 questionnaires (20%). Ces derniers ont probablement été remplis en dehors de la présence du salarié, qui lui seul peut répondre.

Tableau n°6: Répartition selon le niveau d'étude et le nombre de formations suivies au long de la vie professionnelle

ALSMT	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL INAPTES	%
Niveau d'étude						
Aucun diplôme	13	11,8	46	26,9	59	21
CEP	9	8,2	20	11,7	29	10,3
BEPC	8	7,3	8	4,7	16	5,7
CAP/BEP	62	56,4	63	36,8	125	44,5
Baccalauréat	7	6,4	19	11,1	26	9,3
BAC +2	10	9,1	13	7,6	23	8,2
Diplôme supérieur	1	0,9	2	1,2	3	1,1
Nombre de formations suivies au long de la vie professionnelle						
Aucune	59	56,7	103	63,2	162	60,7
1 ou 2	31	29,8	46	28,2	77	28,8
3 à 5	7	6,7	6	3,7	13	4,9
> 5	7	6,7	8	4,9	15	5,6

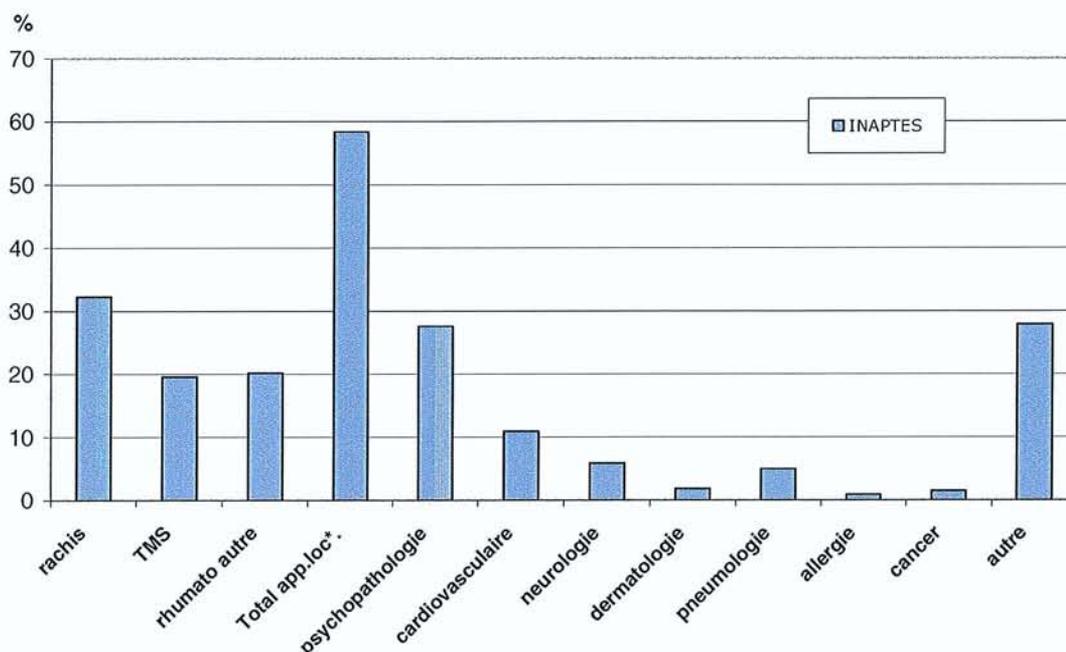
Niveau d'étude : manquants=60

Nombre de formations suivies : manquants=74

3.2.2 La pathologie à l'origine de l'inaptitude et son lien avec l'exercice professionnel

3.2.2.1 Pathologie

Le tableau 7 présente les différentes pathologies à l'origine de l'inaptitude.



Graphique n°12 : Répartition selon la pathologie

Nous retrouvons une forte prévalence des atteintes du rachis (32,3%), des troubles psychopathologiques (27,6%), des TMS (19,6%) et des atteintes rhumatologiques (hors rachis, 20,2%). Les cardiopathies représentent également une part non négligeable des pathologies : 10,9%.

Si nous faisons la somme des salariés souffrant d'au moins une des trois atteintes de l'appareil locomoteur (rachis et/ou TMS et/ou rhumato autre), ils représentent plus de la moitié (199 soit 58,4%,) des salariés touchés par l'inaptitude. Les femmes sont encore plus frappées par ces pathologies: pratiquement deux tiers d'entre elles (131 soit 62,4%) contre la moitié (68 soit 51,9%) des hommes.

Parmi les pathologies « Autres » (27,9%), nous retrouvons essentiellement : fractures, diabète, fibromyalgie, exogénose, vertiges, hépatite B et C, cécité, surdité, atteintes digestives, troubles du sommeil...

64% (218) des salariés souffrent d'une seule pathologie et 36% (123) de deux ou plus, avec un maximum de cinq pathologies concomitantes.

Tableau n°7: Répartition des pathologies à l'origine de l'inaptitude selon le sexe

ALSMT	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL INAPTES	%
rachis	45	34,4	65	31,0	110	32,3
TMS	17	13,0	50	23,8	67	19,6
rhumato autre	19	14,5	50	23,8	69	20,2
Total app.loc*	68	51,9	131	62,4	199	58,4
cardiovasculaire	16	12,2	21	10,0	37	10,9
neurologie	14	10,7	6	2,9	20	5,9
psychopathologie	30	22,9	64	30,5	94	27,6
dermatologie	2	1,5	4	1,9	6	1,8
pneumologie	10	7,6	7	3,3	17	5,0
allergie	2	1,5	1	0,5	3	0,9
cancer	2	1,5	3	1,4	5	1,5
autre	42	32,1	53	25,2	95	27,9

*Total app.loc. correspond au nombre de salariés touchés par au moins une des trois atteintes : rachis, TMS, rhumato autre.

3.2.2.2 Origine professionnelle

Concernant l'origine professionnelle d'une pathologie, nous ne pouvons conclure que sur les cas des salariés ne présentant qu'une seule pathologie. En effet, lorsque plusieurs pathologies ont été répertoriées par le médecin, nous ne pouvons déterminer laquelle de celles-ci a été déclarée en accident du travail ou en une maladie professionnelle.

Parmi les salariés présentant une seule pathologie (218 soit 64%), un tiers des pathologies à l'origine de l'inaptitude a fait l'objet d'une déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Parmi les salariés présentant une seule pathologie, 31,1% (64) ne sont pas liées à l'exercice professionnel, 40,8% (84) partiellement et 28,2% (58) totalement. Les médecins du travail ont donc estimé dans plus de deux tiers des cas (69%), que ces pathologies étaient liées à l'exercice professionnel.

Il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes.

Tableau n°8: Origine professionnelle de la pathologie selon le sexe

ALSMT	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL INAPTES	%
Nombre de cas où 1 seule pathologie					218	63,9
Lien avec un AT/MP déclaré (ns)						
Pas du tout	58	69,0	80	66,7	138	67,6
En partie	3	3,6	12	10,0	15	7,4
Totalement	23	27,4	28	23,3	51	25,0
Lien avec l'exercice professionnel (ns)						
Pas du tout	24	29,6	40	32,0	64	31,1
En partie	34	42,0	50	40,0	84	40,8
Totalement	23	28,4	35	28,0	58	28,2

Lien AT/MP : manquants=14

Lien exercice professionnel : manquants=12

3.2.2.3 Conditions de travail

Il est possible qu'en cas d'atteinte grave de la santé, le salarié ne puisse plus exercer à son poste alors même que ce dernier présente peu de contraintes. Malheureusement, l'item « aucune contrainte » concernant la question des conditions de travail n'existait pas. L'absence de réponse à cette question peut donc soit signifier qu'aucune contrainte particulière n'a favorisé l'inaptitude, soit que le médecin du travail a oublié de répondre à cette question.

Le tableau 9 montre le poids des différentes contraintes dans la décision d'inaptitude : la pénibilité physique est la contrainte la plus importante : elle touche 68,3% (233) des salariés. Viennent ensuite les contraintes psycho-organisationnelles, concernant 37,2% (127) des salariés. Enfin 12% (41) des salariés sont soumis à des exigences de sécurité. Les autres contraintes (risque toxique et risque allergique) sont négligeables.

Les hommes et les femmes sont également exposés aux exigences physiques. Les femmes sont plus soumises aux contraintes psycho-organisationnelles que les hommes (39,5% contre 33,6%, ns) et beaucoup moins aux exigences de sécurité (4,8% contre 23,7%).

Tableau n°9: Conditions de travail ayant favorisé l'inaptitude selon le sexe

ALSMT	HOMMES	%	FEMMES	%	TOTAL INAPTES	%
Exigence physique	88	67,2	145	69	233	68,3
Contraintes psycho-organisationnelles	44	33,6	83	39,5	127	37,2
Exigence de sécurité	31	23,7	10	4,8	41	12,0
Risque toxique	3	2,3	0	0,0	3	0,9
Risque allergique	3	2,3	2	1,0	5	1,5

manquants=15

Il est intéressant d'observer le nombre de salariés cumulant plusieurs contraintes professionnelles dans le tableau 10 (sachant qu'une absence de réponse apparaît dans nos résultats comme « aucune contrainte ») : 21,9% (75) en cumulent au moins deux.

Tableau n°10: Cumul des contraintes par les salariés

ALSMT	TOTAL INAPTES	%
Aucune contrainte	15	4,4
Une seule contrainte	251	73,6
Deux contraintes	67	19,6
Trois contraintes	8	2,3

3.2.3 Le statut du salarié le jour de l'inaptitude, le nombre de visites de pré-reprise et la mobilisation de partenariats par le médecin du travail

Parmi les 51 réponses « autres orientations », nous n'avons tenu compte que des trois réponses les plus fréquentes : ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi), IRR (Institut Régional de Réadaptation) et Handi 54, qui représentent 75% de ces réponses. Elles sont malheureusement sous-estimées car certains médecins ont pu cocher l'item « consultation spécialisée » lorsqu'ils ont fait appel à un médecin de l'IRR, ou n'ont pas signalé l'orientation vers l'ANPE, estimant qu'elle ne faisait pas partie de la liste des réponses possibles.

Près de la moitié des salariés déclarés inaptes sont reconnus travailleur handicapé ou ont un dossier en cours auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (47,5%) ; 25,5% ont pris contact avec la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA, ex COTOREP), 10,9% avec le Service d'Aide au

Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapé (SAMETH), 4% avec Handi 54 et 25,5% avec une assistante sociale.

Ces résultats attestent des efforts réalisés par les médecins du travail pour mobiliser les acteurs du maintien dans l'emploi et accompagner le salarié dans ses démarches. D'ailleurs, 42,2% des cas d'inaptitudes ont nécessité plusieurs visites de pré-reprise.

Un cinquième a fait appel à des avis médicaux spécialisés (dont l'IRR).

Parmi les salariés déclarés inaptes, 20,5% bénéficient d'une invalidité de 2^{ème} catégorie le jour de leur inaptitude.

La fréquence de l'invalidité 2^{ème} catégorie varie significativement en fonction de la classe d'âge ($p < 0,001$) : c'est le cas de 8,3% des inaptes âgés entre 25 et 44 ans et de 30,1% des plus de 45 ans. Les moins de 25 ans ne sont pas représentés. Parmi les salariés en invalidité 2^{ème} catégorie, 47,1% ont entre 45 et 54 ans et 37,1% ont plus de 55 ans.

Ils sont moins nombreux à bénéficier de plusieurs visites de pré-reprise : 30% contre 42% en moyenne. En effet, même si ce salarié a toujours la possibilité de travailler, le reclassement dans l'entreprise est rarement envisagé.

Parmi les salariés déclarés inaptes, 3,2% bénéficient d'une invalidité de 1^{ère} catégorie.

La fréquence de l'invalidité 1^{ère} catégorie varie significativement en fonction de la classe d'âge ($p < 0,001$) : elle concerne 7,2% des 35-44 ans et 4,8% des 45-55 ans et ne touche pas les âges extrêmes.

Ils sont plus nombreux à bénéficier de plusieurs visites de pré-reprise, destinées à préparer le retour dans l'entreprise : 70%.

Tableau n°11: Statut du salarié le jour de l'inaptitude, nombre de visites de pré-reprise et mobilisation de partenariats

ALSMT	TOTAL INAPTES	%
RQTH	89	27,8
RQTH en cours	63	19,7
Total RQTH	152	47,5
Invalidité 1 ^{ère} catégorie	11	3,2
Invalidité 2 ^{ème} catégorie	70	20,5
IPP >10% (rente)	7	2,3
Nombre de visites de pré-reprise		
0	92	27,7
1	100	30,1
2 à 6	140	42,2
Contact CDA conseillé	43	12,6
Contact CDA pris	87	25,5
Total	130	38,1
Contact SAMETH conseillé	17	5,0
Contact SAMETH pris	37	10,9
Total	54	15,8
Contact AS conseillé	31	9,1
Contact AS pris	50	14,7
Total	81	23,8
Consultation spécialisée conseillée	26	7,6
Consultation spécialisée prise	51	15,0
Total	77	22,6
Autre orientation	51	15,0
Dont IRR	15	4,4
Dont ANPE	9	2,6
Dont Handi 54	14	4,1

RQTH= Reconnus en Qualité de Travailleur Handicapé

IPP= Incapacité permanente Partielle

CDA= Commission des Droits et de l'Autonomie

SAMETH= Service d'Aide au Maintien des Travailleurs Handicapé

AS= Assistante Sociale

IRR= Institut Régional de Réadaptation

ANPE= Agence Nationale Pour l'Emploi

RQTH : manquants=21

3.2.4 Les conséquences de la procédure d'inaptitude

88,8% des inaptitudes aboutissent à un licenciement : dans 83,6% des cas, l'employeur n'a pas trouvé de solution d'aménagement de poste ou de reclassement du salarié. Dans 11,8% des cas, c'est le salarié qui a refusé une proposition de reclassement. Ces refus sont principalement la conséquence d'une situation conflictuelle.

Le nombre élevé de licenciements s'explique en partie par le fait que les tentatives d'aménagement de poste ou de reclassement sont souvent antérieures à la décision d'inaptitude et que cette dernière est enclenchée lorsque les possibilités formelles et informelles d'aménagement sont épuisées.

Parmi les 9 reclassements prévus : 7 affectations à un autre poste dont 1 grâce à une formation, 1 aménagement de poste et 1 aménagement d'horaire.

Parmi les 29 reclassements incertains : 3 aménagements de poste dont 1 avec formation, 3 aménagements d'horaires, 17 reclassements à un autre poste dont 3 grâce à une formation et 1 avec aide financière.

Tableau n°12: Les conséquences de la procédure d'inaptitude

ALSMT	TOTAL INAPTES	%
Licenciement	301	88,8
Impossibilité employeur	241	83,6
Refus salarié	34	11,8
Les 2	13	4,5
Reclassement prévu dans l'entreprise	9	2,7
Avec aménagement de poste	1	11,1
Avec aménagement d'horaire	1	11,1
Avec affectation à autre poste	7	77,8
Avec formation	1	11,1
Avec aide financière à l'emploi	0	0,0
Reclassement incertain	29	8,6
Avec aménagement de poste	3	10,3
Avec aménagement d'horaire	3	10,3
Avec affectation à autre poste	17	58,6
Avec formation	5	17,2
Avec aide financière à l'emploi	2	6,9

Conséquences : manquants =2 ;

Licenciement : manquants =13

3.2.5 Les projets du salarié

Plusieurs projets sont possibles.

Plus du tiers (36%) des salariés déclarés inaptes en 2007 n'avait aucun projet professionnel : la suite prévue était l'invalidité ou la retraite.

Parmi les autres : 22,2% souhaitaient trouver un emploi dans une autre entreprise et 2,4% créer leur propre entreprise.

Tableau n°13: Projets

ALSMT	TOTAL INAPTES	%
Embauche dans une autre entreprise	75	22,2
Formation	72	21,3
Création d'entreprise	8	2,4
Retraite	37	10,9
Demandeur d'emploi	116	34,3
Invalidité	85	25,1

manquants =3

3.2.6 Caractéristiques du salarié reconnu travailleur handicapé

Nous souhaitons savoir, grâce à cette étude, quels salariés faisaient une demande de RQTH et si le fait d'être reconnu travailleur handicapé facilitait le maintien dans l'entreprise.

Nous prendrons en compte dans nos données les salariés déjà reconnus TH lors de la visite d'inaptitude et ceux dont le dossier était en cours.

Les hommes font plus l'objet d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé que les femmes : 53,8% contre 43,8% (ns).

Les âges extrêmes bénéficient peu d'une demande de RQTH, mais 57,3% des salariés inaptes âgés de 25 à 55 ans sont reconnus TH ou ont un dossier en cours ($p < 0,001$).

