



Rapport du groupe de travail "Aptitude et médecine du travail"

RAPPORT

Établi par

Michel ISSINDOU

Député Isère (2^e circonscription)

Christian PLOTON

Membre de la DRH du groupe Renault

Sophie FANTONI-QUINTON

Professeur de médecine du travail

Anne-Carole BENSADON

Hervé GOSSELIN

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Mai 2015 -

2014-142R

SYNTHESE

- [1] Les lois de 2012 et de 2011 ont conforté le choix opéré depuis la loi fondatrice de 1946 de confier un rôle majeur au médecin du travail au sein du système de protection de la santé et de la sécurité des salariés. Toutefois, si les évolutions récentes ont incité les médecins du travail à accroître significativement leurs actions en matière de prévention des risques professionnels et de maintien dans l'emploi des salariés, l'obligation de vérifier systématiquement l'aptitude des salariés à chaque visite médicale pèse sur l'activité des services de santé au travail et limite les effets des réformes engagées.
- [2] Le service de santé au travail est supposé jouer un rôle prépondérant dans la surveillance périodique de l'état de santé des salariés. Or ce suivi est aujourd'hui réalisé en réponse à des obligations réglementaires plutôt qu'à des besoins de santé. Le décalage est massif entre d'une part le nombre de visites d'embauche et de visites périodiques à réaliser et d'autre part le nombre de visites effectuées. La détermination de la périodicité des visites médicales repose en outre plus souvent sur des consensus construits entre les partenaires sociaux et l'Etat que sur des justifications de nature médicale. A titre d'illustration, l'obligation de visite tous les six mois pour les travailleurs de nuit est citée régulièrement comme non pertinente en termes de prévention de l'altération de l'état de santé. Par ailleurs, les modifications de périodicité des visites accordées dans le cadre des agréments par les DIRECCTE, possibles depuis la réforme de 2011, apparaissent très différentes selon les régions avec, pour les salariés qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale renforcée, des dérogations allant jusqu'à 72 mois. Ces dérogations n'apparaissent pas fondées principalement sur les besoins de santé, contrairement à ce qu'avait prévu la loi de 2011, mais plutôt sur les contraintes de la ressource médicale. Le contexte de vieillissement de la population, d'intensification du travail, de recours massif aux formes d'emploi précaires, d'apparition de nouveaux risques professionnels, aux effets souvent différés, et d'explosion des pathologies liées aux organisations de travail (TMS/RPS) impose un changement de paradigme fondé sur une adaptation de la surveillance de l'état de santé au travail des salariés prenant en compte la globalité de leurs besoins de santé et des recommandations de bonne pratique. Il est également indispensable d'interroger la pertinence des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale au poste de travail afin de permettre aux médecins du travail de se consacrer davantage à la prévention des risques professionnels, par des actions individuelles et collectives dans l'entreprise. L'adaptation des postes de travail et le reclassement des salariés constituent également une priorité.
- [3] La mission propose le remplacement de la visite d'embauche par une visite obligatoire d'information et de prévention réalisée par l'infirmier en santé au travail sous la responsabilité du médecin du travail. A l'issue de cette visite, l'infirmier pourra décider de l'orientation du salarié vers le médecin du travail, s'il le juge nécessaire. La périodicité des visites infirmières ou médicales ultérieures sera déterminée dans le cadre de cette visite, sur la base de protocoles et après un éventuel échange avec le médecin du travail. Cette visite devra avoir lieu au plus tard dans les trois mois suivant l'embauche pour les salariés occupant un poste à risque, six mois pour les autres.
- [4] Les modalités de surveillance des salariés occupant un poste à risque devront être déterminées en fonction de recommandations validées par la Haute Autorité de Santé.
- [5] La mission recommande le maintien d'une visite médicale tous les 5 ans au minimum pour tous les salariés et celui de visites à périodicité plus rapprochée pour les salariés occupant un poste à risque. Dans ce contexte, la possibilité de visite à la demande par le salarié doit lui être rappelée de façon régulière.

- [6] La mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines de d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail.
- [7] La vérification systématique de l'aptitude, dont ni la pertinence médicale, sauf pour les postes de sécurité, ni la pertinence juridique ne sont établies, selon la mission, à l'occasion de l'ensemble des visites obligatoires, occupe la plus grande partie du temps médical, au détriment d'une surveillance de l'état de santé adaptée aux besoins des salariés et des actions du médecin du travail en milieu de travail. La notion d'aptitude est une notion floue qui soulève des difficultés pratiques. Elle ne figure pas dans la directive cadre sur la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de 1989. Elle n'est pas définie par le code du travail, ce qui suscite des confusions du fait de la difficulté de cerner le poste de travail et/ou l'emploi et de la proximité avec les notions voisines d'aptitude professionnelle ou d'invalidité. Surtout, la mission a constaté qu'elle soulève des interrogations de nature éthique et déontologique. Dès lors, la mission a pu constater des pratiques hétérogènes des médecins du travail quant au fondement même de leurs avis d'aptitude, entre logique de prévention pure pour les uns, et logique plus sécuritaire pour les autres.
- [8] De nombreux interlocuteurs de la mission ont fait valoir que les conséquences des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail sont parfois difficiles à comprendre et/ou à mettre en œuvre par les entreprises, notamment dans l'hypothèse d'aptitude avec d'importantes réserves, ce qui alimente des contentieux et contestations, tant devant le juge judiciaire que devant l'administration du travail.
- [9] Par ailleurs, la pertinence médicale de la notion d'aptitude n'est pas établie. Elle est peu efficiente lors de la visite d'embauche du fait notamment de l'impossibilité pour le médecin du travail d'avoir une connaissance approfondie de l'état de santé réel du salarié et de la connaissance parfois insuffisante du poste de travail par le médecin. Elle n'a pas de caractère prédictif, et, pour beaucoup, elle n'est pas utile à la prévention. Enfin, elle ne constitue pas une protection juridique pour l'employeur, ni en matière de reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ni en matière de respect de son obligation de sécurité et de résultat.
- [10] S'agissant de l'inaptitude, elle ne joue que marginalement un rôle de protection de l'emploi du salarié puisque 95% des salariés déclarés inaptes sont licenciés, une petite minorité d'entre eux seulement parvenant à retrouver un travail. La constatation de l'inaptitude intervient désormais, soit en conclusion d'un processus continu d'adaptation du poste de travail, soit comme une mesure thérapeutique visant à soustraire le salarié de son milieu de travail afin de protéger sa santé.
- [11] En conséquence, la mission propose de strictement limiter le contrôle de l'aptitude aux salariés qui occupent un poste de sécurité. Ce contrôle interviendrait avant l'embauche. Il serait renouvelé ensuite à périodicité régulière et serait opéré par un médecin distinct du médecin du travail qui assure le suivi habituel de l'état de santé au travail du salarié. La mission propose de ces postes la définition suivante : « Les postes de sécurité sont ceux qui comportent une activité susceptible de mettre, du fait de l'opérateur, gravement et de façon imminente en danger la santé d'autres travailleurs ou de tiers ». Entrent par exemple dans le cadre de cette définition, les pilotes d'avion, les conducteurs de train, les grutiers.
- [12] En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose un mode d'identification de ces postes par l'employeur après avis du médecin du travail et du CHSCT ou des DP. Elle suggère une énumération de ces postes dans le règlement intérieur, document soumis au contrôle de l'inspecteur du travail, et une évaluation de la mise en œuvre de ces dispositions au niveau national.

- [13] La mission suggère de prévoir une surveillance renforcée de leur état de santé pour les salariés qui occupent un poste à risque. Ces postes devraient être définis par le médecin du travail sur proposition de l'employeur. Le médecin inspecteur régional du travail pourrait être saisi en cas de litige. La périodicité des visites et le contenu précis de cette surveillance devrait être défini par des recommandations proposées notamment par la Société française de médecine du travail validées par la Haute Autorité de Santé. Dans l'attente de ces recommandations la mission propose un entretien infirmier tous les deux ans et une visite avec le médecin du travail tous les cinq ans. Cette périodicité de visite médicale est celle retenue pour tous les salariés n'occupant pas un poste de sécurité, étant rappelé que l'organisation d'une visite à la demande de l'employeur ou du salarié est toujours possible et qu'il appartient au médecin du travail d'ajuster les modalités du suivi de santé des salariés en fonction des risques auxquels ils sont exposés et de leur état de santé.
- [14] Pour tous les salariés qui n'occupent pas des postes de sécurité, la mission propose d'abandonner la vérification systématique de l'aptitude qui concluait jusqu'à présent les visites médicales. Une attestation de suivi de santé sera délivrée à l'employeur et au salarié par le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail, et, si nécessaire, le médecin du travail précisera ses préconisations d'aménagement du poste de travail ou de reclassement.
- [15] La mission suggère de mieux organiser l'action du médecin du travail en faveur de l'adaptation du poste de travail et du reclassement par le biais de préconisations qu'il adresse à l'employeur tout au long de la vie professionnelle du salarié dans l'entreprise. A cet effet, il est suggéré de réécrire l'article L4624-1 du code du travail en clarifiant le rôle de l'employeur et celui du médecin du travail, en permettant au médecin du travail de formuler des propositions concernant l'adaptation du poste de travail aux capacités restantes du salarié. Cela permettra à l'employeur d'ajuster le poste de travail ou de proposer un reclassement. Pour sécuriser la rédaction de ces propositions quand elles entraînent une réduction significative des tâches exercées, la mission suggère une relecture collégiale interne aux services de santé au travail de ces propositions dans le respect du secret médical, que le service de santé au travail propose son aide à l'employeur, et que le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail soit organisé.
- [16] La mission fait des propositions visant à donner une plus grande efficacité à la visite de pré-reprise pour favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. Elle propose d'aménager le régime juridique de la rupture du contrat de travail consécutive à la constatation de l'inaptitude d'une part, en généralisant le principe de la constatation en une seule visite, sauf décision contraire du médecin du travail, d'autre part en introduisant des conditions de fond à la constatation de l'inaptitude.
- [17] La mission suggère de décharger l'inspecteur du travail des recours contre les préconisations ou les avis d'inaptitude du médecin du travail, pour l'instruction desquels il ne dispose pas des compétences médicales indispensables. Elle envisage deux hypothèses. L'une serait de confier ce recours à une commission médicale régionale à instituer, l'autre d'instaurer d'abord une contestation devant une structure collégiale interne au service de santé au travail, puis, pour les cas résiduels, un recours à expert médical judiciaire.
- [18] Enfin, afin de permettre de trouver une solution à certaines situations de blocage actuelles, la mission propose, d'une part, que le médecin du travail puisse signaler dans son avis d'inaptitude qu'un reclassement serait préjudiciable à la santé du salarié, ce qui dispenserait l'employeur d'une recherche de reclassement, d'autre part, que le refus par le salarié d'une proposition d'adaptation du poste de travail ou de reclassement conforme aux préconisations du médecin du travail, dès lors qu'elle n'entraîne pas de modification du contrat de travail, constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement. Si le salarié est licencié pour inaptitude et impossibilité de reclassement à la suite d'un tel refus, l'employeur serait réputé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement.

- [19] La mission fait le constat d'une multitude d'acteurs et de dispositifs qui concourent au maintien en emploi du salarié et /ou à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle suggère des pistes pour clarifier, simplifier et surtout coordonner et piloter cet ensemble complexe, dont l'efficacité est globalement encore insuffisante.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
INTRODUCTION.....	9
1 LE SUIVI DE L'ETAT DE SANTE DES SALARIES EST PENALISE PAR UNE FOCALISATION SUR LEUR APTITUDE ET PAR UNE LOGIQUE TROP DECONNECTEE DES BESOINS DE SANTE 13	
1.1 Les notions d'aptitude et d'inaptitude sont floues et soulèvent des difficultés pratiques ..13	
1.1.1 L'absence de définition des notions d'aptitude et d'inaptitude est problématique13	
1.1.2 L'utilisation des notions d'aptitude et d'inaptitude suscite des difficultés pratiques.....17	
1.2 Un système de suivi de l'état de santé des salariés au travail qui montre ses limites.....23	
1.2.1 Une masse considérable de visites d'embauche à réaliser dans des délais très contraints23	
1.2.2 Un suivi de l'état de santé chronophage rythmé par des textes réglementaires et des agréments déconnectés des besoins de santé26	
1.2.3 Les visites à la demande, de pré-reprise et de reprise viennent s'ajouter à la masse des visites d'embauche et périodiques à réaliser29	
1.2.4 La démographie des médecins du travail est préoccupante, avec de fortes inégalités territoriales, et nécessite de mobiliser des leviers complémentaires pour y remédier.....31	
1.2.5 Une pluridisciplinarité en cours de déploiement.....34	
2 LA PERTINENCE DES NOTIONS D'APTITUDE ET D'INAPTITUDE DOIT ETRE INTERROGEE	37
2.1 Le principe de la vérification de l'aptitude à des postes de sécurité ne soulève pas de débats	37
2.1.1 Pour certains postes de travail, des textes réglementaires régissent les modalités de vérification de l'aptitude.....	37
2.1.2 D'autres postes ne font pas l'objet de dispositions réglementaires et sont également susceptibles d'être à l'origine de danger pour d'autres travailleurs ou des tiers.....	40
2.1.3 Certaines dispositions existant dans d'autres pays fournissent des pistes de réflexion intéressantes.....	40
2.1.4 Ces différents éléments conduisent la mission à proposer une définition des postes de sécurité et des modalités spécifiques de contrôle de l'aptitude des salariés qui les occupent..	41
2.2 La pertinence médicale de l'aptitude n'est pas établie.....	43
2.2.1 On retrouve très peu d'inaptitudes et d'aptitudes avec réserves en proportion lors des visites d'embauche et périodiques.....	43
2.2.2 La vérification de l'aptitude se heurte à des difficultés	43
2.2.3 L'avis d'aptitude n'est pas prédictif de l'évolution de l'état de santé du salarié	45
2.2.4 Une protection illusoire en matière de risques professionnels : l'aptitude n'est pas un « levier de prévention »	46
2.3 La pertinence juridique de l'aptitude est hypothétique	47
2.3.1 La protection de l'employeur est illusoire sur le plan juridique illusoire de l'employeur	47
2.3.2 La protection du salarié contre la discrimination ne saurait résulter de la notion d'aptitude.....	50
2.4 L'inaptitude conduit à la rupture du contrat de travail	51
2.4.1 Les salariés déclarés inaptes sont licenciés.....	51
2.4.2 Les salariés licenciés pour inaptitude ont peu de perspectives après le licenciement ...	55
3 LE SUIVI DE L'ETAT DE SANTE DES SALARIES DOIT ETRE ADAPTE A LEURS BESOINS .	56
3.1 Les constats réalisés et l'adaptation aux besoins des salariés imposent de remodeler la visite d'embauche.....	57

3.1.1	Des dispositifs spécifiques doivent permettre aux salariés en CDD de moins de 3 mois et aux intérimaires de bénéficier d'un suivi de santé.....	59
3.2	La surveillance périodique de l'état de santé du salarié demeure une priorité	60
3.2.1	Le suivi des travailleurs de nuit n'est pas adapté.....	61
3.2.2	Les salariés occupant des postes à risque bénéficient de modalités spécifiques de surveillance de leur état de santé	61
3.2.3	La surveillance de l'état de santé doit bénéficier à l'ensemble des salariés, dans une logique de prévention.....	62
3.3	Les visites de reprise et les visites à la demande doivent être réalisées par un médecin du travail	63
3.3.1	La visite de reprise constitue un temps fort de la surveillance de l'état de santé du salarié	63
3.3.2	Les visites à la demande.....	64
3.4	La traçabilité des expositions constitue un enjeu majeur	64
4	LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DOIVENT S'ORIENTER DAVANTAGE VERS LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET L'AIDE AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DU SALARIE.....	66
4.1	Développer la prévention primaire des risques professionnels.....	66
4.1.1	L'investissement du médecin du travail en faveur de la prévention des risques professionnels doit être facilitée	67
4.1.2	Le SST doit aider à l'identification des risques et à la mise en place d'une politique de prévention, notamment dans les TPE.....	69
4.1.3	L'intervention de l'équipe pluridisciplinaire fait partie de l'offre de service.....	69
4.2	Les actions d'adaptation du poste de travail et de reclassement doivent être mieux organisées.....	70
4.2.1	L'obligation d'adaptation du poste de travail et de reclassement qui pèse sur l'employeur nécessite un meilleur encadrement juridique.....	71
4.2.2	L'efficacité à la visite de pré-reprise doit être renforcée	72
4.2.3	Le régime juridique de la rupture du contrat de travail consécutive à la constatation de l'inaptitude, mérite d'être clarifié et simplifié.	73
4.3	Développer et mieux coordonner les actions de maintien en emploi constituent une priorité.....	78
4.3.1	Chacun des acteurs du maintien dans l'emploi a développé ses outils.....	80
4.3.2	Une coordination et un pilotage sont nécessaires ainsi qu'une redéfinition des bénéficiaires des actions de maintien en emploi.....	82
	CONCLUSION	85
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	87
	LETTRE DE MISSION.....	91
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	93
	ANNEXE 1 :	105
	ANNEXE 2 :	109
	SIGLES UTILISES.....	115

RAPPORT

INTRODUCTION

- [20] Par lettre du 7 novembre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ont confié à trois personnalités, Monsieur le député Michel ISSINDOU, Monsieur Christian PLOTON, membre de la Direction des ressources humaines (DRH) de Renault et Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON, ainsi qu' à l'IGAS une mission ayant pour objet : « Aptitude et médecine du travail », centrée sur la notion d'aptitude et les enjeux qui s'y attachent pour les salariés et les employeurs, d'une part, les médecins du travail, d'autre part, et pour le système français de protection de la santé au travail. Pour l'IGAS, Anne-Carole BENSADON et Hervé GOSSELIN ont été missionnés pour mener à bien ces travaux.
- [21] La mission doit, au vu d'un état des lieux des utilisations de cette notion par les médecins du travail, de ses conséquences sur l'avenir professionnel du salarié et sur sa prise en charge dans le cadre de différents régimes sociaux, interroger la pertinence médicale et juridique, de la notion d'aptitude au poste de travail ainsi que de son appréciation systématique dans le cadre des examens prévus par le code du travail, au regard notamment de l'évolution des missions et des compétences des services de santé au travail ainsi que des moyens dont ils disposent.
- [22] Il est dès lors attendu de la mission des propositions d'évolution de l'utilisation de la notion d'aptitude dans le cadre de la surveillance de l'état de santé du salarié. Plus largement, il lui est demandé de réfléchir aux modalités les plus pertinentes de suivi de l'état de santé des salariés dans une visée préventive, en veillant au caractère soutenable de ses propositions compte tenu de la disponibilité de la ressource médicale et de l'objectif général de simplification poursuivi par les pouvoirs publics. Compte tenu de la définition de son champ et de ses objectifs, la mission n'inclura pas dans sa réflexion la fonction publique, qui a fait l'objet d'un rapport récent¹, non plus que le système de gouvernance des services de santé au travail, bien que ce sujet ait été abordé souvent par ses interlocuteurs.
- [23] Selon l'article 2 de la convention 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail adoptée en juin 2006 par l'Organisation internationale du travail OIT², « *Tout membre qui ratifie la présente convention doit promouvoir l'amélioration continue de la sécurité et de la santé au travail pour prévenir les lésions et maladies professionnelles et les décès imputables au travail par le développement , en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives, d'une politique nationale, d'un système national et d'un programme national.* »

¹ Rapport IGA/IGAS/IGAENER Septembre 2014 « La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques »

² Ratifiée par la France le 29 octobre 2014, elle entrera en vigueur le 29 octobre 2015

- [24] La directive cadre 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail prévoit que l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail. Si un employeur fait appel à des compétences (personnes ou services) extérieurs à l'entreprise et/ou à l'établissement, ceci ne le décharge pas de ses responsabilités dans ce domaine. L'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation de moyens nécessaires. Il doit mettre en œuvre les principes généraux de prévention suivants : éviter les risques, évaluer ceux qui ne peuvent pas être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'état d'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux, planifier la prévention, prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle, donner les instructions appropriées aux travailleurs. La directive impose la surveillance appropriée de la santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé et leur sécurité au travail.
- [25] La notion d'aptitude au poste de travail ne figure pas dans cette directive.
- [26] Le système français de protection de la santé au travail, à la différence de ce que l'on peut constater dans d'autres pays de l'Union européenne, repose pour une part importante, depuis la loi du 11 octobre 1946, sur les médecins du travail, et, depuis la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002, plus largement, sur les services de santé au travail. Chargés de façon exclusive, aux termes de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, ils conduisent des actions de santé au travail, ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques, ils participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.
- [27] Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif.
- [28] Les dépenses afférentes aux services de santé au travail, qu'ils soient autonomes ou interentreprises, sont à la charge des employeurs, sous la forme d'une cotisation forfaitaire qui comprend la surveillance médicale et l'action en milieu de travail, sans considération des ressources internes présentes dans l'entreprise en matière de prévention des risques professionnels.³
- [29] Ces services sont engagés dans une évolution de longue haleine depuis la loi de 2002. Toutefois, la réforme de la médecine du travail résultant des lois du 17 janvier 2002 et du 20 juillet 2011⁴ n'a pas, pour l'instant, permis de mettre la prévention primaire des risques professionnels au premier plan, en rééquilibrant substantiellement les temps passés par le médecin du travail de la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés vers l'action sur le milieu de travail.

³ Elles représentent 1,3 Mds euros en 2013

⁴ Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012

- [30] Trop centré sur la vérification systématique de l'aptitude à son poste de travail à l'occasion de chaque visite médicale obligatoire, d'embauche, périodique, de pré-reprise ou de reprise, ou à la demande de l'employeur ou du salarié, le système de surveillance de l'état de santé du salarié au travail conduit, selon la mission, au double constat de difficultés pratiques pénalisantes liées au flou de la notion d'aptitude, et d'une réelle asphyxie du système, provenant d'un ciblage très insuffisant de cette surveillance sur les travailleurs exposés à des risques liés au poste de travail ou à leur état de santé, dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.(1ère partie).
- [31] Ce constat est d'autant plus préoccupant que la notion d'aptitude, telle qu'actuellement utilisée, n'est pertinente selon la mission, ni médicalement, sauf pour les « postes de sécurité », ni juridiquement, tandis que la constatation de l'inaptitude du salarié conduit presque exclusivement au licenciement (2ème partie).
- [32] Il est donc proposé d'abandonner la vérification systématique de l'aptitude, sauf pour les postes de sécurité. La mission souhaite également faire évoluer le dispositif de surveillance de l'état de santé des salariés, en l'adaptant selon les besoins des salariés et en intégrant les articulations possibles entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail (3ème partie).
- [33] Enfin, la mission souligne l'intérêt d'une orientation renforcée des services de santé au travail vers la prévention primaire des risques professionnels et l'aide au maintien dans l'emploi des salariés (4^{ème} partie).

1 LE SUIVI DE L'ETAT DE SANTE DES SALARIES EST PENALISE PAR UNE FOCALISATION SUR LEUR APTITUDE ET PAR UNE LOGIQUE TROP DECONNECTEE DES BESOINS DE SANTE

1.1 Les notions d'aptitude et d'inaptitude sont floues et soulèvent des difficultés pratiques

[34] Alors même que l'ensemble du système obligatoire de surveillance de l'état de santé des salariés au travail est fondé sur les notions d'aptitude et d'inaptitude, aucune définition de ces termes ne figure dans le code du travail. Cela contribue sans doute aux difficultés rencontrées par les acteurs de la santé au travail dans l'utilisation concrète de ces notions

1.1.1 L'absence de définition des notions d'aptitude et d'inaptitude est problématique

1.1.1.1 Les termes d'aptitude ou d'inaptitude ne figurent pas dans la directive cadre de 1989

[35] Certains pays en Europe utilisent ces notions, d'autres pas. Mais elles n'ont pas forcément la même signification et n'entraînent pas les mêmes conséquences pour le salarié.

[36] Ainsi en Allemagne, lorsque la visite d'embauche est obligatoire, le médecin, qui n'est pas nécessairement le médecin du travail, doit indiquer si le candidat est apte ou inapte. C'est un médecin conventionné par les caisses d'assurance maladie qui se trouve habilité à déclarer un salarié inapte sur un poste de travail particulier. Cette déclaration prend en compte sa santé physique ou psychique, lorsque les conséquences d'une maladie rendent le salarié incapable de poursuivre son activité professionnelle dans les conditions fixées par son contrat de travail ou si la poursuite de son activité risque de porter atteinte à son état de santé. Cette information n'est communiquée à l'employeur qu'avec l'accord du salarié.

[37] En Espagne, le médecin du travail, intégré dans le service de prévention des risques au travail qui relève de la sécurité sociale n'a pas de compétence pour déclarer un salarié inapte. Il appartient à l'employeur, au vu des informations dont il dispose, étant indiqué que la visite d'embauche n'est pas obligatoire pour le salarié sauf pour certains postes à risques, de prendre les décisions nécessaires (adaptation du poste de travail, reclassement ou licenciement). L'incapacité permanente pour le poste habituel et l'impossibilité d'adapter le poste de travail pour le salarié ouvrent la possibilité d'une procédure administrative destinée à faire connaître l'incapacité permanente comme incapacité professionnelle par la sécurité sociale.

[38] L'Italie, la Belgique et le Luxembourg utilisent les notions d'aptitude ou d'inaptitude à l'activité assignée au salarié, vérifiées par le médecin du travail (ou par un professionnel de santé pour le Luxembourg), dans des conditions assez proches de ce qui est pratiqué en France, même si dans ces pays les visites médicales d'embauche, périodiques et de reprises ne sont obligatoires que pour certains postes à risques.

[39] Au Royaume-Uni, il n'y a pas de distinction entre inaptitude et arrêt de travail et il n'existe pas de législation ou réglementation sur la définition de l'aptitude au travail. Ce sont principalement les médecins généralistes qui se prononcent sur l'incapacité du salarié à travailler. Il leur revient également de préciser à l'employeur les mesures à prendre pour permettre au salarié de reprendre le travail. L'employeur doit suivre ces recommandations dès lors qu'elles sont « raisonnables ». Dans certaines branches et pour certains postes de sécurité, une vérification périodique de l'aptitude est obligatoire.

