

GP

PARIS, le 22 décembre 2006

Monsieur le Conseiller,

Aptitude et inaptitude posent des problèmes de plus en plus aigus, tant au niveau des employeurs et des salariés, d'une part, que des médecins du travail et des Services de Santé au travail, d'autre part. L'analyse qui en est faite dans la fiche 4.3 du « Plan Santé au travail 2005 2009 », intitulée « Repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi », est tout à fait pertinente :

« Les concepts d'aptitude et d'inaptitude – fondées sur des données individuelles à caractère médical et sur des caractéristiques concrètes de situations de travail – soulèvent aujourd'hui des questionnements importants. Ils mettent en évidence le manque de lisibilité, les ambiguïtés, l'insécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques.

En outre, le vieillissement de la population salariée impose de repenser, à grande échelle, la question de l'adéquation entre l'état de santé et les postes de travail, en y intégrant les problématiques de valorisation de l'expérience et, sans doute, celle du handicap, dans une logique de maintien dans l'emploi ».

Dans ces conditions, la réflexion engagée dans le cadre du « Plan Santé au travail 2005-2009 » est la bienvenue si, comme il est prévu de le faire, elle permet de « clarifier les questions de l'aptitude et de l'inaptitude médicales au poste de travail ou à l'emploi [...] et d'identifier un dispositif qui, dans ses dimensions sociales et éthiques, comme du point de vue de sa sécurité juridique, puisse articuler, tout au long de l'activité professionnelle, l'exigence primordiale de protection de l'état de santé du salarié, la prise en compte de son évolution au cours des années, l'accès ou le maintien (en particulier pour les seniors) dans l'emploi de ce salarié, en agissant, tant sur les situations de travail que sur les parcours professionnels ».

Avant toute autre considération relative à d'éventuelles modifications des « règles du jeu », il est indispensable de bien savoir ce qu'est l'aptitude/inaptitude et ce à quoi elle est censée servir : décidée par le médecin du travail, conseiller de l'employeur et du salarié, elle a avant tout pour vocation d'être une « protection »¹, pour l'un comme pour l'autre.

Ce rôle « protecteur » de l'aptitude/inaptitude a, semble-t-il, été quelque peu négligé, pour ne pas dire oublié, depuis longues années, pour des raisons qui tiennent à la fois aux acteurs eux-mêmes et à leur environnement.

Il est évident que le drame de l'amiante a pu (et peut) conduire à douter de sa pertinence et de son efficacité : comment parler en effet de « protection » alors que, pendant de très nombreuses années, les médecins du travail ont déclaré « aptes » sans aucune restriction des travailleurs exposés à l'amiante, atteints par la suite de pathologies souvent mortelles directement liées à leur exposition ?

Vue sous ce seul angle, la « protection » semble n'avoir aucun sens. Et pourtant, il s'agit bien d'un aspect essentiel de l'aptitude/inaptitude car, dans tous les cas où existent des restrictions d'aptitude, le fait de les porter à la connaissance de l'employeur et du salarié doit être à l'origine d'une réflexion sur le poste de travail et son aménagement en vue d'établir (ou de rétablir) une véritable « adéquation salarié/poste de travail ».

Si l'on considère l'avis délivré par le médecin du travail non comme une « assurance tous risques », qu'il ne peut pas être², mais bien comme un levier pour agir dans le sens d'une prévention accrue, qu'il devrait être³, il a bien un rôle « protecteur » à jouer, aujourd'hui et probablement demain encore, sous réserve, bien évidemment, d'en redéfinir les contours, comme cela va être explicité ultérieurement.

Difficile d'aborder la triste question de l'amiante sans regretter le caractère injuste du procès fait à la Médecine du travail et aux médecins du travail car, quoi qu'on en dise très souvent, ces derniers ont rempli honnêtement leurs missions dans le cadre réglementaire existant, qui s'imposait à eux, et, s'il est commode d'affirmer aujourd'hui que les risques liés à l'amiante étaient connus et reconnus de longue

¹ Les termes d'une note sur l'aptitude au travail rédigée en 2005 par le Docteur PELLET, Médecin Conseil du MEDEF, expriment très clairement cette idée :

« La médecine du travail a été instaurée en 1946 dans le cadre de la mise en place d'un réseau de protection sociale et de prévention – comme le rappelait Maurice ROCHAIX – à l'avantage des salariés.

Si débat il y a, disait-il, il devrait porter sur le renforcement de la portée des propositions de reclassement et sur la reconnaissance d'un droit de recours pour le salarié contre l'avis du médecin du travail, et non sur les missions de la médecine du travail elle-même.

L'une des idées qui étaient sous-jacentes à la création de l'aptitude, c'est que le salarié n'a pas toujours le choix de travailler ou de ne pas travailler à tel poste, que parfois son seul choix est de subir, et que cet acte d'autorité médico-légale qu'est l'aptitude peut protéger le salarié ».