Il existe un gradient significatif ($p < 0,05$) entre les catégories socio-professionnelles : 21,4% des cadres sont RQTH, contre 53,3% des ouvriers.

Nous pouvons remarquer que la demande d'une RQTH est influencée par la pathologie à l'origine de l'inaptitude :

- parmi les salariés inaptés du seul fait d'une atteinte de l'appareil locomoteur, 64,9% ($p < 0,001$) ont fait l'objet d'une RQTH. Leur part augmente à 71,8% si nous retirons les salariés âgés de plus de 55 ans.

- parmi les salariés inaptés du seul fait de troubles psychopathologiques, seuls 11,7% ($p < 0,001$) ont fait l'objet d'une RQTH. Leur part augmente à 13% si nous retirons les salariés âgés de plus de 55 ans.

- enfin, parmi les salariés inaptés du seul fait de troubles cardiovasculaires, 83,3% (ns) ont fait l'objet d'une RQTH. Leur part atteint 100% ($p < 0,05$) si nous retirons les salariés âgés de plus de 55 ans.

Nous retrouvons plus de TH dans les entreprises de 50 à 199 salariés (ns).

Le niveau de formation initiale n'influence pas la demande de RQTH.

Concernant le nombre de visites de pré-reprise, si nous considérons cette fois uniquement les salariés déjà reconnus TH : 17% n'ont bénéficié d'aucune visite de pré-reprise contre 27,9% des non RQTH ($p < 0,001$). La prise en charge antérieure par des spécialistes du maintien dans l'emploi a donc favorisé le recours à cette visite facultative.

61,4% ont bénéficié de plus de deux visites de pré-reprise contre 43% des non RQTH. Cela souligne le temps nécessaire à accorder à l'action multidisciplinaire pour le maintien dans l'emploi.

Concernant le maintien dans l'emploi, 44,4% (4) des salariés devant être reclassés dans l'entreprise étaient RQTH, contre 53,6% (15) des salariés dont le reclassement était incertain et 47% (133) des salariés dont le licenciement était prévu (ns).

Le statut de TH n'a pas, dans notre échantillon, influencé le recours à un aménagement de poste ou un aménagement d'horaire. Par contre, 60,9% (14) des salariés devant être affectés à un autre poste avaient le statut de TH (ns). Dans ce cas, 100% ($p < 0,01$) des salariés devant bénéficier d'une formation (8) et 100% (ns) de ceux devant bénéficier d'une aide financière (2) en vue d'un reclassement avaient également ce statut.

Nous pouvons remarquer que les salariés ayant demandé la RQTH ont des projets différents des autres :

- ils ont d'avantage de projets de formation ($p < 0,001$) : 33,7% contre 11,4% des non RQTH (la demande de RQTH est souvent faite pour obtenir des financements de formation) ;
- ils envisagent moins de partir en retraite ($p < 0,01$) : 5,4 contre 15,6% des non RQTH ;
- un seul (0,8%) a un projet de création d'entreprise, contre 4,2% des non RQTH (ns).

Tableau n°14: Caractéristiques du salarié reconnu travailleur handicapé

ALSMT	RQTH ou dossier en cours	TOTAL INAPTES	%
Sexe (ns)			
Homme	64	119	53,8
Femme	88	201	43,8
Total	152	320	47,5
Classe d'âge***			
Moins de 25 ans	5	14	35,7
De 25 à 34 ans	28	48	58,3
De 35 à 44 ans	45	80	56,3
De 45 à 54 ans	56	97	57,7
Plus de 55 ans	18	81	22,2
CSP*			
Cadres	3	14	21,4
Professions Intermédiaires	10	32	31,3
Employés	71	147	48,3
Ouvriers	65	122	53,3
Pathologie			
Appareil locomoteur seul***	63	97	64,9
Psychopathologie seule***	7	60	11,7
Cardiovasculaire seule (ns)	5	6	83,3
Taille de l'entreprise (ns)			
< 10	30	74	40,5
10 à 49	55	122	45,1
50 à 199	40	67	59,7
> 200	24	52	46,2

3.3 Analyses multivariées des résultats de l'ALSMT

3.3.1 Pathologies

3.3.1.1 Les atteintes de l'appareil locomoteur

Comme nous venons de le voir, plus de la moitié des salariés inaptes est victime de pathologies de l'appareil locomoteur regroupant les TMS, les atteintes du rachis et les autres pathologies rhumatologiques (comme l'arthrose). Ce phénomène concerne plus particulièrement les femmes (62,3%, contre 51,9% des hommes).

Cette pathologie à elle seule est à l'origine de l'inaptitude de 100 salariés. Pour ces derniers, le médecin du travail a estimé qu'elle était liée à l'exercice professionnel dans 80,2% des cas (73/91 salariés, $p < 0,001$). Un accident du travail ou une maladie professionnelle a été déclaré dans la moitié des cas (52,6%, 50/95 salariés, $p < 0,001$).

Tableau n°15: Atteintes de l'appareil locomoteur

ALSMT	Nombre de salariés atteints	TOTAL INAPTES	%
Sexe			
Homme	68	131	51,9
Femme	131	210	62,4
Total	199	341	58,4
CSP			
Cadres	5	15	33,3
Professions Intermédiaires	14	35	40,0
Employés	88	153	57,5
Ouvriers	90	132	68,2
Classe d'âge			
Moins de 25 ans	6	15	40,0
De 25 à 34 ans	22	46	45,8
De 35 à 44 ans	50	82	60,2
De 45 à 54 ans	65	102	62,5
Plus de 55 ans	56	90	61,5

CSP : manquants=6

Classe d'âge : manquants=6

Nous avons réalisé (tableau n°16) une analyse multivariée en introduisant, pour expliquer la pathologie locomotrice, l'âge, le sexe et la CSP, selon la méthode ascendante pas à pas (test de Wald).

La répartition de la pathologie selon l'âge ne montre pas de gradient significatif dans notre échantillon d'inaptes.

Les femmes ont plus de risque de présenter une inaptitude pour un problème locomoteur que les hommes (OR= 2,3).

Toute chose étant égale par ailleurs, en supprimant l'effet sexe, il persiste un gradient significatif entre les CSP. Les ouvriers étant la référence, les odds ratio vis-à-vis du risque de présenter une inaptitude pour un problème locomoteur sont de 5 pour un ouvrier par rapport à un cadre ($p < 0,01$), de 4 par rapport à un salarié de profession intermédiaire ($p < 0,001$) et de 2 par rapport à un employé ($p < 0,01$).

Il faut prendre en considération le fait que certaines professions qui comportent une importante manutention, comme par exemple aide à domicile, femme de ménage ou aide-soignante, sont classées par l'INSEE dans la catégorie « employés ».

L'âge n'influence pas le risque de présenter une inaptitude pour un problème locomoteur, seule la catégorie socioprofessionnelle et le sexe interviennent.

Tableau n°16: Régression logistique/atteintes de l'appareil locomoteur

ALSMT	p<	OR	Inférieur	Supérieur
Sexe Femme (réf Homme)	0,01	2,29	1,32	3,98
Ouvrier (référence)	0,001	1		
Cadre	0,01	0,19	0,06	0,61
Profession intermédiaire	0,001	0,25	0,11	0,55
Employés	0,01	0,40	0,22	0,72

Intervalle de confiance 95%

3.3.1.2 Les troubles psychopathologiques

27,6% (94) des salariés inaptes sont concernés par cette pathologie, 30,5% des femmes et 22,9% des hommes.

Cette pathologie à elle seule est à l'origine de l'inaptitude de 63 salariés. Pour ces derniers, le médecin du travail a estimé qu'elle était liée à l'exercice professionnel dans 87,1% des cas (54/62 salariés, $p < 0,001$). Un accident du travail ou une maladie professionnelle a été déclaré dans 12,5% des cas (7/56 salariés, $p < 0,001$).

Il n'existe pas de lien significatif entre cette pathologie et l'ancienneté dans l'entreprise.

Tableau n°17: Troubles psychopathologiques

ALSMT	Nombre de salariés atteints	TOTAL INAPTES	%
Sexe			
Homme	30	131	22,9
Femme	64	210	30,5
Total	94	341	27,6
CSP			
Cadres	9	15	60,0
Professions Intermédiaires	15	35	42,9
Employés	50	153	32,7
Ouvriers	18	132	13,6
Classe d'âge			
Moins de 25 ans	5	15	33,3
De 25 à 34 ans	16	46	34,8
De 35 à 44 ans	23	82	28,0
De 45 à 54 ans	28	102	27,5
Plus de 55 ans	22	90	24,4

CSP : manquants =6

classe d'âge : manquants =6

De la même façon que pour les pathologies locomotrices, nous avons réalisé une analyse multivariée introduisant l'âge, le sexe et la CSP, selon la méthode ascendante pas à pas de Wald (tableau n°18).

La répartition de la pathologie selon l'âge ne montre pas de gradient significatif dans notre échantillon d'inaptes.

Les femmes n'ont pas plus de risque de présenter une inaptitude pour un problème psychopathologique que les hommes.

Toute chose étant égale par ailleurs, il existe un gradient significatif entre les CSP. Les ouvriers étant la référence, les odds ratio vis-à-vis du risque de présenter une inaptitude pour un problème psychopathologique sont de 9,5 pour un cadre ($p < 0,001$), de 4,8 pour un salarié de profession intermédiaire ($p < 0,001$) et de 3,1 pour un employé ($p < 0,001$).

Dans notre modèle, ni l'âge, ni le sexe n'influencent le risque de présenter une inaptitude pour un problème psychopathologique, seule la catégorie socioprofessionnelle influence de façon très significative ce risque.

Tableau n°18: Régression logistique/troubles psychopathologiques

ALSMT	p<	OR	Inférieur	Supérieur
Ouvrier (référence)	0,001	1		
Cadre	0,001	9,50	3,02	29,89
Profession intermédiaire	0,001	4,75	2,06	10,93
Employés	0,001	3,07	1,69	5,61

Intervalle de confiance 95%

3.4 Description des résultats du BTP

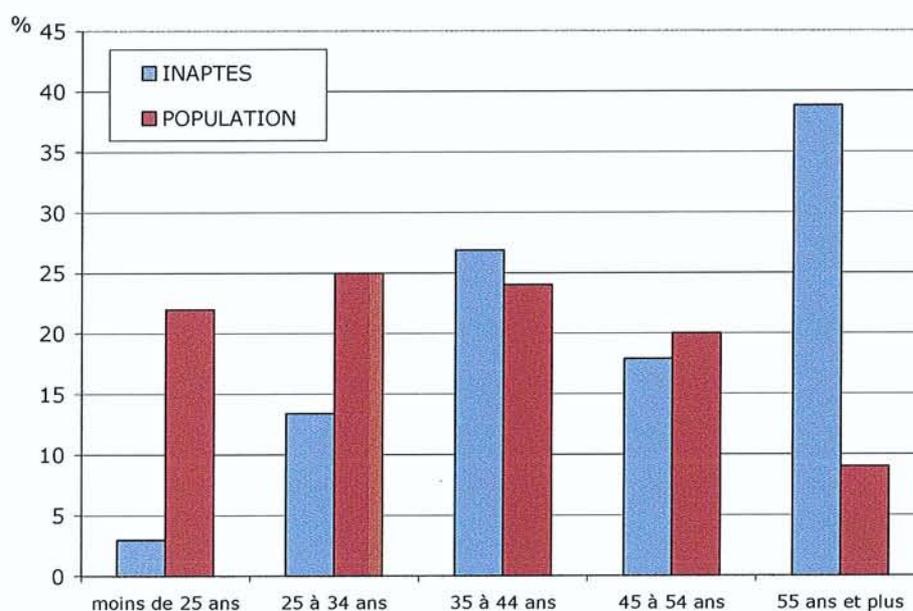
Nous avons recueilli 67 questionnaires sur les 91 inaptitudes réalisées en 2007. Malheureusement, il manque parfois plus de la moitié des réponses à certaines questions. De plus, il s'agit d'un échantillon de petite taille, qui a moins de puissance statistique que le précédent. Les commentaires seront donc plus concis.

3.4.1 Comparaison avec la population d'origine sur les données socioprofessionnelles

3.4.1.1 Données socioprofessionnelles

Une seule femme est représentée dans cet échantillon, elle est d'ailleurs également la seule employé : il s'agit d'une secrétaire, victime d'un accident de trajet. Dans son cas, le médecin a estimé qu'aucune contrainte particulière n'avait favorisé l'inaptitude.

Parmi la population suivie par le service du BTP, 10% sont des femmes, mais nous ne connaissons malheureusement pas leur catégorie socio-professionnelle.



Graphique n°13 : Répartition selon la classe d'âge

L'âge moyen est de 47,4 ans +/- 11,1 ans. La moitié des salariés inaptes du BTP ont plus de 50 ans. La classe d'âge des plus de 55 ans est quatre fois plus représentée parmi les inaptes que dans la population de référence. Dans la classe

des 35-44 ans, les inaptes sont également surreprésentés par rapport à la population de référence ($p < 0,001$).

Les ouvriers représentent la quasi-totalité de cet échantillon. Parmi eux, les ouvriers qualifiés sont les plus nombreux : 68,7% (46), dont 41,3% (19) de maçons ; les ouvriers non qualifiés (appartenant au gros œuvre du bâtiment) forment 19,4% (13) de notre échantillon. Nous ne connaissons malheureusement pas la répartition par catégorie socio-professionnelle des salariés suivis par le service du BTP.

Les petites entreprises de moins de 50 salariés emploient 88% des salariés inaptes, contre 74,6% de l'ensemble des salariés. Il n'y a pas de salarié inapte parmi les entreprises de plus de 200 salariés.

La répartition selon le type de contrat montre une très forte prépondérance du CDI par rapport au contrat à durée déterminée (CDD : 3 salariés soit 4,5%), qui, dans la population de référence, représente 18% des contrats.

Les intérimaires ne sont pas suivis par le service de santé au travail du BTP, mais par l'ALSMT.

Tableau n°19: Répartition des données socioprofessionnelles

BTP	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Nombre de salariés***	67		13 786	
Hommes	66	98,5	12 371	89,7
Femmes	1	1,5	1 415	10,3
Age au moment de l'inaptitude***				
Moins de 25 ans	2	3,0	3 033	22,0
De 25 à 34 ans	9	13,4	3 446	25,0
De 35 à 44 ans	18	26,9	3 309	24,0
De 45 à 54 ans	12	17,9	2 757	20,0
Plus de 55 ans	26	38,8	1 241	9,0
Catégorie socioprofessionnelle				
Ouvrier	66	98,5	inconnue	
Employé	1	1,5		
Profession intermédiaire	0	0,0		
Cadre	0	0,0		
Taille de d'entreprise***				
< 10	24	35,8	4 582	33,2
10 à 49	35	52,2	5 713	41,4
50 à 199	8	11,9	2 512	18,2
> 200	0	0,0	979	7,1
Type de contrat***				
CDI	63	94,0	11 305	82,0
CDD	4	6,0	2481	18,0
Intérim	01	0,0	0	0,0

*** : p<0,001

3.4.1.2 Ancienneté

N'ayant pas d'élément de comparaison, nous ne pouvons que constater que 70,2% des salariés inaptes ont moins de dix années d'ancienneté dans l'entreprise. Par contre, 72% ont plus de dix ans d'ancienneté dans le métier, et 41% plus de 20 ans.

Tableau n°20: Répartition de l'ancienneté

BTP	TOTAL INAPTES	%	Population de référence	%
Ancienneté au poste				
1 an et moins	11	16,4	inconnue	
2 à 5 ans	17	25,4		
6 à 10 ans	19	28,4		
11 à 20 ans	17	25,4		
Plus de 20 ans	3	4,5		
Ancienneté dans l'entreprise				
1 an et moins	11	16,4	inconnue	
2 à 5 ans	16	23,9		
6 à 10 ans	19	28,4		
11 à 20 ans	17	25,4		
Plus de 20 ans	4	6,0		
Ancienneté dans le métier				
1 an et moins	5	9,8	inconnue	
2 à 5 ans	4	7,8		
6 à 10 ans	5	9,8		
11 à 20 ans	16	31,4		
Plus de 20 ans	21	41,2		

Ancienneté dans le métier : manquants =16 ;

3.4.1.3 Les secteurs d'activité

Les activités les plus représentées dans le secteur de la construction (NES 700) sont :

- la construction de maisons individuelles (7 salariés soit 10,4%) ;
- la construction de bâtiments divers (8 salariés soit 11,9%) ;
- les travaux de maçonnerie générale (12 salariés soit 17,9%).