1.1.1.2 Les notions d'aptitude et d'inaptitude ne sont pas définies et peuvent susciter des confusions

- [40] Le code du travail ne comporte aucune définition de l'aptitude et de l'inaptitude. Les organisations professionnelles et syndicales avaient d'ailleurs tenté de combler cette lacune lors de la négociation non aboutie d'un protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail en 2009. Le projet des organisations patronales retenait, dans sa version du 10 septembre 2009, les définitions suivantes : « *L'aptitude se définit comme l'absence de contre-indication physique ou psychique à la tenue, par le salarié, du poste de travail actuel ou envisagé. Elle permet également de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés.* » Pour sa part, « *l'inaptitude se définit comme l'existence de contre indication physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail* ». Ce qui en tout état de cause ressort de l'article R 4624-31 du code du travail, de la jurisprudence tant judiciaire qu'administrative, c'est que l'aptitude ou l'inaptitude s'apprécie au regard du poste de travail occupé, ou selon la terminologie utilisée par le Conseil d'Etat dans un arrêt récent, en prenant en compte « *les fonctions occupées effectivement avant l'arrêt de travail* », quel que soit l'emploi prévu par le contrat de travail.⁵
- [41] Les définitions envisagées dans la négociation interprofessionnelle comme les jurisprudences judiciaire et administrative font apparaître la grande difficulté de cerner la notion de poste de travail. C'est une notion qui n'a guère de sens dans des organisations du travail qui privilégient la polyvalence et surtout qui intègrent des évolutions fréquentes du contenu même du travail. En second lieu, il apparaît immédiatement une confusion possible avec l'emploi, tel qu'il est défini dans le contrat de travail. D'ailleurs, le code du travail n'échappe pas à cette possible confusion en mentionnant à plusieurs reprises l'inaptitude à un emploi et non au poste de travail⁶. Dans d'autres cas, le code du travail assume la confusion et requiert une aptitude à l'emploi, s'agissant notamment des travailleurs temporaires ou des travailleurs saisonniers⁷. Enfin, la notion de poste de travail associée à l'aptitude ou à l'inaptitude n'est pas suffisamment explicite pour définir de façon incontestable à partir de quand le salarié deviendrait inapte à son poste de travail. Le projet de définition mentionné évoque « *une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail* ». Dans un tel essai de définition, aucune frontière n'apparaît clairement entre l'aptitude et l'inaptitude au poste de travail.
- [42] Une autre source de confusion réside dans la proximité entre aptitude « médicale » et aptitude « professionnelle ». En dehors des cas de confusion, pas si rares, où l'employeur a tendance à demander au médecin du travail de se prononcer sur certaines caractéristiques comportementales du candidat ou du salarié qui relèvent plus des savoir-être utiles, voire indispensables, pour tenir le poste de travail, le médecin du travail est parfois sollicité pour se prononcer sur une « aptitude » du salarié requise par des assureurs ou des certificateurs. Ces demandes concourent au respect de procédures de qualité mais qui n'ont nullement pour finalité de s'assurer que l'état de santé du salarié lui permet d'occuper son poste de travail sans altération de sa santé.

⁵ Conseil d'Etat 21 janvier 2015 n°364783

⁶ Articles L 1226-2 et 10 du code du travail

⁷ Articles R 4625-9 et D 4625-22 du code du travail.

- [43] Une troisième source de confusion réside dans la compréhension difficile, tant pour les employeurs que pour les salariés, de la distinction entre la notion d'inaptitude médicale au poste de travail et celle d'invalidité, notamment de catégorie 2. Le classement en invalidité deuxième catégorie regroupe les invalides qui sont « *absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque* ». ⁸ Or, cette appréciation qui est portée sur la situation et les capacités du salarié par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) n'empêche nullement ce salarié, si le médecin du travail le juge apte à reprendre son travail, éventuellement après certains aménagements du poste de travail, à travailler, ce médecin étant le seul à pouvoir se prononcer sur ce point. C'est une source de confusion importante pour l'employeur et le salarié, qui peut conduire l'un ou l'autre à des erreurs graves en matière d'exécution ou de rupture du contrat de travail. Ainsi, l'employeur peut penser que la décision de mise en invalidité « vaut » déclaration d'inaptitude et s'engager à tort dans une procédure de licenciement ou ne pas requérir l'avis du médecin du travail sur les propositions de reclassement qu'il fait au salarié en invalidité, à l'occasion d'une procédure de licenciement pour motif économique. ⁹
- [44] Enfin, on mentionnera une difficulté, également liée à la coexistence des deux droits de la sécurité sociale et du travail, dans la notion de retraite pour inaptitude telle qu'elle ressort de l'article L 351-7 du code de la sécurité sociale. L'inaptitude ainsi visée concerne les assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente partielle, de l'allocation adulte handicapé ou ceux qui font connaître leur inaptitude au travail lors du passage à la retraite. La retraite pour inaptitude est accordée exclusivement par le médecin conseil. Elle peut faire suite à une inaptitude constatée par le médecin du travail.

1.1.1.3 La notion d'aptitude soulève des interrogations de nature éthique et déontologique

- [45] Deux questions principales retiennent l'attention.
- [46] La première concerne la signification même de la vérification de l'aptitude à un poste de travail.
- [47] Ainsi que le soulignait le Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé dans son avis n° 80 relatif à « l'Orientation de travailleurs vers un poste comportant un risque », « *lorsqu'il s'agit d'un poste à risque, la notion même d'aptitude est équivoque et peut laisser croire aux intéressés qu'ils ne courent aucun risque ou, à l'inverse, qu'ils sont sélectionnés pour ce poste à risque ; le rôle du médecin du travail pourrait alors être ressenti comme celui d'exposer à un risque plutôt que de le prévenir.* » Telle est effectivement l'ambiguïté majeure de la notion d'aptitude qui, sous le vocable d' « aptitude ou de non contre-indication à un risque » laisse clairement penser que la vérification dont il s'agit a pour objet premier de sélectionner le salarié que l'on envisage d'affecter sur un poste de travail sur des critères de santé au lieu de prévenir les risques potentiels du poste de travail.

⁸ Article L 341-4 du code de la sécurité sociale

⁹ Cassation sociale 5 décembre 2012 N° 10-24.219 : « Mais attendu que, dès lors qu'il a connaissance du classement en invalidité 2^{ème} catégorie d'un salarié au moment d'engager la procédure de licenciement pour motif économique ou pendant son déroulement, l'employeur est tenu, après avoir fait procéder à une visite de reprise, de lui proposer une offre de reclassement qui prenne en compte les préconisations du médecin du travail exprimées à l'issue de cette visite ».

- [48] C'est manifestement la conception retenue par le Conseil d'Etat lorsqu'il indique que « *les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* ». ¹⁰ Cette position a été critiquée par de nombreux professionnels de santé. Dans une contribution aux travaux de la mission, le Professeur Soulat précise que « *cet avis révèle une méconnaissance totale de la notion médicale de fragilité et plus généralement du fondement de la pratique médicale, le médecin ne disposant en général sur une consultation d'aucun des trois éléments cités par le Conseil d'Etat* ». De plus, selon le Professeur, « *ces notions sont inutilisables : la fragilité génétique ne peut être utilisée pour écarter un salarié. Ce n'est ni scientifiquement, ni déontologiquement, ni éthiquement défendable. Les troubles comportementaux ne sont pas nécessairement de nature médicale.....La notion d'historicité est hors sujet en matière médicale. L'histoire des événements de santé du patient est un élément important justement parce qu'il s'agit d'une histoire en perpétuelle évolution, ce qui rend difficile une prise de décision définitive dans la plupart des cas. Enfin, le terme de fragilité est flou : écarter une personne fragile n'a pas de sens, ce d'autant que la loi favorise au contraire l'insertion professionnelle de la fragilité définie en terme de handicap. Prendre en compte la fragilité, c'est d'abord jouer sur l'aménagement et les conditions de travail et non sur l'aptitude à l'emploi* ». ¹¹
- [49] Cette conception de l'aptitude se heurte ainsi au sens profond de la mission du médecin du travail, exclusivement préventive, qui vise à « *améliorer les conditions de vie et de travail dans l'entreprise, à adapter les postes, les techniques et les rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés et à protéger les travailleurs contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accident du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux* ». ¹²
- [50] La seconde question concerne la confusion des postures du médecin du travail entraînée par la vérification d'une aptitude au poste de travail, quelle que soit sa dangerosité, et les risques qu'il fait courir au travailleur ou à des tiers.
- [51] Il y a en effet un assez large consensus parmi les spécialistes de médecine du travail et de façon plus générale au sein de nos sociétés pour considérer que certains postes, dits de sécurité, souvent recensés dans les transports, exigent un contrôle à l'embauche, puis ensuite périodiquement, des capacités physiques et mentales des travailleurs qui occupent ces postes. Mais outre qu'il est nécessaire de définir strictement ces postes, il est impératif de distinguer le médecin qui va intervenir en qualité de contrôleur de l'aptitude du salarié concerné et celui qui assure le suivi de santé du salarié dans un cadre strictement préventif. Cette différence renvoie à l'impossibilité déontologique pour un même médecin d'exercer en même temps des fonctions de conseil, telles qu'elles sont prévues par le code du travail, ¹³ et des fonctions d'expertise (de contrôle). Cette question a d'ailleurs fait l'objet d'un arrêt très clair du Conseil d'Etat à propos de la circulaire qui organisait les médecines de contrôle et du travail au sein de la SNCF. ¹⁴ Or, dans la vérification de l'aptitude à l'embauche ou à l'occasion des visites périodiques ou de reprises, le médecin du travail peut être conduit, sans nécessairement en avertir le salarié, à se situer dans un cadre de conseil ou d'expertise.

¹⁰ Conseil d'Etat 9 octobre 2002 n° 231869

¹¹ Professeur Jean-Marc SOULAT, Président du collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail. Contribution aux travaux de la mission. 30 mars 2015

¹² Article R 4623-1 du code du travail

¹³ Article R 4623-1 du code du travail: « *Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux...* »

¹⁴ Conseil d'Etat 7 juin 2006 n° 279632 : « *...que le code du travail a ainsi établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecin du travail et de médecin d'aptitude* ».

- [52] Cette question est résolue dans plusieurs pays européens par un cantonnement strict du rôle du médecin du travail à un rôle de conseil en matière de prévention des risques, les services relevant de la sécurité sociale étant en charge de la prononciation éventuelle de l'inaptitude¹⁵ et/ou par l'identification d'un contrôle spécifique de l'aptitude à des postes de sécurité distinct du suivi de l'état de santé du salarié.
- [53] Naturellement, dans l'action de conseil du médecin du travail, ce dernier doit rechercher systématiquement le consentement éclairé du salarié sur les mesures qu'il préconise, à la différence du cadre d'une médecine de contrôle dans lequel il s'agit pour le médecin de vérifier que l'état des santé du salarié satisfait à un certain nombre de critères préalablement définis en fonction des exigences du poste de travail ou du métier.

1.1.2 L'utilisation des notions d'aptitude et d'inaptitude suscite des difficultés pratiques

1.1.2.1 Les pratiques des médecins du travail sont hétérogènes

- [54] A l'écoute de très nombreux médecins du travail à l'occasion de ses travaux, la mission a pu constater la très grande diversité de leurs pratiques, fruit de leurs expériences, de leurs conditions d'exercice et bien sûr de leurs réflexions. Pour beaucoup d'entre eux, la visite médicale reste le pivot de leur action mais là où, pour certains, elle est intégrée dans une pratique professionnelle, indispensable à leur intervention sur le terrain de la prévention collective des risques professionnels, sans référence à la notion d'aptitude, pour d'autres, elle est inséparable de l'avis, même s'il est le plus souvent d'aptitude, rendu par le médecin en conclusion de la visite. Cet avis assoit le rôle du médecin du travail. Dès lors, certains médecins auditionnés par la mission n'émettent plus d'avis d'aptitude depuis des années ou jugent cette aptitude comme étant « le péché originel » de la médecine du travail, l'aptitude étant plus proche selon eux de l'adaptation de l'homme au travail que de l'adaptation du travail à l'homme. D'autres, en revanche, estiment que la vérification régulière de l'aptitude est nécessaire, qu'elle est un vrai levier de prévention.
- [55] Source d'identité, voire de légitimité pour certains, l'avis d'aptitude constitue une imposture déontologique pour d'autres. La littérature retrace bien la diversité des pratiques et les différentes postures que les médecins du travail du travail adoptent lorsqu'ils prennent une décision d'aptitude.
- [56] Ainsi certains s'inscrivent-ils dans une démarche « d'expert à la demande d'un tiers », quand d'autres utilisent la notion d'aptitude pour protéger le salarié en tant que conseiller, ou d'autres encore ne parlent plus que d'aptitude du poste de travail à recevoir le salarié (et non l'inverse). Dans la première de ces postures, la question du consentement éclairé ne se conçoit pas puisque l'intérêt collectif prime, pour les autres, elle est incontournable¹⁶. Pour la plupart des auteurs, et en particulier pour les sociologues qui ont travaillé sur la question, ces différentes postures peuvent être adoptées par un même médecin selon le moment ou les circonstances, ce qui n'est pas sans produire des conflits dans l'activité, dans la mesure où elles peuvent être logiquement contradictoires. Qui plus est, le médecin ne se présente pas explicitement comme adepte de l'une ou l'autre de ces postures, ni auprès du salarié, ni auprès des employeurs, ce qui entretient l'ambiguïté de la position du corps des médecins tout entier. Cette situation mixte ne favorise pas le lien de confiance entre le médecin et le salarié malgré la prééminence que ce lien revêt dans l'évolution récente du droit médical.

¹⁵ Par exemple en Espagne ou en Allemagne, selon la contribution des conseillers sociaux de ces deux pays ainsi que du Royaume-Uni et de l'Italie, aux travaux de la mission.

¹⁶ Association nationale des internes en médecin du travail :

- [57] Quelle que soit la position retenue dans la pratique par les médecins du travail, les auditions auxquelles la mission a pu procéder, de même que les très nombreuses contributions écrites provenant de médecins du travail, dont elle a été destinataire, sont unanimes pour souligner l'importance de garder la possibilité pour le médecin du travail de délivrer des préconisations en vue de l'adaptation du poste de travail ou le reclassement du salarié. Le médecin du travail est en effet le seul à connaître à la fois l'état de santé du salarié et les caractéristiques du poste de travail.

1.1.2.2 Les conséquences des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail sont parfois difficiles à comprendre et/ou à prendre en compte pour les entreprises

- [58] Aux incertitudes sur la définition exacte des notions s'ajoutent les enjeux particulièrement importants de l'avis du médecin du travail sur le contrat de travail du salarié.
- [59] Depuis la loi du 12 juillet 1990¹⁷, la constatation de l'inaptitude du salarié à son poste de travail par le médecin du travail, est la seule voie possible de rupture du contrat à son initiative en raison de l'état de santé du salarié, la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation puis la loi étant venues d'abord qualifier de licenciement la rupture du contrat de travail intervenant pour inaptitude médicale, puis décider que tout licenciement intervenant sans constatation régulière de l'inaptitude était un licenciement discriminatoire qui encourait la nullité¹⁸.
- [60] De même le développement de la jurisprudence de la Cour de cassation dans le domaine de l'obligation de sécurité de résultat contraint l'employeur à prendre en compte les préconisations du médecin du travail en matière d'adaptation du poste de travail et de reclassement¹⁹.
- [61] Enfin, les évolutions jurisprudentielles de ces dernières années conduisent à clairement distinguer les notions d'aptitude et d'inaptitude, quelles que soient les réserves émises par le médecin du travail. Il n'est pas possible pour l'employeur de requalifier en inaptitude un avis d'aptitude avec de lourdes réserves, même s'il considère qu'un tel avis « équivaut » à un avis d'inaptitude²⁰. A l'issue du dialogue nécessaire avec l'employeur et le salarié, si l'avis est maintenu, il ne peut que le contester devant l'inspecteur du travail²¹. Coexistent ainsi, selon le vœu du législateur, précisé par le juge, deux régimes juridiques distincts, voire même étanches, ce qui peut être une source de complexité, tant pour l'employeur que pour le salarié.

¹⁷ Loi n°90-602 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap

¹⁸ Articles L 1132-1 et L 1133-3 du code du travail. Cassation sociale 16 décembre 2010, N° 09-66.954

¹⁹ Cassation sociale 23 septembre 2009 N° 08-42.525 « Mais attendu que ne commet pas un manquement à ses obligations le salarié, dont le médecin du travail a constaté l'inaptitude physique, qui, pour refuser un poste de reclassement proposé par l'employeur, invoque l'absence de conformité du poste proposé à l'avis d'inaptitude ; que dans ce cas il appartient à l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat, de solliciter l'avis du médecin du travail. »

²⁰ Cassation sociale 28 janvier 2010 N° 08-42.616 : « Mais attendu qu'il résulte de l'article L 1226-8 du code du travail, que si le salarié est déclaré apte par le médecin du travail, il retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente ; que selon les dispositions de l'article L 4624-1 dudit code, le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles, telles que mutations ou transformations de poste, justifiées par des considérations relatives à l'âge, la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs ; que le chef d'entreprise est tenu de prendre en compte ces propositions ;

Et attendu que la cour d'appel constaté que si ...le médecin du travail avait émis d'importantes réserves, il n'avait cependant jamais rendu un avis d'inaptitude de l'intéressée aux fonctions de responsable de rayon.. »

²¹ Cassation sociale 10 novembre 2009 N° 08-42.674 : « Attendu que l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du salarié à occuper un poste de travail s'impose aux parties et qu'il n'appartient pas aux juges du fond de substituer leur appréciation à celle du médecin du travail ; qu'en cas de difficulté ou de désaccord sur la portée de l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail, le salarié ou l'employeur peuvent exercer le recours prévu à l'article L 4624-1 du code du travail. »

- [62] Dans ce contexte, la rédaction des avis d'aptitude avec réserves par les médecins du travail revêt une grande importance. Or il arrive, malgré les consignes régulièrement rappelées par la direction générale du travail,²² que les avis soient confus, insuffisamment précis sur les capacités restantes du salarié, voire muets sur les propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement, laissant l'employeur particulièrement démuni pour organiser le maintien dans l'emploi du salarié. Certains avocats entendus par la mission expliquent la multiplication des avis d'aptitude avec d'importantes réserves et/ou les imprécisions ou incohérence des avis par le fait que les médecins du travail redoutent les conséquences de l'avis d'inaptitude sur le parcours professionnel des salariés, qu'ils ont une connaissance insuffisante de la législation du travail et des postes dans l'entreprise et par l'absence d'échange entre l'employeur et le médecin du travail. La mission ne considère pas que ces avis déficients de certains médecins du travail soient majoritaires ; ils sont largement minoritaires et souvent leurs insuffisances sont corrigées par des échanges entre employeur et médecin du travail. Mais en cas d'absence ou d'échec de ce dialogue, la situation peut se révéler particulièrement pénalisante et souvent conflictuelle.
- [63] A côté des avis ambigus ou lacunaires, les entreprises signalent les difficultés que leur posent l'avis d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise délivré par certains médecins du travail. Dans une telle hypothèse, l'employeur considère à tort qu'il n'a pas à procéder à des recherches de reclassement au sein de l'entreprise, en d'autres termes, il s'estime déchargé par le médecin du travail de son obligation de reclassement. Or, tel n'est pas le cas selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation ; ce qui peut conduire l'employeur mal conseillé, souvent dans les Très petites entreprises/ Petites et moyennes entreprises (TPE/PME), à licencier le salarié sans avoir procédé à des recherches de reclassement. Dès lors, en cas de litige, le licenciement sera jugé sans cause réelle et sérieuse. En effet, pour la Cour de cassation, et également pour le Conseil d'Etat²³, c'est l'employeur qui est débiteur d'une obligation de reclassement et non le médecin du travail. Ce dernier ne délivre qu'un avis d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise ; seul l'employeur est en mesure de décider d'adapter un poste de travail ou de reclasser sur un autre poste, au besoin en mettant en œuvre des mesures de transformation de poste, de mutation ou d'aménagement du temps de travail. Il reste néanmoins que, pour justifiée que soit cette jurisprudence au regard de l'obligation de reclassement qui pèse sur l'employeur, elle peut conduire à des situations ingérables pour ce dernier, notamment lorsque l'avis d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise est délivré par le médecin du travail à la suite des effets délétères sur la santé mentale et/ou physique du salarié de certaines organisations du travail ou de faits de harcèlement moral... qui nécessitent le retrait du salarié de l'entreprise, en l'absence de possibilité de mutation sur un autre site.

²² La circulaire DRT n° 2004-06 du 24 mai 2004 relative à la motivation des conclusions écrites du médecin du travail sur l'aptitude médicale du salarié et les décisions de l'inspecteur du travail prises en application de l'article L 241-10-1 du code du travail figure en annexe 2 du présent rapport.

²³ Cassation sociale 16 septembre 2009 N° 08-42.212 : « Mais attendu d'abord que l'avis du médecin du travail déclarant un salarié inapte à tout emploi dans l'entreprise ne dispense pas l'employeur, quelle que soit la position prise par le salarié, de rechercher des possibilités de reclassement par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail au sein de l'entreprise, et le cas échéant, du groupe auquel il appartient.. » Dans le même sens : Conseil d'Etat 7 avril 2011 n° 334211

[64] Enfin, des difficultés sont signalées par les entreprises pour mettre en œuvre les solutions d'aménagement des postes de travail ou de reclassement préconisées par le médecin du travail du fait du refus par le salarié des propositions de l'employeur, pourtant conformes à ces préconisations. La jurisprudence actuelle de la Cour de cassation considère que le refus par le salarié d'une proposition d'adaptation du poste de travail ou d'un reclassement faite par l'employeur, même conforme à ces préconisations, n'est pas fautif, sauf refus abusif s'agissant des salariés victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle.²⁴ Selon cette jurisprudence, il appartient à l'employeur de faire de nouvelles propositions en cas de refus, sauf à estimer qu'il n'a plus de possibilité de reclassement auquel cas, il lui appartient de licencier le salarié pour inaptitude et impossibilité de reclassement, à charge pour lui devant le juge en cas de litige de faire la démonstration de cette impossibilité de reclassement. Cette jurisprudence qui a pour objectif de faire respecter l'obligation de reclassement est particulièrement exigeante dans l'hypothèse d'une aptitude avec réserves, car ici l'employeur ne dispose pas de la possibilité, in fine, de prendre la décision de licencier le salarié, l'inaptitude n'étant pas constatée.

1.1.2.3 La délivrance d'avis d'aptitude et d'inaptitude par les médecins du travail est à l'origine de contentieux, judiciaire et administratif.

[65] Un contentieux judiciaire de la rupture du contrat de travail peut naître lorsque l'employeur aura prononcé un licenciement pour inaptitude et impossibilité de reclassement, dès lors que le médecin du travail aura constaté l'inaptitude du salarié. Trois types de moyens sont alors, le plus souvent, soulevés devant le conseil de prud'hommes par le salarié.

[66] La constatation de l'inaptitude est considérée comme irrégulière, car réalisée en une seule visite au lieu de deux, en raison du non respect du délai de 15 jours, ou bien parce qu'il y a désaccord sur la qualification des visites de reprise ou sur la portée exacte de la rédaction des avis médicaux. La sanction de la constatation irrégulière de l'inaptitude est très lourde puisque la Cour de cassation juge que le licenciement a été prononcé en raison de l'état de santé du salarié et qu'il est donc nul, car discriminatoire, en application de l'article L 1132-4 du code du travail.

[67] Les efforts de reclassement de l'employeur ont été, selon le salarié, insuffisants. La recherche de reclassement doit être, selon le juge, loyale et sérieuse. Elle doit envisager toutes les possibilités au sein de l'entreprise ou dans le groupe. Les efforts de reclassement de l'employeur ne peuvent être pris en compte par le juge qu'une fois l'inaptitude définitivement constatée, ce qui est souvent critiqué par les entreprises qui ont, à juste titre, entamé des recherches bien en amont de la déclaration d'inaptitude. Selon la jurisprudence constante de la chambre sociale de la Cour de cassation, l'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise délivrée par le médecin du travail n'exonère pas l'employeur de la recherche de reclassement. La sanction de l'insuffisance des efforts de reclassement est l'absence de cause réelle et sérieuse du licenciement. Et cela même si, après l'avoir contesté devant l'inspecteur du travail ou le tribunal administratif, l'avis d'inaptitude du médecin du travail, se transforme, finalement, en avis d'aptitude.

²⁴ Cassation sociale 26 janvier 2011 N° 09-43.193 : « Attendu que ne peut constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement le refus par le salarié du poste de reclassement proposé par l'employeur en application de l'article L 1226-2 du code du travail lorsque la proposition de reclassement emporte modification du contrat de travail ou des conditions de travail ; qu'il appartient à l'employeur de tirer les conséquences du refus du salarié soit en formulant de nouvelles propositions de reclassement, soit en procédant au licenciement de l'intéressé aux motifs de l'inaptitude et de l'impossibilité de reclassement. »

- [68] Enfin, il peut être reproché à l'employeur par le salarié, qui a quelques fois pris acte de la rupture du contrat de travail, de ne pas l'avoir fait convoquer dans les délais prescrits par le code du travail aux visites médicales d'embauche ou périodiques par le service de santé au travail, sur le fondement de l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur l'employeur en application de l'article L 4121-1 du code du travail, selon la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation.²⁵ Cependant, la jurisprudence de la Cour de cassation semble sur cette question s'être un peu infléchie, d'une part en reconnaissant dans certaines hypothèses la responsabilité du service de santé au travail dans l'absence de visite médicale, dès lors que l'employeur lui en avait fait la demande, d'autre part en laissant le juge du fond plus libre de son appréciation de la gravité du manquement de l'employeur lorsque le salarié invoque l'absence de visite médicale et qu'il a pris acte de la rupture du contrat de travail.
- [69] Il faudrait y ajouter le contentieux particulier de la rupture du contrat de travail du salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, compte tenu d'un régime juridique encore un peu différent. Un des points délicats est d'ailleurs la question de savoir comment l'employeur peut savoir si l'inaptitude a ou pas une origine professionnelle afin de savoir dans quel cadre juridique il doit régler la rupture du contrat de travail. A ce stade, le médecin du travail est taisant, la reconnaissance de l'accident ou de la maladie professionnelle relevant de la décision de la Sécurité sociale et des Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) en cas de contentieux, alors que la protection spécifique instituée en faveur des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle s'applique dès que l'employeur a connaissance de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie.
- [70] Il n'y a pas de données assez fines qui permettent d'évaluer le volume de ce contentieux judiciaire. On peut néanmoins avancer l'idée d'une certaine stabilisation de ce contentieux, qui reste toutefois conséquent, particulièrement délicat à traiter tant les enjeux peuvent être importants pour le salarié comme pour l'employeur.²⁶
- [71] La contestation de l'avis d'aptitude ou d'inaptitude délivré par le médecin du travail, c'est-à-dire de la décision médicale de ce médecin, relève aujourd'hui exclusivement du recours porté devant l'inspecteur du travail, qui prend sa décision après avis du médecin inspecteur régional du travail, en application de l'article L 4624-1 du code du travail.²⁷
- [72] Le choix de confier à l'inspecteur du travail le soin de traiter ces recours est régulièrement critiqué. En effet, il ne dispose pas de compétences médicales et n'a pas accès au dossier médical du salarié. Il doit se fier sur ce point à l'avis du médecin inspecteur régional du travail. Mais l'appréciation des efforts de reclassement réalisés par l'employeur relève de la compétence du juge judiciaire et non de l'inspecteur du travail, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat. Dès lors, c'est sur le seul terrain de la procédure que l'inspecteur du travail pourrait trouver une certaine légitimité. C'est à l'évidence insuffisant pour justifier de lui confier le traitement de ce type de recours, même si, selon certains d'entre eux, leur intervention à l'occasion de l'enquête qu'ils diligentent dans le cadre de ces recours peut constituer un point d'entrée dans l'entreprise pour aborder la question de la prévention des risques professionnels.

²⁵ Cassation sociale 25 mars 2009 N° 07-44.408 et sur le non respect du délai par le SSTI : Cassation sociale 31 mai 2012 N°11-10.958

²⁶ Le Président de la chambre sociale de la Cour de cassation évoque un flux régulier d'une vingtaine d'affaires par mois traitées par cette juridiction, sans que cela ne préjuge du volume d'affaires devant les conseils de prud'hommes.