² Ni pour l'employeur ni pour le salarié.

³ Il en est de même de l'évaluation a priori des risques professionnels faite sous la responsabilité de l'employeur, sous la forme du « Document unique ».

date, cette affirmation est malheureusement erronée, le consensus des scientifiques en la matière ayant beaucoup tardé⁴.

Le médecin du travail, conduit à émettre des avis d'aptitude et d'inaptitude dans un contexte économique et social de plus en plus difficile où sa décision a pour conséquences le licenciement du salarié, et, dans bien des cas, l'impossibilité pour ce dernier de retrouver un emploi, joue un rôle particulièrement délicat.

La tendance actuelle à la contestation, devant les juridictions prud'homales, des avis délivrés par les médecins du travail, qui s'inscrit dans une logique de « judiciarisation » encouragée par certains, est particulièrement malsaine. Elle impose que soient clairement redéfinis les objectifs de l'avis et les conséquences qui peuvent (ou doivent) en être tirées par l'employeur et le salarié. Il est essentiel en effet que le médecin du travail puisse se prononcer en toute indépendance, sans que son avis devienne systématiquement l'objet d'un contentieux le mettant en cause ou mettant en cause le Service de Santé au travail qui l'emploie, comme c'est de plus en plus souvent le cas.

La délivrance des avis d'aptitude au terme des examens médicaux obligatoires, périodiques ou non⁵, a toujours été l'une des tâches principales des médecins du travail, au point d'avoir, dans un contexte marqué depuis de nombreuses années⁶ par la pénurie de médecins du travail spécialistes, mobilisé l'essentiel de leur temps de travail aux dépens de l'action sur le milieu de travail.

⁴ Tout est très différent aujourd'hui, en raison précisément de la répétition de drames sanitaires et de catastrophes environnementales, qui a conduit à un développement tel du « principe de précaution » (désormais inscrit dans la Constitution) qu'on en viendrait presque à croire que le « risque zéro » est possible.

Il ne l'est pas et ne le sera jamais ; en revanche, le développement de la prévention est, lui, éminemment souhaitable et tout à fait possible en appliquant notamment les règles tirées de ce que les chercheurs anglo-saxons appellent « evidence based medicine » ou « médecine fondée sur les preuves », laquelle revient à asseoir prioritairement les pratiques médicales sur des constats scientifiquement établis et reconnus entre pairs et non plus exclusivement sur les textes réglementaires, généralement (et fort logiquement) en retard par rapport à la recherche.

Dans le même ordre d'idées, le fameux « blind spot » ou « angle mort » auquel s'intéressent de plus en plus les mêmes chercheurs anglo-saxons pourrait se révéler extrêmement fructueux à l'avenir dans la mesure où l'association « médecin du travail/médecin de ville » qui est censée le réduire est potentiellement porteuse d'une indispensable complémentarité, le plus souvent totalement absente aujourd'hui.

Ne perdons jamais de vue que tout salarié peut être un patient et qu'un patient est souvent un salarié...

Un retour aux sources en quelque sorte car cette « vérité » était déjà au cœur même de l'œuvre de RAMAZZINI, « De morbis artificum diatriba », au tout début du XVIII^{ème} siècle...

⁵ Ce sont les visites d'embauchage, les visites annuelles et les visites de reprise du travail. Même si la jurisprudence exprime un point de vue différent, les visites de pré-reprise ne doivent pas, sur un plan strictement réglementaire, dans la mesure où elles sont réalisées pendant les périodes de suspension du contrat de travail, se conclure en termes d'aptitude ou d'inaptitude. Cette divergence entre réglementation et jurisprudence n'entame en rien l'intérêt majeur de ces examens, dont le nombre a beaucoup progressé ces dernières années et qu'il serait utile de promouvoir et de développer davantage encore dans une logique d'aide au reclassement et de maintien dans l'emploi.

⁶ La pénurie de médecins du travail spécialistes existe depuis la fin des années 1980. Elle a été stigmatisée par le Président du CISME, M. Jean NEIDINGER, devant les membres du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, dès 1988.

Positionner ainsi l'aptitude revient à s'interroger sur ce que sont (et ce que devraient être) les priorités des médecins du travail exerçant leur activité au sein des Services de Santé au travail.

La particularité de l'exercice de la Médecine du travail réside dans l'obligation faite au médecin du travail de conjuguer activité clinique et action sur le milieu de travail ; on comprend aisément que de l'équilibre entre ces deux versants de son activité dépendent très largement la quantité et la qualité des avis d'aptitude qu'il émet⁷ :

- consacrer l'essentiel de son temps à l'action sur le milieu de travail revient à ne pouvoir délivrer qu'un nombre limité d'avis, faute de temps pour mener à bien l'activité clinique ; le problème est ici d'ordre quantitatif.
- à l'inverse, consacrer l'essentiel de son temps à l'activité clinique permet effectivement de délivrer davantage d'avis mais on est alors en droit de s'interroger sur leur pertinence, dans la mesure où le médecin du travail a pour mission de délivrer un avis d'aptitude, non « au travail » ou « à un emploi » en général mais « à un poste de travail » en particulier, poste qu'il est censé connaître ; le problème est ici d'ordre qualitatif.