3.4.1.4 La formation

Pratiquement 30% des salariés inaptes n'ont aucun diplôme et 60% ont un niveau CAP/BEP. Seuls 5,5% ont un niveau BAC ou plus.

Il n'est pas possible d'interpréter les résultats du nombre de formations suivies au cours de la vie professionnelle avec 67% de réponses manquantes.

Tableau n°21: Répartition selon le niveau d'étude et le nombre de formations suivies au long de la vie professionnelle

BTP	TOTAL INAPTES	%
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	16	29,1
CEP	0	0,0
BEPC	3	5,5
CAP/BEP	33	60,0
Baccalauréat	1	1,8
BAC +2	2	3,6
Diplôme supérieur	0	0,0
Nombre de formations suivies au long de la vie professionnelle		
Aucune	15	68,2
1 ou 2	6	27,3
3 à 5	1	4,5
> 5	0	0,0

Niveau d'étude : manquants=12

Nombre de formations suivies : manquants=45

3.4.2 La pathologie à l'origine de l'inaptitude et son lien avec l'exercice professionnel

3.4.2.1 Pathologie

Nous retrouvons une forte prévalence des TMS (36,4%) et des atteintes du rachis (34,8%).

Les pathologies neurologiques, rhumatologiques (hors rachis) et les cardiopathies représentent également une part non négligeable des pathologies : respectivement 12,1%, 10,6% et 10,6%.

Si nous faisons la somme des salariés souffrant d'au moins une des trois pathologies de l'appareil locomoteur (rachis et/ou TMS et/ou rhumato autre), ils représentent plus de 60% des salariés touchés par l'inaptitude.

Parmi les pathologies « Autres » (24,2%), nous retrouvons essentiellement : fractures, plaies de la main, traumatismes, amputations, exogénose, troubles visuels...

74,2% (49) des salariés souffrent d'une seule pathologie et 25,8% (18) de deux ou plus, avec un maximum de quatre pathologies concomitantes.

Tableau n°22: Répartition des pathologies à l'origine de l'inaptitude

BTP	TOTAL INAPTES	%
rachis	23	34,8
TMS	24	36,4
rhumato autre	7	10,6
Total app.loc*	41	62,1
cardiovasculaire	7	10,6
neurologie	8	12,1
psychopathologie	2	3,0
dermatologie	1	1,5
pneumologie	0	0,0
allergie	1	1,5
cancer	1	1,5
autre	16	24,2

*Total app.loc. correspond au nombre de salariés touchés par au moins une des trois atteintes : rachis, TMS, rhumato autre.

3.4.2.2 Origine professionnelle

Parmi les salariés présentant une seule pathologie (49 soit 73,1%), plus de la moitié des pathologies à l'origine de l'inaptitude a fait l'objet d'une déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (55,1%).

Parmi les salariés présentant une seule pathologie, 34,7% (17) de ces pathologies ne sont pas liées à l'exercice professionnel, 10,2% (5) partiellement et 55,1% (27) totalement. Les médecins du travail ont donc estimé que plus de deux tiers (65,3%) des pathologies étaient liées à l'exercice professionnel.

Tableau n°23: Origine professionnelle de la pathologie

BTP	TOTAL INAPTES	%
Nombre de cas où 1 seule pathologie	49	73,1
Lien avec un AT/MP déclaré		
Pas du tout	22	44,9
En partie	1	2,0
Totalement	26	53,1
Lien avec l'exercice professionnel		
Pas du tout	17	34,7
En partie	5	10,2
Totalement	27	55,1

3.4.2.3 Conditions de travail

La pénibilité physique est la contrainte omniprésente : elle touche 92,3% (60) des salariés. Viennent ensuite les exigences de sécurité, concernant 20% (13) des salariés. Enfin 9,2% (6) des salariés sont soumis à des contraintes psycho-organisationnelles. Les autres contraintes (risque toxique et risque allergique) sont négligeables.

Tableau n°24: Conditions de travail ayant favorisé l'inaptitude

BTP	TOTAL INAPTES	%
Exigence physique	60	92,3
Contraintes psycho organisationnelles	6	9,2
Exigence de sécurité	13	20,0
Risque toxique	0	0,9
Risque allergique	1	1,5

manquants =2

3.4.3 Le statut du salarié le jour de l'inaptitude, le nombre de visites de pré-reprise et la mobilisation de partenariats par le médecin du travail

Un quart des salariés déclarés inaptés est reconnu travailleur handicapé (RQTH) ou a un dossier en cours auprès de la MDPH, 4,5% ont pris contact avec le SAMETH et 6% avec Handi 54.

Seuls 7,5% des salariés ont bénéficié d'une consultation spécialisée (dont l'IRR).

Près de 30% des cas ont nécessité plusieurs visites de pré-reprise.

Parmi les salariés déclarés inaptés, 4,5% bénéficient d'une invalidité de 1^{ère} catégorie et 15% d'une invalidité de 2^{ème} catégorie.

Tableau n°25: Statut du salarié le jour de l'inaptitude, nombre de visites de pré-reprise et mobilisation de partenariats

BTP	TOTAL INAPTES	%
RQTH	11	18,3
RQTH en cours	5	8,3
Total RQTH	16	26,6
Invalidité 1 ^{ère} catégorie	3	4,5
Invalidité 2 ^{ème} catégorie	10	14,9
IPP >10% (rente)	4	6,2
Nombre de visites de pré-reprise		
0	16	23,9
1	31	46,3
2 à 6	20	29,8
Contact CDA conseillé	4	6,0
Contact CDA pris	13	19,4
Total	17	25,4
Contact SAMETH conseillé	5	7,5
Contact SAMETH pris	3	4,5
Total	8	11,9
Contact AS conseillé	1	7,5
Contact AS pris	4	4,5
Total	5	11,9
Consultation spécialisée conseillée	0	0,0
Consultation spécialisée prise	1	1,5
Total	1	1,5
Autre orientation	8	12,0
Dont IRR	4	6,0
Dont ANPE	0	0
Dont Handi 54	4	6,0

RQTH= Reconnus en Qualité de Travailleur Handicapé

IPP= Incapacité permanente Partielle

CDA= Commission des Droits et de l'Autonomie

SAMETH= Service d'Aide au Maintien des Travailleurs Handicapé

AS= Assistante Sociale

IRR= Institut Régional de Réadaptation

ANPE= Agence Nationale Pour l'Emploi

RQTH : manquants=7

IPP : manquants=2

3.4.4 Les conséquences de la procédure d'inaptitude

94% des inaptitudes aboutissent à un licenciement.

Le seul reclassement prévu concerne un aide-maçon, qui a présenté une allergie au ciment, reconnue en maladie professionnelle. Il a été reclassé dans l'entreprise comme plaquiste, sans formation particulière.

Parmi les 3 reclassements incertains : 1 aménagement de poste et 2 reclassements dont 1 avec formation sont prévus.

Tableau n°26: Les conséquences de la procédure d'inaptitude

BTP	TOTAL INAPTES	%
Licenciement	63	94,0
Impossibilité employeur	62	100
Refus salarié	0	0,0
Les 2	0	0,0
Reclassement prévu dans l'entreprise	1	1,5
Avec aménagement de poste	0	0,0
Avec aménagement d'horaire	0	0,0
Avec affectation à autre poste	1	100
Avec formation	0	0,0
Avec aide financière à l'emploi	0	0,0
Reclassement incertain	3	4,5
Avec aménagement de poste	1	33,3
Avec aménagement d'horaire	0	0,0
Avec affectation à autre poste	2	66,7
Avec formation	1	33,3
Avec aide financière à l'emploi	0	0,0

Licenciement : manquant=1

3.4.5 Les projets du salarié

La réponse à cette question fait défaut dans 29 questionnaires (43%).

Près de la moitié (47,4%) des salariés déclarés inaptes en 2007 n'avait aucun projet professionnel : la suite prévue était l'invalidité ou la retraite.

Pour les autres : 26,3% souhaitaient trouver un emploi dans une autre entreprise et 5,3% créer leur propre entreprise.

Tableau n°27: Projets

BTP	TOTAL INAPTES	%
Embauche dans une autre entreprise	10	26,3
Formation	7	18,4
Création d'entreprise	2	5,3
Retraite	8	21,1
Demandeur d'emploi	9	23,7
Invalidité	10	26,3

manquants= 29

4 - Interview d'employeurs

De nombreux autres acteurs peuvent intervenir dans la démarche du maintien dans l'emploi, d'aménagement de poste ou de reclassement mais la procédure d'inaptitude se joue entre trois acteurs : le salarié, l'employeur et le médecin du travail, comme le souligne le schéma suivant :

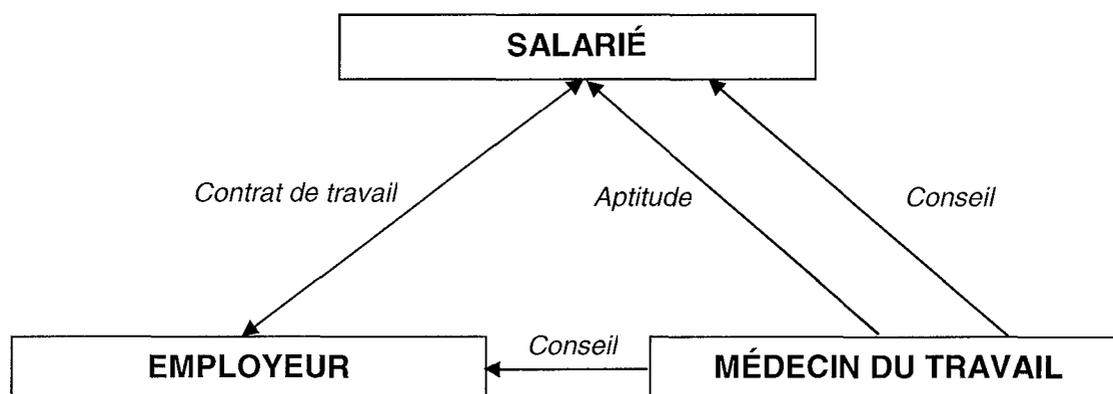


Schéma n°5: Les trois acteurs de l'inaptitude

Il nous a donc paru important de recueillir le point de vue des employeurs, de comprendre leur vision de l'inaptitude et les contraintes auxquelles ils sont soumis.

Pour cela, nous avons interrogé un chef d'entreprise de 13 salariés et deux directrices des ressources humaines (DRH) de 200 et 850 salariés.

La première entreprise fait de l'usinage de matières plastiques, le chef d'entreprise s'occupe également des ressources humaines et n'a pas d'obligation en matière d'emploi de travailleurs handicapés puisqu'il emploie moins de 20 salariés. Il n'a jamais fait face à un accident du travail grave, ni à une déclaration de maladie professionnelle.

La deuxième est une usine agroalimentaire, appartenant à un grand groupe international et employant 3000 salariés en France.

La troisième est une société exploitant un réseau autoroutier.

Nous avons choisi trois entreprises différentes par leur taille et leur secteur d'activité. Elles ont néanmoins en commun d'employer un grand nombre d'ouvriers et d'avoir majoritairement des postes avec des exigences physiques et de sécurité.

4.1 Les contraintes des employeurs

Nous avons interrogé les employeurs sur leurs contraintes devant une inaptitude définitive à un poste.

Ils sont tous confrontés aux mêmes problèmes :

- le coût financier en cas d'aménagement de poste ;
- en cas de reclassement, trouver un autre poste sans contrainte physique du niveau de compétence de l'ouvrier. En effet, pour les trois entreprises, il existe peu de postes sédentaires ouvriers. Il faut également s'attacher à ne pas diminuer le niveau de rémunération : or, il arrive que le poste compatible avec les restrictions médicales soit de qualification inférieure (les autres postes de qualifications supérieures étant inaccessibles à la formation).

De plus, pour les deux grandes entreprises qui ont la possibilité de proposer un poste sur un autre site du groupe, les DRH doivent affronter l'absence culturelle de mobilité des ouvriers : « ils ne s'imaginent pas ailleurs, ils ont peur d'aller sur un autre site (peur de l'inconnu et de rencontrer des difficultés d'intégration) ; même à 20 ou 30 kilomètres, cela pose un problème ». Il y a aussi le problème d'un poste libéré à l'instant t qui ne correspond pas toujours à la date de retour du salarié après un arrêt maladie. D'où l'importance des visites de pré-reprise, afin de préparer le retour dans l'entreprise.

- enfin, les deux directrices des ressources humaines sont gênées par le manque de connaissance du problème médical. Même si elles reconnaissent la nécessité de respecter le secret médical, elles manquent d'information sur l'évolution potentielle de la pathologie. Elles doivent en effet le prendre en compte dans l'aménagement ou le reclassement, surtout s'il nécessite un investissement financier ou une formation. Par exemple, dans l'entreprise d'usinage des matières plastiques : un homme de 56 ans présentait un « problème d'épaule » ; le chef d'entreprise a participé à une réunion avec le médecin du travail et un représentant de l'Agefiph (qui intervient dans l'étude ergonomique du poste et le financement du projet). La solution s'est avérée être l'achat d'une machine à commande numérique. Malheureusement, la maladie a évolué et le salarié a été licencié pour inaptitude au bout d'un an.

Mais pour les DRH, il existe toujours une solution si le salarié est motivé et demandeur, car dans les grands groupes, le recrutement est continu.

4.2 Façon de procéder

Nous leur avons ensuite demandé comment ils procédaient face à une inaptitude : rencontrent-ils systématiquement le médecin du travail ? Prennent-ils en compte son avis ? Rencontrent-ils les membres du CHSCT ou les délégués du personnel ? Y a-t-il concertation ?

Dans l'usine de 13 salariés, dès qu'un salarié présente un problème de santé, le chef d'entreprise organise une réunion avec le médecin du travail. Il attend ainsi de ce dernier une veille sanitaire et un signalement précoce des problèmes. Il n'y a pas de délégué du personnel dans son entreprise, qui est trop petite.

Dans l'usine de 200 salariés, la DRH essaie aussi d'anticiper, d'avoir un échange avec le médecin du travail sur les salariés « à risque », dans le respect du secret médical. Les deux tiers des inaptitudes sont liées à une mise en invalidité de deuxième catégorie. La DRH respecte malgré tout la procédure et l'obligation de recherche de reclassement. Il n'y a pratiquement pas de perte de salaire (seulement 10%) car le complément est pris en charge par l'assurance de l'entreprise (intérêt des grands groupes). Ces inaptitudes concernent souvent des salariés âgés de 45 à 55 ans, déjà en longue maladie depuis trois ans (cancer, alcool, dépression). Elle insiste sur l'intérêt que les médecins du salarié et le médecin conseil travaillent ensemble sur la possibilité d'aller vers une invalidité, afin de sécuriser son avenir financier. En effet, il est déjà arrivé que le salarié demande l'invalidité après le licenciement pour inaptitude et perde cet avantage. Elle précise que les salariés sont paradoxalement « perdants » en cas d'inaptitude dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle car il n'existe pas, dans ce cas, de possibilité de reconnaissance d'invalidité.

Pour les autres cas d'inaptitude, l'idéal est de ne pas avoir à enclencher la procédure d'inaptitude et de trouver une solution de reclassement avant la visite de reprise.

Elle travaille avec les délégués du personnel et le CHSCT dans tous les cas de reclassement ou d'aménagement de poste. Ils sont intégrés à la recherche de solutions : tout le monde doit être porteur du même message face au salarié.

Dans l'entreprise de 850 salariés, la DRH a au minimum un contact téléphonique avec le médecin du travail. Le plus souvent, elle organise une réunion entre le salarié, le supérieur hiérarchique, l'animateur prévention, le médecin du travail et un membre de l'AHMSITHE (Association Haut-Marnaise au Service de l'Insertion des Travailleurs Handicapés en Entreprise).

Elle déplore le trop grand nombre d'acteurs qu'il faut solliciter pour organiser un reclassement : la médecine du travail, la MDPH pour la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), l'Agefiph,... « Chacun a son domaine de compétence avec une totale autonomie dans sa décision ; et souvent, ils se renvoient la balle et il n'y a pas de coordination entre les départements administratifs ». C'est donc compliqué et chronophage, alors qu'elle dispose déjà de peu de temps. Elle subit également, en parallèle, la pression de la direction pour qui seuls les résultats financiers comptent. Elle souhaite un service unique par département, une seule entité avec une vision globale de la problématique, qui centraliserait toutes les informations, ainsi qu'une personne chargée de transmettre l'information et les décisions et qui serait son unique interlocuteur.

De plus, particularité de l'entreprise, elle travaille avec 15 départements donc 15 fois plus d'interlocuteurs, d'importance différente selon le département. En effet, selon la particularité géographique, les différents interlocuteurs sont plus ou moins actifs. En Haute-Marne, elle travaille en bonne relation avec l'ergonome de l'AHMSITHE.