²⁷ C'est une jurisprudence constante de la Cour de cassation, encore renforcée par les arrêts récents qui refusent à l'employeur et au juge judiciaire d'interpréter l'avis du médecin du travail lorsque l'aptitude est accompagnée d'importantes réserves. Cassation sociale 16 septembre 2009 déjà cité en note 22 : « Attendu qu'il résulte de l'article L 4624-1 du code du travail que l'avis émis par le médecin du travail, seul habilité à constater une inaptitude au travail peut faire l'objet tant de l'employeur que du salarié, d'un recours administratif devant l'inspecteur du travail ; qu'en l'absence d'un tel recours cet avis s'impose aux parties. »

[73] Ce recours, qui a été progressivement encadré par le juge administratif, a fait l'objet de précisions importantes de nature procédurale par le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012. Il est désormais obligatoire de mentionner sur l'avis du médecin du travail la possibilité du recours devant l'inspecteur du travail, et un délai de deux mois a été fixé pour que l'employeur ou le salarié exerce ce recours. C'est d'ailleurs sur ce terrain de la procédure que la jurisprudence du Conseil d'Etat a été la plus importante, le juge opérant un contrôle restreint sur le fond de la décision de l'inspecteur du travail, en se fondant largement sur l'avis du médecin inspecteur. Le juge a ainsi dit que l'inspecteur du travail devait reprendre entièrement l'avis du médecin du travail, sa décision revenant rétroactivement sur l'avis du médecin du travail.²⁸ Il a été également jugé que l'avis du médecin inspecteur régional du travail constituait une formalité substantielle à peine de nullité de la décision de l'inspecteur du travail²⁹. Dernièrement, le Conseil d'Etat a jugé que l'auteur du recours devait informer de son dépôt l'autre partie en se fondant sur l'article 24 de la loi n°2000-321 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations³⁰.

[74] Le nombre de contestations des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail a sensiblement augmenté dans les dernières années, sans doute sous le double effet de la jurisprudence de la Cour de cassation, qui en a fait la voie incontournable de la contestation au fond de l'avis du médecin du travail, et de l'aménagement réglementaire récent, notamment en ce qu'il avertit explicitement l'employeur et le salarié de la possibilité d'exercer un recours devant l'inspecteur du travail et des délais à respecter pour le former.

Tableau 1 : Contestation des avis des médecins du travail

	2005	2006	2011	2012	2013
Nombre contestations	525	416	1171	1442	1597
Pourcentage par rapport au nombre d'avis rendus par les médecins	-	-	-	0,014	0,016

Source : Inspection médicale du travail sur 20 régions en 2011, 2012, 2013

[75] Malgré l'imprécision des données disponibles recueillies par la mission, on constate une augmentation significative des contestations en valeur absolue, mais, d'une part, le nombre de contestations reste très faible en proportion du nombre d'avis rendus par les médecins du travail, d'autre part, l'augmentation sur les années considérées, si elle est importante, doit être rapprochée de l'augmentation du nombre d'avis rendus par les médecins du travail.

[76] En complément, plusieurs études régionales donnent des indications intéressantes.

[77] L'augmentation globale du nombre de contestations est nette, même si les données 2014 manquent pour confirmer la progression ou pour l'infirmier. Ainsi en Bretagne, le nombre de contestations a nettement diminué en 2014 par rapport à 2013, passant de 77 à 57. De même, en Rhône-Alpes, il est constaté une stabilisation du nombre de contestations entre 2012 et 2014. L'auteur du recours varie selon les régions et les années. Ainsi, par exemple, selon l'étude Poitou-Charentes portant sur les années 2009 à 2013, la prédominance des employeurs jusqu'en 2011 a laissé place à une légère prédominance des salariés en 2013. En Bretagne, les données de 2014 montrent un relatif équilibre entre employeurs et salariés : 54,4% des recours provenant des salariés contre 45,6% des employeurs. Ce sont aussi bien les avis d'aptitude que ceux d'inaptitude qui sont contestés. Ainsi, en région Nord-Pas-de-Calais, en 2013, 43% des contestations concernent des avis d'aptitude et 57% des avis d'inaptitude.

²⁸ Conseil d'Etat 16 avril 2010 n° 326553

²⁹ Conseil d'Etat 7 octobre 2009 n°319107

³⁰ Conseil d'Etat 21 janvier 2015 n° 365124

[78] S'agissant des circonstances de la contestation, l'étude de la région Poitou-Charentes relève que 75% des contestations interviennent après une visite de reprise. Il ressort de cette même étude que lorsque l'employeur conteste l'avis du médecin du travail, c'est dans 70% des cas parce qu'il ne comprend pas l'avis du médecin du travail. Enfin, et cette indication est intéressante, selon les données de la région Bretagne concernant 2014, aucune contestation ne provient d'employeur ou salarié d'une entreprise disposant d'un service autonome de médecine du travail. Ce qui laisse penser que, dans ces entreprises, les difficultés se résolvent par des échanges entre le médecin du travail et l'employeur.

[79] Les décisions des inspecteurs du travail rendues sur ces contestations des avis des médecins du travail peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé du travail ou d'un recours contentieux.³¹

Tableau 2 : Evolution du nombre des recours hiérarchiques contre les décisions des inspecteurs du travail

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nb	45	49	32	34	59	67	72	48	77	83	121	137	177	179

Source : DGT

[80] Sur la longue période, le nombre de ces recours a été multiplié par quatre. Il n'est pas impossible que cette progression soit en cours de stabilisation, ce que semblerait indiquer le rapprochement du chiffre des recours hiérarchiques de 2014 et des quelques éléments cités ci-dessus sur la stabilisation, voire la baisse des contestations des avis des médecins du travail dans deux régions.

[81] Il reste que le nombre de ces recours, qui sont traités par la Direction générale du travail (DGT), constitue une charge non négligeable, et, ce, d'autant que la valeur ajoutée de leur traitement par l'administration est faible et intervient tardivement.

1.2 Un système de suivi de l'état de santé des salariés au travail qui montre ses limites

[82] La réforme de 2011 a contribué à une évolution de la médecine du travail en la resituant dans une logique globale de santé au travail. La mission, lors de ses auditions, a pu constater que ces changements sont globalement jugés de façon positive par la plupart des interlocuteurs. Beaucoup ont insisté sur le caractère relativement récent de cette réforme, tout en soulignant que certaines difficultés ne seront pas réglées, quel que soit le degré de maturation de cette réforme.

1.2.1 Une masse considérable de visites d'embauche à réaliser dans des délais très contraints

[83] La visite d'embauche est obligatoire et doit avoir lieu au plus tard avant l'expiration de la période d'essai, excepté pour les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée (SMR) qui doivent en bénéficier avant l'embauche.

³¹ Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de recours formés devant les tribunaux administratifs. Le Conseil d'Etat évoque, pour ce qui le concerne, quelques affaires par an. En 2005, 21 recours devant les tribunaux administratifs avaient été recensés. Cité dans « Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives. » Janvier 2007 Hervé Gosselin

- [84] La loi de 2011 élargit le champ de la visite d'embauche³². L'examen médical d'embauche a toujours pour finalité de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes et de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs. Mais cet examen vise également à informer le salarié sur les risques d'exposition au poste de travail et le suivi médical nécessaire ainsi qu'à le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre.
- [85] Une dispense de visite d'embauche est possible si le médecin du travail dispose de la fiche d'aptitude du salarié, le salarié est appelé à occuper un emploi identique qui l'expose aux mêmes risques professionnels et si aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical, sous réserve que cet examen ne soit pas trop ancien³³.
- [86] Toutefois, cette dispense de visite d'embauche ne peut pas avoir lieu si le médecin du travail estime cette visite d'embauche nécessaire ou si le salarié en fait la demande. Elle ne s'applique pas pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale intéressant certaines professions ou certains modes de travail ni aux salariés bénéficiant d'une SMR.
- [87] Ainsi, en termes de faisabilité, l'article R4624-12 du code du travail précité laisse peu de place à une réelle minoration du nombre des visites d'embauche. Même pour un salarié dont la situation permettrait en pratique une dispense de visite d'embauche, le médecin du travail doit être en possession de la fiche d'aptitude « précédente » et doit s'assurer que le nouvel emploi présente les mêmes risques d'exposition. Or, le médecin du travail sera en difficulté pour les juger identiques, sauf pour les salariés qui occupent exactement le même emploi dans la même entreprise. Cela fait donc beaucoup de conditions à réunir.
- [88] L'article précité soulève toutefois la question essentielle du suivi des risques d'exposition tout au long du parcours de travail d'un salarié. En effet, parmi les missions des médecins du travail figurent leur participation au suivi et leur contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire³⁴. Or, le suivi longitudinal des risques d'exposition d'un salarié quand il change d'entreprise et au cours du temps constitue un enjeu majeur de prévention des risques professionnels.
- [89] Un seul examen médical d'embauche est réalisé en cas de pluralité d'employeurs³⁵, sous réserve que ceux-ci aient conclu un accord entre eux ou soient couverts par un accord collectif de branche prévoyant notamment les modalités de répartition de la charge financière de la surveillance médicale. Aucun chiffre n'a été porté à la connaissance de la mission pour quantifier l'utilisation réelle de ce dispositif.
- [90] Pour les intérimaires, le médecin du travail délivre une aptitude à 3 emplois au maximum et non une aptitude à des postes de travail. Il s'agit d'emplois de même nature ou relevant de qualification équivalente par opposition à des postes de travail. Il n'y a pas toujours lieu d'effectuer un nouvel examen d'embauche avant une nouvelle mission si les conditions suivantes sont réunies dans leur ensemble³⁶ :
- le médecin a pris connaissance de la fiche d'aptitude antérieure (établie conformément à l'article R 4625-27, pour le compte de la même entreprise de travail temporaire, ou bien pour le compte d'une autre entreprise de travail temporaire),

³² Des spécificités existent pour les salariés des particuliers employeurs de gens de maison à domicile et les VRP

³³ Article R 4624-12 du code du travail

³⁴ Article L 4622-2 du code du travail

³⁵ Article R 4624-14 du code du travail

³⁶ Article R 4625-10 du code du travail

- l'aptitude ou l'une des aptitudes reconnues lors de l'examen d'embauche à l'occasion d'une mission précédente correspondent aux caractéristiques du nouveau poste de travail,
- aucune inaptitude n'a été reconnue au cours des 24 derniers mois qui précèdent, si le salarié est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, ou aucune inaptitude n'a été reconnue au cours des 12 mois précédents en cas de changement d'entreprise de travail temporaire.

[91] Cette dispense de visite d'embauche suppose que le travailleur ne demande pas un nouvel examen et que le médecin n'estime pas celui-ci nécessaire, au vu des risques mentionnés par l'entreprise de travail temporaire.

[92] Des dispositions particulières concernent les saisonniers³⁷. Le travail saisonnier se caractérise par l'exécution de tâches normalement appelées à se répéter chaque année, à des dates à peu près fixes, en fonction du rythme des saisons (récolte, cueillette) ou des modes de vie collectifs (tourisme). Cette variation d'activité doit être indépendante de la volonté de l'employeur. Sont notamment concernés le secteur agricole, les industries agroalimentaires et le tourisme.

[93] Pour les saisonniers, recrutés pour une durée au moins égale à 45 jours de travail effectif, un examen médical d'embauche est obligatoire, sauf en ce qui concerne les salariés recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés, si aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenue au cours des 24 mois précédents.

[94] Pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours, le service de santé au travail, le plus souvent, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, organise des actions de formation et de prévention. Ces actions peuvent être communes à plusieurs entreprises. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur ces actions.

[95] Le nombre des déclarations préalables à l'embauche (DPAE) que l'employeur adresse à l'URSSAF ou à la Mutualité sociale agricole (MSA), selon le régime dont il relève permet une première approche très grossière du nombre de visites médicales d'embauche à réaliser. En 2014, l'URSSAF a reçu, hors intérim, 22,26 millions de DPAE au niveau national hors secteur agricole dont 2,962 millions de Contrat à durée indéterminée (CDI). A cela il convient également d'ajouter 16,5 millions de contrats d'intérim.

[96] Ces chiffres témoignent de la masse considérable des visites d'embauche à réaliser en théorie, même si le nombre des DPAE n'est pas directement équivalent aux visites d'embauche à réaliser du fait notamment des dispenses permises par l'article R4624-12, dont nous avons souligné les limites.

[97] En outre, ces visites d'embauche doivent être réalisées dans des délais qui prennent peu en compte la multiplication de contrats de courte, voire de très courte, durée. Ainsi, entre 2000 et 2010, le nombre total de déclarations d'embauche (hors intérim) a progressé de 41,7 %, avec une forte croissance des contrats de moins d'un mois (+88,1%) et notamment des Contrats à durée déterminée (CDD) de moins d'une semaine (+120,2%)³⁸. En 2014, l'ACOSS comptabilisait 15,87 millions de CDD de moins d'un mois.

³⁷ Article D 4625-22 du code du travail

³⁸ Etude n°143, décembre 2011, ACOSS stat

- [98] Le bilan 2013 des conditions de travail³⁹ montre une relative stabilité de la part des visites d'embauche par rapport à l'ensemble des visites réalisées par les médecins du travail entre 2011 et 2012, y compris par type de Services de santé au travail (SST), hors secteur agricole. Elles représentent en 2011 et 2012 respectivement 30% et 29% de la part des visites effectuées soit 2,8 millions.
- [99] Ce chiffre se situe cependant en deçà du nombre de visites effectuées compte tenu des données manquantes pour certaines régions. Toutefois, même en majorant fortement le chiffre de 2,8 millions, il reste sans commune mesure avec le nombre de visites d'embauche à réaliser.
- [100] En outre, réaliser cette visite d'embauche suppose que le SST soit informé de la déclaration d'embauche par l'employeur. Or, le SST n'est pas toujours destinataire de la DPAAE. Plusieurs interlocuteurs ont souligné les problèmes de circuit d'information entre employeur, URSSAF et SST et la nécessité de le simplifier.
- [101] Enfin, les Services de santé au travail interentreprises (SSTI) prennent en plus régulièrement en charge des agents des trois fonctions publique. A titre d'illustration, 6% des effectifs suivis par les SSTI sont des agents de la fonction publique en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Selon le rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques⁴⁰, les SSTI participent largement à la réalisation des visites d'embauche et des visites périodiques pour les agents de la fonction publique. Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) estime que les SSTI prennent en charge environ 500 000 agents des fonctions publiques⁴¹.

1.2.2 Un suivi de l'état de santé chronophage rythmé par des textes réglementaires et des agréments déconnectés des besoins de santé

1.2.2.1 Des textes réglementaires qui conduisent à un suivi périodique de l'état de santé des salariés irréalisable et non adapté aux réels besoins

- [102] Les modalités de suivi de l'état de santé des salariés sont aujourd'hui définies par des textes règlementaires. La surveillance médicale simple⁴² prévoit que le salarié bénéficie d'examen médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail. La réforme de 2011 et ses textes d'application⁴³ offrent une souplesse dans ce domaine par le biais des agréments qui peuvent prévoir, « *sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié* », d'excéder la périodicité de vingt-quatre mois, lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.
- [103] En ce qui concerne la surveillance médicale renforcée, hormis pour les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants en catégorie A qui doivent être vus tous les ans, ces mêmes possibilités d'assouplissement existent avec, en complément, la nécessité d'inclure dans la surveillance « au moins un ou des examens de nature médicale selon une périodicité n'excédant pas vingt-quatre mois ».⁴⁴

³⁹ Bilan 2013, conditions de travail, Conseil d'orientation sur les conditions de travail, DGT, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

⁴⁰ Rapport déjà cité

⁴¹ CISME Contribution aux travaux de la mission 15 janvier 2015

⁴² Article R 4624-16 du code du travail

⁴³ Décret n° 2012-135 du 31 janvier 2012

⁴⁴ Article R4624-19 du code du travail

- [104] Pour les travailleurs de nuit, l'article L3122-42 du code du travail prévoit que travailleur de nuit bénéficie, avant son affectation sur un poste de nuit et à intervalles réguliers d'une durée ne pouvant excéder six mois par la suite, d'une surveillance médicale particulière, dont les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
- [105] Les critères qui ont conduit à considérer les situations listées par l'article R4624-18 comme relevant d'une surveillance médicale renforcée et la définition de la périodicité des visites reposent davantage sur des consensus des partenaires sociaux que sur des justifications de nature médicale.
- [106] A titre d'illustration, s'agissant des situations qui nécessitent un suivi médical renforcé, l'exposition au bruit a été citée à plusieurs reprises à la mission comme non pertinente.
- [107] Sur la périodicité, l'obligation de visite tous les six mois pour les travailleurs de nuit est apparue à plusieurs des interlocuteurs de la mission comme un exemple de mesure n'allant pas dans le sens de la prévention de l'altération de l'état de santé.
- [108] Le suivi périodique des salariés tel qu'il est organisé actuellement constitue, en effet, une part importante de l'activité des médecins du travail, au détriment d'autres actions qu'ils ne peuvent mener à bien.
- [109] Le bilan précité précise que le nombre total d'avis rendus par les médecins du travail en 2012 s'élève à 9 453 344 pour 20 régions étudiées (données issues des rapports d'activité des médecins du travail RAM).
- [110] La part des visites périodiques réalisées par les médecins du travail est de 52%⁴⁵.
- [111] Ce bilan souligne une relative stabilité de la part des visites périodiques, hors secteur agricole entre 2010, 2011 et 2012, respectivement 51%, 50% et 52% pour l'ensemble Services de santé au travail autonomes (SSTA) et SSTI. Cette stabilité est également constatée par type de SST.
- [112] En 2012, la part de ces visites périodiques est proportionnellement plus importante pour les SSTA (60%) que pour les SSTI (51%). Cette différence était déjà observée en 2011, respectivement 57% pour les SSTA et 49% pour les SSTI.
- [113] Le bilan des conditions de travail 2013 souligne également la hausse des visites dans le cadre de la SMR, tant dans les SSTI que dans les SSTA.
- [114] La masse de visites périodiques à réaliser est là aussi considérable. 3,5 millions de salariés sont concernés par le travail de nuit⁴⁶, la périodicité des visites médicales étant fixée à 6 mois, cela conduit à 7 millions de visites médicales. A cela, s'ajoutent les visites médicales périodiques pour les travailleurs actifs occupés de moins de 18 ans, les travailleurs handicapés et les visites médicales annuelles correspondant aux autres situations nécessitant une SMR.
- [115] Bien que les médecins du travail consacrent une part importante de leur activité aux visites périodiques, ils ne peuvent satisfaire toutes les obligations réglementaires. C'est face à ce constat que la possibilité de modulation de la périodicité des visites médicales a été prévue dans le cadre des agréments des SST délivrés par les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

⁴⁵ Analyse des données 2012 des RAM réalisée sur 18 régions

⁴⁶ DARES, Août 2014, n° 062 : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-062.pdf>

1.2.2.2 Une modulation de la périodicité des visites périodiques dans le cadre des agréments peu fondée sur les besoins de santé des salariés

- [116] Les agréments des services de santé au travail donnés par les DIRECCTE peuvent modifier la périodicité des visites médicales obligatoires pour le suivi de santé des salariés. L'agrément prévoit également l'effectif maximum de salariés suivi par l'équipe pluridisciplinaire et le nombre de médecin du travail par secteur. Le bilan 2013 des conditions de travail notait que 75% des services de santé au travail étaient agréés par les DIRECCTE après avis des inspecteurs du travail.
- [117] Dans les éléments préparatoires élaborés par la DGT pour un bilan de la mise en œuvre de la réforme de juillet 2011 sur la santé au travail, il est rappelé que l'agrément doit permettre de prendre en compte les caractéristiques des salariés suivis par chaque service de santé au travail à partir de leur appartenance à telle entreprise, à tel secteur d'activité et de leur exposition à tel risque professionnel, pour définir le meilleur suivi individuel de leur état de santé au regard aussi des moyens proposés par le service.
- [118] Le document précité élaboré par la DGT donne notamment un éclairage sur la réalité des pratiques en ce qui concerne la périodicité des visites médicales prévue par les agréments.
- [119] Il mentionne que sur trente-sept services de santé au travail autonomes analysés, seuls six ont demandé une modulation de la périodicité des examens médicaux. Le tableau ci-dessous présente la nature des dérogations acceptées et refusées

Tableau 3 : Nature des dérogations demandées par 37 SSA analysés

Nature des dérogations acceptées	Nombre
SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1
SMR : 24 mois avec un entretien infirmier intermédiaire SMS : 48 mois avec un entretien infirmier intermédiaire Adaptation du suivi médical pour le travail de nuit sous réserves de la réalisation de l'examen médical d'embauche et des examens périodiques	1
SMS : 36 mois avec un entretien infirmier intermédiaire	1
Nature des dérogations refusées	Nombre
Examens périodiques	2
Extensions géographiques	1
SMS pour les salariés en continu et pour les travailleurs de nuit	1

Source : Eléments préparatoires élaborés par la DGT pour un bilan de la mise en œuvre de la réforme de juillet 2011 sur la santé au travail

- [120] Pour les services de santé interentreprises, les demandes de modulation sont plus importantes. Cette différence peut s'expliquer par les effectifs de salariés à suivre par médecin plus importants dans les SSTI que dans les SSTA.

- [121] Le bilan des conditions de travail 2013 note qu'en 2012, un médecin du travail exerçant dans un SSTA suivait en moyenne 1488 salariés, alors qu'un médecin du travail exerçant en SSTI en suivait en moyenne 3425. Il faut toutefois noter que le nombre de salariés suivi en moyenne par un médecin du travail était en augmentation dans les deux types de SST entre 2011 et 2012, de 5,4% pour les SSTA et de 4,2% dans les SSTI, traduisant une tension certaine de la démographie des médecins du travail.
- [122] Pour les SSTI, sur soixante-et-onze agréments accordés depuis le 1er juillet 2012, la DGT a analysé soixante-deux décisions d'agrément, prononcées par seize DIRECCTE.
- [123] Trente-six décisions d'agrément accordent une modulation de la périodicité des visites médicales, treize correspondent à des refus et les dix-neuf autres ne mentionnent rien. Le nombre total est supérieur à soixante-deux car un même agrément peut contenir à la fois des accords et des refus concernant les modulations de périodicité des visites.
- [124] Le rapport de la DGT souligne que : « *Les modulations accordées à l'espacement des examens médicaux par les DIRECCTE se traduisent, dans la grande majorité des cas, par une périodicité uniforme qui distingue deux cas de figure :*
- *celui des salariés en surveillance médicale renforcée avec des examens médicaux tous les 24 mois dans dix décisions (soit 16%), tous les 36 mois dans un cas et tous les 48 mois dans cinq décisions (soit 8%) ;*
 - *celui des autres salariés avec des examens médicaux tous les 48 mois dans quinze décisions (soit 24%), tous les 36 mois dans deux décisions, tous les 60 mois dans une décision et tous les 72 mois dans trois décisions. »*
- [125] Le rapport DGT précité indique également que la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques n'est pas encore véritablement appréciée au cas par cas et de manière fine pour tenir compte des expositions réelles aux risques professionnels et des caractéristiques de la population suivie ainsi que des priorités, de l'organisation et des moyens de chaque service pour la catégorie de salariés qui bénéficierait d'une telle modulation. Il note une disparité régionale dans les modulations de visites médicales périodiques qui tient compte « *notamment des réalités territoriales, des ressources médicales et pluridisciplinaires, des choix organisationnels et des particularités des entreprises et salariés suivis* ».
- [126] La possibilité, dans le cadre des agréments, de dérogations à la périodicité prévue par les textes réglementaires apparaît comme un progrès par rapport à la situation antérieure. Elle n'apporte toutefois qu'une réponse limitée qui ne repose pas souvent sur une évaluation des besoins de santé. Or, les difficultés des SST à effectuer les visites médicales demandées par les employeurs sont généralisées et liées à une somme d'obligations réglementaires non adaptées aux besoins de suivi des salariés. Il convient d'impulser un réel changement dans ce domaine.

1.2.3 Les visites à la demande, de pré-reprise et de reprise viennent s'ajouter à la masse des visites d'embauche et périodiques à réaliser

- [127] Les visites à la demande sont réalisées par le médecin du travail à la demande de l'employeur ou à la demande du salarié, indépendamment des visites périodiques prévues. L'employeur ne peut toutefois pas exercer cette demande quand le salarié est en arrêt de travail, car cela correspond à une visite de pré-reprise et l'employeur n'est aujourd'hui pas habilité à effectuer ce type de demande.
- [128] Les visites de pré-reprise sont réalisées par le médecin du travail avant la reprise du travail d'un salarié en arrêt de maladie, à la demande du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie.

[129] Les visites de reprise sont obligatoires après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle et après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

[130] Le bilan des conditions de travail 2013 donne une répartition des visites que réalisent par les médecins du travail, à partir de l'exploitation précitée des données des RAM. Dans le tableau suivant, le terme « autres » regroupe les visites de pré-reprise et les visites à la demande du salarié ou de l'employeur.

Tableau 4 : Répartition des visites médicales selon leur type pour 2011 et 2012

	2010	2011*	2012
Visites d'embauche	31%	30%	29%
Visites périodiques	51%	50%	52%
Visites de reprise	12%	13%	12%
Autres	6%	7%	7%

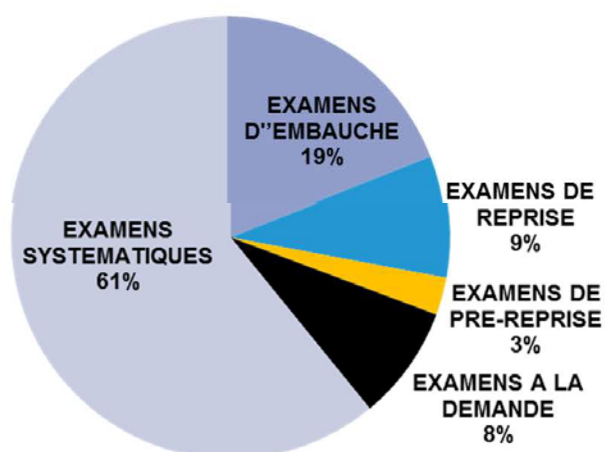
Source : Bilan 2013 des conditions de travail, données issues des RAM, *Données des RAM sur 18 régions, Données des RAM sur 11 régions, correspondant à un total de 5 669 946 visites médicales

[131] Le bilan précité note que la répartition des visites médicales est relativement stable entre 2011 et 2012, y compris par type de SST.

[132] Pour les salariés du secteur agricole, les 369 462 examens individuels réalisés par les médecins du travail se répartissent comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Répartition des examens réalisés en 2012 pour les salariés du secteur agricole

Répartition des examens réalisés en 2012



Source : Bilan national d'activité de la santé sécurité au travail des salariés agricoles en 2012, MSA

- [133] Le bilan 2013 des conditions de travail souligne une hausse très importante des visites à la demande avec un triplement entre 2011 et 2012⁴⁷. Il précise qu'une comparaison en poids relatif de même nature sur une période de 12 ans (2000-2012) fait apparaître une baisse de 15,4 points des examens systématiques et une progression des examens de reprise (+ 6,2 points), des examens à la demande (+ 6 points), des examens de pré-reprise (+ 1,7 point) et des examens d'embauche (+ 1,7 point).
- [134] Dans l'ensemble, ces obligations réglementaires en matière de visite médicale aboutissent à une masse considérable de visites à réaliser. Le CISME chiffre à 30 millions les visites médicales prescrites par le code de travail.
- [135] Le décalage est massif entre un nombre de visites théorique et le nombre de visites effectuées. La mission souligne que les systèmes d'information aujourd'hui disponibles sont peu adaptés pour évaluer précisément ce décalage.