Envisagée ici au niveau individuel, la question doit évidemment être transposée au niveau collectif, eu égard notamment aux possibilités du système au plan national. Elle apparaît alors bien plus délicate encore : les médecins du travail, seuls habilités à délivrer les avis d'aptitude, sont (et seront) en effet de moins en moins nombreux, ce qui exclut la possibilité de conserver le système actuel en l'état.

De deux choses l'une :

- ou l'on veut préserver leur spécificité en garantissant une présence forte dans les entreprises⁸ : il faut alors accepter que le volume possible d'avis d'aptitude délivrés par les médecins du travail décline fortement dans les prochaines années ;
- ou l'on veut à tout prix que les avis d'aptitude soient délivrés par les médecins du travail et eux seuls, en aussi grand nombre et dans les mêmes conditions

⁷ Le mémoire transmis par M. DESERABLE, Président de l'« Association Régionale des Associations de Médecine du travail Inter-Entreprises » (ARAMIE), qui regroupe les Services de Santé au travail de PICARDIE, et Directeur de l'ASMIS (Service Interentreprises de Santé au travail d'AMIENS), est très explicite sur ce point : sur 1,1 million d'examen médicaux pratiqués en 2005, plus d'1 million (91 %) ont débouché sur un avis d'aptitude sans restriction, 75 000 (6,75 %) sur une aptitude avec restriction, 11 200 (1 %) à une inaptitude temporaire et seulement 5 000 (moins de 0,5 %) à une inaptitude totale.

Le moins que l'on puisse dire est que les moyens déployés pour « traquer » l'inaptitude apparaissent démesurés au regard des résultats enregistrés. On pourrait négliger ce constat s'il se limitait à la seule PICARDIE : tel n'est pas le cas, des statistiques analogues pouvant être établies dans toutes les régions.

Le plus grave est qu'en consacrant l'essentiel de leur temps de travail aux examens médicaux servant à la détermination de l'aptitude, les médecins du travail privent les entreprises et les salariés de ce qui devrait être l'essentiel de leur contribution à la Santé au travail, à savoir la promotion et le développement de la Prévention en entreprise.

⁸ Le décret du 28 juillet 2004 a renforcé l'action sur le milieu de travail, grâce aux 150 demi journées par an qui doivent lui être consacrées et à la généralisation de la pluridisciplinarité.

que dans le passé : il faut alors admettre que ces derniers soient contraints d'exercer une activité de plus en plus « médicale », dans leur cabinet, en totale contradiction avec la lettre et l'esprit de la réforme...

Dans l'un et l'autre cas, on se trouve manifestement dans une impasse.

Il convient donc de se demander s'il existe des « variables d'ajustement » sur lesquelles on pourrait jouer pour permettre malgré tout au système de continuer à fonctionner :

- s'agissant des « professionnels » ayant le pouvoir d'émettre des avis sur l'« aptitude » des salariés, la réponse des Pouvoirs publics, qui est aussi la nôtre, est qu'il ne peut s'agir que des médecins du travail et non de médecins n'ayant aucune connaissance de la Santé au travail et des risques professionnels.⁹
- nous savons par ailleurs que leur nombre diminuera inexorablement dans les prochaines années.
- la récente réforme de la Médecine du travail, née de la loi de Modernisation sociale du 17 janvier 2002, du décret du 24 juin 2003 et du décret du 28 juillet 2004, a conforté l'importance de l'action sur le milieu de travail, à travers les médecins du travail et les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), condition sine qua non pour répondre plus et mieux aux besoins des entreprises et des salariés. Il serait aberrant de revenir sur cette orientation stratégique du système qui vient tout juste d'être mis en place.
- avec le « Plan Santé au travail 2005-2009 », d'autres orientations stratégiques ont été adoptées, dont celle substituant à l'approche individuelle et médicale qui caractérisait la Médecine du travail, une approche collective et pluridisciplinaire qui est celle de la Santé au travail, cette dernière étant elle-même considérée comme faisant partie intégrante de la Santé publique. Il est exclu que ces orientations, qui reposent sur une approche globale de la Santé, commune à tous les pays développés, soient aujourd'hui remises en cause.