Elle gère la partie juridique et s'appuie sur ses deux préventeurs qui s'occupent de l'étude de reclassement ; si besoin, une étude ergonomique est réalisée par l'ergonome de l'AHMSITHE.

Quant aux délégués du personnel et au CHSCT, ils sont mis au courant et intégrés plus tard dans la démarche mais uniquement dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, comme l'exige la loi.

Pour les deux dernières entreprises, afin de faciliter l'insertion du salarié à son nouveau poste de travail, les DRH doivent s'attacher à ne pas faire « subir » le reclassement au chef d'équipe. Elles ne peuvent pas travailler sans lui ni contre lui. Il doit en effet intégrer le salarié dans l'équipe avec ses restrictions médicales alors qu'il a des objectifs de chiffres. Il faut le convaincre que le reclassement n'est pas une catastrophe, ni pour lui ni pour l'entreprise ; « ça les bouscule, ils n'aiment pas ça ».

4.3 Connaissance de la réglementation

Nous leur avons ensuite demandé s'ils connaissaient la nouvelle loi 2005 sur le handicap et comment ils ressentait l'évolution de la réglementation.

Cette loi renforce celle de 1987, qui impose aux entreprises de plus de 20 salariés d'employer des travailleurs handicapés, dans une proportion de 6% de leurs effectifs. Dans le cas contraire, elles doivent verser une contribution financière à l'Agefiph, calculée en fonction du nombre de bénéficiaires manquants.

Le premier chef d'entreprise ne se sent pas concerné par cette loi (il emploie moins de vingt salariés).

La deuxième entreprise étant autonome juridiquement, elle emploie le nombre suffisant de travailleur handicapé pour ne pas avoir à payer de taxe. Mais il s'agit d'une usine avec de fortes exigences en sécurité. Il n'y a pas de structure ni d'organisation permettant d'accueillir en production un travailleur handicapé et des aménagements coûteraient trop cher. Si le taux augmente, elle préférera payer la taxe.

La DRH de la troisième entreprise ressent une pression forte du fait de la taxe et du coût financier, même si l'impact est probablement moins fort que pour les PME. C'est aussi important en terme d'image mais il faut être attentif aux différences entre le discours, l'image que l'on cherche à donner et la réalité.

Les trois connaissent les cellules d'aide au maintien dans l'emploi (SAMETH), la MDPH, l'Agefiph et la possibilité de financement d'aménagement de poste ou de formation. Les trois entreprises prennent en charge les bilans de compétences et accordent les congés individuels de formation.

4.4 Evolution du nombre d'inaptitudes

Concernant l'évolution du nombre d'inaptitudes, les deux DRH font le même constat : auparavant, il y avait peu d'inaptitudes car ils avaient les moyens de reclasser les salariés, de créer des postes « à la carte », ce qui n'est plus possible aujourd'hui. Or, les salariés sont restés sur cette image de l'entreprise « paternaliste », qui trouve toujours une solution. C'est encore plus vrai dans le cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle : les salariés se disent « je suis en accident du travail, je suis protégé, on me doit tout, on doit me trouver un poste qui me convienne ». C'était le cas auparavant mais ces postes n'existent plus.

Les conditions de travail ont également évolué : informatisation, automatisation, baisse des exigences physiques mais augmentation des exigences intellectuelles ; plus d'autocontrôle et ambiance tendue. Rationalisation et optimisation entraînent une compression des temps morts : avant, en cas de baisse des capacités (du fait de l'âge ou de la maladie) d'un salarié, les collègues l'aidaient. Aujourd'hui, la baisse d'effectif, la diminution des temps morts et le changement de mentalité (individualisme) font que cette entraide n'existe plus.

La particularité d'une grande entreprise est qu'elle applique la réglementation et agit sous le contrôle vigilant des partenaires sociaux, d'où l'effort de reclassement et le respect de la procédure.

Pour la première DRH, aucun effort de reclassement ne serait fait s'il n'était pas imposé par le Code du travail. D'ailleurs, l'inaptitude est souvent utilisée comme régulateur démographique, depuis que la pré-retraite a disparu. Elle peut être un arrangement entre le salarié qui souhaite partir plus tôt et l'entreprise qui présente des problèmes de gestion d'effectif (sureffectif). Il faut donc imposer aux entreprises la gestion des seniors (par la motivation, la rémunération, l'adaptation des postes, les aménagements d'horaire,...) malgré les nombreux freins, de la part des salariés comme des employeurs. En effet, les inaptes, âgés de 50 à 60 ans, ont à l'esprit qu'ils vont partir tôt (avec les dispositifs de pré-retraite, ils savaient qu'ils pouvaient partir en retraite à partir de 50 et quelques années). Leur éducation est à faire, à tout moment et pas seulement au moment des problèmes. Il faut changer les mentalités et s'inspirer des pays nordiques.

La deuxième DRH estime qu'elle ne peut pas se décharger de sa responsabilité si elle sait que le licenciement plonge le salarié dans une grande précarité. Elle insiste sur l'accompagnement nécessaire du salarié lors d'une inaptitude. Les mots « invalidité » et « handicap » sont très durs à entendre. En plus d'avoir des problèmes de santé, le salarié fait face à des problèmes d'argent ; il se sent perdu, il a peur.

Dans d'autres cas, certains se font des idées sur le montant des indemnités de licenciement, font des amalgames avec les plans sociaux et imaginent « toucher le pactole ». D'où l'intérêt de bien les accompagner, de leur expliquer les tenants et les aboutissants de la procédure.

Il est également important de cerner l'état d'esprit du salarié lorsqu'il demande un aménagement de poste ou un reclassement. Il est difficile de faire la part entre les vrais inaptes et les « faux, ceux qui sont inaptes au travail et aptes à la maison ».

4.5 Expériences de reclassement

Nous relatons ici des expériences de reclassement des deux grandes entreprises.

1er cas : il s'agit d'une péagère atteinte d'une déficience auditive et équipée de prothèses auditives. L'automatisation des péages nécessite une restructuration prévisionnelle des emplois concernés. La direction de l'entreprise et le médecin du travail ont interpellé le SAMETH afin de bénéficier d'un appui conseil face à cette perspective de reclassement. Un poste de standardiste a été envisagé mais avec aménagement du poste : amplificateur sur le combiné et interphone de guichet. La salariée étant RQTH, ces aménagements ont été pris en charge en grande partie par l'Agefiph et l'entreprise a assuré sa formation interne à ses nouvelles fonctions. Techniquement, l'aménagement du poste n'était pas compliqué mais il existait de la part de la péagère une crainte d'intégrer la Direction Régionale ainsi que la crainte d'avoir à expliquer son handicap. C'est la DRH qui a sensibilisé les collègues de travail. La salariée a accepté d'être RQTH malgré ses réticences car c'est du « donnant-donnant ». Ce reclassement a fait l'objet d'un article paru dans la lettre d'information « Savoir-faire et faire savoir » n°18 de février 2008 du PDITH 52.

2ème cas : il s'agit d'un responsable de service, victime d'un accident vasculaire cérébral grave avec séquelles motrices et cérébrales et notamment des difficultés de compréhension. Retravailler à mi-temps (en invalidité 1^{ère} catégorie) l'a aidé à récupérer et à progresser ; mais des incertitudes sur la qualité et la fiabilité de son travail ont posé de sérieux soucis.

3ème cas : il s'agit d'un salarié inapte à son poste, suite à un accident du travail ; la DRH lui a proposé un poste de reclassement qui l'obligeait à passer de la filière technique à la filière péage. Mais c'était un poste en 3*8, qu'il a refusé. Comme il s'agissait d'un accident du travail, il pensait que le reclassement devait se faire à ses conditions à lui, que l'entreprise devait lui créer un poste à la carte ; or, c'était impossible ; il y a eu deux tentatives de reclassement aboutissant à deux échecs et au licenciement.

4ème cas : il s'agit d'un cariste victime d'un accident de moto avec amputation d'un bras. Son niveau de qualification était trop faible pour un reclassement à un poste comme conducteur de ligne. Une étude de poste ergonomique a été réalisée et une réunion avec le formateur cariste, l'ergonome de l'Agefiph et le médecin du travail a eu lieu. Un poste de cariste était envisagé : l'aménagement d'un chariot était possible vis-à-vis de son bras mais il présentait des difficultés à lever la tête du fait de douleurs cervicales liées à l'accident. Donc un poste a été créé pour lui : coursier pour pièces détachées avec adaptation de la voiture.

Le risque, pour la DRH, est de sortir de son rôle, d'aller trop loin dans l'accompagnement et que le salarié se déresponsabilise, devienne passif et attende des autres qu'ils fassent toutes les démarches ; il oublie alors les contraintes de la réalité, il pense que l'entreprise lui doit tout. C'était le cas ici.

3^{ème} PARTIE :

1 - Discussion

2 - Perspectives : la promotion et le maintien de la capacité de travail

1 - Discussion

1.1 Synthèse des résultats

Dans le service de santé au travail de l'ALSMT, l'inaptitude frappe surtout les femmes, employées, peu qualifiées, de 45 ans. Dans celui du BTP, elle touche les hommes, ouvriers (en majorité ouvriers qualifiés), de 47 ans.

❖ A l'ALSMT, les femmes sont plus représentées que les hommes chez les inaptes par rapport à la population de référence, et ce, quelque soit la catégorie socio-professionnelle. Cette surreprésentation est la plus importante parmi les ouvriers. Au BTP, nous observons le phénomène contraire : les hommes sont très largement surreprésentés.

❖ Au total, dans les deux services, près de 60% des salariés déclarés inaptes ont plus de 45 ans. Si nous comparons les âges des inaptes dans les deux services : les plus de 55 ans représentent 27% des inaptes à l'ALSMT contre près de 40% au BTP. L'inaptitude serait donc un mode de sortie de la vie professionnelle plus répandue dans le secteur du BTP à partir de 55 ans.

❖ Les employés sont surreprésentés dans notre échantillon de l'ALSMT, en particulier les employés de commerce (vendeur, caissier, employé de libre-service) et les personnels des services directs aux particuliers (femme de ménage, aide à domicile). Dans le BTP, ce sont les ouvriers qualifiés, en particulier les maçons. Une seule employée fait partie de l'échantillon des 67 inaptes du BTP. Nous ne connaissons malheureusement pas la répartition par catégorie socio-professionnelle des salariés suivis.

❖ A l'ALSMT, le secteur d'activité le plus représenté parmi les inaptes est le secteur tertiaire, mais d'égale mesure par rapport à la population de référence. Les trois branches d'activités où les inaptes sont surreprésentés sont le secteur de l'éducation, de la santé, et de l'action sociale, celui des services aux particuliers et celui des industries agro-alimentaires. Evidemment, le secteur de la construction est le seul secteur représenté dans le service du BTP.

❖ Les salariés inaptes sont peu qualifiés, surtout dans le BTP : 30% ne possèdent aucune qualification dans le BTP, contre 20% à l'ALSMT et 95% ont un niveau équivalent ou inférieur au CAP/BEP, contre 82% à l'ALSMT.

Nous n'avons hélas pas pu mettre en évidence de relation entre le nombre de formations continues suivies au cours de la carrière professionnelle et le risque d'inaptitude. Nous avons émis l'hypothèse que le fait de suivre régulièrement des formations permettait de maintenir la capacité à se former et pourrait donc faciliter la reconversion professionnelle en cas d'inaptitude.

❖ Les pathologies responsables des inaptitudes concernent l'appareil locomoteur chez 60% des salariés inaptes, avec une prédominance des atteintes du rachis par rapport aux TMS à l'ALSMT, alors qu'elles sont d'égale importance dans le BTP. Les psychopathologies sont à l'origine de 28% des inaptitudes à l'ALSMT, elles épargnent le BTP (3%). La faible prévalence des troubles anxio-dépressifs est habituelle dans ce secteur d'activité.

❖ Dans les deux tiers des cas, le médecin du travail estime que les pathologies à l'origine des inaptitudes sont liées à l'exercice professionnel. Dans un tiers des cas pour le service de l'ALSMT et dans la moitié des cas pour le service du BTP, elles font l'objet d'une déclaration d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP).

A l'ALSMT, concernant les atteintes de l'appareil locomoteur, la moitié a fait l'objet d'un AT/MP et 80% sont liées à l'exercice professionnel. L'âge n'influence pas le risque de présenter une inaptitude pour un problème locomoteur, seule la catégorie socioprofessionnelle et le sexe interviennent : les femmes et les ouvriers sont les plus exposés.

Concernant les psycho-pathologies, très peu d'AT/MP sont déclarés (12,5% des cas), alors que les conditions de travail sont mises en cause par le médecin du travail dans 87% des cas : cela s'explique par le fait que ces pathologies ne figurent pas dans les tableaux de maladie professionnelle et que le risque psycho-social est un risque émergent, dont la prise en compte par les dirigeants n'est que très récente. Ni l'âge, ni le sexe n'influence le risque de présenter une inaptitude pour une psycho-pathologie, seule la catégorie socioprofessionnelle compte avec un odds ratio de 9,5 pour un cadre par rapport à un ouvrier.

Dans 74% des cas, une seule pathologie est à l'origine de l'inaptitude au BTP, contre 64% à l'ALSMT et cette unique pathologie est rhumatologique dans 55% des

cas (contre 46%). Au BTP, le lien entre les pathologies de l'appareil locomoteur et l'inaptitude est plus direct.

❖ Concernant les conditions de travail, les salariés inaptes du BTP sont plus soumis à des exigences physiques (92%) qu'à l'ALSMT (68%), où les femmes y sont d'ailleurs autant exposées que les hommes. Si l'on compare les exigences de sécurité dans ces deux services, 24% des hommes de l'ALSMT et 20% des hommes du BTP y sont soumis.

Par contre, les salariés du BTP sont beaucoup moins touchés par les contraintes psycho-organisationnelles (9% contre 37%). En effet, dans ce secteur d'activité, alors que les ouvriers sont soumis à des contraintes physiques plus importantes que les ouvriers des autres secteurs, ils sont confrontés à une organisation du travail moins contraignante. Ils déclarent disposer de plus de latitude décisionnelle et de soutien social au sein de l'entreprise que les ouvriers des autres secteurs [42].

Le risque toxique n'a été cité que dans trois situations et toujours associé à d'autres contraintes. En effet, dans ce domaine en particulier, l'action du médecin du travail est axée sur la suppression du risque, et non sur la soustraction du salarié au risque.

Notre étude met donc en évidence le fait que les conditions de travail à l'origine de l'inaptitude sont dans plus de 90% des cas les exigences physiques et les contraintes psycho-organisationnelles. Or, ni la manutention, ni les gestes répétitifs, ni l'organisation du travail ne font partie des risques plaçant le salarié en « Surveillance Médicale Renforcée » dans la réglementation.

❖ Dans environ 90% des cas, les salariés sont licenciés, même s'il ne faut pas oublier que le licenciement représente souvent l'échec des tentatives antérieures d'aménagement ou de reclassement. Les aménagements de poste et les reclassements sont moins proposés dans le BTP qu'à l'ALSMT, ce qui peut s'expliquer par les moindres possibilités d'aménagements de poste dans ce secteur d'activité.

❖ La surreprésentation des petites entreprises de moins de 50 salariés peut s'expliquer par le peu de postes aménagés disponibles dans ces entreprises.

❖ Les contrats à durée déterminée ou intérimaires sont très peu représentés : la fin du contrat met généralement un terme aux difficultés de l'employeur à dégager une possibilité de reclassement.

❖ Dans plus de 40% des cas à l'ALSMT, l'inaptitude a été précédée de plusieurs visites de pré-reprise et le médecin du travail a mobilisé les organismes de maintien dans l'emploi afin, soit de l'aider dans ses propositions d'aménagement de poste ou de reclassement (SAMETH, 11%), soit d'accompagner au mieux le salarié dans les démarches faisant suite à son licenciement (assistante sociale, 25% et Cap Emploi, 4%). Dans 20% des cas, ils ont fait appel à des avis médicaux spécialisés (dont ceux des médecins rééducateurs du Centre de réadaptation et de pré-orientation professionnelle de Nancy (IRR)).

Le nombre de visites de pré-reprise, destinées à préparer le retour dans l'entreprise, est plus élevé pour les salariés reconnus travailleurs handicapés (plus de 2 visites dans 60% des cas) et les salariés en invalidité 1^{ère} catégorie (plus de 2 visites dans 70% des cas). En effet, dans la première situation, le médecin travaille en partenariat avec les organismes spécialisés dans le maintien dans l'emploi. Dans la deuxième situation, il faut aménager un poste à mi-temps pour le salarié, ce qui est difficile à réaliser sur le terrain.