1.2.4 La démographie des médecins du travail est préoccupante, avec de fortes inégalités territoriales, et nécessite de mobiliser des leviers complémentaires pour y remédier

- [136] Le bilan 2013 des conditions de travail précise que les données recueillies auprès des DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail montrent qu'au 31 décembre 2013, l'effectif des médecins du travail s'élève à 5 048 équivalents temps plein (ETP) de médecins du travail au total, dont 4 389 dans les SSTI et 659 dans les SSTA, soit un total en baisse de 5 % par rapport à l'année précédente.
- [137] Le tableau ci-dessous présente, à partir des données du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) les effectifs au 1^{er} janvier 2014 des médecins du travail en France, selon le sexe.

Tableau 5 : Données sur la démographie en effectif des médecins du travail, en France, au 1er janvier 2014

	Hommes Effectifs	Femmes effectifs	Total effectif
France métropolitaine	1489	3782	5271
DOM	27	45	72
Total France métropolitaine + DOM	1516	3827	5343

Source : Mission à partir de l'Atlas du CNOM 2014

- [138] La Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) vient de publier des éléments sur la démographie médicale France entière au 1^{er} janvier 2015 à partir des données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RRPS)⁴⁸. L'effectif des médecins du travail en exercice est de 4982 et intègre les médecins du travail ayant un exercice salarié autre qu'hospitalier ou un exercice mixte (libéral et salarié)⁴⁹.

⁴⁷ Ces statistiques-ci ne concernent pas le secteur agricole. Le bilan 2013 des conditions de travail souligne également la hausse du nombre des visites à la demande dans ce secteur.

⁴⁸ La démographie médicale des professionnels de santé, Santé et protection sociale, DREES, avril 2015, <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-professionnels-de-sante>

⁴⁹ Les effectifs des médecins ayant un exercice mixte libéral et salarié sont très faibles

- [139] En outre, les disparités départementales des effectifs en médecin du travail sont majeures. Parmi les motifs de dérogations accordées par la DIRECCTE pour la périodicité des visites médicales dont la durée atteint pour certains services 60 à 72 mois, la démographie des médecins du travail au sein des SST est citée par beaucoup d'interlocuteur comme un critère majeur. Dans certaines régions les densités sont hétérogènes. Dans d'autres, comme en région Centre, elles sont partout faibles, ce qui est le cas du reste pour les effectifs des médecins généralistes dans cette région.
- [140] Le CNOM constate sur les 7 dernières années une baisse nationale moyenne de 11,2% des effectifs de médecins du travail⁵⁰. Là encore cette variation est très variable selon les régions. A titre d'illustration, pour la région Poitou-Charentes cette baisse d'effectifs de médecins du travail sur les 7 dernières années s'élève à 28,4%.
- [141] Ces difficultés iront en s'aggravant du fait de la pyramide des âges des médecins du travail. L'âge moyen des médecins du travail France est de 55 ans France entière. Au 1er janvier 2015, la part de l'effectif des médecins salariés en activité de plus de 60 ans, hors salariés hospitaliers, est de 40%. Elle est de 75% pour les médecins de plus de 50 ans. En outre, parmi les médecins du travail de moins de 30 ans, 6 sur 16 ont un exercice hospitalier.
- [142] Le tableau ci-dessous présente France entière la répartition par tranche d'âge des médecins du travail en activité ayant un exercice salarié autre qu'hospitalier ou un exercice mixte libéral et salarié.

Tableau 6 : Effectifs par tranche d'âge des médecins du travail salariés non hospitaliers⁵¹ au 1^{er} janvier 2015

	Tot effectifs	<40 ans	40-50 ans	50-60 ans	>60 ans
Effectifs	4982	415	1231	3751	1995
Proportion	100%	8,3%	24,7%	75%	40%

Source : Mission à partir des données DREES RPPS

- [143] Ces données laissent prévoir une diminution majeure de la démographie médicale ces prochaines années du fait notamment de la difficulté à augmenter le flux des médecins du travail qui entrent en activité pour compenser les départs à la retraite.
- [144] Les projections réalisées par la DREES en janvier 2009⁵² sur les effectifs par spécialités médicales attiraient déjà l'attention sur ce phénomène. La diminution d'effectif attendue pour les médecins du travail entre 2006 et 2030 était alors estimée à moins 62%, passant d'un effectif de 6139 médecins du travail en 2006 à 2353 en 2030.
- [145] La filiarisation de la spécialité médecine du travail qui permet d'identifier spécifiquement la spécialité de médecine du travail au sein du numerus clausus et donc d'ouvrir des postes d'internes réservés à l'exercice de cette spécialité ne semble pas de nature à compenser cette baisse démographique. En 2014, sur 177 postes ouverts à l'internat de médecine du travail, 60 ont été non pourvus, soit 66% de postes pourvus alors que, pour l'ensemble des spécialités médicales, 96,7% des postes sont pourvus. Dans ce contexte, l'augmentation du numerus clausus des internes de médecine du travail n'apparaît pas actuellement comme un levier pertinent pour augmenter la démographie des médecins du travail.

⁵⁰ Atlas national de la démographie médicale 2014, CNOM, juin 2014

⁵¹ Sont inclus les effectifs, très faibles, des médecins à exercice mixte libéral et salarié.

⁵² La démographie médicale à l'horizon 2030, Etudes et résultats n°679, DREES, février 2009

- [146] Les chiffres sur les postes non pourvus témoignent du défaut d'attractivité de cette spécialité pour les internes. Il est lié à un problème d'image de cette spécialité qui est mal connue par les étudiants en médecine. Peu d'entre eux ont intégré la diversité des actions à mener par le médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité, actions individuelles et collectives. Il s'agit notamment d'un exercice clinique, de l'aide au maintien dans l'emploi des salariés ainsi que des actions en milieu de travail. Cet exercice tourné vers la prévention est parfois peu valorisé, dans un exercice global de la médecine où le curatif a longtemps été privilégié par rapport au préventif⁵³. Toutefois, si l'exercice de la médecine du travail offre en théorie une large palette d'activités, la vérification systématique de l'aptitude à l'occasion de l'ensemble des visites obligatoires occupe la plus grande partie du temps médical. Ces obligations se font au détriment d'une prévention individuelle des risques professionnels adaptée aux besoins et des actions en milieu de travail. Les évolutions proposées dans ce rapport devraient renforcer l'attractivité de cette spécialité.
- [147] En outre, les modalités d'exercice des médecins du travail au sein des SSTI connaissent des changements, encore timides selon les situations, mais la mise en œuvre d'une pluridisciplinarité va aller en se développant. Le rôle d'animateur et coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire du médecin du travail constitue également un atout, par son ouverture vers des disciplines différentes comme par exemple l'ergonomie ou l'hygiène et la sécurité.
- [148] Une autre voie d'accès à la spécialité est celle du passage par le statut de médecin collaborateur. Cette voie d'accès récente à la spécialité permet en théorie d'envisager un renforcement des ressources en médecins du travail. Or, cet accès reste soumis aux conditions d'accès valables pour l'ensemble des spécialités qui supposent quatre années d'exercice. Il est souhaitable que les possibilités offertes par la validation des acquis de l'expérience soient exploitées au mieux, afin de valider le maximum de semestres aux médecins qui souhaitent s'engager dans cette spécialité, compte tenu de leur exercice antérieur. Par ailleurs, actuellement, les médecins collaborateurs voient le contenu de leur exercice limité, alors même qu'ils pratiquent sous l'autorité d'un médecin tuteur. Le projet de loi de modernisation du système de santé prévoit qu'un décret fixe les conditions dans lesquelles un collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, exerce, sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail et dans le cadre d'un protocole écrit et validé par ce dernier, les fonctions dévolues aux médecins du travail.

Recommandation n°1 : Permettre aux collaborateurs médecins de remplir plus largement les fonctions de médecin du travail, ainsi que le prévoit le projet de loi de modernisation du système de santé constitue un levier nécessaire pour augmenter la capacité à réaliser des visites médicales dans le cadre du suivi de l'état de santé du salarié.

- [149] Pour la mission, cette question de la démographie des médecins est à prendre en compte. Elle nécessite notamment de renforcer l'attractivité de la médecine du travail. Toutefois, il convient de ne pas en faire l'élément central d'évolution de la santé au travail, mais bien d'appréhender, de façon pragmatique, les changements à opérer pour mieux suivre la santé des salariés au travail, dans le souci notamment d'une réduction des inégalités territoriales.

⁵³ L'Association nationale des internes en médecine du travail (ANIMT) s'efforce de mieux informer l'ensemble des internes. Elle a notamment distribué des plaquettes d'information à la sortie des Examens classant nationaux (ECN) à plus de 5000 exemplaires depuis 2 ans.

1.2.5 Une pluridisciplinarité en cours de déploiement

- [150] La réforme de 2011 a instauré une pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire⁵⁴. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code.
- [151] Ainsi, l'infirmier de santé au travail peut exercer certaines activités sous la responsabilité du médecin du travail, dans le cadre des protocoles écrits et dans la limite du décret d'actes des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) codifié aux articles R4311-1 et suivants du code de la santé publique. Le décret d'actes donne notamment compétence aux IDE pour participer « à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».
- [152] L'article R4623-9 du code du travail prévoit que l'infirmier exerce ses missions propres ainsi que celles définies par le médecin du travail sur la base des protocoles précités définis par voie réglementaire. L'infirmier peut réaliser des entretiens infirmiers⁵⁵ qui donnent lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié.
- [153] L'infirmier peut également effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui dans le respect des règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier⁵⁶.
- [154] Il ne s'agit donc pas d'une coopération entre professionnels de santé, telle qu'elle est prévue par l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) qui implique qu'un professionnel soit amené à réaliser une activité ou des actes n'entrant pas dans son champ de compétence.
- [155] Les missions de l'infirmier au sein des SST sont exclusivement préventives à l'exclusion des situations d'urgence.
- [156] Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y aurait 818 infirmiers salariés dans les services de santé au travail interentreprises, au 31 décembre 2013, pour 779 ETP. Plus de 75% des services auraient recruté des infirmiers depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la médecine du travail au 1^{er} juillet 2012.
- [157] Dans son bilan intermédiaire, le CISME estime que le nombre d'infirmiers a été multiplié par plus de 2,5 entre le 31 mai 2012 et le 30 octobre 2013 (Bilan de la réforme de la DGT).
- [158] Dans les SSTA, le rôle des Infirmiers en santé au travail (IST) semble être plus largement affirmé.
- [159] L'articulation entre médecin du travail et infirmier de santé au travail apparaît capitale pour assurer au mieux le suivi de santé des salariés. Ses modalités de mise en œuvre varient fortement selon les SST et même, au sein d'un SST, selon les médecins du travail.
- [160] La pluridisciplinarité ne saurait se résumer aux collaborations entre médecins et infirmiers au sein d'un SST.

⁵⁴ Article R 4623-14 du code du travail

⁵⁵ Article R. 4623-31 du code du travail

⁵⁶ idem

[161] Le bilan 2013 des conditions de travail donne une vision de l'équipe pluridisciplinaire, d'après l'analyse des données 2012 de 100 SSTI transmises par 8 régions et de son évolution par rapport à 2012 :

- 38 % de médecins du travail (49 % en 2011) ;
- 5 % d'IST (5 % en 2011) ;
- 8,5 % d'Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) internes (8 % en 2011) ;
- 48,5 % (38 % en 2011) de personnels administratifs contribuant à l'équipe pluridisciplinaire dont 8 % d'assistants en santé travail (ASST).

[162] Interviennent également, selon les SST, les internes en médecine du travail et les collaborateurs médecins.

[163] Les éléments transmis par la DGT précisent qu'en moyenne les effectifs des SSTI au 31 décembre 2013 sont de 28,8 ETP. Leur répartition est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Répartition des effectifs dans les SSTI au 31 décembre 2013

Effectifs	NB	ETP	Moyenne par SST
Médecin du travail	5207	4389	16,44
Collaborateur médecin	154	145,3	0,55
Interne	71	68,3	0,25
Infirmier	818	779	2,96
Assistant de service de santé au travail (ASST)	1377	1278	4,78
Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)	1116	1029	3,82

Source : Eléments préparatoires élaborés par la DGT pour un bilan de la mise en œuvre de la réforme de juillet 2011 sur la santé au travail

[164] Lors de son déplacement en Bretagne, l'attention de la mission a notamment été appelée sur l'évaluation menée dans cette région en avril 2014 sur l'intégration des infirmiers en santé au travail, notamment dans les SSTI⁵⁷. Cette évaluation précisait notamment que la prévention primaire est désormais placée comme prioritaire dans l'activité des SST, y compris à travers l'action des infirmiers. Elle mentionnait le suivi individuel de santé en lien avec le travail comme un complément indispensable en prévention notamment pour :

- « Permettre l'expression sur le travail réellement vécu par les salariés
- Exploiter sur un mode collectif des informations recueillies
- Expliquer et informer de façon à changer les représentations sur les risques et la prévention
- Contribuer à la traçabilité individuelle (Dossier Santé Travail)
- Contribuer à la veille sanitaire ».

[165] L'évaluation mentionnait également des expérimentations conduites pour étendre le rôle des infirmiers dans le cadre des entretiens d'embauche.

⁵⁷ Etat des lieux en Bretagne de pratiques d'intégration des infirmier(e)s en santé au travail dans les services pluridisciplinaires, DRECCTE de Bretagne, Inspection médicale du travail, décembre 2014

- [166] La mission a pu constater au travers des différents entretiens les efforts de certains SST pour faire vivre cette pluridisciplinarité. Les organisations sont variables et la pluridisciplinarité ne correspond pas à la même réalité selon les SST.
- [167] Des réunions pluridisciplinaires peuvent être ainsi organisées sous l'égide du médecin coordonnateur, elles visent à traiter de thématiques transversales en présence des différents membres de l'équipe, selon les configurations existantes : médecins du travail, infirmiers, secrétaires médicales, Intervenants en prévention des risques professionnels ... La périodicité, variable, est de l'ordre de trois à quatre réunions par an.
- [168] De façon plus rapprochée, les médecins du travail peuvent être amenés à organiser des réunions regroupant les intervenants qui travaillent sous leur responsabilité (infirmiers, assistants de santé au travail, secrétaires médicales...), ou parfois dans des configurations encore plus restreintes pour traiter de dossiers particuliers.
- [169] Dans les SSTI, les IPRP participent, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail, dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire des SSTI. Les résultats des études réalisées par l'IPRP (réalisation de diagnostic, de conseil...) sont communiqués au médecin du travail.
- [170] La mission a pu constater qu'en pratique, le rôle des IPRP est variable selon les SST.
- [171] Une illustration intéressante de la diversité des pratiques au sein des équipes pluridisciplinaires est donnée par le réseau national des psychologues et psychosociologues en service de santé au travail interentreprises. Il souligne les modalités d'exercice diversifiées qui peuvent exister en fonction des SST. Dans certains cas, les psychologues exercent dans le cadre d'entretiens individuels, avec une mission exclusive de soutien ponctuel des salariés et d'aide à la prise de décision des médecins du travail. Dans d'autres, leur rôle consiste exclusivement en un accompagnement des démarches de prévention en milieu de travail. Pour certains, l'intervention se fait dans les deux champs, celui de l'accompagnement individuel et celui des interventions en milieu de travail. Il a également insisté sur les modalités variables d'organisation du travail au sein des SST qui conduisent notamment à des interventions plus ou moins marquées sur les actions de prévention primaire et de prévention de la désinsertion professionnelle ainsi qu'en milieu de travail.
- [172] Malgré ces évolutions positives, le déploiement de la pluridisciplinarité n'a pas encore atteint tous ses objectifs. La mission souligne la grande hétérogénéité dans la façon dont la pluridisciplinarité s'est mise en place, y compris dans son pilotage.
- [173] **Ces constats conduisent à interroger, d'une part la pertinence des notions d'aptitude et d'inaptitude, d'autre part les modalités du suivi de santé au travail**

2 LA PERTINENCE DES NOTIONS D'APTITUDE ET D'INAPTITUDE DOIT ETRE INTERROGEE

[174] Deux arguments principaux sont avancés au soutien de l'utilisation de la notion d'aptitude à l'embauche et à l'occasion des visites médicales périodiques ou de reprise : l'aptitude jouerait un rôle utile en matière de prévention des risques professionnels en écartant un salarié d'un poste dangereux pour sa santé, notamment à l'embauche, et en assurant à l'employeur qu'il n'y a pas d'obstacle à ce que le salarié occupe le poste de travail qui lui est destiné⁵⁸ ; l'aptitude constituerait une double protection juridique, pour l'employeur d'abord, qui verrait sa responsabilité plus difficilement recherchée en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle et de respect de l'obligation de sécurité de résultat, dès lors que le salarié a été déclaré apte à son poste de travail par le médecin du travail, pour le salarié ensuite, qui aurait ainsi la garantie que ses données personnelles de santé ne seraient pas disponibles pour l'employeur et qui se protégerait ainsi contre des faits discriminatoires en raison de son état de santé dans le cadre de la conclusion, de l'exécution ou de la rupture du contrat de travail. La mission juge cet argumentaire très fragile tant dans ses aspects médicaux que juridiques dans la façon dont est envisagée aujourd'hui la notion d'aptitude.

[175] S'agissant de l'inaptitude, le constat qui s'impose est celui d'un décalage entre l'appareillage juridique en faveur du maintien dans l'emploi qui accompagne sa constatation et la pratique des médecins du travail et des entreprises qui visent à trouver les aménagements rendus nécessaires par l'évolution de l'état de santé du salarié et à ne recourir à la constatation de l'inaptitude et au licenciement du salarié que lorsqu'il n'y a plus de solution pour maintenir le salarié au sein de l'entreprise.

2.1 Le principe de la vérification de l'aptitude à des postes de sécurité ne soulève pas de débats

[176] Ciblé sur une population réduite, réalisé sur la base d'examens adaptés aux exigences du poste et par un médecin différent du médecin du travail en charge de la surveillance de l'état de santé du salarié, le contrôle de l'aptitude des salariés occupant des postes de sécurité est indispensable.

[177] C'est le consensus qui se dégage nettement des auditions de la mission.

2.1.1 Pour certains postes de travail, des textes réglementaires régissent les modalités de vérification de l'aptitude

[178] Il n'existe pas de définition juridique générale des postes de sécurité sauf dans certains secteurs d'activité économique particuliers comme les transports.

⁵⁸ « En définitive, la notion d'aptitude appartient à un registre qui renvoie à l'acception 19^{ème} et 20^{ème} siècle de la prévention : on protège en retirant d'une situation de travail...Aptitude et obligation d'adapter le travail à l'homme cohabitent mal. Il est temps de passer le cap. » Hervé LANOUZIERE. Contribution aux travaux de la mission. 11 février 2015

- [179] C'est le cas par exemple des **ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne**⁵⁹. D'une part, l'accès au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne est soumis à des conditions d'aptitude physique particulière dont les modalités de vérification sont définies par l'arrêté précité. Ces vérifications doivent être réalisées par des médecins habilités dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'aviation civile sur proposition du médecin-chef. D'autre part, l'aptitude est appréciée en cours de carrière tous les deux ans par un médecin habilité, ou dans le mois qui suit la reprise de service après un congé de maternité, après une interruption d'activité supérieure à un mois pour cause de maladie ou d'accident ou de six mois pour tout autre motif. Les avis des médecins habilités sont transmis, dans le respect du secret médical à l'autorité compétente pour prendre les arrêtés de nomination et les décisions d'aptitude et notifiés aux intéressés.
- [180] Pour le **personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile**, l'aptitude physique et mentale fait également l'objet d'un arrêté⁶⁰. Le candidat ou détenteur d'un certificat médical émis conformément au présent arrêté ne doit pas présenter de maladie ou d'invalidité susceptible de le rendre brusquement incapable de piloter un aéronef ou de réaliser les tâches assignées en toute sécurité. Il doit produire une pièce d'identité et remettre au médecin qui contrôle l'aptitude une déclaration signée indiquant ses antécédents médicaux personnels, familiaux et héréditaires. Il doit également préciser dans cette déclaration s'il a déjà subi un examen de contrôle d'aptitude et si c'est le cas, quels en ont été les résultats. Enfin, il doit être informé de la nécessité de fournir, pour autant qu'il en ait connaissance, des informations complètes et précises sur son état de santé.
- [181] Il est en outre prévu que « tout détenteur d'un certificat médical doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence, des qualifications ou autorisations correspondantes dès qu'il est conscient d'une diminution de son aptitude médicale susceptible de le rendre incapable d'exercer en toute sécurité lesdits privilèges ». En outre, « les détenteurs d'un certificat médical doivent s'abstenir de piloter quand ils prennent un médicament, prescrit ou non, ou une drogue, ou qu'ils suivent tout autre traitement, à moins que le prescripteur de ce médicament, cette drogue ou ce traitement ne leur assurent que cela n'aura pas d'effet sur leur capacité à piloter ».
- [182] Une autre illustration est donnée par les conditions d'aptitude physique à la **profession de marin** qui fait l'objet d'un arrêté⁶¹.
- . Il y a est notamment précisé :
- « *L'exercice de la profession de marin est soumis aux règles médicales d'aptitude définies ci-dessous ; d'une manière générale, l'aptitude physique à la navigation requiert l'intégrité fonctionnelle et morphologique de l'individu. Constitue une contre-indication médicale à la navigation maritime et entraîne l'inaptitude d'une manière partielle ou totale, temporaire ou permanente sinon définitive, tout état de santé, physique ou psychique, toute affection ou infirmité décelable qui soit susceptible :*
- *de créer par son entité morbide, son potentiel évolutif, ses implications thérapeutiques, un risque certain pour un sujet qui peut se trouver dans l'exercice de sa profession hors de portée de tout secours médical approprié ;*
 - *d'être aggravé par l'exercice professionnel envisagé ;*
 - *d'entraîner un risque certain pour les autres membres de l'équipage ou des passagers éventuels ;*
 - *de mettre le sujet dans l'impossibilité d'accomplir normalement ses fonctions à bord, en particulier les états d'assuétude (drogues et/ou alcool).*

⁵⁹ Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions médicales particulières requises des ingénieurs de contrôle de la navigation aérienne et aux modalités de contrôle

⁶⁰ Arrêté du 26 février 2013 modifiant l'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aéronautique civile

⁶¹ Arrêté du 30 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 16 avril 1986 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin, à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance

Ces règles s'appliquent aux candidats à la profession de marin et aux marins en cours de carrière. Elles peuvent être nuancées selon la catégorie et le genre de navigation envisagés ou pratiqués, et selon les fonctions postulées ou exercées. »

- [183] Outre ces dispositions générales figurent une série de pathologies entraînant une inaptitude. La question des addictions est également abordée avec une description des situations pour lesquelles une recherche biologique de substances psycho-actives doit être réalisée.
- [184] La constatation de l'aptitude médicale à la navigation est réalisée par les médecins des gens de mer ou par des médecins désignés par l'autorité maritime sur acte de candidature et après agrément du service de santé des gens de mer. L'arrêté souligne qu'à l'entrée dans la profession, les candidats sont tenus de déclarer au médecin examinateur leurs antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux ainsi que les traitements suivis et de fournir toutes pièces médicales qu'ils peuvent détenir pour préciser leurs déclarations. *« En cours de carrière, les marins sont soumis à la même obligation concernant tout évènement médical survenu en cours ou hors navigation ».*
- [185] L'examen médical est requis à l'entrée dans la profession de marin et d'une manière générale tous les ans, sauf pour des cas particuliers (par exemple : tous les deux ans pour les marins âgés de dix-huit ans ou plus pour les marins pratiquant la conchyliculture) et notamment après absence selon des modalités que précise l'arrêté.
- [186] S'agissant du **transport ferroviaire**, les conditions d'aptitude physique et professionnelle à remplir par le personnel pour être habilité à exercer, des fonctions relatives à la sécurité des usagers, des personnels et des tiers sur le réseau ferré national font également l'objet d'un arrêté⁶². L'arrêté précise les fonctions de sécurité auxquelles peut être affecté le personnel. Il est précisé que l'employeur prend les mesures nécessaires pour que le personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité remplisse en permanence les conditions d'aptitude physique et professionnelle définies par cet arrêté. L'employeur fait réaliser un examen d'aptitude physique par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une autorisation lui permettant d'exercer la médecine du travail. L'arrêté du 6 août 2010 qui précise le champ des visites médicales crée la fonction de médecin agréé par la Commission de Sécurité Ferroviaire en vue de la délivrance du Certificat, et prévoit le cadre de ces visites et les voies de recours. Pour donner un **avis sur l'aptitude** physique du personnel à l'exercice des fonctions de sécurité, le médecin se réfère notamment aux annexes de l'arrêté qui déclinent les examens médicaux préalables à l'exercice de fonctions de sécurité, les examens médicaux périodiques d'aptitude physique à l'exercice de fonctions de sécurité et les examens médicaux de reprise de l'exercice de fonctions de sécurité.
- [187] Enfin, l'exemple de l'aptitude à la **conduite automobile**, qui est exigée pour occuper de nombreux postes de travail, offre une autre modalité de vérification de l'aptitude définie également par arrêté⁶³. Dans ce cas, une liste et des critères d'affections médicales conditionnent la possibilité de conduire un véhicule léger ou lourd... Et le médecin du travail n'est pas le médecin qui donne son avis sur l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

⁶² Arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national

⁶³ Arrêté du 31 août 2010, modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

2.1.2 D'autres postes ne font pas l'objet de dispositions réglementaires et sont également susceptibles d'être à l'origine de danger pour d'autres travailleurs ou des tiers

[188] Dans certains secteurs d'activité, comme le BTP, cette question est tellement prégnante qu'elle a amené le Groupement national pluridisciplinaire de santé au travail dans le BTP (GNMS BTP) à définir le poste de poste de sécurité comme suit :

[189] « *Le poste de sécurité est un poste de travail susceptible d'être à l'origine d'un risque d'accident collectif, à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur.* »

2.1.3 Certaines dispositions existant dans d'autres pays fournissent des pistes de réflexion intéressantes

[190] Si l'article 14 de la directive de 1989 ne dit rien sur les postes de sécurité, des exemples internationaux offrent des pistes de réflexion intéressantes, même si les appellations peuvent varier. En Belgique, par exemple, la notion de « poste de vigilance » joue un rôle important dans la surveillance de la santé des travailleurs. Lorsqu'il ressort d'une analyse des risques qu'un travailleur occupe un poste de vigilance, l'employeur est tenu d'effectuer une surveillance de la santé. Par poste de sécurité, on entend tout poste de travail impliquant :

- l'utilisation d'équipements de travail ;
- la conduite de véhicules à moteur, de grues, de ponts roulants, d'engins de levage quelconques, ou de machines qui mettent en action des installations ou des appareils dangereux ;
- le port d'armes ;

[191] pour autant que la sécurité et la santé d'autres travailleurs de l'entreprise ou d'entreprises extérieures puissent être mises en danger.