Les « variables d'ajustement », s'il en existe, doivent donc de toute évidence être recherchées ailleurs, et, en tout premier lieu, dans la détermination de la « population cible », c'est-à-dire celle des salariés qui devraient continuer à bénéficier d'un « avis d'aptitude » délivré dans des conditions comparables à celles qui ont prévalu jusqu'à maintenant :

- la qualité du donneur d'avis (le médecin du travail) étant acquise, le volume possible d'avis (répondant à la définition actuelle) étant de ce fait limité, c'est bien sur la quantité et la qualité des bénéficiaires des avis qu'il est possible de jouer.

⁹ Les discussions entre les partenaires sociaux qui ont conduit à l'Accord de septembre 2000 sur la Santé au travail et la Prévention des risques professionnels sont très claires sur ce point : la Santé au travail ne peut être exercée que par des médecins du travail spécialistes.

- en clair, ces derniers doivent-ils toujours être tous les salariés, quels que soient leur âge, les postes de travail qu'ils occupent et les risques auxquels ils sont exposés ? Ne peut-on envisager qu'il ne s'agisse que de certains d'entre eux ? Ne peut-on réfléchir à une modulation de l'intervalle entre deux avis successifs ?

Poser ces questions, c'est y répondre, tant il est certain que l'avis d'aptitude tel que nous le connaissons souffre en fait de la même « inadaptation » que la visite annuelle systématique¹⁰, dont il est en quelque sorte un « produit dérivé ». Aussi longtemps que la visite « annuelle » obligatoire a eu toute sa légitimité, l'avis d'aptitude a eu la sienne, mais de nombreux changements sont intervenus ces vingt dernières années¹¹, qui obligent à le repenser.

Il est de plus en plus évident que l'obligation, pour chaque salarié, d'être déclaré « apte » à son poste de travail au moins une fois par an¹², n'est plus pertinente aujourd'hui, que ce soit au regard des textes réglementaires en vigueur ou des besoins réels des entreprises et des salariés.

¹⁰ Le Rapport annuel 2003 de l'IGAS, « Santé, pour une politique de prévention durable », est particulièrement édifiant à ce sujet, comme en témoignent les phrases ci-dessous, qui en sont extraites :
*« Dans sa pratique quotidienne, la médecine du travail reste focalisée sur l'examen général périodique et systématique, dont l'efficacité est aujourd'hui remise en cause de façon générale. En réalité, la préoccupation de la vérification de l'aptitude continue à prédominer et à justifier, aux yeux des acteurs de l'organisation du travail, employeurs, médecins, salariés, le maintien de l'examen individuel systématique comme mission primordiale de la médecine du travail.
 [...] De ce point de vue, la médecine du travail française se trouve à un carrefour, où elle va devoir choisir entre deux voies divergentes : l'une, traditionnelle, fondée davantage sur l'approche médicale individuelle de l'individu et le traitement illusoirement égalitaire de tous les salariés ; la seconde, plus proche du modèle anglo-saxon, et plus tournée vers un mode d'action collectif et ciblé, vers la santé au travail plutôt que vers l'aptitude au travail.
 [...] La remise en cause du principe de la visite médicale systématique est d'autant plus à l'ordre du jour que la médecine du travail pâtit à l'heure actuelle d'une pénurie de praticiens alarmante.
 [...] De l'avis général, la démographie de la médecine du travail est alarmante. Et ce d'autant plus que la situation est appelée à empirer avec les nombreux départs à la retraite à l'échéance de 2007. L'effectif des médecins du travail spécialisés est en 2002 de 5933, sous certaines conditions et selon des modalités diverses, par l'intervention de médecins généralistes et de spécialistes d'autres disciplines. Or, le secteur industriel et commercial emploie en France quelque 15 millions de salariés, dont 88 % travaillent dans les petites et moyennes entreprises. Ce seul rapprochement de chiffres suffit à vider de son sens l'intangibilité du principe de la visite systématique, et commande d'orienter la médecine du travail vers un autre mode d'organisation, collectif et pluridisciplinaire.
 [...] Le temps que libérerait pour les médecins du travail un allègement de la périodicité des visites pourrait être utilement affecté au travail de terrain, dans les sites de production, et serait de nature à rendre effectif le « tiers temps », en pratique peu utilisé aujourd'hui.
 [...] En toute hypothèse, l'organisation des services de médecine du travail paraît aujourd'hui dépassée. Encore focalisée sur une visite systématique que la diversification de leurs missions et la réduction de leur nombre tendent à rendre inopérante, [...] la médecine du travail traverse une crise d'identité ».*

¹¹ Mutation des entreprises, changements démographiques irréversibles, parmi lesquels la « tertiarisation » de la population active, son vieillissement et sa féminisation, évolution des risques professionnels, caractérisée par un glissement de la sphère des risques « classiques » vers celle des risques psychosociaux...

¹² C'est le décret du 27 novembre 1947 qui a prévu une visite d'embauche ayant pour objet de déterminer si le candidat est « médicalement apte au travail envisagé » et créé une fiche d'aptitude destinée à l'employeur. L'avis d'aptitude tel que nous le connaissons aujourd'hui, établi à l'issue de chacun des examens médicaux prévus par la réglementation, et particulièrement des examens annuels, est de création beaucoup plus récente puisqu'il ne remonte en fait qu'au décret du 20 mars 1979.