❖ Nous souhaitons savoir, grâce à cette étude, quels salariés faisaient une demande de RQTH et si le fait d'être reconnu travailleur handicapé facilitait le maintien dans l'entreprise.

Parmi les salariés inaptes de l'ALSMT, 28% sont reconnus travailleurs handicapés et 20% ont un dossier en cours.

Nous pouvons remarquer que la demande de RQTH concerne surtout les hommes, âgés de 25 à 55 ans, ouvriers, dont l'inaptitude est la conséquence d'une pathologie de l'appareil locomoteur ou de troubles cardio-vasculaires.

Dans notre échantillon, le statut de TH n'a influencé ni le recours à un aménagement de poste ou un aménagement d'horaire, ni le risque de licenciement. Par contre, parmi les salariés devant bénéficier d'un reclassement au sein de l'entreprise, la totalité des salariés pour qui une formation ou une aide financière était prévue avaient le statut de TH.

Nous pouvons souligner que les salariés ayant demandé la RQTH ont des projets différents des autres : ils ont plus de projets de formation, ce qui s'explique par le fait que le statut de TH permet d'obtenir des financements de formation, et ils envisagent moins de partir en retraite.

Les salariés du BTP sont moins nombreux à bénéficier de ce statut : 18%.

❖ A l'ALSMT, 20% des salariés inaptes (30% chez les plus de 45 ans) bénéficient d'une invalidité de 2^{ème} catégorie le jour de leur inaptitude et 11% ont le projet de partir en retraite, donc au total 31% n'ont aucun projet professionnel dans les suites de l'inaptitude. Parmi les autres : 22% souhaitent trouver un emploi dans une autre entreprise, 2% créer leur propre entreprise et 21% réaliser une formation.

Au BTP, 15% des salariés inaptes bénéficient d'une invalidité de 2^{ème} catégorie le jour de leur inaptitude et 21% ont le projet de partir en retraite, donc au total 36% n'ont aucun projet professionnel dans les suites de l'inaptitude. Parmi les autres : 26% souhaitaient trouver un emploi dans une autre entreprise, 5% créer leur propre entreprise et 18% réaliser une formation.

1.2 Critiques de l'étude

Avant de commenter les résultats de notre étude, nous devons souligner les imperfections de cette dernière.

Nous ne pouvons pas être sûrs de la représentativité de l'échantillon des 341 inaptes enquêtés vis-à-vis de l'ensemble des 606 salariés déclarés inaptes à l'ALSMT en 2007. En effet nous ne pouvons pas savoir si les médecins volontaires ont les mêmes pratiques que leurs confrères non volontaires en matière d'inaptitude, ni s'ils gèrent des secteurs d'activité semblables. Il aurait été souhaitable de comparer, sur leurs caractéristiques socioprofessionnelles, les inaptes enquêtés à ceux qui ne l'ont pas été pour évaluer le risque de biais éventuel. Cela n'a pu être fait compte tenu du temps de ré-interrogation et de réponse des médecins sur leurs effectifs inaptes non enquêtés.

Des items manquaient concernant la question des conditions de travail. Nous ne proposons pas l'éventualité où « aucune contrainte » intervenait. Nous n'avons donc pas la certitude que l'absence de réponse signifie « aucune contrainte », car elle peut tout aussi bien être un oubli.

La question concernant les anciennetés a été mal comprise, au vu du nombre de questionnaires où l'ancienneté au poste notée était supérieure à celle de l'ancienneté dans l'entreprise ou du métier. L'ancienneté dans l'entreprise étant la plus fiable, c'est celle que nous avons utilisée dans les analyses, laissant les autres de côté.

Le choix de s'en tenir à un questionnaire court, pour les raisons évoquées plus haut, nous a contraint à limiter le recueil de certaines données.

1.3 Revue de la littérature

D'autres services de santé au travail en France ont réalisé des études similaires. Certaines ont été publiées [43-47], d'autres ont fait l'objet d'un rapport de l'inspection médicale du travail [48, 49], d'autres enfin sont disponibles sur le site des services de santé au travail qui les ont réalisées [50-54]. La quasi-totalité a utilisé la même méthodologie que notre étude : ce sont des études descriptives, transversales, réalisées à partir d'un questionnaire rempli par le médecin le jour de l'inaptitude. Dans le Vaucluse, un questionnaire a été envoyé par courrier au salarié ; en cas de retour, une deuxième partie était remplie par le médecin à partir du dossier médical. Deux études (en Haute-Normandie et en Aquitaine) ont porté sur plus de 2000 questionnaires. Les enquêtes se sont déroulées sur une à cinq années. Dans le Vaucluse et en Charente-Maritime, les enquêteurs se sont intéressés uniquement aux salariés licenciés pour inaptitude. Quatre études ont effectué un suivi sur le devenir des salariés.

Nous avons réalisé un tableau rassemblant les principaux résultats de ces études (schéma n°6).

A titre de comparaison, nous mettrons les résultats de notre étude (uniquement ALSMT) entre parenthèses avec un astérisque (*).

❖ Les hommes sont majoritaires parmi les salariés inaptes dans l'ensemble des études réalisées en 1996 mais seulement dans trois études sur sept réalisées après 2000. On assiste donc à une féminisation de l'inaptitude.

❖ **La moyenne d'âge** se situe entre 45 et 47 ans (45 ans*), sauf dans deux études où elle est de 43 ans et de 53 ans.

❖ La proportion de chaque **catégorie socio-professionnelle** dépend étroitement des secteurs d'activité du département concerné. Les ouvriers sont toujours surreprésentés (entre 43 et 64%), sauf dans l'étude des Hauts-de-Seine et dans le Finistère où les employés représentent respectivement 52% et 50% de l'échantillon des salariés inaptes. La proportion des cadres varie entre 2 et 8%. Malheureusement, la répartition des salariés inaptes n'est pas toujours comparée à celle de la population suivie par les services.

A l'ALSMT, les employés représentent 45,7%* des inaptes contre 37,8%* de la population de référence. Si l'on « fusionne » ces résultats avec ceux du service du

BTP, 49% des salariés inaptes de ces services sont des ouvriers et 33% des employés.

❖ La représentation des **secteurs d'activités** varie selon le département. Malgré tout, certains secteurs sont prépondérants : le secteur de la construction, du commerce, de l'industrie agro-alimentaire, du service aux particuliers, de l'éducation-santé-action sociale (aide aux personnes) et du transport.

❖ Dans les études réalisées après 2000 (sauf en Charente-Maritime), la répartition selon le **niveau de formation initiale** est identique à notre étude : 42 à 43% ont une qualification de niveau CAP/BEP (44%*), entre 38 et 43% ont une qualification inférieure (37%*). Au moins 80% des salariés inaptes ont un niveau inférieur au baccalauréat. Avant 2000, la proportion des salariés sans aucune formation se situait entre 50 et 58% et ceux de niveau inférieur au bac dépassaient les 90% (jusqu'à 97%). Il semble donc que le niveau de qualification des inaptes ait progressé.

❖ Les salariés inaptes appartenant **aux petites entreprises de moins de 50 salariés** sont toujours majoritaires : de 56 à 90% (62,5%* contre 51,3%* pour la population de référence). Ils sont surreprésentés par rapport à leur population d'origine sauf dans le Vaucluse. La répartition par taille des entreprises du département n'est malheureusement pas toujours précisée.

❖ **Les pathologies ostéo-articulaires** sont en tête des pathologies à l'origine des inaptitudes : entre 41 et 69% (58,4%*) avec prédominance des atteintes du rachis, sauf dans les Yvelines où les troubles musculo-squelettiques dominent. (respectivement 32,3%* et 19,6%* dans notre étude). **Les pathologies neuro-psychiques** touchent entre 8 et 28% des salariés inaptes et se situent toujours en deuxième position (27,6%*). **Les pathologies cardiovasculaires** atteignent 5 à 11% d'entre eux selon les études (11%*).

Nous pouvons constater l'augmentation du nombre de psychopathologies à l'origine des inaptitudes: entre 8 et 14% pour les études réalisées en 1996 et entre 17 et 28% pour les études réalisées entre 2000 et 2007. Dans le Vaucluse, elles touchent essentiellement les femmes de 45-50 ans et sont d'origine professionnelle dans 67% des cas. En Charente-Maritime, la souffrance au travail touche les femmes, jeunes, qualifiées, appartenant à des entreprises de 20 à 49 salariés, de

profession variée mais la télévente ressort. Dans le Finistère, elle concerne également plutôt les femmes, jeunes, cadres.

❖ Dans 20 à 35% des cas, les pathologies à l'origine de l'inaptitude ont fait l'objet d'une **déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle** (30%*) et 20 à 50% d'entre elles sont **liées à l'exercice professionnel** (65%*). En Charente-Maritime, les femmes présentent deux fois plus de maladies liées au travail que les hommes. Dans le Vaucluse, 67% des psychopathologies et 70% des TMS entraînant une inaptitude ont une origine professionnelle.

Dans notre enquête, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'origine professionnelle des pathologies mais nous n'avons pas différencié les accidents du travail (AT) des maladies professionnelles (MP). Les études les ayant différenciés montrent que les AT sont plus fréquents chez les hommes et chez les ouvriers. Dans notre enquête, les salariés du BTP sont plus touchés par les AT/MP qu'à l'ALSMT (55%* contre 32%*) mais nous ne pouvons pas savoir quelle est la part des accidents du travail.

Certaines études ont posé des questions supplémentaires.

❖ Certaines se sont intéressées à la **durée moyenne des arrêts de travail** précédant l'inaptitude : 1 an^{1/2} dans le Finistère, 1 an en Aquitaine (avec des arrêts plus longs pour les salariés âgés de plus de 50 ans, appartenant à des entreprises de plus de 20 salariés, ouvriers qualifié et agents de maîtrise, dans le cas de pathologies physiques plutôt que mentales) ; dans le Gard, les arrêts durent entre 1 et 2 ans dans 36% des cas et plus de deux ans dans 24% des cas ; dans le Vaucluse, ils durent plus d'un an dans 32% des cas. En Aquitaine, le délai entre la visite de pré-reprise et la visite de reprise est inférieure à un mois dans 49% des cas.

❖ Des études ont montré que des **restrictions d'aptitudes** avaient été formulées avant l'inaptitude (dans 28% des cas en Aquitaine et 55% des cas dans les Hauts-de-Seine) et que le délai moyen entre la connaissance d'un problème de santé par le médecin du travail et la 1^{ère} visite d'inaptitude était de 13 mois (Hauts-de-Seine).

❖ Certaines ont révélé l'existence d'une **situation conflictuelle** entre le salarié et son employeur dans 27% des cas en Aquitaine (ces situations concernent plus souvent les femmes, les salariés de moins de 45 ans, ayant une ancienneté inférieur à 5 ans, employés dans des entreprises de moins de 20 salariés dans les secteurs du commerce et des services), et dans 30% des cas dans les Hauts-de-Seine. Cette dernière a également mis en évidence l'existence d'un conflit entre le médecin et l'employeur (1,6%) et entre le médecin et le salarié (0,3%). Dans les Yvelines, 15% des salariés n'étaient pas d'accord avec le médecin du travail concernant l'opportunité de l'inaptitude. C'était également le cas de 8% des salariés dans le Vaucluse, pendant que 21% estimaient qu'un reclassement était possible.

❖ Des études ont interrogé les médecins sur le **nombre de visites** réalisées en vue de l'inaptitude : soit deux visites réglementaires, soit une seule visite « en raison d'un danger grave et imminent ».

Ces dernières concernent 18,6% des cas d'inaptitude dans les Hauts-de-Seine, 39% en Charente-Maritime (essentiellement dans le cas de souffrance au travail), 20% en Aquitaine (en augmentation depuis 2003, concernant les psychopathologies dans les deux tiers des cas), et 27,5% dans le Finistère (essentiellement dans le cas de souffrance au travail et d'invalidité de 2^{ème} catégorie)

❖ L'étude des Hauts-de-Seine a étudié le **temps moyen consacré à un dossier d'inaptitude** : le temps médical est évalué à 5h24 et le temps médico-social à 8h15.

Schéma n°6: Revue synthétique de la littérature

	NOTRE ENQUETE ALSMT	HAUTS-DE-SEINE [43]	VAUCLUSE [44]	YVELINES [53]	AQUITAINE [48]
QUESTIONNAIRES	341 Q	269 Q	393 Q	81 Q	2106 Q
ANNEE	2007	2000 à 2004	2002 à 2004	2003	2005 à 2006
SEXE	F = 62% / 46% pop.réf	H = 54,3%	F = 51,4% / 44% pop.réf	H = 53% = pop.réf	F=53,6% / 44,7% pop.réf
AGE MOYEN	45 ans 57%> 45 ans	46 ans	46 ans 1/3 > 50 ans	47 ans (σ 10 ans) 61%> 45 ans	45 ans 1/4 > 50 ans
FORMATION INITIALE	aucune : 21% BEPC/CEP : 16% BEP/CAP : 44,5% < Bac : 81,5% Bac : 9,3% > Bac : 9,3%	aucune : 18% CEP : 19,9% BEP/CAP : 43% < Bac : 81% Bac : 9% > Bac : 10,2%		aucune : 43% BEP/CAP : 42% < Bac : 85% Bac : 6% > Bac : 8%	< Bac : 80%
CSP	Ouvriers : 39,4 % Employés : 45,7% PI : 10,4 % Cadres : 4,5 %	Ouvriers : 34,8% Employés : 52,1% PI : 5,6% Cadres : 7,5%	Ouvriers : 43,7% →non qual : 16% → qual: 27,7% PI : 10,2% Cadres : 2,3%	Ouvriers : 64% →non qual : 37% →qual : 27% Employés : 19% PI : 9% Cadres : 8%	Ouvriers : 57% Employés : 34% PI : 6% Cadres : 3%
TAILLE DE L'ENTREPRISE (nombre de salariés)	<10 : 23,8% 10 à 49 : 38,7 % → <50 :62,5% 50 à 199 : 20,8 % >200 : 16,7 %	<10 : 26% 10 à 49 : 34,9% → <50 : 60,9% 50 à 199 : 25,3% >200 : 13,8%	<10 :36,2% 10 à 49 : 41,1% → <50 : 77,3% = répartition entreprises de la région	<10 : 30% 10 à 49 : 37 % → <50 : 67%/45% pop.réf 50 à 199 : 22 % >200 : 11 %	majorité< 50 salariés (forte surreprésentation des 20 à 50 salariés)
SECTEUR D'ACTIVITE	Education-Santé- Action sociale Industrie agro- alimentaire Service aux particuliers			Services : 18% Commerce : 19% Restaurants : 10% Transports : 6%	Industrie agro- alimentaire Service aux particuliers Construction Education-Santé- Action sociale

PATHOLOGIE	Total app.loc. : 58,4 % Rachis : 32,3% TMS : 19,6% Psy : 27,6% CV : 10,9% Cancer : 1,5%	Total app.loc. : 50,6% Psy : 28,3% CV : 13% Cancer : 3,3% Trauma : 16,4%	Rachis : 27,7% TMS : 10,4% Ostéoart. : 14,8% Psy : 17,3% CV : 7,4% Cancer : 2,3%	Total app.loc. : 69% Rachis : 30,9% TMS : 48,1% Psy : 11,1% CV : 8,6%	Total app.loc. : 40,8% Rachis : 22,5% Psy : 30% CV : 5% Cancer : 4% Trauma : 6%
AT/MP Maladie liée au travail	AT/MP : 32,4% MLT : 69% 87% psy d'origine pro. 80% app.loc. d'origine pro.	AT/MP : 34,7%	AT/MP : 25,4% MLT : 50,7% 67% psy d'origine pro. 70% TMS d'origine pro.	AT/MP : 34%	
CONTRAINTES	Physique : 68,3% Psycho-orga : 37,2 Sécurité : 12%	Physique : 63,7% Psycho-orga : 11,4% Sécurité : 13,6%			
STATUT AU MOMENT DE L'INAPTITUDE	Invalidité I : 3,2% Invalidité II : 20,5% ⇒ 23,7% RQTH : 27,8 % RQTH en cours : 19,7% Au moins 1 visite de pré- reprise : 72,3 %		Invalidité I : 5% Invalidité II : 14% ⇒ 19% RQTH : 22% Au moins 1 visite de pré- reprise : 56,2 %	Invalidité I : 12% Invalidité II : 14,7% ⇒ 26,7% RQTH : 47,5% RQTH en cours : 18,8%	Invalidité II : 23,9% RQTH : 30%
CONTACTS	AS : 23,8% Cslt spé : 27% CDA : 38,1% SAMETH : 15,8%	AS : 78% Cslt spé : 67,3% CDA : 34,9% SAMETH : 5,6 %			AS : 18,9% Cslt spé : 13,5% CDA : 20,9% SAMETH : 16,4 %
CONSEQUENCES	Licenciés : 88,8% →refus : 6% →impossibilité : 94% Incertains : 8,6% Reclassés dans entreprise : 2,7 %		Enquête sur les salariés licenciés	Licenciés : 96,3% →refus : 3,8% →impossibilité : 96,2% Reclassés dans entreprise : 3,7%	Licenciés : 97,5% Reclassés dans entreprise : 2,5%
PROJETS	ANPE : 34,3% Invalidité II : 25,1% Retraite : 10,9% Embauche autre entreprise : 22%			ANPE : 81% Invalidité II : 23% Retraite : 5%	Invalidité II : 23,9% Retraite : 6,8% Embauche autre entreprise : 3,8%