[192] Cette dernière précision rejoint ce que la réglementation prévoit en France pour certains postes.

[193] Au Luxembourg, la définition des postes de sécurité comprend les postes dangereux pour le travailleur lui-même qui rappellent dans une large part les postes nécessitant une surveillance médicale renforcée en France et les postes qui peuvent, dans certaines situations, être à l'origine de danger pour d'autres travailleurs ou des tiers.

[194] Ainsi, au Luxembourg, est considéré comme poste à risques (cette approche mélange la notion de poste de sécurité et de postes à risques) :

1. Tout poste exposant le travailleur qui l'occupe à un risque de maladie professionnelle, à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail lui-même, à des agents physiques ou biologiques susceptibles de nuire à sa santé, ou à des agents cancérigène
2. Tout poste de travail comportant une activité susceptible de mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres travailleurs ou de tiers ainsi que tout poste de travail comportant le contrôle d'une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de travailleurs ou de tiers.

[195] Il est prévu que l'inventaire des postes à risque est réalisé par chaque employeur dans son entreprise et que ce dernier le met à jour au moins tous les trois ans. L'inventaire et les mises à jour sont communiqués au médecin-chef de la division de la santé au travail auprès de la direction de la santé qui arrête les postes à risques.

2.1.4 Ces différents éléments conduisent la mission à proposer une définition des postes de sécurité et des modalités spécifiques de contrôle de l'aptitude des salariés qui les occupent

- [196] Les postes qui ont fait l'objet d'une réglementation spécifique ont comme point commun le fait que la décision d'aptitude au poste de travail répond à une logique de sécurité.
- [197] L'arrêté relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin reprend cette spécificité dans les dispositions générales en évoquant comme cause d'inaptitude un état de santé physique ou psychique susceptible d'entraîner un risque certain pour les autres membres de l'équipage ou des passagers éventuels. Les termes « fonctions de sécurité » sont explicitement employés dans l'arrêté relatif au réseau ferré national et la liste des postes concernés comporte implicitement cette notion. Quant à l'arrêté relatif au permis de conduire, il comporte dans ses principes introductifs le fait que le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé au candidat ou conducteur atteint d'une affection susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur.
- [198] En plus de devoir déclarer tous ses antécédents, une sorte d'autoévaluation de son aptitude est demandée au personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile qui s'il est conscient d'une diminution de son aptitude médicale susceptible de le rendre incapable d'exercer en toute sécurité, doit en tirer les conséquences quant à sa capacité d'exercice. La nécessité pour ce personnel de s'abstenir de piloter est clairement énoncée en cas de prise de drogues ou de médicaments sauf si le prescripteur de ce médicament, cette drogue ou ce traitement ne leur assurent que cela n'aura pas d'effet sur leur capacité à piloter.
- [199] Ces différents arrêtés témoignent de la volonté de sécuriser au mieux l'exercice de postes dont on conçoit l'impact potentiellement grave sur la santé d'autres travailleurs ou de tiers avec pour eux des dommages immédiats ou différés mais quasi certains en cas de difficultés liées à l'opérateur.

Recommandation n°2 : La mission recommande que les postes de sécurité soient définis et propose la définition suivante : « Le poste de sécurité est celui qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers ».

- [200] La nature de ces postes et des risques qui leur sont attachés nécessite un contrôle de l'aptitude des salariés qui vont les occuper.
- [201] Pour ce faire, une première étape consiste à recenser ces postes.
- [202] La mission a fait le choix de ne pas proposer de lister par voie réglementaire les postes concernés. De telles listes, élaborées au niveau national, présenteraient le risque d'être incomplètes et seraient, en tout état de cause, difficiles à réaliser et à actualiser. Il est en effet apparu important de laisser à l'employeur le soin de recenser les postes de sécurité en s'appuyant sur l'avis du médecin du travail et du CHSCT. En contrepartie, la mission a jugé nécessaire que l'administration de travail puisse se prononcer sur les postes retenus comme postes de sécurité. L'inspecteur du travail qui opère le contrôle du règlement intérieur de l'entreprise pourra ainsi vérifier la conformité de la liste élaborée par l'employeur, qui figurera dans le règlement intérieur, avec la définition retenue pour ces postes.
- [203] Il est apparu à la mission que la consultation du CE ne s'imposait pas quand il existait un CHSCT, plus particulièrement compétent sur ce sujet, afin d'éviter des processus de recueil d'avis trop lourds au sein de l'entreprise. Cette dérogation à la procédure normale de consultation des instances de représentation du personnel ne se justifie pas s'il n'existe pas de CHSCT dans l'entreprise.

Recommandation n°3 : En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose le recensement des postes de sécurité par l'employeur dans les conditions prévues à l'article L 1321-1 et suivants du code du travail relatif au règlement intérieur sans la consultation des comités d'entreprise prévue et en y ajoutant l'avis du médecin du travail.

[204] Le contrôle de l'aptitude pour les salariés qui occupent des postes de sécurité s'inscrit dans une logique de même nature que celle décrite ci-dessus pour les postes faisant l'objet d'une vérification systématique de l'aptitude dans un cadre réglementaire (personnel navigant technique et professionnel de l'aéronautique civile par exemple). Il doit avoir lieu avant l'embauche et être réalisé par un médecin du travail distinct du médecin du travail assurant le suivi habituel du salarié. Compte tenu des modalités spécifiques de contrôle de l'aptitude attachées à ce type de poste, ce qui s'apparente à une prise de décision sur la base de critères médicaux, il apparaît essentiel que les postes recensés répondent effectivement à la logique souhaitée. Il est en effet essentiel de ne pas faire basculer la médecine de prévention qu'est la médecine du travail en une médecine de contrôle.

Recommandation n°4 : La mission recommande un contrôle de l'aptitude des salariés devant occuper un poste de sécurité, avant l'embauche. Ce contrôle devra être réalisé par un médecin différent du médecin du travail qui assure le suivi du salarié.

[205] Une évaluation annuelle nationale devra être réalisée par la Direction générale du travail (DGT) à partir des remontées régionales afin de s'assurer de l'homogénéité des pratiques sur l'ensemble du territoire. Le pourcentage d'inaptitude des salariés affectés à des postes de sécurité à l'issue des contrôles d'aptitude, ainsi que les motifs d'inaptitude feront l'objet d'un suivi national, par l'inspection médicale du travail, dans le respect du secret médical.

[206] Pour les salariés occupant un poste de sécurité, la réévaluation de l'aptitude est réalisée de façon périodique

[207] Les modalités de réévaluation de l'aptitude sont similaires à celle de l'évaluation à l'embauche. Cette évaluation est réalisée par un médecin du travail qui, pour un salarié, s'occupe exclusivement du contrôle de l'aptitude à son poste de travail. Si des textes réglementaires précisent déjà la périodicité de réévaluation, elle s'impose à l'employeur.

[208] Dans le cas contraire, cette réévaluation doit avoir lieu tous les deux ans ou selon une périodicité plus rapprochée si le médecin qui assure ce contrôle le juge nécessaire. Une visite de vérification de l'aptitude s'impose également :

- dans le mois qui suit la reprise de service après un congé de maternité ;
- après une interruption d'activité supérieure à un mois pour cause de maladie ou d'accident ;
- après une interruption de six mois pour tout autre motif.

[209] **En résumé, la mission recommande, pour les postes de sécurité qui ne font pas l'objet de mesures réglementaires, un contrôle périodique de l'aptitude des salariés qui les occupent. Elle propose un contrôle de l'aptitude avant l'embauche pour les seuls postes de sécurité ainsi qu'un contrôle périodique de cette aptitude par un médecin distinct du médecin du travail assurant le suivi habituel du salarié. En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose un mode d'identification de ces postes par l'employeur après avis du médecin du travail et du CHSCT ou des DP. Elle suggère une énumération de ces postes dans le règlement intérieur, document soumis au contrôle de l'inspecteur du travail.**

2.2 La pertinence médicale de l'aptitude n'est pas établie

[210] Principalement défendue à l'occasion de la visite d'embauche, la vérification de l'aptitude du candidat à un poste de travail lors de son recrutement s'avère assez décevante au vu de ses résultats. Surtout, les conditions de sa constatation et sa portée limitée en réduisent l'intérêt tandis que loin d'être un véritable outil au service de la prévention des risques professionnels, elle risque au contraire d'en détourner tant le salarié que l'employeur.

2.2.1 On retrouve très peu d'inaptitudes et d'aptitudes avec réserves en proportion lors des visites d'embauche et périodiques

[211] Sans discuter à ce stade la pertinence d'une visite d'embauche ou périodique, il s'agit ici seulement d'examiner les résultats des visites d'embauche et périodiques.

[212] Selon les chiffres de l'Inspection médicale du travail, la répartition des visites effectuées et le dénombrement des avis d'aptitude et d'inaptitude s'établissent ainsi pour 9,5 millions de visites effectuées en 2012 :

Tableau 8 : Répartition des avis d'aptitude et d'inaptitude par type de visite

	Visite d'embauche 27,8% N=2 641 000	Visite de reprise 13,8% N=1 311 000	Visite périodique 48% N=4 560 000	Autres 10,4% N= 988 000
Apte	97,80%	68,60%	95,20%	67,40%
Apte avec réserves	2,10%	25,20%	4,62%	25,50%
Inapte	0,10%	6,20%	0,18%	7,10%

Source : Inspection médicale du travail

[213] Ainsi, les visites qui conduisent à des avis d'aptitude avec réserves ou d'inaptitude, pour une très faible proportion, sont pour l'essentiel les visites de reprise et les visites « autres » c'est-à-dire à la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail, mais très rarement les visites d'embauche ou périodiques (seules 0,10% des visites d'embauche se concluent par une inaptitude, 0,18% à l'occasion des visites périodiques). Ce constat, qui est un invariant, interroge sur le contenu de la notion d'aptitude et sur son efficacité en terme de dépistage.

[214] Mais c'est plus à propos des conditions de vérification de l'aptitude et de sa signification que les doutes sont nombreux.

2.2.2 La vérification de l'aptitude se heurte à des difficultés

[215] La vérification de l'aptitude au poste de travail des salariés souffre en premier lieu d'une double insuffisance pour constituer un élément d'information fiable tant pour le salarié que pour l'employeur. Cela résulte d'une connaissance incomplète de l'état de santé réel du salarié et /ou d'une connaissance parfois approximative des postes de travail et des risques par le médecin du travail.

2.2.2.1 La connaissance de l'état de santé réel du salarié ne résulte pas nécessairement de la visite médicale

[216] Plusieurs obstacles sont soulignés par les interlocuteurs de la mission.

- [217] Le contexte économique marqué par un chômage de masse et durable n'incite pas, à l'évidence, le candidat à l'embauche ou le salarié qui occupe avec de plus en plus de difficultés, en raison de son état de santé, son poste de travail, à donner au médecin du travail la totalité des renseignements dont il aurait besoin pour apprécier correctement « son aptitude au poste de travail ». Le candidat ou le salarié redoute les conséquences négatives d'un dévoilement de leur état de santé réel sur le recrutement ou sur le maintien dans l'emploi sont perçues et préfèrent, plutôt que de risquer un avis d'inaptitude, limiter les informations données au médecin du travail.
- [218] De son côté, le médecin du travail, sauf dans quelques cas exceptionnels liés à la dangerosité des postes, n'est pas enclin à mettre en jeu le recrutement ou le maintien dans l'emploi par un avis d'inaptitude ou par des réserves importantes s'il n'a pas la certitude que l'avis qu'il émet ne nuira pas au candidat ou au salarié. Ainsi, à supposé qu'il ait connaissance de tel ou tel aspect de l'état de santé du salarié susceptible de le gêner à terme pour tenir son poste de travail, il ne délivrera pas pour autant nécessairement un avis d'inaptitude sans que le salarié l'ait accepté.
- [219] D'autre part, le candidat ou le salarié ne livre les éléments importants sur son état de santé que dans le cadre d'une relation de confiance qui s'est établie avec le médecin du travail. Cette relation de confiance se construit. Elle n'est jamais spontanée. Elle prend du temps. Et elle ne peut être basée que sur la garantie pour le salarié que le médecin du travail saura rechercher en toute occasion son propre consentement.
- [220] Ensuite, la connaissance incomplète de l'état de santé du salarié par le médecin du travail résulte aussi des limites inhérentes aux moyens d'investigation auxquels ce dernier a recours. Il n'est évidemment pas envisageable économiquement de déployer des moyens systématiquement pointus et non ciblés, et potentiellement coûteux pour des populations si nombreuses. La revue de la littérature démontre l'absence de gain d'un suivi médical non ciblé.
- [221] Enfin, un autre obstacle à une bonne connaissance de l'état de santé des salariés par le médecin du travail réside dans le développement massif des formes d'emploi précaires et dans l'absence jusqu'à présent de la mise en œuvre d'un système de stockage des données personnelles de santé de ces salariés intérimaires ou qui enchaînent les contrats à durée déterminée ou les contrats saisonniers de courte durée. Ce type d'emplois qui correspond désormais à 90% des flux d'embauche sur le marché du travail⁶⁴ se traduit le plus souvent soit par l'absence de visite médicale pour les intéressés, soit par un changement très fréquent de médecin du travail, ce qui n'est guère favorable à la construction d'une relation de confiance entre salarié et médecin du travail.

2.2.2.2 La connaissance des postes de travail par le médecin du travail est parfois insuffisante

- [222] La remarque concerne peu les médecins du travail exerçant en service autonome, mais bien plus ceux qui sont en charge du suivi d'un nombre important de salariés répartis dans une myriade de petites entreprises. La proportion d'entreprises qui n'ont pas encore établi de document unique est importante. Dans beaucoup d'entreprises, les médecins du travail n'ont pas eu le temps d'établir la fiche d'entreprise prévue par la réglementation. Dans le contexte actuel de monopolisation d'une importante partie du temps médical par les visites médicales réglementaires, et dans l'attente de la montée en charge de l'équipe pluridisciplinaire, la connaissance précise des postes de travail de nombre de petites entreprises par le médecin du travail ne peut qu'être approximative.

⁶⁴ PICART C., Dossier : Une rotation de la main d'œuvre presque quintuplée en cinq ans, Emploi et Salaires, INSEE, Editions 2014

- [223] Dès lors, même si les textes qui régissent la constatation de l'inaptitude imposent au médecin du travail une étude de poste préalable à la délivrance de son avis, il n'est pas rare qu'un tel avis soit émis sans que le médecin du travail n'ait été vérifié dans l'entreprise les caractéristiques du poste de travail en cause. La même situation se rencontre souvent dans l'hypothèse d'avis d'aptitude avec réserves. Cela fait d'ailleurs l'objet d'une des principales critiques venant des entreprises et il est probable que ce défaut de connaissance du poste de travail est à l'origine d'une partie des incompréhensions, voire des litiges à propos des avis rendus par les médecins du travail.
- [224] Il convient d'ajouter que l'évaluation par le médecin du travail ou plus généralement pas le service de santé au travail des effets des conditions de travail sur la santé peut être incertaine, compte tenu notamment des risques à effets différés.
- [225] Naturellement, là encore, la multiplication des emplois précaires, ne favorise pas la connaissance par le médecin du travail des postes de travail occupés par ces travailleurs.

2.2.3 L'avis d'aptitude n'est pas prédictif de l'évolution de l'état de santé du salarié

- [226] La plupart des interlocuteurs médicaux de la mission ont souligné l'absence de caractère prédictif de l'avis d'aptitude émis lors d'une visite médicale par le médecin du travail. Il traduit une photographie, imparfaite, d'un état de santé du salarié à un instant précis. Il ne saurait présager de son évolution ultérieure.
- [227] Un auteur résume ainsi la question : « *Il semblerait, du point de vue de l'employeur, du juriste, de l'inspecteur du travail, et du code du travail, que l'aptitude délivrée par le médecin du travail reviendrait à « déterminer, a priori, si, individuellement, du fait de son état de santé, un sujet « sain » va courir un risque. Or, ce n'est pas du domaine du pronostic médical mais de la prévision qui est une notion probabiliste qui s'applique à des groupes et non à des individus. Fort utile en santé publique, cette notion ne se prête pas un processus de certificat individuel »*⁶⁵
- [228] Au demeurant, même si l'on admettait que cet avis d'aptitude délivré par le médecin du travail donne une certaine information sur l'état de santé du salarié au moment de la visite, l'espacement de plus en plus important des visites périodiques, pouvant aller, pour certaines populations et dans certains départements, jusqu'à six ans selon certains agréments accordés par les DIRECCTE aux services de santé au travail, renforce la perte de signification de cet avis.

⁶⁵ NOTE A CARRE « Absence de contre-indication d'aptitude-Responsabilité et professionnalité » Les Cahiers du SMT 16 juin 2001.

2.2.4 Une protection illusoire en matière de risques professionnels : l'aptitude n'est pas un « levier de prévention »

- [229] Il y a lieu de distinguer ici d'une part le suivi de l'état de santé des salariés par le service de santé au travail sous ses diverses modalités de la vérification systématique à l'occasion de chacune des visites médicales du salarié de son aptitude, d'autre part, l'intervention du médecin du travail en faveur d'un aménagement du poste de travail ou du reclassement⁶⁶. En effet, la plupart des arguments avancés en faveur d'un maintien de l'utilisation de la notion d'aptitude concernent en fait, soit la nécessité d'un suivi médical du salarié, soit la possibilité pour le médecin du travail de faire des préconisations d'aménagement du poste de travail. Mais la notion d'aptitude ne conditionne ni l'un ni l'autre. Ainsi dans la plupart des systèmes de suivi de l'état de santé au travail européens, la capacité du médecin du travail ou du service de santé au travail de demander des aménagements du poste de travail est indépendante de l'utilisation de la notion d'aptitude.
- [230] L'aptitude peut à l'inverse freiner la mise en place d'une politique active et efficace de protection contre les risques professionnels.
- [231] Le risque est ici qu'ayant obtenu à l'embauche ou à l'occasion d'une visite périodique ou de reprise un avis du médecin du travail, le salarié se considère par là-même protégé des risques qu'il encourt sur le poste de travail. Du côté de l'employeur il existe le risque parallèle d'estimer que si le salarié est déclaré apte sur le poste de travail, c'est qu'il n'y a pas d'efforts supplémentaires à faire pour protéger le travailleur des risques du poste de travail. En d'autres termes, selon une organisation syndicale, « la pratique de l'aptitude fait obstacle à la prévention puisque l'avis va peser sur le seul salarié sans entraîner d'actes de prévention »⁶⁷.
- [232] Selon une autre organisation syndicale entendue par la mission, « la délivrance d'une aptitude médicale est très discutable lorsqu'il s'agit d'affecter un salarié à un poste de travail susceptible de l'exposer à des risques professionnels peu ou mal maîtrisés. L'aptitude médicale de salariés au contact de produits toxiques (notamment ceux faisant l'objet de valeurs limites d'exposition du fait de leur caractère cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction) ou placés dans des situations de travail délétères à plus ou moins long terme (tâches répétitives, postures pénibles, conditions climatiques difficiles...) est le plus souvent en contradiction avec les missions de prévention »⁶⁸.
- [233] Si l'aptitude comporte des risques de détournement des acteurs de la santé au travail d'une politique active de prévention des risques professionnels, sa vérification systématique par les médecins du travail à l'occasion de chaque visite préemptive de façon certaine une part importante du temps médical disponible et oriente de facto le médecin du travail vers une activité clinique superficielle sans effet substantiel en matière de prévention des risques professionnels⁶⁹. Selon les chiffres pour l'année 2011 figurant dans le bilan 2013 des conditions de travail, 80% des visites, soit celles d'embauche et les visites périodiques, effectuées par les médecins du travail se soldent à plus de 98% pour les premières et à plus de 96% pour les secondes par un avis d'aptitude. Les examens de pré-reprise, de reprise ou à la demande de l'employeur ou du salarié, qui sont celles qui mobilisent le médecin du travail pour agir en faveur du maintien dans l'emploi du salarié ne représentent donc que 20% des visites effectuées.
- [234] En conséquence, le temps consacré par le médecin du travail à l'action en milieu de travail est considérablement réduit⁷⁰.

⁶⁶ Article L 4624-1 du code du travail de la déclaration d'aptitude

⁶⁷ CFTD Contribution aux travaux de la mission 13 janvier 2014

⁶⁸ CFTC Contributions aux travaux de la mission. Janvier 2015

⁶⁹ Voir par exemple l'inefficacité de la vérification de l'inaptitude pour les travailleurs exposés à l'amiante.

⁷⁰ Article R 4624-1 du code du travail : visite des lieux de travail, études des postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi, identification et

[235] Ces constats conduisent l'une des organisations syndicales reçues par la mission à conclure que « la liquidation de l'aptitude ne peut plus être évitée tant elle constitue un boulet qui grève l'activité et plombe la possibilité d'une synthèse intelligente entre le maintien précieux d'une clinique exigeante et la promotion d'une action en milieu de travail performante »⁷¹.

2.3 La pertinence juridique de l'aptitude est hypothétique

[236] Selon certains représentants des employeurs ou des salariés, la notion d'aptitude protégerait les premiers d'une mise en cause abusive de leur responsabilité en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et les seconds de discriminations pratiquées par les employeurs contre des salariés en raison de l'état de santé.

[237] Au terme des auditions auxquelles elle a procédé et à l'examen des textes en cause et de la jurisprudence de la Cour de cassation, la mission ne partage pas ce point de vue. Elle estime plutôt que la notion d'aptitude n'apporte pas la protection juridique que les employeurs lui attribuent ; pas plus qu'elle ne garantit par elle-même les salariés contre toute discrimination en raison de l'état de santé.

2.3.1 La protection de l'employeur est illusoire sur le plan juridique

[238] La délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude au poste de travail à l'occasion d'une visite d'embauche ou d'une visite périodique n'est pas susceptible de « garantir » l'employeur contre tout accident de santé ultérieur du salarié, éventuellement d'origine professionnelle, ni de lui éviter une mise en cause de sa responsabilité en matière de prévention des risques professionnels. C'est d'ailleurs ce que mentionnait expressément le projet des organisations patronales lors de la négociation du protocole d'accord sur la modernisation de la médecine du travail en 2009⁷².

2.3.1.1 En matière de reconnaissance de l'accident du travail ou d'une maladie professionnelle

[239] L'article L 411-1 du code de la sécurité sociale instaure une présomption de reconnaissance d'un accident du travail dès lors, quelle qu'en soit la cause, qu'il est survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. Cette présomption est donc totalement étrangère à toute notion d'aptitude au poste de travail.

analyse des risques professionnels, élaboration et mise à jour de la fiche d'entreprise...participation aux réunions du CHSCT, ...animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de, santé publique en rapport avec l'activité professionnelle.....

⁷¹ Contribution de la CGT aux travaux de la mission Janvier 2015

⁷² « Les avis d'aptitude et d'inaptitude délivrés par le médecin du travail à l'issue des examens médicaux n'exonèrent pas l'employeur de sa responsabilité en matière de prévention des risques professionnels... »

- [240] S'agissant des maladies professionnelles, si une maladie est mentionnée dans un tableau de maladie professionnelle, et en remplit les conditions médico-administratives, elle est présumée d'origine professionnelle (même s'il existe un état antérieur). Si elle ne remplit pas toutes les conditions de délai et/ou la liste limitative des travaux, c'est dans le cadre d'une instruction spécifique interne à la sécurité sociale qu'un lien direct sera recherché entre la pathologie et le travail par le Comité régional de reconnaissance des pathologies professionnelles. Si une maladie n'appartient pas à un tableau de maladie professionnelle, deux conditions cumulatives doivent être satisfaites pour reconnaître une maladie à caractère professionnel : la victime doit prouver le lien direct et essentiel entre l'activité professionnelle exercée et la pathologie ; la victime doit avoir une incapacité permanente partielle reconnue supérieure à 25 % ou doit être décédée des conséquences de cette maladie⁷³.
- [241] Dans aucun des cas, l'aptitude n'est concernée par ces dispositions. La prise en compte d'un état antérieur du salarié pourrait éventuellement être prise en compte pour minorer le calcul du taux d'incapacité permanente fixé par la caisse d'assurance maladie sous le contrôle du juge du contentieux de l'incapacité, ce qui pourrait, dans certains cas, avoir une conséquence sur le montant des cotisations Accidents du travail / Maladies professionnelles (AT/MP) de l'entreprise.

2.3.1.2 En matière de respect de l'obligation de sécurité de résultat

- [242] A l'occasion des arrêts rendus en 2002 à propos de contentieux relatifs à l'indemnisation de travailleurs victimes de maladies professionnelles dues à l'amiante, la chambre sociale de la Cour de cassation a redéfini la faute inexcusable de l'employeur et a estimé que pesait sur ce dernier une obligation de sécurité de résultat : « *En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat..... ; le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* »⁷⁴.
- [243] Dans le contentieux de la faute inexcusable, la responsabilité de l'employeur ne peut pas être retenue s'il ne pouvait pas avoir conscience du danger. Dès lors, dans l'hypothèse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle qui surviendrait « exclusivement » du fait d'une pathologie préexistante à l'embauche dont l'employeur ne pouvait avoir connaissance, notamment dans l'hypothèse où le médecin du travail avait émis un avis d'aptitude au poste de travail pour le salarié concerné, la responsabilité de l'employeur ne saurait être retenue, s'il a par ailleurs pris toutes les mesures de prévention des risques professionnels⁷⁵.
- [244] Néanmoins, ce cas de figure est très marginal, car, en effet, dans la très grande majorité des cas, la cause de l'accident ou de la maladie professionnelle est liée aux caractéristiques du poste de travail occupé par le salarié et aux conditions de travail, et non à son état de santé antérieur. Dans certains cas, elle est toutefois liée à l'état de santé et au poste de travail.

⁷³ Article L 461-1 du code de la sécurité sociale.