Ainsi, les salariés classés en Surveillance Médicale Simple (SMS) et non en Surveillance Médicale Renforcée (SMR) au sens de l'article R. 241-32 du Code du travail font l'objet d'un examen médical périodique au maximum tous les deux ans : il en résulte que, pour eux, l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail, hors visites de reprise, a d'ores et déjà une durée de validité pouvant aller jusqu'à deux ans.

Que l'intervalle entre deux examens médicaux successifs, et, corrélativement, entre deux « avis », puisse être encore élargi dans les années qui viennent pour les salariés non soumis à SMR, ne porterait nullement atteinte à la satisfaction des besoins en Santé/travail des salariés et des entreprises, à condition que le système soit organisé de telle sorte qu'un « suivi » régulier soit toujours assuré, ce qui ne signifie pas forcément que le lien « examen médical/avis d'aptitude » doive perdurer sous sa forme traditionnelle.

Aujourd'hui, les médecins du travail ont effectivement seuls le pouvoir de délivrer les « avis d'aptitude ». La question qui se pose est en fait de savoir si l'on ne doit pas imaginer d'autres « outils » prenant en compte l'évolution du système et impliquant les nouveaux acteurs de la Santé au travail, présents et à venir.

L'approche collective de la Santé au travail évoquée plus haut conduit en effet à ce que « l'adéquation salarié/poste de travail » soit examinée dans un cadre pluridisciplinaire, en faisant appel aux nouvelles compétences déjà introduites par la réforme (celles des IPRP), à celles d'infirmier(e)s spécialisé(e)s en Santé au travail, et probablement à d'autres encore¹³, agissant en complément de l'action des médecins du travail et en relation avec eux dans un contexte fortement et durablement marqué, à la fois par le vieillissement de la population active et par l'évolution des risques professionnels.

En revanche, il semble utile a priori que les salariés handicapés et une partie au moins des salariés bénéficiant d'une SMR continuent à faire l'objet, au terme des examens médicaux obligatoires dont ils bénéficient, d'un avis d'aptitude délivré par le médecin du travail.

Pour que le système fonctionne à nouveau de façon cohérente et efficace, il importe que les SMR soient redéfinies, non seulement au niveau national mais encore au niveau de chaque branche professionnelle où cela s'avère nécessaire¹⁴. La remise à plat des textes applicables en la matière est extrêmement urgente, ce qui signifie que

¹³ Le fait que, dans le cadre des négociations collectives concernant les nouveaux métiers issus de la réforme de la Médecine du travail, le CISME et les Organisations syndicales aient discuté récemment de l'intégration possible à la grille conventionnelle propre aux Services interentreprises de Santé au travail, d'assistantes sociales ou de personnels spécialisés dans l'aide au reclassement et au maintien dans l'emploi, en s'appuyant sur des expériences en cours, montre que leur vision de la Santé au travail est bien de « coller » aux besoins de « Santé au travail » des entreprises et des salariés et non de maintenir à tout prix un système qui, s'il a beaucoup apporté dans le passé, est aujourd'hui « à bout de souffle ».

¹⁴ Voir à ce sujet la lettre de M. LARCHER du 26 juillet 2005 (copie en pièce jointe).

les engagements pris par l'Administration dans la circulaire du 7 avril 2005 doivent être suivis d'effet très rapidement¹⁵ ; est ici particulièrement visé l'arrêté du 11 juillet 1977, aujourd'hui obsolète.

Dans le même ordre d'idées, une définition claire des « postes de sécurité », au niveau national et/ou au niveau des branches professionnelles¹⁶, permettant aux salariés qui les occupent de bénéficier d'une SMR, est indispensable.

Puisque le système français de Santé au travail a toujours reposé sur les principes d'équité et d'universalité, la réflexion sur l'aptitude ne doit pas ignorer non plus le fait qu'un nombre croissant de salariés travaillent loin du siège de leur entreprise. La logique juridique de l'Administration a malheureusement conduit jusqu'à maintenant, en ce qui les concerne, à faire du Code du travail une lecture très étroite interdisant de fait, dans de très nombreux cas, que ces salariés, dits « isolés »¹⁷, bénéficient d'un suivi effectif au titre de la Médecine du travail.

La réflexion en cours sur l'aptitude doit intégrer cette réalité de l'« éloignement »¹⁸ et conduire, comme la Direction Générale du Travail semble disposée à le faire, à une simplification des règles administratives permettant que ces salariés « isolés » ou « éloignés »¹⁹ soient normalement suivis au titre de la Santé au travail²⁰, bénéficiant des examens médicaux selon la périodicité correspondant aux risques auxquels ils sont exposés et, en conséquence, faire l'objet d'avis d'aptitude dans des conditions comparables à celles s'appliquant aux salariés « non isolés ».