	CHARENTES MARITIMES [55]	GARD [52]	HAUTE NORMANDIE [49]	FINISTERE [56]
QUESTIONNAIRES	137 Q	209 Q	2 628 Q	341Q
ANNEE	2003	2006	2004-2005	2002 à 2004
SEXE	F = 54%	H = 56%		F = 59,1%
AGE MOYEN	43 ans (σ 11 ans)	38% > 50 ans	45% > 50 ans	45 ans 53,1% > 45 ans
FORMATION INITIALE	aucune : 26,7% BEP/CAP : 54% < Bac : 80,7% Bac: 11,9% > Bac : 7,4%	aucune : 41,6% BEP/CAP : 42,5% < Bac : 84,1% > Bac : 15,7%		
CSP	Ouvriers : 48,2 % Employés : 21,9%		Ouvriers : 60% Employés : 27% PI : 5% Cadres : 2%	Ouvriers : 42,9% Employés : 49,7% PI : 3,2% Cadres : 4,1%
TAILLE DE L'ENTREPRISE (nombre de salariés)	<20 : 48,9% 20 à 49 : 41% → <50 : 89,9% 50 à 199 : 14,6% >200 : 3,6%	<10 : 44% 10 à 49 : 33,4% → <50 : 77,4% >50 : 22,4%	<10 : 24% 10 à 49 : 32% → <50 : 56% >50 : 43%	
SECTEUR D'ACTIVITE		Construction Commerce Aide aux personnes Transports	Commerce Construction Education-Santé- Action sociale Transports	
PATHOLOGIE	Total app.loc. : 46,7% Psy : 34,6 CV : 8,1%	Total app.loc. : 51,1% TMS : 7,9% Psy : 29,2% CV : 5,3% Cancer : 2,2%	Total app.loc. : 50% Rachis : 42% Psy : 20%	Total app.loc. : 53,4% Rachis : 26,6% TMS : 10,6% Psy : 22% CV : 6,5% Cancer : 3,7%

AT/MP Maladie liée au travail	AT/MP : 25,6% MLT : 20,4%	AT/MP : 19,5%	MLT : 33%	AT/MP : 30% MLT : 46%
CONTRAINTES	Souffrance au travail : 18%			
STATUT AU MOMENT DE L'INAPTITUDE	Invalidité I : 6,5% Invalidité II : 15,3% ⇒ 23,7% RQTH : 11,6 % RQTH en cours : 20,4%	Invalidité II : 30% RQTH : 25,3 % Au moins 1 visite de pré- reprise : 75,6 %	Invalidité II : 40%	Invalidité II : 34% Au moins 1 visite de pré- reprise : 66%
CONTACTS	AS : 24,8% CDA : 23,3% SAMETH : 17,5%	AS : 78% Cslt spé : 67,3% CDA : 34,9% SAMETH : 5,6 %		
CONSEQUENCES	Enquête sur les salariés licenciés			

	VAR [47]	PUY DE DÔME [45]	BRETAGNE [46]
QUESTIONNAIRES	372 Q	238 Q	660 Q
ANNEE	1996	1993 à 1996	1996 à 1997
SEXE	H= 57%	H =63%	H =68%/ 56% pop.réf
AGE MOYEN	47 ans 37%> 50 ans	45 ans (σ 12 ans)	53 ans 48 % > 50 ans
FORMATION INITIALE	aucune : 50% < Bac : 90%		aucune : 58,2% BEP/CAP : 38,6% Bac: 0,5% > Bac : 2,7%
CSP	Ouvriers : 54,1% →non qual : 27,5% → qual: 26,6%	Ouvriers : 47% / 21% pop.réf	
TAILLE DE L'ENTREPRISE (nombre de salariés)	<50 :78,4%		< 50 salariés = répartition entreprises de la région.
SECTEUR D'ACTIVITE			Commerce Services Construction Industries agroalimentaires
PATHOLOGIE	Total app.loc. : 53% Psy : 8% CV : 5%	Total app.loc. : 58,4% Rachis : 25% Psy : 14% CV : 9,4%	Psy : 11% CV : 7,4%
AT/MP	AT : 30%	AT/MP : 35%	AT/MP : 30%

STATUT AU MOMENT DE L'INAPTITUDE	Invalidité II : 10%	Le médecin du travail propose : →Invalidité II : 25% →RQTH : 50%	Au moins 1 visite de pré- reprise : 45,8 %
CONTACTS	CDA : 40%		CDA: 39,7%
CONSEQUENCES		(sur 188 Q suivis) 93 % licenciés : → 20 % inval. II → 20 % retraite ou pré-retraite → 50 % ANPE	Licenciés : 85,5% Reclassés dans entreprise : 8,6% Démission : 3,7%
PROJETS	ANPE : 36% Retraite : 4%		

Q : questionnaires

H : hommes

F : femmes

σ : écart-type

CAP : certificat d'aptitudes professionnelles

BEP : brevet d'études professionnelles

Ouvrier qual : ouvrier qualifié

Ouvrier non qual : ouvrier non qualifié

PI : professions intermédiaires

MLT : maladies liées au travail

Total app.loc : ensemble des pathologies touchant l'appareil locomoteur (dont pathologies rachidiennes, tms)

TMS : troubles musculo-squelettiques

Ostéo-art. : ostéo-articulaire

Psy : psychopathologies

CV : pathologies cardio-vasculaires

Trauma : traumatisme

d'origine pro : d'origine professionnelle

Psycho-orga : psycho-organisationnelle

AT/MP : accident du travail/maladie professionnelle

inval I : invalidité 1^{ère} catégorie

inval II : invalidité 2^{ème} catégorie

RQTH : reconnaissance de la qualité de tra

vailleux handicapé

AS : assistante sociale

CsIt spé : consultation spécialisée

CDA : commission des droits et de l'autonomie

SAMETH : Service d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

ANPE : agence nationale pour l'emploi

1.4 Discussion

Notre étude, ainsi que celles recensées plus haut, montre une stabilité des caractéristiques médico-professionnelles de l'inaptitude médicale : elle touche les ouvriers et les employés de faible niveau de qualification (niveau équivalent ou inférieur au CAP/BEP), de 45 ans, appartenant à des entreprises de moins de 50 salariés, dans les secteurs de la construction, du commerce, des services et du transport, en CDI, ayant une ancienneté moyenne dans l'entreprise d'environ 10 ans. Les trois pathologies les plus fréquentes à l'origine de l'inaptitude sont, par ordre d'importance, les pathologies ostéo-articulaires, les psychopathologies et les pathologies cardio-vasculaires.

Malgré tout, le portrait type du salarié touché par l'inaptitude, un homme ouvrier non qualifié, n'est plus aussi stéréotypé aujourd'hui : les études des huit dernières années montrent une progression des femmes et des employés, par rapport aux études des années quatre-vingt dix. C'est d'ailleurs notre cas. Bien sûr, la proportion des ouvriers parmi les inaptés dépend également de celle de la population suivie par les services de santé au travail et donc, des secteurs d'activité, qui varient selon les départements enquêtés. Le nombre de salariés inaptés sans aucun diplôme a également diminué : leur niveau de qualification progresse.

L'ensemble des études montre la même répartition des inaptés selon l'âge. Dans les deux services de notre enquête, près de 60% des salariés déclarés inaptés ont plus de 45 ans. Si nous comparons les âges des inaptés dans les deux services : les plus de 55 ans représentent 27% des inaptés à l'ALSMT contre près de 40% au BTP.

L'inaptitude serait donc un mode de sortie de la vie professionnelle plus répandue dans le secteur du BTP à partir de 55 ans. L'ancienneté dans le métier (40% ont plus de 20 ans d'ancienneté) confirme cette notion d'usure prématurée.

La surreprésentation des inaptitudes dans la classe des 35-44 ans par rapport à la population de référence, alors qu'elles sont sous-représentées dans la classe des 45-54 ans, fait apparaître la notion de « Healthy Worker Effect » (l'effet du travailleur en bonne santé). De fait, les exigences physiques du BTP entraînent une sélection des salariés en rapport avec leur état de santé. Ainsi, travaillent parmi les 45-54 ans les salariés les plus résistants n'ayant pas quitté cette branche d'activité auparavant du fait de cette sélection.

Le nombre d'inaptitudes augmente. Cette tendance risque de persister, du fait du vieillissement de la population active, du recul de l'âge de la retraite et de l'intensification du travail. Les pathologies ostéo-articulaires et les psychopathologies sont les plus grands pourvoyeurs de l'inaptitude (80%). Le médecin du travail a estimé que dans respectivement 80% et 87% des cas, elles sont au moins en partie d'origine professionnelle, c'est-à-dire la conséquence des conditions de travail.

Nous avons vu, dans la première partie, que malgré les progrès techniques et le développement des systèmes d'aide à la manutention, la majorité des salariés est toujours exposée à la manutention et aux postures pénibles en 2003 [22, 25-27]. Les ouvriers, les employés de commerce et les employés de service sont presque tous concernés par les contraintes physiques (plus de 90%), mais également 63% des professions intermédiaires et 55 % des employés administratifs des secteurs public et privé. Ces contraintes, qui sont donc loin d'avoir disparu, sont à l'origine de 70 à 90% des inaptitudes. De même, comme nous l'avons souligné, ont émergé de nouveaux facteurs de pénibilité : les facteurs psycho-sociaux [22]. Ils participent dans notre étude à 37% des inaptitudes de l'ALSMT.

Les actions pour améliorer les conditions de travail devraient donc être axées sur ces risques. Pourtant, ni la manutention, ni les gestes répétitifs, ni l'organisation du travail ne font partie des risques plaçant le salarié en surveillance médicale renforcée dans la réglementation.

De même, il faudrait élaborer des plans de carrière pour les salariés, afin de favoriser leur évolution professionnelle, l'accès aux promotions et de maintenir leurs capacités et leur envie d'apprendre à tout âge, ce qui faciliterait les reconversions professionnelles. La mentalité des employeurs et des salariés devrait donc évoluer concernant le travail des salariés âgés : les premiers, en ne considérant plus le salarié âgé comme étant moins productif, ni le licenciement pour inaptitude comme un mode de gestion des effectifs ; les seconds, en n'estimant plus le départ précoce en retraite comme étant la norme et en privilégiant la recherche d'évolution de carrière après 50 ans. C'est également l'avis des employeurs que nous avons interrogés. Nous n'avons pas pu confirmer, dans notre étude, l'hypothèse que les salariés qui avaient bénéficié de formations continues au cours de leur carrière, présentaient plus de facilités à se reconvertir professionnellement.

Ces plans de carrière devraient notamment prendre en considération la baisse des capacités liée à l'âge des salariés dans le but d'aménager leur fin de carrière (par l'adaptation des postes, les aménagements d'horaires, etc....). En effet, notre

étude montre que 60% des salariés déclarés inaptes ont plus de 45 ans et 40% ont plus de 55 ans dans le BTP.

Pourtant, nous avons vu dans la première partie que les chiffres des salariés inaptes en fin de carrière étaient artificiellement diminués par le nombre de ceux quittant prématurément le milieu du travail pour des problèmes de santé par l'intermédiaire d'autres dispositifs plus avantageux que l'inaptitude comme la pré-retraite, le chômage, la longue maladie [12]. Aujourd'hui, le recul de l'âge de la retraite, la disparition des dispositifs de pré-retraite et de la dispense de recherche d'emploi pour les chômeurs âgés de plus de 57 ans $\frac{1}{2}$, vont probablement gonfler le nombre de salariés touchés par l'inaptitude et sans solution de sortie de la vie professionnelle financièrement et éthiquement acceptable. L'aménagement des fins de carrière va donc devenir une nécessité.

De plus, le nombre de déclarations de maladies professionnelles et d'inaptitudes prononcées reflète mal l'ampleur de la réalité :

- en ce qui concerne les maladies professionnelles, il existe une importante sous déclaration des pathologies liées à l'activité professionnelle. Cette réalité, déjà connue, est confirmée par notre étude : les pathologies à l'origine de l'inaptitude sont déclarées en maladies professionnelles et accidents du travail dans un tiers des cas alors qu'elles ont au moins en partie une origine professionnelle dans les deux tiers des cas ;

- compte tenu des risques de répercussions sur le contrat de travail, sauf si le risque est jugé trop important pour la santé du salarié, les médecins du travail ne portent un avis restrictif d'aptitude qu'avec son consentement éclairé. Le risque « santé » est alors tempéré par le risque « social » du chômage. L'enquête « Santé et Vie professionnelle après 50 ans » [39] a confirmé que le médecin du travail s'auto-censurait dans ses avis. Les résultats de l'ensemble des études leur donnent raison : 90% des inaptitudes définitives à un poste de travail aboutissent à un licenciement.

Les indices habituels sous-estiment donc la réalité : l'enquête de la DARES « Travail et santé » indique que 20 % des personnes attribuent leur problème de santé à leur travail et plus de 50 % des personnes signalant une pathologie déclarent que celle-ci limite la quantité ou la nature du travail qu'elles peuvent réaliser.

Malgré les efforts des médecins du travail pour trouver une solution de reclassement et pour mobiliser tous les acteurs susceptibles de l'aider dans cette démarche, seuls 11% des salariés en bénéficient dans notre enquête. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de facteur favorisant le maintien dans l'emploi, notamment l'intervention du SAMETH, ou l'obtention du statut de travailleur handicapé. Seul le fait d'appartenir à une entreprise de plus de 50 salariés favoriserait le reclassement : ces entreprises offrent plus de possibilités de reclassement, elles sont soumises à l'obligation d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6% des effectifs et elles agissent sous l'œil vigilant des syndicats et avec la collaboration du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. Cela ressort également de notre entretien avec les employeurs.

Ces constats et ces pistes de réflexion prennent un sens tout particulier, à l'heure où la question de l'inaptitude au travail et celle de la prise en compte de la pénibilité dans le calcul de l'âge de la retraite se retrouvent au cœur de l'actualité politique :

- les négociations pour les retraites sont actuellement gelées, faute d'accord ;
- à quelques semaines du vote des propositions du Ministre du Travail sur la réforme de la médecine du travail, il est probable que l'aptitude (et donc, la visite périodique) disparaisse ;
- le *Plan Santé au Travail 2005-2009* a fixé comme objectifs de clarifier les questions de l'aptitude et de l'inaptitude au poste de travail et d'identifier un dispositif efficace de suivi du parcours professionnel des salariés dans un but de maintien dans l'emploi ;
- la *Démarche Progrès Santé* engagée par les Services de santé au travail, intègre le suivi des inaptitudes dans leurs critères.

Notre étude se poursuit jusqu'en décembre 2008. Les salariés sont recontactés à un an de leur inaptitude afin de connaître leur devenir. C'est l'originalité de cette étude, car peu se sont intéressées aux conséquences socio-professionnelles d'une formulation d'inaptitude.

2 - Perspectives : la promotion et le maintien de la capacité de travail

Notre étude confirme que la grande majorité des inaptitudes aboutit à un licenciement avec, comme conséquence, une précarisation de la situation socio-professionnelle du salarié. Notre entretien avec les employeurs souligne les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour proposer un aménagement de poste ou un reclassement au sein de leur entreprise. Ils souhaitent, de la part du médecin du travail, un signalement précoce des salariés à risque d'inaptitude, afin d'agir avant que leur état de santé se dégrade au point que le licenciement ne devienne la seule issue possible. Et ce, d'autant plus que l'âge de la retraite recule.

Un médecin finlandais de l'Institut finlandais de la santé au travail (FIOH : Finnish Institute of Occupational Health), le Professeur Ilmarinen, a développé le concept de la Promotion et du Maintien de la Capacité de Travail [57]. Il s'agit de : « toutes les mesures que l'employeur, les employés et les organisations participatives peuvent mettre en œuvre en commun pour promouvoir et entretenir l'aptitude à travailler et pour accroître les capacités fonctionnelles de toutes les personnes professionnellement actives, tout au long de leur carrière. ».