⁷⁴ Cassation sociale 28 février 2002 N° 00-10.051

⁷⁵ Cassation 2^{ème} civ 16 déc. 2010, n° 09-69 216 : « Mais attendu que l'arrêt relève, d'une part que l'exposition aux poudres de médicaments n'était pas objectivement dangereuse et que la pathologie de M.X n'est consécutive qu'à la très forte sensibilité qui lui est propre, d'autre part, que des poussières ne se trouvaient pas en quantité excessive au regard des normes en vigueur au sein de l'entreprise ; qu'il retient que l'employeur a affecté l'intéressé à un poste qui n'était pas exposé aux poudres dès qu'il a été informé par le médecin du travail des restrictions d'aptitude du salarié ;

Que de ces constatations et énonciations...la cour d'appel a pu déduire que l'employeur ne pouvait ni n'aurait dû avoir conscience du risque encouru avant d'être informé de la prédisposition du salarié à la pathologie considérée, de sorte que la faute inexcusable n'est pas établie »

- [245] En revanche, si l'employeur n'a pas fait passer au salarié les visites d'embauche, périodique ou de reprise obligatoires, se privant ainsi d'une information importante sur l'aptitude du salarié à tenir son poste sans danger dès lors que l'accident du travail est en lien avec ce manquement, ou si le médecin du travail avait préconisé à l'employeur de prendre des mesures de prévention ou d'adaptation du poste de travail sans qu'il y donne suite, sa responsabilité peut être recherchée au titre de la faute inexcusable.
- [246] Dans ce contentieux, l'employeur n'est donc nullement « protégé » par l'aptitude. Les critères d'appréciation du juge sont ceux de la connaissance du danger et de la mise en œuvre des mesures nécessaires pour préserver le salarié du danger encouru. La délivrance ou pas d'un avis d'aptitude n'intervient actuellement que comme un élément éventuel de la conscience du danger.
- [247] L'obligation de sécurité de résultat s'est émancipée du contrat de travail dans la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation postérieure aux arrêts amiante. Cette dernière fait reposer cette obligation sur l'article L 4121-1 du code du travail qui stipule que « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2° Des actions de formation et d'information ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés...* ».
- [248] La chambre sociale de la Cour de cassation a ainsi développé, sur le fondement de cet article, une jurisprudence qui sanctionne le manquement de l'employeur à cette obligation de sécurité de résultat : « *L'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise doit en assurer l'effectivité...* ». Cette obligation est une obligation de prévention. Le juge vérifie que l'employeur a bien pris les mesures nécessaires pour protéger la santé et la sécurité du salarié concerné. Si tel n'a pas été le cas, il caractérise le manquement à l'obligation de sécurité de résultat qui peut se traduire soit par une indemnisation du salarié, soit par l'absence de cause réelle et sérieuse de la rupture du contrat de travail intervenue⁷⁶. Mais encore faut-il, selon la jurisprudence récente de la Cour de cassation, que le juge du fond considère le manquement suffisamment grave pour empêcher la poursuite du contrat de travail⁷⁷.
- [249] S'agissant de la médecine du travail et plus largement de l'action des services de santé au travail, cette jurisprudence a trouvé application dans plusieurs domaines.
- [250] Le juge sanctionne le défaut d'organisation, par l'employeur, des visites médicales obligatoires, par exemple des visites de reprise⁷⁸. Mais la responsabilité du service de santé au travail est engagée s'il n'a pas donné suite en temps voulu à la demande de l'employeur d'organiser la visite. L'obligation de sécurité de résultat s'applique donc au respect du suivi de santé prescrit, y compris d'ailleurs en cas de non adhésion par l'employeur à un service de santé au travail.
- [251] Comme en matière de faute inexcusable, la chambre sociale de la Cour de cassation sanctionne le non respect par l'employeur des préconisations du médecin du travail en vue d'adapter le poste de travail.⁷⁹

⁷⁶ Voir par la nullité du licenciement en matière de harcèlement moral art L 1152-3 et 4 du code du travail

⁷⁷ Cassation sociale 26 mars 2014 N°12-23.634 et N° 12-35-040

⁷⁸ Cassation sociale 28 février 2006 N° 05-41.555

⁷⁹ Cassation sociale 26 septembre 2012 N° 10-26.392 : « Mais attendu que l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise doit en assurer l'effectivité en prenant en considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postesque le médecin du travail est habilité à faire en application de L 4624-1 du code du travail.... »

- [252] Pour le reste, le contentieux de l'obligation de sécurité de résultat concerne pour l'essentiel le manquement de l'employeur dans la mise en place des mesures de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs découlant de l'article L 4121-1 du code du travail.
- [253] La notion d'aptitude ne protège donc aucunement l'employeur d'une recherche de responsabilité sur le fondement d'un manquement à l'obligation de sécurité de résultat car elle ne constitue pas pour le juge un critère d'appréciation d'un éventuel manquement.

2.3.2 La protection du salarié contre la discrimination ne saurait résulter de la notion d'aptitude

- [254] Le risque de discriminations à l'embauche, en raison de l'état de santé du salarié tout au long de l'exécution du contrat de travail ou à l'occasion de la rupture, ne doit pas être négligé.
- [255] Selon le rapport d'activité du Défenseur des droits pour 2014, les discriminations en raison de l'état de santé et du handicap dans l'emploi privé représentent, avec 8,20 % du total des réclamations recensées pour discriminations, le motif principal de discrimination, juste derrière les 9,60 % recensés pour ce même motif dans le secteur public.
- [256] L'article L 1132-1 du code du travail prohibe toute discrimination d'une personne en raison de ses caractéristiques génétiques, de son état de santé ou de son handicap. L'article L 1226-6 précise que les informations demandées au candidat à un emploi doivent présenter un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé ou avec l'évaluation des aptitudes professionnelles. La circulaire d'application de la loi N° 92-1446 du 31 décembre 1992⁸⁰ indique notamment qu'il ne peut en principe être demandé à un candidat ou à un salarié des renseignements portant sur son état de santé.
- [257] Le dispositif juridique de protection du candidat à un emploi ou du salarié est donc indépendant de la notion d'aptitude⁸¹.
- [258] Mais l'intermédiation du médecin du travail dans le dialogue entre l'employeur et le salarié à propos de l'état de santé de ce dernier et de ses conséquences sur l'adaptation du poste de travail, voire sur l'exécution du contrat de travail est importante. Elle permet effectivement à l'employeur, sans avoir accès aux données de santé du salarié, d'en tenir compte.
- [259] La mission remarque cependant que la suppression de la notion d'aptitude n'a pas pour conséquence la disparition de ce rôle décisif joué par le médecin du travail. Ce qui permet cette intermédiation, c'est la connaissance acquise lors de l'embauche de l'état de santé du salarié puis ensuite la surveillance mise en place. Ce n'est donc pas l'avis d'aptitude en lui-même qui peut garantir la protection des données de santé du salarié. L'employeur n'a pas de raison de chercher à se renseigner par ailleurs dans ce domaine, dès lors que le principe d'un contact initial avec un professionnel de santé, à l'occasion de l'embauche, est conservé et que le système de surveillance de l'état de santé du salarié au travail lui permet d'être alerté en temps utile par le médecin du travail des mesures à prendre pour permettre le maintien du salarié à son poste de travail.

⁸⁰ Circulaire DRT n° 93-10 du 15 mars 1993 relative à l'application des dispositions relatives au recrutement et aux libertés individuelles.

⁸¹ Cassation sociale 30 mars 2011 N° 09-71.542 : Vu l'article L 1132-1 du code du travail, Attendu qu'il résulte de ce texte qu'aucun salarié ne peut faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, en matière d'affectation, de qualification, de mutation, en raison de son état de santé...Qu'en statuant ainsi, alors qu'elle avait constaté que le changement d'affectation avait été décidé en raison de son état de santé, la cour d'appel a violé le texte susvisé ». Voir aussi CA Agen 13 janvier 2015 N° 1400819, qui déclare nul un licenciement prononcé après une demande de reprise du travail dans le cadre d'un ¾ temps thérapeutique, conformément aux préconisations du médecin du travail, suivant en cela les observations du Défenseur des droits.

[260] Si la pertinence de la notion d'aptitude est fort contestable, l'inaptitude soulève des questions d'un autre ordre qui tiennent à l'évolution des risques professionnels ainsi qu'aux pratiques des entreprises et des services de santé au travail.

2.4 L'inaptitude conduit à la rupture du contrat de travail

[261] Initialement, le droit de l'inaptitude s'est construit comme un droit protecteur du salarié en ce sens qu'il a été la traduction de la reconnaissance par la Cour de cassation et le Conseil d'état, puis par le législateur d'une véritable obligation de recherche de reclassement par l'employeur du salarié qui subit une détérioration de son état de santé se traduisant par la nécessité d'adapter le poste de travail ou de reclasser le salarié sur un autre emploi.

[262] C'est, dans ce dispositif, à l'occasion de la reprise du travail, ou un peu avant avec la visite de pré-reprise, consécutives à une absence pour maladie ou accident que l'employeur doit mettre en œuvre les mesures destinées à permettre le maintien dans l'emploi du salarié.

[263] Et il ne peut procéder à la rupture du contrat de travail que s'il peut faire la démonstration qu'il est dans l'impossibilité de reclasser le salarié déclaré inapte.

[264] Force est cependant de constater que ce schéma ne correspond plus à la réalité. La constatation de l'inaptitude par le médecin du travail correspond de plus en plus pour les entreprises et les salariés à l'étape ultime des aménagements de postes et de reclassements possibles. Et, le plus souvent, l'essentiel des avis d'inaptitude portant sur les risques psycho sociaux et les troubles musculo-squelettiques, la seule issue est le licenciement, sans que l'accompagnement de cette rupture ait nécessairement été anticipé.

2.4.1 Les salariés déclarés inaptes sont licenciés

2.4.1.1 Un nombre conséquent de licenciements pour inaptitude

[265] Le nombre global d'avis d'inaptitude délivrés chaque année par les médecins du travail s'établit à 162 279 selon les données de l'Inspection médicale du travail pour l'année 2012, sur 20 régions .

[266] Ce chiffre ne traduit pas le nombre de salariés inaptes qui ont été licenciés, deux avis d'inaptitude étant souvent donnés dans la même année pour un même salarié, certains temporaires, tandis qu'une petite partie des salariés déclarés inaptes ont pu être reclassés dans l'entreprise ou classés en invalidité sans pour autant être licenciés dans l'année.

[267] S'agissant du nombre de salariés déclarés inaptes et licenciés, deux sources permettent de l'approcher : les statistiques de Pôle Emploi d'une part, les études régionales conduites par certaines DIRECCTE d'autre part.

[268] Le flux des salariés licenciés pour un motif d'inaptitude physique chaque année s'établit ainsi :

Tableau 9 : Flux annuel de salariés licenciés pour un motif d'inaptitude physique

Région de résidence	Nombre d'entrées en Assurance chômage suite à licenciement pour inaptitude physique en 2013	Nombre d'entrées en Assurance chômage suite à licenciement pour inaptitude physique en 2012
Alsace	1637	1696
Aquitaine	4321	4160
Auvergne	1354	1464
Basse-Normandie	1148	1182
Bourgogne	1886	1980
Bretagne	3600	3573
Centre	2741	2699
Champagne-Ardenne	1515	1399
Corse	396	334
Franche-Comté	1142	1121
Haute-Normandie	1715	1776
Ile-de-France	6654	6949
Languedoc-Roussillon	3307	3489
Limousin	732	806
Lorraine	2425	2366
Midi-Pyrénées	3855	3877
Nord-Pas-de-Calais	3843	3858
Pays-de-la-Loire	3828	3869
Picardie	1882	1898
Poitou-Charentes	2213	2107
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5380	5395
Rhône- Alpes	7508	7632
Non précisé	60	61
France métropolitaine	63142	63691
DOM	558	536
France	63700	64227

Source : Pôle emploi

[269] Ces chiffres de flux annuels donnent l'idée la plus précise du nombre de salariés licenciés pour inaptitude. On notera toutefois qu'ils sont fondés sur la déclaration de l'employeur contenue dans l'attestation qu'il remet au salarié à l'occasion du licenciement⁸², que ces chiffres enregistrent les « entrées en assurance chômage », enfin, qu'ils ne comptabilisent pas les fins de contrats à durée déterminée, ni les fins de mission d'intérim.

[270] La population des demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle Emploi, dont le motif d'entrée est « licencié pour inaptitude physique » au 31 décembre 2014 comprend 101 834 demandeurs d'emploi.

[271] La répartition par sexe est assez équilibrée (51,7% de femmes pour 48,3% d'hommes).

[272] La part des demandeurs d'emploi de longue durée (plus d'un an d'ancienneté) est significative puisqu'elle atteint 49,6%.

[273] Enfin, la répartition par âge met en évidence une surreprésentation des dernières tranches d'âge 50-55 ans et 55 ans et plus, qui représentent à elles deux 66% des demandeurs d'emploi.⁸³

⁸² Article R 1234-9 du code du travail

⁸³ Les données de Pôle Emploi figurent en annexe I

Tableau 10 : Tableau des demandeurs d'emploi dont le motif d'entrée est « licencié pour inaptitude physique » au 31/12/2014. Répartition par tranches d'âge

Tranches d'âge	25	25-29	30-39	40-49	50-55	55 et plus	TOTAL
Nombre des DE	1116	12 668	9255	11604	27 464	39 727	101 834
Pourcentage	1,1%	12,5 %	9%	11,4 %	27 %	39%	

Source : Mission à partir des données de Pôle emploi DEFM ABCDE au 31/12/2014 France métropolitaine et DOM. FNA

[274] Les études visant à avoir une connaissance plus précise du devenir des salariés ayant été déclarés inaptes par le médecin du travail donnent des résultats convergents. La déclaration d'inaptitude apparaît comme l'aboutissement d'un processus, parfois long, de maintien dans l'emploi du salarié. Après avoir mis en œuvre toutes les mesures possibles pour adapter le poste de travail ou reclasser le salarié, l'entreprise n'a plus de solution et le licenciement intervient pour inaptitude et impossibilité de reclassement. Ce « schéma » ressort nettement des résultats de l'étude Nord Pas de Calais 2013 présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Statut des salariés déclarés inaptes à l'issue du délai d'un mois avant reprise du salaire

Statut des salariés déclarés inaptes	Pourcentages
Maintien dans l'entreprise	5,5
Dont sur le même poste aménagé	0,8
Dont sur un autre poste	4,5
Licenciement	90,3
Dont demandeurs d'emploi	48
Dont en formation et réorientation professionnelle	9
Dont invalidité	32
Dont parti en retraite	4
Situation inconnue du médecin du travail	4,2

Source : Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en NPDC, 2013

[275] Ces chiffres sont confirmés par l'étude conduite en Bretagne sur les salariés déclarés inaptes en 2010 : 95% des salariés ont été licenciés. Parmi les 5% restants, la moitié a conclu une rupture conventionnelle.

[276] La déclaration d'inaptitude débouche donc dans la quasi-totalité des cas sur le licenciement.

Tableau 12 : Tableau récapitulatif des enquêtes relatives aux inaptitudes avec les dénominateurs communs des indicateurs recensés

	Etude Auvergne n= 1272	Etude NPDC n= 3112 avis	Haute Normandie n= 369 suivis	Bretagne n= 817 avis	AMETRA Montpellier N=259	CMIE n= 495	YST N=464	CIAMT N= 510
Origine des avis d'inaptitude = TMS/RPS	90 %	74 %	88 %	70 %	84,2 %	65 %	68 %	73 %
Origine professionnelle des inaptitudes	31 %	30 %	NR	75 %	21 %	26 %	NR	28 %
Niveau de qualification des salariés inaptes	80 % < Bac	75 % < Bac	90 % < Bac	90 % < Bac	60 % < Bac	NR	NR	NR
Avis d'inaptitude après arrêt de travail	86,6 %	95 %	NR	« Le plus souvent »	82 % VPR	NR	NR	NR
Action de maintien en emploi en amont de l'inaptitude	57 %	22 %	NR	38 %	82 % VPR	NR	36 %	NR
RQTH AVANT/au moment de l'avis d'inaptitude	31 %	51 %	44 %	27 %	44 %	NR	NR	NR
Invalidité au moment de l'avis	40 %	30 % inval 2	NR	27 % en inval 2 (6 % en inval 1)	26 %	NR	NR	NR
Retraite au moment de l'inaptitude	NR	3 %	NC	NC	NC	6,3 %	3,6 %	4,5 %
Maintien en entreprise du salarié au moment de l'inaptitude (= reclassement)	NR Mais 72 % des salariés n'ont reçu aucune proposition de reclassement	6 % maintenus dans l'entreprise	1,6 % reclassés	3 % à 1 an	5 %	4 %	7,7 %	13 %

Source : Mission à partir d'enquêtes régionales

2.4.1.2 Caractéristiques des salariés déclarés inaptes

[277] Plusieurs études régionales réalisées ces dernières années donnent un aperçu des caractéristiques principales des salariés déclarés inaptes. Selon l'étude portant sur les salariés déclarés inaptes en 2013 dans la région Nord Pas de Calais, 53,4% sont des hommes et 46,6% des femmes ce qui correspond à la répartition hommes femmes de la population salariée du NPDC. 63,5% de ces salariés ont plus de 45 ans (30% entre 45 et 54 ans) cette classe d'âge représentant 35,3% dans la population salariée de la région. L'inaptitude concerne pour 50,4% des ouvriers (29,5% des salariés de la région sont ouvriers). Plus de 75% des salariés déclarés inaptes ont un diplôme inférieur au baccalauréat. S'agissant de la taille des entreprises de ces salariés, on observe une sur-représentation des entreprises de 10 à 49 salariés (+7%) et une nette sous-représentation des entreprises de 250 salariés et plus (- 9,5%). Les tableaux ci-dessous présentent ces caractéristiques des salariés déclarés inaptes en 2013 dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Tableau 13 : Variation de l'inaptitude selon l'âge en NPDC

	Salariés déclarés inaptes en NPDC en 2013	Salariés NPDC (DADS 2010)
>45 ans	63,5%	35,3%
Dont 45-54 ans	30,0%	24,0%
Dont 55 ans et plus	33,5%	11,3%

Source : Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en NPDC, 2013 Variation de l'inaptitude selon la catégorie socioprofessionnelle en NPDC

	Salariés déclarés inaptes en NPDC en 2013	Salariés NPDC (DADS 2010)
Ouvriers	50,4%	29,5%
Employés	36,1%	37,4%

Source : Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en NPDC, 2013

Tableau 14 : Variation de l'inaptitude selon le niveau de formation en NPDC

	Salariés déclarés inaptes en NPDC en 2013
Diplômes < BAC	75,1%
BAC	12,1%
Etudes supérieures	10,7%

Source : Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en NPDC, 2013

Tableau 15 : Variation de l'inaptitude selon la taille de l'entreprise

	Salariés déclarés inaptes en NPDC en 2013	Salariés NPDC (DADS 2010)
Entreprise de 10 à 49 salariés	33,2%	26,5%
Entreprise >250 salariés	14,5%	24%

Source : Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en NPDC, 2013

[278] Les pathologies les plus fréquemment à l'origine d'une aptitude concernent le système ostéo-articulaire (49,3%), les pathologies mentales (25,5%), puis celles de l'appareil circulatoire (6,3%) et du système nerveux (5,2%).

2.4.2 Les salariés licenciés pour inaptitude ont peu de perspectives après le licenciement

[279] Les caractéristiques des salariés inaptes (nettement plus âgés, moins qualifiés, provenant plus souvent de petites entreprises) qui ont été licenciés expliquent pour partie les grandes difficultés de réinsertion professionnelle qu'ils rencontrent.

[280] La situation des salariés 12 mois après la déclaration d'inaptitude se présente ainsi dans l'enquête Bretagne 2010.

Tableau 16 : Situation des salariés 12 mois après la déclaration d'inaptitude en Bretagne

	Pourcentage
Emploi	18
Formation	7
Demandeur d'emploi	43
Inactivité due à des problèmes de santé	27
Inactivité	5

Source : Enquête Bretagne 2010

- [281] Les 18% de salariés en emploi sont plutôt des hommes de moins de 50 ans et de niveau Bac et plus.
- [282] Selon une étude réalisée en 2013 en Auvergne, 70% des salariés licenciés pour inaptitude médicale n'ont aucun projet professionnel au moment de leur licenciement. Une étude de 2007 conduite en Lorraine montrait que 89% des inaptitudes débouchaient sur un licenciement (94% dans le secteur du BTP) ; seules 20% des salariés déclarés inaptes avaient retrouvé un emploi un an après la déclaration d'inaptitude.⁸⁴
- [283] Une part non négligeable, des salariés licenciés pour inaptitude ont obtenu ou obtiennent à ce moment-là la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, plus de 40% selon les études citées, ou une décision de mise en invalidité, dans une proportion d'environ 30%,

Tableau 17 : Devenir des inaptitudes

	Haute Normandie (n= 369 à 12 mois)	Bretagne (n= 104 suivis entre 12 et 18 mois)	CMIE N= 495	YST N= 464	CIAMT N = 510
Maintien en emploi : Dans l'entreprise Hors entreprise	Total = 18% Pas de détail	Total = 24% -n= 3 (2,88%) -n= 22	10,5% 7,5%	7,7% 10,7%	13% 10,7%
Sans emploi (formation/congés maladie/recherche d'emploi/invalidité/ dispense de recherche d'emploi notamment pour retraite)	Total = 82% avec Demandeur d'emploi = 43%(/369) Inactivité en lien avec un pb de santé = 27% Formation = 7% Inactivité = 5%	76% * et n= 14 /104 soit 13,5 % dispensés de recherche d'emploi)	82%	73%	69,2%

Source : Mission, à partir d'enquêtes régionales *dont 50%disent ne pas rechercher d'emploi

3 LE SUIVI DE L'ETAT DE SANTE DES SALARIES DOIT ETRE ADAPTE A LEURS BESOINS

- [284] La revue de la littérature a montré que les examens systématiques de pré-embauche ne réduisent pas les arrêts maladie ni les pathologies professionnelles^{85, 86}.
- [285] Dans le cadre du suivi systématique, non orienté par une ou plusieurs expositions professionnelles justifiant un suivi particulier, la question posée est celle de l'intérêt d'un examen clinique régulier, assorti ou non d'examens para-cliniques. Si la littérature est limitée dans le domaine de la santé au travail, elle est abondante dans le champ de la santé publique et permet d'affirmer que ce type de suivi systématique n'apporte pas de bénéfice mesurable en termes de limitation de la mortalité ou de la morbidité, globale, cardiovasculaire ou par cancer⁸⁷.
- [286] Il convient toutefois de souligner que l'intérêt de ce type de rendez-vous de santé régulier n'a pas été évalué en terme de maintien de la relation, ou de la confiance, entre le patient/salarié et le médecin, qu'il soit médecin généraliste ou médecin du travail.

⁸⁴ Résultats mentionnés dans la contribution de l'Inspection médicale du travail aux travaux de la mission. Avril 2015

⁸⁵ Norashikin Mahmud and al., Pre-employment examinations for preventing occupational injury and disease in workers, Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;(12):CD008881. doi: 10.1002/14651858.CD008881.

⁸⁶ Maria Cruz Rodríguez-Jareño and al., How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace? Occupational preventive usefulness of routine health examinations, Novembre 2014, GACETA-1062;

⁸⁷ Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;10:CD009009.

- [287] L'intérêt d'un dépistage étant lié, entre autres, à la fréquence de la maladie dans la population qui bénéficie du dépistage, il peut être plus important dans certains groupes exposés à des nuisances professionnelles. On peut ainsi citer deux exemples ayant fait l'objet de recommandations récentes de la part de la Société Française de Médecine du Travail.
- [288] Chez les sujets exposés à des allergènes, il est recommandé de procéder au dépistage de la rhinite professionnelle en particulier pendant l'apprentissage ou les deux premières années d'exposition⁸⁸. Chez les travailleurs postés et/ou de nuit, il est recommandé de dépister une privation chronique de sommeil et des épisodes de somnolence ainsi que de mesurer le poids et la tension de façon annuelle⁸⁹.
- [289] « *Il est intéressant de noter que ces dépistages reposent principalement sur l'interrogatoire, et peuvent donc impliquer l'infirmier de santé au travail* »⁹⁰.
- [290] Le rendez vous de santé servant de support au dépistage peut également être l'occasion d'une information sur les risques professionnels, comme cela a été proposé récemment chez les salariés exposés à de la manutention manuelle de charges⁹¹. Toutefois, l'impact de l'information délivrée dans ce cadre est parfois limité et doit, là encore, être examiné en termes de rapport coût/bénéfices.
- [291] Ainsi, les infirmiers du travail, formés à la santé au travail, pourraient mener des entretiens d'information et de prévention autour de la période d'embauche.
- [292] Le suivi de santé a vocation à être ensuite rythmé, non par un systématisme inutile en l'état actuel des connaissances scientifiques, mais par les recommandations de bonne pratiques d'une part, des situations ciblées de risque individuel ou lié aux expositions professionnelles d'autre part.

3.1 Les constats réalisés et l'adaptation aux besoins des salariés imposent de remodeler la visite d'embauche

- [293] La mission a souligné le décalage massif entre un nombre théorique de visites d'embauche à réaliser et le nombre de visites d'embauche réellement effectuées. Seuls certains salariés en bénéficient.
- [294] L'accessibilité à la visite d'embauche varie de façon prépondérante en fonction de la capacité des services de santé au travail à mobiliser des médecins du travail pour assurer cette visite. Par ailleurs, ce temps dédié par les médecins à la visite d'embauche pèse de fait sur leur capacité à exercer l'ensemble des missions qu'ils ont à assumer et empêche de prioriser les actions menées en fonction des besoins des salariés. Dans ce contexte, la mission propose de remodeler ce qui constitue aujourd'hui la visite d'embauche.

⁸⁸ Ameille J, Didier A, Serrano E, de Blay F, Vandenplas O, Coste A, Pujazon MC, Garnier R. Recommandations pour la prévention et la prise en charge de la rhinite allergique professionnelle. Société Française de Médecine du Travail, 2012. <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>

⁸⁹ Société Française de Médecine du Travail. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. 2012. <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>.

⁹⁰ Gehanno JF., Service de médecine du travail et des maladies professionnelles & EA 4108 ; CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76000 Rouen.

⁹¹ Société Française de Médecine du Travail. Recommandation de bonne pratique : surveillance médico-professionnelle du risque rachidien chez les travailleurs exposés à des manipulations de charges. 2013. <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>.

- [295] Un premier contact avec l'infirmier de santé au travail est indispensable pour tous les salariés. Pour la mission, un premier contact du salarié avec le SST, autour de la période d'embauche apparaît essentiel. Actuellement, les visites d'embauche doivent comprendre la rédaction d'un avis sur l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, ce qui fait du médecin du travail un acteur incontournable de ce premier contact du salarié avec le SST. La suppression de l'obligation d'émettre un avis d'aptitude permet d'envisager différemment ce premier contact du salarié avec le service de santé au travail et de confier à l'infirmier en santé au travail le rôle de conduire cette première visite.
- [296] Cette première visite que la mission suggère de nommer « visite d'information et de prévention » doit constituer une obligation pour l'employeur. Elle apparaît en effet incontournable à la mission pour plusieurs raisons.
- [297] Elle permet d'exposer au salarié dans quels cas il peut ou doit avoir recours au service de santé au travail ou au médecin du travail. Elle facilite une démarche ultérieure éventuelle de demande de visite par le salarié puisqu'il est clairement informé sur cette possibilité. Elle est également l'occasion d'informer le salarié sur les obligations déontologiques qui s'imposent au médecin du travail et aux personnes qui travaillent sous son autorité fonctionnelle, dont les infirmiers de santé au travail font partie, et en particulier l'obligation de respect du secret médical. Ce premier contact favorise la construction d'un lien de confiance entre professionnel de santé et salarié.
- [298] L'intérêt réside également dans une information au salarié sur les risques liés à son poste de travail délivrée par un professionnel de santé, information complémentaire de celle délivrée par l'employeur.
- [299] Cette visite d'information et de prévention permet également d'établir le curriculum laboris, de reconstituer la traçabilité des expositions et de mettre en place un suivi.
- [300] Elle est l'occasion de l'initialisation d'un dossier médical en santé au travail (DMST), sous l'autorité du médecin du travail. La HAS a élaboré en 2009 des recommandations sur le contenu et la tenue du DMST en vue notamment d'améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le (s) poste (s) et les conditions de travail actuels et antérieurs⁹².
- [301] Cette visite est également l'occasion pour l'infirmier en santé au travail de prendre en compte les risques individuels du salarié.
- [302] Elle contribue aussi à repérer, dans le cadre des protocoles définis, si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs.
- [303] Elle vise notamment à déterminer la périodicité de suivi du salarié par l'infirmier, en tenant compte de protocoles établis, ou si besoin, après un échange entre le médecin du travail et l'infirmier qui a réalisé la visite. La périodicité de suivi de santé du salarié est donc adaptée en fonction des situations individuelles ou professionnelles. Elle pourra être révisée en fonction des visites ultérieures, médicales ou infirmières.
- [304] L'infirmier en santé au travail exerce cette activité sous la responsabilité du médecin du travail, dans le cadre de protocoles écrits prenant en compte les risques professionnels et les risques individuels, de son rôle propre et dans la limite du décret d'actes des IDE⁹³.
- [305] Cette visite obligatoire d'information et de prévention fait l'objet d'une attestation nominative de suivi de santé adressée à l'employeur et un exemplaire est remis au salarié.