Si le pragmatisme s'impose dans leur cas, il en va exactement de même pour les salariés dont les contrats sont de très courte durée et pour lesquels la délivrance d'un avis d'aptitude par le médecin du travail est impossible pour des raisons purement matérielles, les Services se trouvant souvent en situation de convoquer pour des visites d'embauche des salariés ayant déjà cessé leur activité...

Ce constat montre bien que toute réflexion sur l'aptitude ne peut conduire à une solution unique et que, tout en veillant à respecter le principe selon lequel l'objet de l'avis d'aptitude est bien de donner des garanties juridiques à l'employeur et au salarié, et, ce faisant, de jouer un rôle de « protection » pour l'un comme pour l'autre, il convient d'introduire une certaine dose de souplesse dans un domaine qui est aujourd'hui largement miné par des considérations idéologiques et partisans.

¹⁵ La suppression du travail sur écran de la liste des SMR (et, par voie de conséquence, de l'obligation d'une aptitude renouvelée chaque année) serait une avancée considérable, comme le serait d'ailleurs aussi celle de la deuxième visite médicale obligatoire pour les travailleurs de nuit, jugée inutile par la plupart des médecins du travail.

¹⁶ Cas des salariés dont une large partie du temps de travail se passe au volant de véhicules automobiles, par exemple. Notre analyse, pour ces salariés, rejoint celle de l'Inspection médicale des transports.

¹⁷ Qualificatif que nous leur avons donné dans le « Protocole d'accord » dit de « réciprocité » mis en place conjointement par le CISME et la FFB il y a une vingtaine d'années.

¹⁸ Et, généralement, la réalité de l'exécution du travail, par des travailleurs toujours plus nombreux, dans des conditions très différentes des « standards » reconnus par les textes réglementaires.

¹⁹ Qualificatif proposé tout récemment par l'Administration.

²⁰ Dans un Service d'« accueil » (ou Service de « proximité »), proche de leur lieu de travail ou de leur domicile.

Ainsi, les querelles sémantiques sur le choix des termes « aptitude » ou « absence de contre-indication », ou la proposition conduisant à s'assurer que « le poste est apte au salarié » et non plus que « le salarié est apte à son poste », apparaissent au mieux abstraites, au pire démagogiques ou irréalistes dans la mesure où elles ne prennent nullement en considération les réalités économiques, ou, pour être plus précis, les difficultés propres aux petites et moyennes entreprises, notamment en matière d'adaptation des postes de travail et de reclassement des salariés ayant des restrictions d'aptitude.

Ne perdons pas de vue que d'autres pays aussi développés que la France ont également des systèmes de Santé au travail très performants (en termes d'accidents du travail et de maladies professionnelles) qui ne reposent absolument pas sur l'aptitude « à la française »²¹ dont M. DUCAMIN, dans le Rapport qu'il avait présenté en 1988, estimait qu'elle conférait au médecin du travail un pouvoir et une responsabilité tout à fait exorbitants²². Il évoquait également la mise en place éventuelle d'un échange entre médecin du travail et médecin traitant²³, avant toute décision d'inaptitude, et l'instauration d'un Collège d'experts pour limiter les contestations d'avis, pistes qui n'ont pas été explorées à ce jour.

En résumé, la nécessité de « revisiter » l'aptitude et l'inaptitude est impérative, ce qui signifie que certaines des caractéristiques du système actuel doivent être maintenues et d'autres complétées et/ou corrigées.

Au rang des caractéristiques à maintenir, on trouve le principe même de la délivrance, par les médecins du travail, d'avis d'aptitude et d'inaptitude renouvelés à intervalles réguliers pour certains salariés, dont une partie au moins de ceux soumis à une SMR²⁴. Ces avis, sous réserve d'en préciser l'objet, le contenu et les modalités de contestation, représentent en effet une « protection médico-légale » indispensable, tant pour les employeurs que pour les salariés, dans la mesure où ils sont délivrés par les médecins du travail, seuls spécialistes capables d'établir un lien entre poste de travail, risques professionnels et état de santé.

Au rang des modifications à apporter, on trouve la nécessité d'adapter le système pour qu'il puisse répondre, quantitativement et qualitativement, aux besoins des employeurs et des salariés, ce qui signifie que la « population cible » doit être redéfinie avec précision. Par ailleurs, dans le respect des orientations stratégiques de la réforme en cours, le développement de l'action sur le milieu de travail et la généralisation du recours à des compétences pluridisciplinaires doivent être pleinement intégrés à la détermination de l'aptitude et de l'inaptitude au sens très large du terme, ou, pour reprendre l'expression utilisée à plusieurs reprises, à la recherche de la meilleure adéquation possible entre salarié et poste de travail ; celle-ci repose nécessairement, entre autres, sur la complémentarité entre actions sur le milieu de travail et examens médicaux.