2.1 Les facteurs influençant l'aptitude au travail

Pour promouvoir l'aptitude au travail, il faut d'abord déterminer les facteurs qui l'influencent. Ils sont résumés dans le schéma suivant [58]:

- la santé et les capacités fonctionnelles (physiques et mentales) ;
- les compétences : les connaissances, le savoir faire, l'expérience ;
- les valeurs : les ressources personnelles d'un individu sont influencées par sa motivation et la satisfaction qu'il retire de son travail (qui dépendent également de la reconnaissance dont il fait l'objet) ;
- le travail, caractérisé par :
 - l'environnement (les aspects ergonomiques, les facteurs physiques et chimiques, la sécurité)
 - le contenu et la demande de travail (la charge de travail, les méthodes de travail, la répartition du temps de travail)
 - les caractéristiques du collectif de travail (le soutien social) et l'organisation du travail (l'autonomie)

- les méthodes de gestion (la gestion des ressources humaines, la gestion en fonction de l'âge, le maintien des compétences, les possibilités de qualification)

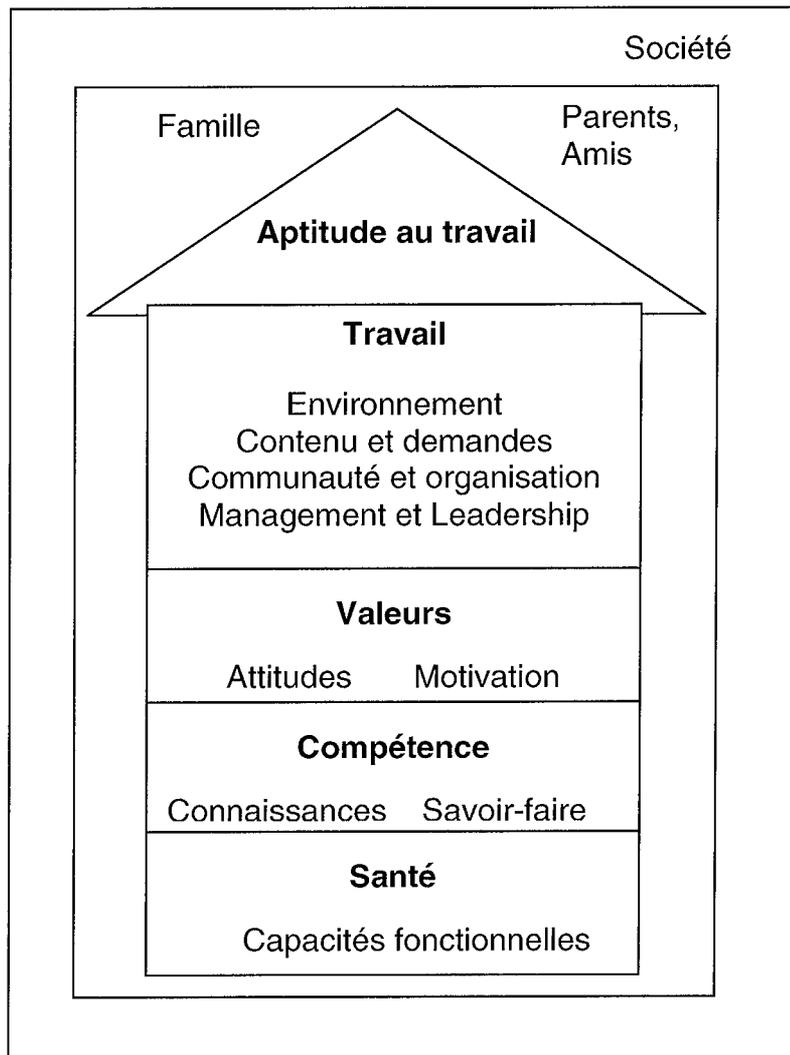


Schéma n°7: Les facteurs influençant l'aptitude au travail
(FIOH/Prof Juhani Ilmarinen)

Entre 20 et 65 ans, les ressources propres d'un individu et les paramètres qui définissent le travail qu'il doit accomplir changent très nettement. Un processus à la fois dynamique et continu doit être mis en œuvre afin d'assurer le maintien d'un équilibre entre ces ressources et le travail.

2.2 L'indice de capacité de travail (ICT)

Afin de promouvoir l'aptitude au travail, il est nécessaire d'élaborer un outil d'évaluation de la capacité de travail. Or, cette dernière est difficile à mesurer : elle comporte, outre des éléments mesurables objectivement, d'autres aspects comme l'éducation, les connaissances, l'expérience et la motivation. L'auto-appréciation de la capacité de travail par le salarié est donc aussi importante que son évaluation par un expert.

L'Indice de Capacité de Travail (ICT) ou Work Ability Index (WAI), élaboré par le FIOH, est un instrument d'analyse de la capacité de travail. Résultat d'un projet de recherche, il a été développé par le FIOH dans le cadre d'une étude longitudinale sur le suivi d'employés municipaux pendant 11 ans [59].

Il est déterminé à partir de réponses à une série de questions (Annexe 4). Ces dernières concernent les exigences physiques et psychiques du travail, l'état de santé et les ressources du salarié. A chaque réponse est attribué un certain nombre de points. Le score final correspond à l'Indice de Capacité de Travail. En fonction de ce score sont préconisées des mesures d'amélioration de la capacité de travail. Cet indice peut également être comparé à des valeurs de référence (valeurs moyennes selon le sexe, l'âge et l'activité : voir exemple Annexe 5 [60]).

L'ICT peut donc être utilisé dans le cadre du suivi individuel en santé au travail ou pour des études à visée épidémiologique. Il est reproductible, fiable et a une bonne valeur prédictive concernant les modifications de la capacité de travail dans divers groupes professionnels [61]. Dans le cadre du suivi, il permet :

- d'identifier précocement la baisse de capacité de travail ;
- d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention et de réhabilitation ;
- d'évaluer l'incapacité de travail.

Conclusion

Le concept de l'inaptitude s'est construit depuis la fin du 19^{ème} siècle et a fluctué en fonction du marché du travail, des courants de pensée, des progrès de la science et selon le secteur d'activité.

L'augmentation du nombre d'inaptitudes, constatée aujourd'hui, a plusieurs origines :

- le vieillissement de la population active, phénomène qui va s'amplifier. Prochainement, près d'un tiers des travailleurs auront plus de 55 ans en Europe ;
- les profondes mutations du monde du travail, avec notamment de nouveaux principes de flexibilité, de rentabilité et de productivisme réactif, dans un contexte concurrentiel et d'individualisation du travail. Les conséquences sont l'intensification du travail, l'émergence de nouveaux facteurs de pénibilité au travail et la limitation des possibilités de reclassement des salariés en cas d'inaptitude.

La construction juridique de l'inaptitude s'est faite en réaction à l'évolution du marché du travail et tente de protéger au mieux le salarié dont l'état de santé s'est dégradé. En effet, la réglementation, renforcée par une abondante jurisprudence, impose à l'employeur le principe de non discrimination et l'obligation de reclassement, sur propositions du médecin du travail.

Notre étude montre que les salariés les plus touchés par l'inaptitude sont les salariés âgés, peu qualifiés, travaillant dans des petites entreprises de moins de 50 salariés. Les pathologies de l'appareil locomoteur sont les premiers pourvoyeurs de l'inaptitude : elles touchent 60% des inaptés, principalement les femmes, les ouvriers et les employés. Les psychopathologies arrivent en deuxième position : elles touchent 27% des inaptés, principalement les cadres et attestent de l'émergence des nouveaux risques psycho-sociaux dans le travail et de leurs conséquences.

Noter travail a également mis en évidence que ces pathologies sont liées dans plus de 80% des cas à l'exercice professionnel. De plus, c'est la catégorie socio-professionnelle, et non l'âge, qui préjuge du risque d'être déclaré inapte du fait d'une de ces pathologies.

Nous n'avons pas pu identifier de facteur favorisant le maintien dans l'emploi, notamment par l'intervention des organismes d'aide au maintien dans l'emploi, ou l'obtention du statut de travailleur handicapé. Malgré les efforts du médecin du travail pour trouver une solution de reclassement et pour mobiliser tous les acteurs susceptibles de l'aider dans cette démarche, seuls 6 à 11% des salariés sont

susceptibles d'être maintenus dans leur entreprise après une inaptitude au poste de travail dans notre enquête. Les réponses des trois employeurs interrogés nous ont aidés à mieux comprendre leurs contraintes et les enjeux pour leur entreprise.

L'inaptitude reste synonyme de licenciement et de précarisation de la situation du salarié. Il est donc nécessaire d'agir en amont et :

- de dépister les salariés à risque d'inaptitude en identifiant le plus précocement possible les signes annonciateurs de difficultés ultérieures dans le poste de travail. C'est la perspective que nous offre l'utilisation de l'indice de capacité de travail élaboré par les finlandais ;

- d'améliorer les conditions de travail et notamment, au vu de nos résultats, de limiter l'exposition à la manutention manuelle et aux mouvements répétitifs, qui sont loin d'avoir disparu, et d'agir sur l'organisation du travail (l'autonomie, la valorisation), afin de limiter les facteurs de risques psycho-sociaux ;

- d'aménager les fins de carrière afin de permettre au travailleurs vieillissants, par l'adaptation des postes et les aménagements d'horaires, de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Atlas national de l'Agefiph 2005 **[en ligne]**. Disponible sur http://www.agefiph.fr/upload/files/1132327080_Atlas%20Agefiph%202005%20Web.pdf (consulté le 14/10/2008).
- [2] Omnès C. Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe. Paris: Belin 2004, 475 p.
- [3] Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Lorraine. 2008.
- [4] Fantoni-Quinton S, Chatfield A, *et al.* La procédure d'inaptitude et son environnement jurisprudentiel. Arch Mal Prof Env 2005;66(6):555-63.
- [5] Duvergier J. Collection complète des lois. 1793.
- [6] Fortunet F. Aux origines d'une définition juridique de l'inaptitude professionnelle. **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p21-31.
- [7] Duvergier J. Collection complète des lois. 1898.
- [8] Millot M. L'émergence de la notion d'inaptitude dans la réglementation du travail après 1892. **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p32-40.
- [9] Moret-Lespinet I. Les débats sur la notion de l'inaptitude au sein du BIT ; orientations nationales, logiques disciplinaires et circulation des idées dans l'Europe du premier XXème siècle. **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p59-67.
- [10] Martin J. Le mouvement d'orientation professionnelle : l'éducation des aptitudes facteur de réduction des inaptitudes. **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p71-82.
- [11] Moutet A. La psychologie appliquée à l'industrie : un moyen de définition de l'aptitude ou de l'inaptitude (de 1930 à 1960) ? **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p83-101.
- [12] Omnès C. Les trajectoires sociales et professionnelles des travailleurs déclarés inaptes au travail de 1941 à nos jours. **In:** Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p180-203.
- [13] Fraboulet D. Le patronat de la métallurgie et l'(in)aptitude durant la première partie du XXème siècle. **In:** Omnès C. Les mains inutiles. Paris: Belin 2004, p287-305.
- [14] David H, Volkoff S, *et al.* Vieillesse, organisation du travail et santé PISTES. 2001;3(1).
- [15] Salzberg L, Guillemard A. Les comportements d'activité des plus de 50 ans, les grandes évolutions sur les trente dernières années. Emploi et vieillissement. Paris: Cahier Travail et Emploi, Ministère du travail.
- [16] Source INSEE: Enquêtes Travail-Emploi **[en ligne]**. 2008; Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF03103 (consulté le 15/10/2008).
- [17] Meron M, Okba M, *et al.* Les femmes et les métiers : vingt ans d'évolutions contrastées. Données sociales-La société française. 2006.

- [18] OECD. Statistiques de la Population Active : 1987-2006 [en ligne]. 2007; Disponible sur http://www.oecd.org/document/53/0,3343,fr_2649_34251_2023221_1_1_1_1,00.html (consulté le 15/10/2008).
- [19] Kumar P. Rethinking highperformance work systems, 2000, Mexico. Third seminar on incomes and productivity : Comission for Labor Cooperation, North American Agreement and Labor Cooperation.
- [20] Struillou Y. Pénibilité et retraite. Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites. 2003.
- [21] Lasfargues G. Départs en retraite et « travaux pénibles » : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme sur la santé. Rapport de recherche pour le Centre d'études de l'emploi. 2005.
- [22] Poisson J. La pénibilité au travail. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. 2008.
- [23] Conseil supérieur des risques professionnels. 2001.
- [24] Caisse nationale d'assurance maladie, direction des risques professionnels, statistiques technologiques. 2006.
- [25] L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 ; premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2004;52.1.
- [26] Les expositions aux risques professionnels : les ambiances et contraintes physiques ; résultats Sumer 2003. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2006;1.15.
- [27] Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2007;01.2.
- [28] Gosselin H. Aptitude et inaptitude médicale au travail: diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. 2007:11-2.
- [29] Cambois E, Laborde C, *et al.* La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et sociétés. 2008;441(4).
- [30] Gollac M, Volkoff S. Les conditions de travail. Paris: La Découverte 2000, 301p.
- [31] Lasfargues G. Expositions professionnelles et effets à long terme sur la santé et l'espérance de vie. Arch Mal Prof Env. 2008;69.
- [32] Volkoff S, Bardot F. Départs en retraite, précoces ou tardifs : à quoi tiennent les projets des quinquagénaires ? Gérontologie et Société. 2004;111.
- [33] Se sentir capable de faire le même travail jusqu'à 60 ans : le poids des facteurs psychosociaux. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2008;29.2.
- [34] Stankiewicz F. Travail, compétences et adaptabilité: L'Harmattan 2000, 233 p.
- [35] Les dispositifs de préretraites publiques en 2005 : poursuite du recul. Premières Informations et Premières Synthèses, DARES. 2004;52.1.
- [36] Touranchet A, Jolivet A. Comment faire quand on ne peut plus ? Arch Mal Prof. 2008;69(2):239.

- [37] de Zwart BC, Frings-Dresen MH, *et al.* Senior workers in the Dutch construction industry: a search for age-related work and health issues. *Experimental aging research.* 1999;25(4):385-91.
- [38] Molinié A. La Santé au travail des salariés de plus de 50 ans. *Données sociales.* 2006;13.
- [39] Molinié A. Enquête « Santé et Vie professionnelle après 50 ans ». Résultats par secteur d'activité. Centre d'études de l'emploi. 2006.
- [40] Santé et sécurité au travail. *Liaisons sociales - Jurisprudence théma.* 2008;105:8.
- [41] Jabes A, Paray J, *et al.* Le Maintien dans l'emploi en questions. Rennes: ENSP 2000, 223 p.
- [42] Les ouvriers du bâtiment et des travaux publics : des contraintes physiques et des expositions aux produits chimiques importantes, une autonomie assez élevée dans le travail. *Premières Informations et Premières Synthèses, DARES.* 2008;07.3.
- [43] Alcouffe J, Bruno F, *et al.* Inaptitude totale permanente au poste de travail, devenir des salariés. Enquête médico-sociale sur 5 ans. *Cahiers de Médecine Interprofessionnelle.* 2007;3:237-50.
- [44] Col A, Rigaut H, *et al.* Suivi des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de 2002 à 2004 dans le Vaucluse. *Arch Mal Prof Env.* 2008;69(2):246.
- [45] Gourdon M, Régeard E. Devenir socioprofessionnel des salariés déclarés inaptes par le médecin du travail. *Arch Mal Prof.* 1999;60(2):136-8.
- [46] Lavenaire E, Vantard P, *et al.* Etudes des inaptitudes au poste de travail en Bretagne. *Arch Mal Prof.* 2002;63(6):475-6.
- [47] Viola A, Métayer L. Portrait type des inaptes définitifs dans le Var en 1996. *Arch Mal Prof.* 1999;60(8):760-7.
- [48] Dalm C, Maysonnave C, *et al.* Inaptitudes médicales totales et définitives en région Aquitaine. Enquête 2005-2006. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Aquitaine. 2007.
- [49] Devaux B. Etude CASIM. Caractéristiques des situations conduisant à l'inaptitude médicale **[en ligne]**. 2007; Disponible sur <http://gnmstbtp.free.fr/DEAUVILLE07/Pdf/7-CASIM-Devaux.pdf> (consulté le 15/10/2008).
- [50] Etude des licenciements pour inaptitudes médicales en 2002-2003 au SST de l'APAS 17. Disponible sur: <http://www.poitou-charentesfr.fr/exergue/forums-participatifs/sante/doc/hoornwegpdf>.
- [51] Etude des licenciements pour inaptitudes médicales en 2002-2003 au SST de l'APAS17 **[en ligne]**. Disponible sur <http://www.poitou-charentes.fr/fr/exergue/forums-participatifs/sante/doc/hoornweg.pdf> (consulté le 15/10/2008).
- [52] Buch J. Le suivi des inaptitudes du CMIST. Etude sur cinq ans 2002-2006 **[en ligne]**. 2007; Disponible sur http://pagesperso-orange.fr/jmmalby/textesetpdfs/dossier_etudes_cmi/SuivinaptitudesCMIST2002-2006.pdf (consulté le 15/10/2008).