⁹² Le dossier médical en santé au travail, consensus formalisé, HAS, janvier 2009

⁹³ Articles 4311-1 et suivants du code de la santé publique

- [306] A l'issue de cette visite, l'infirmier pourra décider de l'orientation du salarié vers le médecin du travail, s'il le juge nécessaire.
- [307] Le délai dans lequel doit être réalisé cette visite obligatoire d'information et de prévention doit prendre en compte les différences de besoins liés à la nature du poste de travail. Cela suppose différenciation selon que les salariés occupent ou non un poste à risque (cf. infra). Une visite obligatoire d'information et de prévention doit avoir lieu dans les 3 mois pour les salariés occupant un poste à risque et dans les 6 mois pour les autres.
- [308] Les considérations qui précèdent expliquent, dans une très large part, pourquoi la mission a exclu l'hypothèse d'une visite d'embauche par un médecin généraliste. Cela empêcherait ce premier contact indispensable avec les services de santé au travail et l'infirmier de santé au travail dont la mission a décrit les actions qui en découlent en termes de prévention de l'altération de la santé du salarié au travail. La mission a également souligné la spécificité de la médecine du travail qui allie connaissance des postes de travail, de l'entreprise et médecine clinique dans une logique de prévention. Enfin, le Code du travail envisage déjà l'articulation possible entre le médecin du travail et les infirmiers de santé au travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire, articulation qui est de nature à optimiser le suivi de santé au travail dans le cadre des protocoles prévus.

Recommandation n°5 : La mission propose, en substitution de la visite d'embauche actuelle, l'instauration d'une visite obligatoire d'information et de prévention pour tous les salariés en contrat depuis 3 mois ou plus, réalisée par l'infirmier de santé au travail sous l'autorité fonctionnelle du médecin du travail et donnant lieu à une attestation nominative de suivi de santé

Recommandation n°6 : La visite d'information et de prévention doit avoir lieu dans les 3 mois pour les salariés occupant un poste à risque et dans les 6 mois pour les autres.

3.1.1 Des dispositifs spécifiques doivent permettre aux salariés en CDD de moins de 3 mois et aux intérimaires de bénéficier d'un suivi de santé

- [309] La multiplication des contrats de courte durée (inférieurs à 3 mois), des contrats d'intérim et l'enchaînement pour un même salarié de ce type de contrats au fil des ans rendent difficile le suivi de santé de ces salariés. Bien souvent, ils ne passent pas de visite d'embauche et pas ne bénéficient pas non plus de visite périodique.
- [310] Il serait souhaitable de disposer des informations qui permettent de s'assurer dans le temps du suivi de santé du salarié, même s'il change plusieurs fois d'employeur.
- [311] Pour les salariés intérimaires, la constitution d'un fichier commun, dans une zone géographique donnée, prévue par le code du travail, permet en théorie aux entreprises de travail temporaires de prendre connaissance des dates des dernières visites médicales dont a bénéficié le salarié afin d'éviter une redondance inutile d'examens. Il semble que ce fichier ne soit pas toujours exploité.

Recommandation n°7 : La mission recommande, pour les salariés intérimaires et en CDD de moins de trois mois, la création d'un fichier régional qui doit permettre de réaliser une seule visite obligatoire d'information et de prévention. Celle-ci serait suivie d'une visite à 5 ans sauf cas particuliers et quelles que soient les interruptions du parcours professionnel du salarié entre temps.

3.2 La surveillance périodique de l'état de santé du salarié demeure une priorité

- [312] Le service de santé au travail est supposé jouer un rôle prépondérant dans la surveillance périodique de l'état de santé des salariés. Le chapitre 1.2 témoigne du décalage entre le nombre de visites périodiques à réaliser et le nombre de visites réalisables et du caractère inéquitable de la répartition de ces visites entre les salariés. Au-delà des questions démographiques, le fait que ce suivi soit une réponse à des obligations réglementaires plutôt qu'à des besoins de santé pose problème.
- [313] Les services de santé au travail présentent des atouts majeurs pour permettre la réussite du passage d'un système où la surveillance du salarié est codifiée de façon très précise en fonction des situations de travail à un système qui prenne en compte la globalité des besoins de santé et où les recommandations de bonne pratique ont toute leur place.
- [314] Parmi ces atouts, citons tout d'abord les médecins du travail avec leurs compétences spécifiques, la pluridisciplinarité pour les SSTI et la plupart des SSTA et l'articulation spécifique entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail.
- [315] La mission propose un changement de paradigme de la surveillance de l'état de santé des salariés.
- [316] L'objectif d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ou à l'occasion de celui-ci reste le fil directeur. L'atteinte de cet objectif suppose notamment de mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir. Comme le souligne le rapport sur interaction entre santé au travail et santé publique⁹⁴, le médecin du travail est conduit à considérer le patient dans sa globalité. Il importe qu'il intègre l'ensemble des facteurs de risque, professionnels ou non, afin d'apprécier la situation du salarié face à des conditions de travail qui peuvent constituer un facteur aggravant. Ainsi, malgré les mesures de prévention mise en œuvre sur le lieu de travail, une même situation de travail pourra présenter des risques différents selon l'état clinique des salariés. La recherche d'une solution collective pour réduire ces risques de façon à éviter de stigmatiser le salarié peut ne pas toujours suffire.
- [317] Par ailleurs, les modalités d'articulation entre médecin du travail et infirmiers en santé au travail permettent d'envisager un suivi périodique de l'état de santé des salariés où, sous la responsabilité du médecin du travail, l'infirmier est amené à jouer un rôle majeur.
- [318] Cette organisation est envisageable du fait des possibilités ouvertes par la réforme de la santé au travail de 2011. Les textes réglementaires permettent une coopération renforcée entre médecin du travail et infirmier en santé au travail. Le médecin du travail peut ainsi confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits.
- [319] Les protocoles qui concernent l'entretien infirmier en santé au travail sont une réalité dans de nombreux services de santé au travail interentreprises. Par ailleurs, les services de santé au travail autonomes ont, pour la plupart, mis en place des organisations où les infirmiers travaillent sous une hiérarchie fonctionnelle médicale, notamment dans le cadre des protocoles précités, tout en conservant la hiérarchie administrative.
- [320] Ces protocoles prennent notamment en compte les risques professionnels liés à la nature de l'activité exercée, dans une logique de prévention. Ils doivent en fonction de leur objet prendre en compte les risques individuels afin de garder une logique d'appréciation globale des besoins du salarié et des risques en situation de travail.

⁹⁴ Barbezieux P., Bensadon AC, Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires, Rapport IGAS, avril 2014

- [321] Pour assurer ce rôle, il paraît également nécessaire de prévoir que les infirmiers puissent se rendre sur les lieux de travail.
- [322] Cela suppose des infirmiers formés dans ces domaines, ce qui est peu compatible avec les formations d'une durée d'une semaine qui ont parfois été présentées à la mission.
- [323] Une formation adaptée des infirmiers en santé constitue une condition indispensable à la réussite des scénarios présentés ci-dessous par la mission.
- [324] L'articulation entre médecin du travail et infirmier de santé au travail telle que décrite précédemment suppose que les protocoles prévoient bien une activité clinique infirmière, en l'exerçant dans la limite de leurs compétences prévues par le code de santé publique. Un des interlocuteurs évoquait l'intérêt d'un fonctionnement rappelant celui des services hospitaliers pour la collaboration entre médecin du travail et infirmiers en santé au travail.
- [325] Cette approche permet de conserver une approche collective couplée à une approche de suivi individuel.

3.2.1 Le suivi des travailleurs de nuit n'est pas adapté

- [326] La surveillance périodique des travailleurs de nuit constitue un exemple régulièrement cité à la mission pour insister sur la nécessité de définir des périodicités de surveillance qui relèvent d'une logique médicale.
- [327] La réglementation du travail de nuit par la loi du 9 mai 2001 a expressément prévu une surveillance médicale pour les travailleurs de nuit. Ainsi, tout travailleur de nuit bénéficie, aux termes de cette loi, avant son affectation sur un poste de nuit et à intervalles réguliers d'une durée ne pouvant excéder six mois par la suite, d'une surveillance médicale particulière dont les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Cette exposition ne semble pas légitimer pour autant une obligation de visite médicale tous les six mois. Il importe de différencier les situations de pénibilité des modalités les plus adaptées pour assurer une surveillance optimale de l'état de santé du salarié. La Société française de médecine du travail (SFMT) a élaboré des recommandations labélisées par la Haute autorité de santé (HAS) sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et ou de nuit. Elles ne précisent pas à ce stade la périodicité des visites⁹⁵.

Recommandation n°8 : La mission recommande de modifier l'article L3122-42 du code du travail, en ce qu'il prévoit une périodicité maximale de six mois pour la surveillance médicale particulière, et de fixer par décret la périodicité des visites médicales pour les travailleurs de nuit sur la base de recommandations validées par la HAS.

3.2.2 Les salariés occupant des postes à risque bénéficient de modalités spécifiques de surveillance de leur état de santé

- [328] Les postes à risques sont ceux qui justifient une surveillance particulière de l'état de santé, de façon à adapter les modalités de prévention aux besoins de santé du salarié, compte tenu des risques potentiels liés à son activité.
- [329] Actuellement, les postes ou les salariés nécessitant une surveillance médicale renforcée relèvent de cette logique. Toutefois, les critères qui ont conduit à considérer les situations décrites au paragraphe 1.2.2.2 comme relevant d'une surveillance médicale renforcée ne reposent pas sur des recommandations médicales.

⁹⁵ Dans l'attente de la recommandation sur la périodicité validée par la HAS, il pourrait être fait application sur ce point, si nécessaire, des mesures réglementaires qu'appelle la recommandation relative à la surveillance médicale renforcée

Recommandation n°9 : Une nouvelle définition des situations nécessitant une surveillance médicale renforcée mériterait d'être élaborée en s'appuyant sur des recommandations de la SFMT, validées par la HAS.

- [330] En effet, l'exemple de la surveillance médicale renforcée pour les salariés exposés au bruit a été cité à plusieurs reprises à la mission pour souligner la nécessité d'une révision de la classification actuelle, afin de ne pas inclure l'exposition au bruit, sans autre précision, comme justifiant d'une SMR.
- [331] Dans le cas de l'exposition à des risques, les solutions à mettre en œuvre ne relèvent pas forcément du suivi de santé, mais souvent des actions de prévention du risque.
- [332] La détermination de la périodicité des visites médicales repose pour l'instant trop souvent sur des consensus construits entre les partenaires sociaux et l'Etat plutôt que sur des justifications de nature médicale.
- [333] Diverses recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées par la SFMT. En outre, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) réalise régulièrement des publications scientifiques qui pourraient utilement être mobilisées dans ce cadre.

Recommandation n°10 : La mission recommande que la périodicité des visites médicales, pour les situations nécessitant une surveillance médicale renforcée selon la définition qui sera validée par la HAS (cf. recommandation précédente) soit définie en tenant compte des recommandations validées par la HAS, notamment sur proposition de la SFMT.

- [334] Outre ces postes définis dans un cadre réglementaire, les postes à risque de l'entreprise, justifiant une surveillance particulière seraient définis par le médecin du travail sur proposition de l'employeur et après avis du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des Délégués du personnel (DP). Le Médecin inspecteur régional du travail (MIRT) serait saisi des contestations sur ce point.
- [335] Dans l'attente de l'élaboration des recommandations de la HAS, la mission souhaite rendre équitable la périodicité des visites médicales pour les salariés bénéficiant d'une SMR. Des visites infirmières doivent avoir lieu, sous l'autorité du médecin du travail, au minimum tous les deux ans ou selon une périodicité plus rapprochée si l'infirmier le juge nécessaire après un éventuel échange avec le médecin du travail. L'infirmier peut décider d'orienter le salarié vers le médecin du travail qui peut alors définir lui-même la périodicité et le type de visite nécessaires.
- [336] Dans tous les cas, une visite médicale aura lieu au minimum tous les cinq ans pour les salariés bénéficiant d'une SMR. Rappelons que le salarié peut à tout moment demander à rencontrer le médecin du travail.

Recommandation n°11 : La mission recommande qu'un salarié occupant un poste à risque bénéficie, sauf précision réglementaire spécifique, d'une visite infirmière au minimum tous les 2 ans et d'une visite médicale au minimum tous les cinq ans.

3.2.3 La surveillance de l'état de santé doit bénéficier à l'ensemble des salariés, dans une logique de prévention

- [337] Le suivi médical régulier des salariés et la connaissance des conditions de travail dans l'entreprise visent à la détection, par le médecin du travail, des situations à risques, au niveau individuel comme au niveau collectif, notamment des risques psychosociaux. Ce suivi médical vise également à la traçabilité des expositions aux facteurs de risques professionnels, notamment ceux à effet différé dans le temps (cf. infra).

- [338] Mais ce suivi médical ne bénéficie pas aujourd'hui à tous les salariés et cette différenciation n'est pas liée à des variations des besoins de santé. La périodicité des visites est définie aujourd'hui dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui sont validés par les DIRECCTE. L'hétérogénéité constatée est liée davantage à la démographie médicale dans les services de santé au travail qu'à la réalité des besoins des salariés.
- [339] Pour la mission, le suivi de santé de tous salariés, dans une logique de prévention des risques professionnels individuels et des risques professionnels collectifs doit demeurer une priorité.
- [340] La mission a proposé qu'en dehors des postes de sécurité les salariés bénéficient d'une visite obligatoire d'information et de prévention et que cette visite ait lieu au plus tard dans les 6 mois pour les salariés n'occupant pas un poste à risque.
- [341] Une régulation doit être opérée au niveau national afin de fixer une périodicité minimale de suivi périodique de l'état de santé.

Recommandation n°12 : La mission recommande une visite médicale périodique au minimum tous les cinq ans pour les salariés, en dehors des situations justifiant une surveillance médicale renforcée ou des salariés occupant un poste de sécurité.

- [342] Le choix d'un tel scénario suppose d'encourager l'exercice de la médecine du travail en améliorant l'attractivité de la spécialité. Les évolutions proposées dans ce rapport avec la mise en œuvre d'une médecine du travail davantage ciblée sur les besoins des salariés que sur la nécessité de répondre à des contraintes émanant du code du travail ainsi que les mesures concernant les collaborateurs médecins devraient y contribuer.

3.3 Les visites de reprise et les visites à la demande doivent être réalisées par un médecin du travail

3.3.1 La visite de reprise constitue un temps fort de la surveillance de l'état de santé du salarié

- [343] Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle ou après une **absence d'au moins trente jours** pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.
- [344] Les visites de reprise représentent 12% de la part des visites réalisées selon des bilans 2013 des conditions de travail.
- [345] C'est à l'employeur de prendre contact avec le SST, dès qu'il a connaissance de la fin de l'arrêt de travail pour qu'il organise cet examen dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié
- [346] Cet examen de reprise visait à délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste, à préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié et à examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise lorsqu'elle a eu lieu.
- [347] Désormais, si le médecin du travail considère que le salarié peut reprendre son poste de travail, il lui délivrera ainsi qu'à l'employeur une attestation de suivi de santé. Dans le cas contraire, la visite de reprise sera l'occasion soit de préconisations par le médecin du travail en vue de l'adaptation du poste de travail ou du reclassement, soit de la constatation de l'inaptitude du salarié.

- [348] La visite de reprise fait donc écho à la question des arrêts de travail qui font intervenir les médecins traitants et les médecins conseils des caisses d'assurance maladie. L'ouvrage « Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés » publié par l'INPES en janvier 2012 souligne que les professionnels de santé — médecins du travail et médecins généralistes — sont de plus en plus confrontés à l'impact de ces facteurs sur la santé de leurs patients⁹⁶. Selon les médecins généralistes, le premier motif d'orientation d'un patient à son médecin du travail était de loin, les arrêts de travail récurrents (71 % des généralistes déclarent le faire « souvent » ou « très souvent »). Ce motif de sollicitation n'était cité que par 10 % des médecins du travail et jamais cité par 49 % d'entre eux. Pour expliquer cet écart de perception les auteurs évoquaient le fait que les visites de reprise étant réglementaires, le salarié ne ressent pas le besoin de préciser au médecin du travail que son médecin traitant lui avait conseillé de le voir

3.3.2 Les visites à la demande

- [349] Les visites médicales peuvent être réalisées à la demande de l'employeur ou à la demande du salarié. En charge du suivi de santé du salarié, le médecin du travail a lui aussi la faculté de demander à voir le salarié dans le cadre d'une visite médicale s'il le juge nécessaire.
- [350] En 2012, elles représentaient 3% de la part des visites réalisées selon le bilan 2013 des conditions de travail.
- [351] Ces visites, bien que peu nombreuses proportionnellement, constituaient un maillon essentiel du dispositif de surveillance de l'état de santé des salariés. Compte tenu des évolutions proposées par la mission, elles apparaissent d'autant plus indispensables. La diminution attendue des visites périodiques devrait induire une augmentation de la part de ce type de visites dans l'ensemble des visites médicales réalisées.

Recommandation n°13 : La mission recommande que les différentes visites réalisées, si elles ne donnent plus lieu à un avis d'aptitude, fassent l'objet d'une attestation nominative de suivi de santé, clairement formalisée, à destination de l'employeur et du salarié.

3.4 La traçabilité des expositions constitue un enjeu majeur

- [352] La traçabilité des expositions constitue un enjeu majeur en santé au travail et plus généralement en santé publique. La norme ISO 80402 définit la traçabilité des expositions comme l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'une activité (ou de façon plus large comme l'historique de « la vie », de biens, de services ou de personnes) au moyen d'informations enregistrées⁹⁷.
- [353] L'employeur doit retracer dans une fiche individuelle pour chaque travailleur des facteurs de risques professionnels et des seuils d'exposition définis dans le cadre de la réforme sur la pénibilité⁹⁸.
- [354] Cette fiche est établie en cohérence avec l'évaluation des risques réalisée par l'employeur qui doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe⁹⁹.

⁹⁶ Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés, MENARD C et al, Collection "Études santé", INPES, Janvier 2012

⁹⁷ Traçabilité des expositions professionnelles agricoles : colloque de l'Institut national de médecine agricole (INMA), Référence santé au travail n°130, INRS, juin 2012

⁹⁸ Article L4161-1 du code du travail

⁹⁹ Article L4121-3 du Code du travail

- [355] Elle est communiquée au service de santé au travail qui la transmet au médecin du travail. Elle constitue un des éléments de son dossier médical de santé au travail. Une copie de cette fiche est remise au travailleur à son départ de l'établissement, en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret ou de déclaration de maladie professionnelle. Cette fiche est tenue à disposition du salarié à tout moment. Les dix facteurs de pénibilité définis par le code du travail sont regroupés en trois catégories : contraintes physiques marquées, environnement physique agressif et rythme de travail.
- [356] Les informations sur les facteurs de risque de la fiche d'exposition, même si elles ne reflètent pas l'ensemble des facteurs de risque, pourraient figurer utilement dans le dossier médical personnel du patient, si le salarié souhaite les transmettre à son médecin traitant et s'il est d'accord pour qu'elles y soient enregistrées.
- [357] La traçabilité des expositions présente également un intérêt populationnel. Elle constitue un facteur de progrès majeur de la connaissance épidémiologique. William Dab note que la surmortalité ouvrière masculine s'observe dans tous les pays européens mais qu'en France, elle est le double du reste de l'Europe¹⁰⁰. Il souligne qu'un tel état de fait est indétectable au niveau individuel et insiste sur l'importance de l'analyse des questions de santé au travail au niveau de la population.

Recommandation n°14 : La mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines et d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail.

- [358] Le contenu du rapport d'activité des médecins du travail pourrait être simplifié et évoluer vers une approche davantage épidémiologique.
- [359] De nombreux systèmes d'information ont été mis en place pour améliorer la connaissance sur la santé au travail. Le contenu du rapport d'activité des médecins du travail pourrait être simplifié et évoluer vers une approche davantage épidémiologique. Les enquêtes de la Direction de l'animation, de la recherche des études et des statistiques (DARES) constituent des sources précieuses d'information. Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS), les cohortes prospectives permettant un recueil d'informations très large en termes de données professionnelles mises en place par l'InVS (Cohortes Coset), le programme Groupe d'alerte en santé au travail (GAST), initié par l'InVS, concernant les événements inhabituels en milieu de travail et déployé sur plusieurs régions, l'exploitation de la base nationale du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RnV3P) qui fédère les 32 Centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP), le dispositif Evrest (Evolutions et Relations en Santé au Travail) qui vise à mettre en relation conditions de travail et état de santé des salariés, les données de l'assurance maladie notamment en termes d'AT MP, constituent des sources d'information plurielles. Dans un précédent rapport, l'IGAS recommandait que les données sur la santé au travail soient structurées et optimisées et s'inscrivent dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail¹⁰¹.

- [360] La mission réitère cette recommandation.

Recommandation n°15 : Les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.

- [361] Les propositions de la mission relatives au suivi de l'état de santé des salariés au travail constituent un changement d'orientation substantiel.

¹⁰⁰ Entretien avec William Dab, Travail et sécurité n°746, janvier 2014

¹⁰¹ Barbezieux P., Bensadon AC, Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires, Rapport IGAS, avril 2014

- [362] En abandonnant un systématisme infondé sur le plan médical, en privilégiant le suivi des salariés qui occupent des postes de sécurité ou des postes à risque, en s'adaptant mieux aux besoins des salariés et en associant de façon importante les infirmiers en santé au travail, ce nouveau dispositif de surveillance de l'état de santé des salariés au travail proposé par la mission sera plus efficace pour éviter toute altération de la santé des salariés au travail. En même temps, en permettant une meilleure utilisation de la ressource médicale disponible, il permettra aux médecins du travail de consacrer davantage de leur temps à la prévention des risques professionnels et au maintien dans l'emploi des salariés.
- [363] Les effets prévisibles de cette réforme devraient être compatibles avec les évolutions de la démographie médicale en cours.

4 LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL DOIVENT S'ORIENTER DAVANTAGE VERS LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET L'AIDE AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DU SALARIE

- [364] Près de 80% des salariés licenciés pour inaptitude, selon les études dont on dispose, souffrent de troubles musculo-squelettiques ou de pathologies liées à des risques psychosociaux ; c'est-à-dire de pathologies dont il est reconnu qu'elles ont un très fort lien avec l'organisation du travail. Ces chiffres sont d'ailleurs cohérents avec les déclarations de maladies professionnelles.
- [365] Ils invitent à orienter délibérément l'action des services de santé au travail vers la prévention primaire des risques professionnels faute, sinon, d'être conduit très souvent à constater trop tardivement l'extrême difficulté à traiter chaque cas pris individuellement.
- [366] Cette mobilisation des acteurs de la santé au travail en faveur de l'action collective doit être rendue possible par les évolutions décrites ci-dessus en matière de surveillance de l'état de santé au travail. Elle doit être amplifiée par l'appui que doit apporter le service de santé au travail aux entreprises, notamment aux plus petites d'entre elles, en matière de prévention, par un renforcement substantiel des efforts d'adaptation du poste de travail et/ou du reclassement des salariés tout au long de leur parcours professionnel et par le développement indispensable de la coordination des acteurs du maintien dans l'emploi.

4.1 Développer la prévention primaire des risques professionnels

- [367] La priorité donnée à la prévention des risques professionnels suppose une réorientation claire de l'action du médecin du travail, une forte participation du service de santé au travail à l'identification des risques au sein de l'entreprise, notamment des plus petites, et une mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire qui doit profiter à l'ensemble des entreprises adhérentes du service de santé au travail, quelle que soit leur taille.

4.1.1 L'investissement du médecin du travail en faveur de la prévention des risques professionnels doit être facilitée

- [368] Depuis le décret de 1979, le médecin du travail doit consacrer 1/3 de son temps à l'action en milieu de travail¹⁰². Elle comprend, entre autres, la visite des lieux de travail, l'étude des postes de travail en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la participation aux réunions du CHSCT..... Le médecin du travail n'est jamais parvenu à assurer intégralement ce tiers-temps compte-tenu de l'absorption du temps médical par les visites médicales et de la démographie médicale.
- [369] On ne dispose d'une évaluation récente du temps consacré par le médecin du travail à l'action en milieu de travail que pour le régime agricole. Ce pourcentage était de 18% en 2013. Pour le régime général, le taux de 21% était mentionné dans le Bilan des conditions de travail de 2010, mais aucun chiffre consolidé n'est plus calculé, compte tenu de l'absence d'une norme générale de calcul et d'une remontée inégale des informations à l'Inspection médicale.¹⁰³
- [370] Cette situation est d'autant plus regrettable que l'examen de la nature des maladies professionnelles et des motifs d'inaptitude montre que c'est d'abord du côté des organisations de travail « usantes » qu'il faut rechercher les causes des pathologies concernées. Ainsi, selon le Bilan 2013 des conditions de travail, les affections péri-articulaires représentent une part toujours plus importante des maladies professionnelles indemnisées. A elles seules, elles représentent 78,9 % des maladies professionnelles en premier règlement au titre de 2013.
- [371] Au total, les troubles musculo-squelettiques (TMS) – affections péri-articulaires (tableau n° 57), affections dues aux vibrations (tableau n° 69), lésions chroniques du ménisque (tableau n° 79) et lombalgies (tableaux n° 97 et 98) – ont concerné 46 537 reconnaissances de maladies professionnelles en 2013, soit 86,8 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues.
- [372] Le rôle du médecin du travail, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, est ici décisif.
- [373] Les conditions, pour un investissement plus prononcé du médecin du travail dans le domaine de la prévention des risques professionnels, devraient être réunies pour que cette évolution, préconisée par de nombreux rapports¹⁰⁴, et appelée de leurs vœux par un grand nombre de médecins du travail rencontrés par la mission ou qui se sont signalés à elle par le biais de contributions écrites, soit désormais possible. La redéfinition des modalités du suivi médical des salariés, le redéploiement vers les infirmiers en santé au travail d'un certain nombre d'actes qui reposaient jusqu'ici essentiellement sur les médecins du travail, la montée en puissance des équipes pluridisciplinaires vont permettre aux médecins du travail de consacrer une part plus importante de leur temps aux actions en milieu de travail en y apportant leur connaissance spécifique des relations santé-travail dans l'entreprise.
- [374] Deux dispositifs intéressant l'intervention des médecins du travail en matière de prévention primaire des risques professionnels ont retenu l'attention de la mission.