²¹ Il m'apparaît très intéressant d'examiner avec attention ce qui se passe ailleurs, en Europe en particulier ; la Belgique et la Finlande me semblent être les exemples les plus riches d'enseignements.

²² La relecture des Rapports de l'IGAS et de M. ROCHAIX (cité plus haut dans la note 1, page 2, rédigée en 2005 par le Docteur PELLET, Médecin Conseil du MEDEF), qui datent de la même époque, est tout aussi instructive.

²³ On retrouve ici, d'une certaine façon, le « blind spot » évoqué dans la note 4, page 3.

²⁴ Sous réserve, comme on l'a vu, que la SMR soit revue de fond en comble.

Cela signifie qu'il est tout à fait souhaitable et possible de mettre en place un « contact » périodique entre salariés et Equipes pluridisciplinaires des Services de Santé au travail²⁵, mettant en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles autres que celles des seuls médecins du travail et débouchant non sur des « avis d'aptitude » mais sur des « conseils de prévention »²⁶ en relation notamment avec l'« appréciation » des risques professionnels telle qu'elle est consignée dans les fiches d'entreprise²⁷ établies par les médecins du travail, et l'« évaluation » des risques professionnels, consignée, elle, dans les Documents uniques établis sous la responsabilité des employeurs, dont il faut s'efforcer d'étendre rapidement le « taux de couverture » au plus grand nombre possible d'entreprises.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information dont vous souhaiteriez disposer, je vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller, l'expression de ma haute considération.

Gabriel PAILLEREAU

Délégué Général

Annexes

- Etat des contentieux relatifs à l'aptitude/inaptitude
- Statistiques relatives aux visites de pré-reprise
- Aide au reclassement
- Recours aux services d'Assistants sociaux

Pièces jointes

- Questionnaire adressé par le CISME à ses adhérents
- Organisation des services externes de protection et de prévention dans 15 pays membres de l'Union européenne (Décembre 2006. Source : Mensura, Service belge de Santé au travail dont le siège est à BRUXELLES ; ce document de synthèse a été établi sur la base de l'étude réalisée par « Prevent », Institut pour la prévention, la protection et le bien-être au travail)
- Note du GNMSTBTP
- Courrier de M. LARCHER du 26 juillet 2005 relatif au travail sur écran
- Courrier de M. COMBEXELLE relatif aux Accords de branche
- Mémoire de M. DESERABLE au nom d'ARAMIE

²⁵ Ce « contact » pourrait prendre la forme d'un « Suivi Médico-Professionnel » (SMP), tel que le propose le « Groupement National Multidisciplinaire de Santé au Travail dans le BTP » (GNMSTBTP), dont la contribution, jointe à cette note, empreinte du pragmatisme qui caractérise les professionnels en contact quotidien avec les employeurs et les salariés des petites entreprises, est particulièrement intéressante.

²⁶ Certains médecins du travail ont mis en place, il y a plusieurs années déjà, des « Ordonnances de prévention ».

²⁷ Leur importance est essentielle en dépit du peu d'intérêt qui leur a généralement été accordé depuis 1989, année de leur création sous la forme actuelle, à la fois par les médecins du travail et les employeurs.

Annexes

Etat des contentieux relatifs à l'aptitude/inaptitude

Une enquête²⁸ a été lancée auprès des Services adhérents du CISME. 84 Services y ont répondu, qui regroupent près de 4 millions de salariés répartis sur l'ensemble du territoire.

A la première question posée²⁹, 31 Services ont répondu par l'affirmative mais, à y regarder de plus près, dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de contentieux à proprement parler mais de contestations d'avis délivrés par les médecins du travail, tranchées sur décision de l'Inspecteur du travail après avis du MIRTMO. Dans la plupart des cas, l'avis du médecin du travail a été confirmé.

Demeurent malgré tout un certain nombre de véritables contentieux portant notamment sur :

- l'absence de référence à une seule visite ou au danger immédiat dans la fiche rédigée par le médecin du travail,
- l'absence de délivrance d'avis, faute de visite d'embauchage (demande de dommages et intérêts à hauteur de 40 000 euros),
- l'absence de deuxième visite,
- la divergence entre les points de vue du MIRTMO et de l'Inspecteur du travail,
- la contestation de l'inaptitude,
- le caractère tardif de la déclaration d'inaptitude,
- l'infection d'un salarié, constatée après délivrance d'un avis d'aptitude,
- la nature de la visite au cours de laquelle a été constatée l'inaptitude d'un salarié...

A noter le commentaire d'un responsable de Service ayant une longue expérience de Conseiller prud'homal : *« les avis d'aptitude et d'inaptitude sont dévoyés et instrumentalisés »*.