- [53] De Bandt F, Desnoyers G, *et al.* Devenir des salariés déclarés médicalement inaptes à leur poste de travail: étude de la mise en place de l'inaptitude et bilan un an après. *Yvelines Santé Travail* 2006.
- [54] Jegaden D, Poumarede M, *et al.* Les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail en 2004 [en ligne]. Disponible sur <<http://www.metrabrest.com/Inaptes%202004.pdf>> (consulté le 15/10/2008).
- [55] Etude des licenciements pour inaptitudes médicales en 2002-2003 au SST de l'APAS 17. Disponible sur: <<http://www.poitou-charentes.fr/fr/exergue/forums-participatifs/sante/doc/hoornwegpdf>>. (consulté le 15/10/2008).
- [56] Jegaden D, Poumarede M, *et al.* Les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail en 2004. Disponible sur: <<http://www.metrabrest.com/Inaptes%202004pdf>>. 2005.
- [57] Tuomi K, Huuhtanen P, *et al.* Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2001;51(5):318-24.
- [58] Caillard J. Maintien dans l'emploi et états de santé. *Documents pour le Médecin du Travail*. 2004;100.
- [59] Tuomi K, Ilmarinen J, *et al.* Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 1997;23 Suppl 1:66-71.
- [60] Ilmarinen J, Tuomi K, *et al.* Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 1997;23 Suppl 1:49-57.
- [61] de Zwart BC, Frings-Dresen MH, *et al.* Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational medicine*. 2002;52(4):177-81.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AHMSITHE: Association Haut-Marnaise au Service de l'Insertion des Travailleurs Handicapés en Entreprise
ALSMT : Association Lorraine des Services de Santé en Milieu de Travail
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
ASMSTBTP : Association des Services Médicaux et Sociaux du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics
ASSEDIC : ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle (diplôme national du brevet)
BTP : Bâtiment et Travaux Publics
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CATS : Cessation d'Activité des Travailleurs Salariés
CDA : Commission des Droits et de l'Autonomie
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CEP : Certificat d'étude primaire
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIF : Congé Individuel de Formation
CIRC : Centre international de recherche sur le Cancer
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRE : Contrat de Rééducation chez l'Employeur
CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
CSP : catégorie socioprofessionnelle
DEUG : Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DRH : Directeur des Ressources Humaines
FIOH : Finnish Institute of Occupational Health
FONGECIF : FONds de GEstion du Congé Individuel de Formation
ICT : Indice de Capacité de Travail
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP : Incapacité Partielle Permanente
IRR : Institut Régional de Réadaptation et de préorientation professionnelle
ISO : International Organization for Standardization
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIRTMO : Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Oeuvre
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NAF : Nomenclature d'Activité Française
NES : Nomenclature Economique de Synthèse
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDITH : Plans Départementaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAMETH : Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs handicapés
SNCF : Société Nationale des Chemins de fer Français
TH : Travailleurs Handicapés
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire « Inaptitudes 2007 »

ANNEXE 2 : Lettre d'information au salarié

ANNEXE 3 : Questionnaire « Suivi des inaptitudes »

ANNEXE 4 : Indice de capacité de travail (ICT)

ANNEXE 5 : Tableau de références de l'ICT



ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE

INAPTITUDES 2007

Médecin :

Date de l'inaptitude :

* Les rubriques précédées de *acceptent plusieurs réponses

Caractéristiques personnelles :

N° d'identification _____ Année de naissance _____ Sexe: M 1 F 2

Niveau de Formation Initiale _____

Formations suivies tout au long de la vie professionnelle (hors SST) :

aucune 0 ou 2 1 3 à 5 2 plus de 5 3

Activités : Code NAF _____ Code CSP _____

Poste de travail en clair _____

- Taille d'entreprise : Moins de 10 1 De 10 à 49 2 De 50 à 199 3 De 200 et plus 4

- Type de contrat : CDI 1 CDD 2 Interim 3 Autre 4

Anciennetés en années : Ancienneté au poste de travail : _____

Ancienneté dans l'entreprise : _____ Ancienneté dans le métier : _____

*Pathologies :

Rachis TMS Rhumato autres Cardiovasculaire Neurologie

Psychopathologie Dermatologie Pneumologie Allergie

Cancer Autres Préciser en clair _____

Cette pathologie est-elle liée à :

- Un AT / MP déclarée : pas du tout 1 en partie 2 totalement 3

- L'exercice professionnel : pas du tout 1 en partie 2 totalement 3

*Statut (le jour de l'inaptitude) :

- Reconnaissance qualité de travailleur handicapé : Oui 1 Non 2 En cours 3

- Invalidité SS : Première catégorie 1 Deuxième catégorie 2 Ne sait pas 3

- IPP (AT/MP) >ou= 10% : Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3

*Conditions de travail ayant favorisé l'inaptitude :

Pénibilité physique / exigence physique Contrainte psycho organisationnelle

Exigence de sécurité Risque toxique Risque allergique

Visites de pré-reprise : Nombre : _____

*Orientations : CDA (ex COTOREP) conseillée 1 contact pris 2

SAMETH conseillée 1 contact pris 2

Assistante sociale conseillée 1 contact pris 2

Consultation spécialisée conseillée 1 contact pris 2

Autre en clair :

Reclassement prévu dans l'entreprise : Oui 1 Non 2 Incertain 3

*Si oui ou incertain :

- aménagement de poste

- aménagement d'horaire

- affectation à un autre poste

Avec recours à : Formation Aide financière à l'emploi

Si non :

Refus du salarié 1 Impossibilité pour l'employeur 2

*Projets du salarié :

- embauche dans une autre entreprise

- formation programmée, en cours, ou réalisée

- création d'entreprise

- retraite

- demandeur d'emploi

- Invalidité

Accepte un contact ultérieur par le service de santé au travail : Oui 1 Non 2



ANNEXE 2 : Lettre d'information au salarié

Docteur :

Date :

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être reconnu inapte à votre poste de travail. Cette décision entraîne des conséquences sur votre devenir professionnel.

Les médecins du travail souhaitent connaître les démarches que vous avez engagées suite à cette inaptitude et les résultats obtenus.

Nous souhaitons :

- mettre en évidence les facteurs qui pourraient favoriser la poursuite d'une activité professionnelle
- améliorer ainsi le suivi en médecine du travail des salariés qui présentent des inaptitudes ou des restrictions d'aptitude.

Si vous en êtes d'accord, vous pouvez laisser vos coordonnées afin qu'un membre du Service de Santé au Travail (médecin du travail ou assistante sociale) vous contacte dans un an pour connaître votre situation professionnelle.

Les données recueillies feront l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). *Conformément aux articles 26 et 27 de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.* Si vous souhaitez exercer ce droit, vous pouvez vous adresser au secrétariat de votre centre de visite médicale.

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des conclusions de cette étude en prenant contact avec le service de santé au travail.

Merci pour votre collaboration,

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse E-Mail :

« J'accepte un contact dans un an »

Date :

Signature :

ANNEXE 3 :

QUESTIONNAIRE SUIVI DES INAPTITUDES

Date de l'inaptitude : _____

Date du questionnaire de suivi : _____

Caractéristiques personnelles :

N° d'identification _____ Année de naissance _____ Sexe: M 1 F 2

Reconnu Travailleur Handicapé Oui 1 Non 2

Contacts réalisés depuis le précédent questionnaire :

- MDPH (ex COTOREP)
- SAMETH
- Assistante sociale
- Consultation spécialisée
- Centre de réadaptation et de pré-orientation Oui 1 Non 2
- Autres En clair : _____

Situation actuelle du salarié (plusieurs réponses possibles) :

- Maintien dans l'entreprise où a été prononcée l'inaptitude au poste Oui 1 Non 2

Nouveau poste en clair _____

Code CSP : _____

- Embauche dans une autre entreprise Oui 1 Non 2 Date d'embauche _____

Si vous êtes reconnu Travailleur Handicapé, l'avez-vous déclaré à l'employeur Oui 1 Non 2

A-t-il reçu une aide à l'insertion professionnelle Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3

Nouveau poste en clair _____

Code CSP : _____ Code NAF : _____

Intérim 1 CDD 2 CDI 3 Autre (CNE,..) 4

- Formation : programmée 1 en cours 2 réalisée 3
Type de formation _____

- Création d'entreprise Oui 1 Non 2

Date de création _____

- Invalidité Oui 1 Non 2 Catégorie I II III

- Demandeur d'emploi Oui 1 Non 2 Indemnités Oui 1 Non 2

- Retraite Oui 1 Non 2

- Autres En clair _____

- Depuis votre inaptitude de 2007 trouvez-vous que votre qualité de vie
S'est plutôt améliorée 1 Est plutôt restée stable 2 S'est plutôt dégradée 3

Commentaires et informations supplémentaires éventuellement apportés par l'intéressé(e) :

Accord pour un nouveau contact ultérieur Oui 1 Non 2

Questionnaire recueilli par : _____

ANNEXE 4 : Indice de capacité de travail (ICT)

Date : Nom : Age : Profession :

1. Capacité de travail actuelle comparée à la meilleure que vous n'avez jamais atteinte :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
incapable de travailler capacité maximale

2. Capacité de travail en rapport aux exigences de poste :

Comment considérez-vous votre capacité de travail actuelle par rapport aux exigences physiques de votre travail ?

Très bonne	5
Assez bonne	4
Moyenne	3
Médiocre	2
Mauvaise	1

Comment considérez-vous votre capacité de travail actuelle par rapport aux exigences mentales de votre travail ?

Très bonne	5
Assez bonne	4
Moyenne	3
Médiocre	2
Mauvaise	1

3. Nombre de maladies actuelles diagnostiquées par un médecin :

Dans la liste suivante, indiquez vos maladies ou séquelles d'accidents :

Blessures par accident, Atteinte musculosquelettique, Maladie cardiovasculaire, Maladie respiratoire, Troubles psychiques, Maladie neurologique et des organes des sens, Maladie digestive, Maladie urogénitale, Maladie de la peau, Tumeurs, Maladies endocriniennes et métaboliques, Maladie du sang, Maladie congénitale.

Au moins 5 maladies : 1 point	4 maladies : 2 points	3 maladies : 3 points
2 maladies : 4 points	1 maladie : 5 points	0 maladie : 7 points

4. Répercussion estimée des problèmes de santé sur votre vie professionnelle.

Vos problèmes de santé influencent ils votre travail actuel ?

Ils n'ont pas d'influence/Je ne suis pas malade.	6
Je suis capable de faire mon travail, mais cela me cause quelques symptômes.	5
Je dois parfois ralentir mon activité ou changer mes méthodes de travail.	4
Je dois souvent ralentir mon activité ou changer mes méthodes de travail.	3
A cause de mon état de santé, je pense que je ne suis capable de travailler qu'à temps partiel.	2
A mon avis, je suis complètement incapable de travailler.	1

5. Nombre de jours d'arrêt de travail dans les douze derniers mois ?

Aucun	5
Au maximum 9 jours	4
De 10 à 24 jours	3
De 25 à 99 jours	2
De 100 à 365 jours	1

6. Votre pronostic quant à votre capacité de travail dans deux ans :

Pensez vous que, dans deux ans, votre état de santé vous permettra d'effectuer votre travail actuel ?

Sans doute pas	1
Ce n'est pas sûr	4
C'est relativement certain	7

7. Ressources psychiques (se rapporte à la vie en général, aussi bien au travail qu'au quotidien) :

Ces derniers temps, avez-vous pris du plaisir à effectuer vos activités quotidiennes ?

Souvent	4
Assez souvent	3
Parfois	2
Assez rarement	1
Jamais	0

Ces derniers temps, vous êtes vous senti actif et plein d'énergie ?

Souvent	4
Assez souvent	3
Parfois	2
Assez rarement	1
Jamais	0

Ces derniers temps, vous êtes vous senti plein d'espoir pour l'avenir?

Souvent	4
Assez souvent	3
Parfois	2
Assez rarement	1
Jamais	0

Les points des différentes questions sont additionnés. La somme obtenue est transposée comme suit :

Somme 0-3 : 1 point Somme 4-6 : 2 points Somme 7-9 : 3 points Somme 10-12 : 4 points

ANNEXE 5 : Tableau de références de l'ICT

Sexe/Contenu du travail/Groupe professionnel	Âge			Sexe/Contenu du travail/Groupe professionnel	Âge		
	50	55	58		50	55	58
Hommes	35	34	34	Femmes	36	35	34
Travail exigeant physiquement	34	33	31	Travail exigeant physiquement	34	32	32
Auxiliaires	33	33	31	Auxiliaires	34	33	31
Tâches sans formation				Femmes de ménage			
Peintres				Personnel auxiliaire hospitalier			
Ouvriers de chantier/balayeurs				Personnel de cuisine			
Jardiniers				Ouvrière de chantier et balayeuses			
Travailleurs				Jardinières			
Travaux d'aménagement et d'installation	35	33	31	Travaux ménagers	34	31	33
Sapeurs-pompiers				Personnel de piscine			
Concierges				Aides ménagères			
Soudeurs et plombiers				Concierges			
Mécaniciens sur auto							
Charpentiers							
Électriciens							
Travail physiquement et mentalement exigeant	34	34	33	Travail physiquement et mentalement exigeant	37	35	34
Travaux de transport	34	34	32	Chefs de cuisine	36	34	30
Machinistes				Dentistes	39	37	38
Conducteurs de bus				Activités de soins	37	35	34
Autres conducteurs				Puéricultrices			
Convoyeurs de déchets	33	33	--	Infirmières généralistes			
Dentistes	37	38	--	Infirmières en psychiatrie			
Activités de soins	35	36	--	Infirmières spécialisées			
Personnel soignant en psychiatrie				Autres infirmières			
Travail mentalement exigeant	39	36	36	Travail mentalement exigeant	39	35	35
Services administratifs	40	38	37	Travail de bureau	38	36	35
Travailleur social				Dessinatrices			
Cadres administratifs				Dactylographes			
Chefs techniques	38	35	36	Employées de commerce			
Capitaines de pompiers				Services administratifs	40	37	36
Chefs de chantiers				Travailleuses sociales			
Médecins	44	41	40	Infirmières surveillantes			
Enseignants	38	35	34	Infirmières-chefs			
Maîtres d'écoles professionnelles				Cadres administratifs			
Enseignants du degré secondaire				Médecins	40	39	38
				Enseignantes	38	35	35
				Maîtresses d'écoles professionnelles			
				Enseignantes du degré sec.			
				Enseignantes en structures parascolaires			

Valeurs moyennes de l'ICT chez des employés municipaux de 50, 55 et 58 ans, classées selon le métier, le sexe, les contenus du travail (physiquement et/ou psychiquement exigeant) et les groupes professionnels. [60]

VU

NANCY, le 7 octobre 2008

Le Président de Thèse

Professeur C. PARIS

NANCY, le 7 octobre 2008

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 10 octobre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

L'intensification du travail, l'apparition de nouveaux facteurs de pénibilité au travail et le vieillissement de la population active sont à l'origine de l'augmentation du nombre des inaptitudes. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale, afin de connaître les caractéristiques des salariés déclarés inaptes définitifs à leur poste de travail dans trois services de santé au travail de Meurthe-et-Moselle en 2007, incluant 408 salariés. L'inaptitude touche surtout les salariés de plus de 45 ans, peu qualifiés, appartenant à des petites entreprises de moins de 50 salariés. Les affections responsables sont majoritairement les pathologies ostéo-articulaires et les psycho-pathologies. Elles sont liées à l'exercice professionnel dans plus de 80% des cas. Plus de neuf fois sur dix, l'inaptitude débouchera sur un licenciement. L'intérêt de cette étude réside dans le suivi des salariés : ils seront recontactés à un an de leur inaptitude afin de connaître leur devenir. Les chiffres de l'inaptitude et leurs lourdes conséquences socio-professionnelles posent la question du recentrage de l'action des médecins du travail sur l'amélioration des conditions de travail et le maintien dans l'emploi.

TITRE EN ANGLAIS : Medical inability at work: an epidemiological study in three occupational health services

THÈSE : MÉDECINE DU TRAVAIL – ANNÉE 2008

MOTS CLEFS : aptitude, inaptitude, conditions de travail, vieillissement, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux, maintien dans l'emploi, indice de capacité de travail

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