Il ajoute : *« Pour l'instant, les entreprises n'ont pas le réflexe de se retourner contre les SIST »*. Cette phrase se suffit à elle-même...

A noter également cet autre commentaire : *« Les médecins du travail, encouragés par le Dr X, MIRTMO, se croient totalement indépendants et n'informent pas le Président du Service ou le Service des contestations d'aptitude éventuelles.*

C'est toute l'ambiguïté de la responsabilité civile et pénale du Président du Service de Santé au travail dans des affaires d'aptitude ou d'inaptitude dont il n'a pas eu connaissance et sur lesquelles il ne peut pas intervenir, faute de compétence dans le domaine médical et sous peine d'être accusé de porter atteinte à l'indépendance du médecin du travail, garantie par ailleurs par la loi et la déontologie médicale ».

²⁸ Voir questionnaire en pièce jointe.

²⁹ « Votre Association et/ou certains des médecins du travail qu'elle emploie ont-ils fait ou font-ils l'objet de contentieux en matière d'aptitude et d'inaptitude ? »

Statistiques relatives aux visites de pré-reprise

L'enquête réalisée auprès des Services révèle une augmentation régulière du nombre et de la proportion des visites de pré-reprise entre 2002 et 2006 : passage de 0,5 % à 1 % environ du total des examens médicaux réalisés.

Pour l'année 2005, dernière année « complète », les résultats sont les suivants :

- dans les 64 Services dont les résultats sont exploitables, il y a eu 33 104 visites de pré-reprise pour 3 202 100 examens médicaux, soit **1,03 % en moyenne**.
- 25 services, représentant 1 755 861 salariés, ont un pourcentage inférieur à 1 % (0,72 % en moyenne).
- 20 Services, représentant 817 151 salariés, ont un pourcentage compris entre 1 % et 1,5 % (1,13 % en moyenne).
- 16 Services, représentant 524 348 salariés, ont un pourcentage compris entre 1,5 et 2 % (1,73 % en moyenne).
- 3 Services, représentant 104 740 salariés, ont un pourcentage supérieur à 2 % (2,05 % en moyenne).

Même si ces résultats peuvent apparaître modestes, ils doivent faire l'objet d'une grande attention, eu égard à la proportion des inaptitudes totales et définitives à tout poste, qui est, elle, de 0,5 %, soit deux fois moins.

Quand on sait que les visites de pré-reprise, en permettant d'étudier les problèmes en amont, aident à éviter certaines inaptitudes, on comprend tout l'intérêt qu'il y a à les promouvoir.

Aide au reclassement

A la question posée³⁰, 65 Services sur 85 ont répondu par l'affirmative, ce qui prouve qu'il s'agit bien d'une préoccupation pour une large majorité des Services et des médecins du travail.

- 22 Services le font exclusivement à partir de ressources internes³¹,
- 27 le font à partir de ressources exclusivement externes³²,
- 16 le font à partir de ressources internes **et** externes.

³⁰ « Votre Association participe-t-elle à l'aide au reclassement des salariés ? »

³¹ Cellule de maintien dans l'emploi propre au Service, IPRP, Assistantes sociales...

³² Assistantes sociales, Cellules départementales de maintien dans l'emploi, AGEFIPH...

Une fois encore, le résultat est plutôt positif dans la mesure où il prouve d'ores et déjà, d'une part, que de nombreux Services se sont emparés du problème, d'autre part, qu'ils ont largement pris l'habitude de travailler en collaboration avec des organismes extérieurs.

Recours aux services d'Assistants sociaux

A la question posée³³, 29 Services sur 85 ont répondu par l'affirmative, ce qui prouve qu'un Service sur trois est déjà engagé dans cette démarche. Cette proportion montre bien qu'il ne s'agit pas d'une pratique exceptionnelle. Quand on entre plus avant dans les données de l'enquête, on obtient les résultats suivants :

- 6 Services le font exclusivement à partir de ressources internes³⁴,
- 18 le font à partir de ressources exclusivement externes³⁵,
- 5 le font à partir de ressources internes **et** externes.

La perspective d'étendre progressivement les missions des Services de Santé au travail au champ très vaste du maintien dans l'emploi, au-delà des seuls travailleurs handicapés, n'a, on le voit, rien d'extraordinaire ni de révolutionnaire. Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler que, dans les Services médico-sociaux³⁶, la présence d'Assistants sociaux était chose fréquente à défaut d'être la règle. Le recours aux services d'Assistants sociaux n'est donc rien d'autre, une fois de plus, qu'un simple « retour aux sources »...

³³ « Votre Association a-t-elle recours aux services d'Assistants sociaux ? »

³⁴ Service social intégré.

³⁵ Assistants sociaux appartenant ou non à des Associations externes, GIE, CPAM, ...

³⁶ « Ancêtres » des Services de Médecine du travail, devenus depuis Services de Santé au travail.