¹⁰² L'article R 4624-4 du code du travail issu du décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 chiffre ce tiers temps à 150 demi-journées de travail effectif par an pour un médecin du travail à plein-temps

¹⁰³ Dans son Rapport « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir » Novembre 2012, fondé notamment sur le contrôle de six SSTI, la Cour des Comptes reprend ce chiffre de 21%

¹⁰⁴ Rapport IGAENER/IGAS octobre 2007 « Le bilan de la réforme de la médecine du travail » Claire AUBIN, Régis PELISSIER, Pierre de SAINTIGNON, Jacques VEYRET, Françoise CONSO, Paul FRIMAT. Rapport « Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives » Hervé Gosselin, Avis du CESE « L'avenir de la médecine du travail » Rapporteur Christian DELLACHERIE .Rapport « La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions ». Avril 2010 Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT, Gilles LECLERCQ

- [375] La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 a prévu que « *les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respectdes orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service , d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé* ». ¹⁰⁵ L'intérêt de ces Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est de donner une cohérence aux actions de prévention de l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels sur la région.
- [376] La mission a constaté le travail intéressant réalisé en Bretagne associant DIRECCTE, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT) ainsi que le Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP). Ce dernier a validé une trame commune, intégrant à la fois un diagnostic territorial, et les orientations des différents partenaires, puis des échanges ont eu lieu avec les SSTI concernés pour élaborer les contrats à partir des projets des services, des groupes de travail thématiques pouvant être installés pour préciser certaines actions territoriales prévues. Les partenaires sociaux, associés en amont dans cette démarche, le sont également à son terme, puisqu'ils émettent un avis sur le CPOM. Lors du déplacement de la mission en Bretagne, trois CPOM étaient signés. Deux avaient fait l'objet de demandes de modifications de la part du CRPRP. Les membres de cette instance ont signalé d'ailleurs leur souhait que les SSTI soient associés à leurs travaux au titre des personnes qualifiées.
- [377] Cette démarche est porteuse d'avenir mais on peut s'interroger sur le fait qu'elle ne concerne que les SSTI et pas les services autonomes, alors que les orientations nationales et régionales de santé au travail les concernent directement tout autant que la gestion d'une ressource médicale qui se fait plus rare. Il serait sans doute utile de réfléchir aux modalités d'association de ces services, et donc des entreprises les plus importantes, à cette démarche.

Recommandation n°16 : La mission recommande de trouver des formules d'association des services de santé autonomes dans les dispositifs de contractualisation mis en œuvre avec les pouvoirs publics.

- [378] La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 a introduit un dispositif de signalement qui permet au médecin du travail « *lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, de proposer par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver* ». ¹⁰⁶ Selon l'article L4624-3 du code du travail, l'employeur doit prendre en compte ces propositions et en cas de refus faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Ces dispositions peuvent constituer un outil très utile à la disposition du médecin du travail pour agir efficacement dans le domaine de la prévention des risques. Mais, à ce stade, il ne semble pas, selon les indications recueillies par la mission, que les médecins du travail se soient réellement approprié ce levier d'intervention. ¹⁰⁷
- [379] En tout état de cause, cette disposition gagnerait sans doute en efficacité si les préconisations du médecin du travail et la réponse de refus de l'employeur n'étaient pas seulement tenues, sur leur demande, à la disposition du CHSCT ou des délégués du personnel, de l'inspection du travail, du médecin inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ou de l'OPPBT, mais bien nécessairement communiquées à ces structures et organismes afin d'en permettre un examen systématique.

¹⁰⁵ Article L 4622-10 du code du travail

¹⁰⁶ Article L 4624-3 du code du travail

¹⁰⁷ Il n'y a pas de recensement organisé des cas d'utilisation de cette mesure, à la connaissance de la mission.

Recommandation n°17 : Modifier l'article L 4624-3 du code du travail, qui concerne le signalement du médecin du travail sur des situations collectives de travail, afin de rendre obligatoire la transmission, notamment à l'inspection du travail et au CHSCT, des préconisations du médecin du travail ainsi que la réponse de l'employeur, lorsque celui-ci décide de ne pas y donner de suite.

4.1.2 Le SST doit aider à l'identification des risques et à la mise en place d'une politique de prévention, notamment dans les TPE

[380] Selon les données issues du Bilan 2013 des conditions de travail, portant sur 9 régions, 25,6 % des entreprises suivies disposent d'une fiche d'entreprise existante, créée ou mise à jour, sur laquelle figurent notamment les expositions professionnelles et les effectifs de salariés exposés.¹⁰⁸ Cette proportion d'entreprises disposant d'une fiche d'entreprise est en hausse par rapport à 2011. Elle était de 22 %. Ces chiffres, dont les ordres de grandeur ont été confirmés à la mission par ses interlocuteurs, sont très insuffisants. Ils traduisent la difficulté des médecins du travail à prendre le temps d'aller dans les entreprises.

[381] D'après le CISME, il serait possible, sous réserve d'une évolution de la réglementation en matière de surveillance médicale de salariés, d'apporter à chaque entreprise une aide à l'évaluation des risques professionnels par un repérage des situations de travail réalisé directement au sein des établissements grâce à une intervention de premier niveau assurée notamment par des Techniciens en prévention des risques professionnels supervisés par le médecin du travail qui veille à la méthodologie utilisée. Le CISME pense possible en 5 ans de « balayer » l'ensemble des entreprises pour y établir la fiche d'entreprise. Ce sont souvent les assistants en santé au travail qui sont mobilisés pour ce travail.

[382] L'offre de service en matière de prévention est une activité qui relève du secteur marchand. Néanmoins, dans son offre de service aux entreprises, en particuliers aux TPE, il est utile que le service de santé au travail puisse proposer un accompagnement en matière d'évaluation des risques professionnels.

Recommandation n°18 : La mission recommande que les services de santé au travail interentreprises se fixent comme priorité d'aider les petites entreprises à évaluer leurs risques professionnels

4.1.3 L'intervention de l'équipe pluridisciplinaire fait partie de l'offre de service

[383] Le développement des équipes pluridisciplinaires au sein des SSTI leur apporte de nouvelles compétences, aussi bien en matière d'adaptation des postes de travail pour favoriser le maintien en emploi que dans la prévention des risques professionnels. Le médecin du travail est de plus en plus incité à devenir un animateur de l'équipe. Les organisations mises en place dans les services que la mission a rencontrés sont parfois très différentes, selon les options managériales des directeurs de service, mais aussi selon leur taille. Si l'équipe médicale se structure nécessairement autour du binôme médecin/infirmier, la place des intervenants en prévention des risques professionnels varie. Cependant, ils sont souvent regroupés dans un pool transversal au sein du service et interviennent au gré des sollicitations. Dans certains cas, lorsque le projet de service a décidé d'une action de prévention complexe et plus étalée dans le temps, l'IRPP peut être intégré dans le projet, voire le piloter.

¹⁰⁸ Article D 4624-37 à 41 du code du travail

- [384] Toutefois, certains interlocuteurs de la mission ont signalé le décalage existant entre l'accent mis sur la prévention primaire et la sollicitation souvent en urgence des IPRP pour solutionner une situation individuelle. Il y a un apprentissage à faire, y compris par le médecin du travail du bon usage des IPRP. Est également mentionnée l'importance du dossier d'entreprise tenu par le service de santé au travail. Il doit être le témoin et la mémoire de l'intervention du service et de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en prévention. La question d'un certain cadrage au moins méthodologique si ce n'est réglementaire est posée.
- [385] L'attention de la mission a été attirée sur les destinataires de cette offre de service.
- [386] D'un côté, les entreprises les plus importantes adhérentes à un SSTI, disposent déjà souvent en interne de tout ou partie des compétences que met à disposition le SSTI. Et certaines d'entre elles s'interrogent sur l'obligation de payer une cotisation qui ne couvre en fait que le suivi de santé de ses salariés. De l'autre, les plus petites entreprises, ne sont pas en mesure de formuler une demande d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire n'imaginant pas en quoi elle pourrait les aider. Dès lors, là encore, la cotisation peut leur paraître trop élevée par rapport aux prestations dont elles bénéficient.
- [387] L'évolution proposée par la mission en matière de suivi de santé des salariés risque de donner encore plus de poids à ces critiques sous-jacentes. Les SSTI devront donc dans les années qui viennent faire la démonstration que l'orientation vers la prévention des risques professionnels et l'aide au maintien dans l'emploi se traduisent concrètement dans leur offre de service aux entreprises, notamment les plus petites. Il faudra trouver un équilibre qui ne lèse aucune catégorie d'adhérents tout en permettant la mutualisation incluse dans la cotisation forfaitaire.
- [388] La contractualisation des engagements réciproques lors de l'adhésion est sans doute une manière intéressante de procéder.

4.2 Les actions d'adaptation du poste de travail et de reclassement doivent être mieux organisées

- [389] Dans l'organisation actuelle des textes du code du travail, seul le constat de l'inaptitude médicale du salarié peut déclencher l'obligation de reclassement. C'est sur la base des propositions du médecin du travail concernant les capacités restantes du salarié que l'employeur doit rechercher de façon loyale et sérieuse une solution de reclassement ou, à défaut, procéder au licenciement du salarié inapte
- [390] Ce dispositif juridique, qui a été en son temps protecteur et a permis de maintenir des salariés dans l'entreprise a manifestement atteint ses limites. Il n'est plus que de façon marginale une occasion de reclassement pour le salarié inapte et il laisse la plupart du temps ce dernier démuné, sans projet professionnel, avec comme principales perspectives, le chômage de longue durée ou la mise en invalidité en attendant la retraite.
- [391] Il faut donc remodeler les textes de telle manière que l'intervention en faveur de l'adaptation du poste de travail ou du reclassement accompagne le salarié tout au long de l'exécution du contrat de travail.
- [392] La visite de pré-reprise doit jouer un rôle majeur dans ce schéma.
- [393] Dès lors, l'inaptitude devrait devenir résiduelle et ne plus concerner que les salariés pour lesquels plus aucune solution au sein de l'entreprise n'est envisageable, ou ceux pour lesquels il est nécessaire pour la préservation de leur santé qu'ils quittent l'entreprise.
- [394] Enfin, à l'occasion de la réécriture des textes qui régissent l'inaptitude un certain nombre de simplifications peuvent être apportées.

4.2.1 L'obligation d'adaptation du poste de travail et de reclassement qui pèse sur l'employeur nécessite un meilleur encadrement juridique

- [395] L'actuel article L 4624-1 du code du travail habilite le médecin du travail à proposer des mesures individuelles afin de permettre le maintien dans l'emploi du salarié.
- [396] La jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation considère, en application de son obligation de sécurité de résultat, que l'employeur est tenu de prendre en compte les « préconisations » du médecin du travail. Elle a par ailleurs fixé le principe d'un échange entre l'employeur et le médecin du travail lorsque l'avis rendu par le médecin du travail n'est pas suffisamment clair - l'initiative en revient dans ce cas à l'employeur- ou lorsqu'il y a un doute sur la compatibilité des propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement que fait l'employeur au salarié avec les préconisations du médecin du travail.
- [397] Les évolutions proposées en matière de surveillance de l'état de santé des salariés au profit des populations à risques doivent permettre au médecin du travail de disposer de plus de temps pour asseoir ses propositions et préconisations sur la connaissance du poste de travail et sur l'état de santé du salarié et dialoguer avec l'employeur, en lien avec le salarié, pour aboutir aux meilleures solutions possibles.
- [398] Le processus d'altération de la santé au travail peut s'installer au gré des parcours professionnels et des éventuelles expositions aux risques auxquelles sont confrontés les travailleurs, et la meilleure prévention consiste à agir, tout au long de la vie active, sur les situations de travail bien avant que ne se déclare une inaptitude.
- [399] Dans ce cadre, la distinction entre adaptation du poste et reclassement dans un autre emploi, telle qu'elle ressort des textes en vigueur, ne paraît pas satisfaisante. D'abord, parce que le processus de maintien dans l'emploi ne peut qu'être un continuum qui nécessite que l'employeur et le médecin du travail disposent de la palette la plus large de mesures à mettre en œuvre. Ensuite, parce que la vraie distinction, d'un point de vue juridique, n'est pas entre adaptation du poste de travail et reclassement dans un autre emploi, notions dont les contours sont assez insaisissables, mais bien plus entre les aménagements du poste de travail ou le reclassement qui emportent modification du contrat de travail, que le salarié peut refuser, et ceux qui ne constituent qu'un changement des conditions de travail, que l'employeur peut imposer au salarié dans le cadre de son pouvoir de direction.
- [400] Enfin, il est souhaitable, pour les raisons déjà évoquées à propos des avis d'aptitude, que le médecin du travail recherche le consentement du salarié sur les mesures envisagées.
- [401] Dès lors, il est proposé que le médecin du travail, à l'occasion de toutes les visites médicales, puisse proposer à l'employeur les mesures individuelles ayant pour objectif la prévention des altérations de l'état de santé du salarié et son maintien dans l'emploi. Le médecin du travail se prononce en fonction des caractéristiques du poste de travail occupé, en envisageant sa polyvalence, à partir de la connaissance de la réalité du poste et de l'état de santé du salarié. Les mesures que le médecin du travail peut proposer pourront porter sur l'adaptation du poste de travail, sa transformation, l'aménagement du temps de travail, temporaire ou définitif, la mutation, le reclassement sur un autre emploi de l'entreprise, au besoin après une action de formation professionnelle.

[402] Afin d'éviter la rédaction de préconisations difficilement compréhensibles pour l'employeur et pour conforter le médecin du travail dans les choix qu'il opère, il est suggéré de prévoir que pour toute préconisation qui se traduirait par une restriction significative des tâches comprises dans le poste de travail, la rédaction des préconisations devrait faire l'objet, dans le cadre d'un strict respect du secret médical, d'un échange entre le médecin du travail et au moins un autre médecin du travail du service et le ou les membres du service de santé au travail qui ont participé à la démarche de maintien dans l'emploi. Dans les services autonomes qui ne comprennent qu'un médecin du travail, l'échange associe les membres du service associés à la démarche de maintien dans l'emploi.

[403] Dans le but d'aider l'employeur à tenir compte des préconisations du médecin du travail, lorsque ces dernières incluent une restriction significative des tâches du poste de travail, le service de santé au travail devrait proposer, si elle est pertinente, l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire du service et, si nécessaire, celle des organismes extérieurs à l'entreprise et au service de santé au travail, compétents en matière de maintien dans l'emploi.

[404] Afin de réduire autant que possible les litiges qui peuvent naître à l'occasion de la mise en œuvre des préconisations du médecin du travail, il serait utile de prévoir que l'employeur fait connaître par écrit au médecin du travail et au salarié dans un délai d'un mois, et après avis des délégués du personnel, les motifs qui s'opposent à la prise en compte des propositions du médecin du travail si ces propositions doivent entraîner un reclassement. Dans cette hypothèse, le médecin du travail indique en retour par écrit s'il modifie ou s'il maintient ses préconisations.

Recommandation n°19 : La mission recommande de modifier l'article L 4624-1 du code du travail afin d'en faire le support juridique de l'intervention du médecin du travail, hors avis d'inaptitude, en permettant au médecin du travail de formuler des propositions concernant l'adaptation du poste de travail aux capacités restantes du salarié. Cela permettra à l'employeur d'ajuster le poste de travail ou de proposer un reclassement. Pour sécuriser la rédaction de ces propositions quand elles entraînent une restriction significative des tâches exercées, il faut prévoir l'aide du service de santé au travail et organiser le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail.

4.2.2 L'efficacité de la visite de pré-reprise doit être renforcée

[405] L'ensemble des acteurs de la santé au travail convergent pour penser que la visite de pré-reprise est décisive pour préparer les conditions du retour du salarié dans son emploi dans l'entreprise ou éventuellement pour envisager la réorientation professionnelle que son état de santé exige.

[406] Plus tôt ces questions sont posées et traitées, plus il est possible d'envisager les solutions adaptées aux besoins du salarié, au besoin en recourant à une aide extérieure à l'entreprise.

[407] L'organisation d'une visite de pré-reprise, dès lors que l'absence du salarié a dépassé trois mois a constitué un progrès important¹⁰⁹. Au cours de cet examen, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, des préconisations de reclassement, des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Toutefois, cette visite n'est pas encore suffisamment utilisée, sans doute en partie du fait des conditions fixées pour son organisation.

[408] Il convient donc d'encourager l'organisation de ces visites.

[409] La mission suggère quatre mesures à cet effet.

¹⁰⁹ Articles R 4624-20 et R 4624-21 du code du travail

- [410] Le délai de trois mois, qui correspond à des procédures internes aux services médicaux des caisses de sécurité sociale, est utile mais il peut être trop long. Il conviendrait sans doute d'introduire plus de souplesse en facilitant l'organisation de la visite de pré-reprise avant que l'arrêt de travail n'atteigne cette durée de trois mois.
- [411] Un deuxième frein au développement de ces visites réside dans la limitation des acteurs qui peuvent être à l'initiative de son organisation (médecin conseil de la sécurité sociale, médecin traitant, salarié). En particulier, l'employeur ne peut pas déclencher l'organisation d'une telle visite, alors même que pèse sur lui une obligation très forte de reclassement et que les délais nécessaires pour identifier et mettre en œuvre une solution adaptée aux capacités du salarié peuvent être longs. Il serait donc utile que l'employeur puisse, par l'intermédiaire du médecin du travail, prendre l'initiative de l'organisation de cette visite. L'employeur pourrait contacter le SST qui inviterait le salarié à venir en visite de pré reprise en en profitant pour lui délivrer toutes les informations utiles quant au retour au travail et au maintien dans l'emploi.
- [412] En troisième lieu, dans le dispositif actuel, il n'y a pas d'obligation d'échange entre l'employeur et le médecin du travail pour tirer les conclusions de la visite de pré-reprise. D'ailleurs, le salarié peut s'opposer à la transmission par le médecin du travail à l'employeur des conclusions de cette visite. On ne voit pas quel est, dès lors, le sens de cette visite, si elle ne sert pas à bâtir un projet personnel de réinsertion dans l'emploi du salarié, qui ne saurait être envisagé sans que l'employeur soit directement impliqué dans son élaboration et sa mise en œuvre. Il serait donc utile de prévoir que la visite de pré-reprise est suivie, si le salarié en est d'accord, d'un entretien entre l'employeur et le médecin du travail, auquel le salarié peut participer s'il le souhaite.
- [413] Enfin, dans la jurisprudence actuelle de la chambre sociale de la Cour de cassation, ne sont pris en compte que les efforts de reclassement de l'employeur postérieurs à la constatation définitive de l'inaptitude par le médecin du travail. Il serait préférable que le juge du contrat de travail apprécie les efforts de reclassement réalisés, dans l'hypothèse où le salarié est finalement déclaré inapte et que la recherche d'un reclassement au sein de l'entreprise a échoué, à partir de la visite de pré-reprise.

Recommandation n°20 : La mission recommande de supprimer certains freins au développement de la visite de pré-reprise en ouvrant la possibilité qu'elle se tienne avant le terme des trois mois prévus actuellement, en donnant la possibilité à l'employeur d'en prendre l'initiative via le médecin du travail, en instaurant un entretien entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié, si ce dernier en est d'accord, après cette visite et en prévoyant que les efforts de reclassement de l'employeur devraient être appréciés par le juge du contrat de travail à compter de la visite de pré-reprise.

4.2.3 Le régime juridique de la rupture du contrat de travail consécutive à la constatation de l'inaptitude, mérite d'être clarifié et simplifié.

- [414] D'ores et déjà, la déclaration d'inaptitude par le médecin du travail a tendance à devenir résiduelle. Elle n'intervient, le plus souvent, que pour prendre acte de l'épuisement des possibilités de reclassement au sein de l'entreprise ou pour protéger la santé du salarié d'une situation de travail délétère. Mais les conditions de sa constatation sont à l'origine de complexités délicates à gérer pour les entreprises et les services de santé au travail, sans que leur caractère protecteur pour le salarié ne soit manifeste.
- [415] La mission est donc favorable à une évolution du droit de l'inaptitude dans le sens d'un renforcement des garanties offertes au salarié par un énoncé plus précis des conditions à remplir pour que le médecin du travail puisse déclarer un salarié inapte à son poste de travail mais aussi dans le sens d'une simplification de la procédure.

4.2.3.1 Les conditions de constatation de l'inaptitude doivent être adaptées

- [416] La constatation par le médecin du travail de l'inaptitude n'est aujourd'hui possible selon l'article R 4624-31 du code du travail qu'après une étude du poste de travail et une étude des conditions de travail dans l'entreprise. Ces deux conditions de fond sont rarement réunies, soit parce que le médecin du travail connaît déjà le poste de travail concerné et suffisamment les conditions de travail de l'entreprise pour ne pas avoir à procéder à de nouvelles études au moment de la contestation de l'inaptitude, soit par ce qu'il n'a pas le temps pour y procéder.¹¹⁰ Ces conditions sont donc souvent assez formelles.
- [417] Il serait plus efficient et plus protecteur pour le salarié de prévoir, d'abord, que le médecin du travail doit rechercher le consentement du salarié, sauf dans l'hypothèse où la déclaration d'inaptitude a pour objectif de prévenir une atteinte imminente et grave à la santé du salarié ou de tiers, ensuite, de ne permettre la constatation de l'inaptitude qu'après un échange au sein du service de santé au travail dans les conditions évoquée plus haut, enfin, après que le médecin du travail ait préconisé à l'employeur, lorsqu'il l'estime possible, la mise en œuvre des actions appropriées à l'état de santé du salarié et aux caractéristiques du ou des postes de travail occupés en faveur du maintien dans l'emploi en amont de l'avis, et d'avoir utilement dialogué avec l'employeur sur les solutions envisageables.
- [418] La mission serait favorable à donner une base juridique à l'inaptitude temporaire qui est pratiquée par de nombreux médecins du travail, sans qu'elle soit prévue, lorsque le salarié est temporairement incapable d'occuper son poste de travail et qu'il n'existe pas de possibilité d'adapter le poste temporairement. Une telle mesure peut permettre, dans certains cas, d'éviter l'exclusion du salarié. L'indemnisation au titre de l'article D 433-3 du code de la sécurité sociale pourrait bénéficier au salarié inapte temporaire. Elle ne pourrait être prononcée que pour un délai d'un mois, délai au terme duquel une réévaluation par le médecin du travail serait nécessaire.
- [419] Enfin, dans le régime juridique actuel, et surtout dans la pratique d'un nombre significatif de médecins du travail, une inaptitude à tout emploi dans l'entreprise est parfois prononcée. Ce type d'inaptitude très contestable sur le fond répond cependant à un vrai besoin des médecins du travail dans certaines situations, pour lesquelles l'inaptitude a clairement une vertu thérapeutique et permet de soustraire le salarié à des conditions de travail qui menacent gravement sa santé, en l'absence de mutation possible sur un autre site de l'entreprise, particulièrement dans l'hypothèse de pathologies liées à des risques psychosociaux.
- [420] Afin de lever toute ambiguïté sur cette notion et d'éviter des contentieux dans lesquels il est reproché à l'employeur de ne pas avoir recherché un reclassement, alors même que le médecin du travail estime qu'il ne faut pas en rechercher, le médecin du travail pourrait, dans ces hypothèses, et uniquement dans celles-ci, mentionner sur son avis d'inaptitude qu'« *un reclassement au sein de l'entreprise serait gravement préjudiciable à l'état de santé du salarié* », ce qui aurait pour conséquence d'exonérer l'employeur de toute recherche d'adaptation du poste de travail ou de reclassement. Cela ne priverait pas le salarié, soit de contester cet avis, soit de faire valoir ultérieurement devant le juge du contrat de travail que l'inaptitude a été causée par un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat, par exemple en matière de prévention du harcèlement moral.

¹¹⁰ Cassation sociale 19 décembre 2007 N° 06-46.147 : « Mais attendu que la cour d'appel a exactement décidé qu'il n'appartenait pas au juge judiciaire, saisi d'une contestation afférente à la licéité du licenciement d'un salarié déclaré inapte à son poste de travail, de se prononcer sur le respect par le médecin du travail de son obligation de procéder à une étude de poste et des conditions de travail dans l'entreprise... ».

Recommandation n°21 : La mission recommande de modifier les conditions de constatation de l'inaptitude en introduisant des conditions de fond à la possibilité de constatation de l'inaptitude concernant la recherche du consentement du salarié, sauf danger grave pour sa santé ou celle de tiers, et celle des solutions de maintien dans l'emploi du salarié, en exonérant l'employeur de toute recherche de reclassement lorsque l'inaptitude correspond à une mesure thérapeutique d'éloignement de la situation de travail. L'inaptitude temporaire devrait être encadrée juridiquement.

4.2.3.2 Le recours contre les préconisations du médecin du travail et l'avis d'inaptitude pourrait être confié à une commission médicale régionale

- [421] Le recours contre les avis du médecin du travail n'est pas satisfaisant. Il incombe à l'inspecteur du travail, alors qu'il s'agit d'une décision médicale pour laquelle il n'a aucune compétence. Il ne lui appartient d'ailleurs pas plus d'apprécier les propositions de reclassement de l'employeur, qui relèvent du contrôle du juge judiciaire. En conséquence, il n'a d'autre ressource que de se fier à l'avis du médecin inspecteur régional. Sans doute, certains inspecteurs du travail considèrent-ils que l'enquête sur ces contestations leur donne une occasion, au-delà du cas individuel en cause, d'aborder avec l'employeur de façon plus large la question de la prévention des risques professionnels. Mais il n'est pas possible de justifier un recours sur des considérations qui sont étrangères à l'objectif même dudit recours.
- [422] La mission préconise donc de ne plus confier à l'inspecteur du travail ce recours. Elle a examiné plusieurs solutions alternatives de recours.
- [423] La première consisterait à confier au médecin inspecteur régional du travail le soin de traiter ces contestations. Mais deux circonstances conduisent la mission à ne pas préconiser cette solution. D'abord, le médecin inspecteur du travail peut déjà être mis à contribution par le médecin du travail en amont de l'avis d'inaptitude. Cette aide peut s'avérer précieuse et il serait dommage de la supprimer. Mais alors, le médecin inspecteur se trouverait « juge et partie » dans sa décision sur le recours, ayant participé à l'élaboration de l'avis de première intention et, ensuite, chargé de décider du sort de la contestation de cet avis. En second lieu, l'état des effectifs des médecins inspecteurs régionaux et les difficultés récurrentes du ministère du travail pour les recruter ne permet pas de garantir une prise en charge régulière de ces contestations. Cinq régions n'ont aucun médecin inspecteur régional lors de la rédaction du rapport de la mission.
- [424] Une deuxième solution consisterait à confier ces recours à une commission régionale comprenant trois médecins du travail, dont au moins l'un d'entre eux assure des consultations de pathologies professionnelles. Afin d'éviter des périodes d'incertitude délicates à gérer tant pour le salarié que pour l'entreprise le délai de contestation auprès de la commission pourrait être fixé à 15 jours, son auteur étant tenu d'informer l'autre partie de sa démarche¹¹¹. Le temps imparti à la commission pour statuer pourrait être fixé à un mois, contre deux aujourd'hui pour l'inspecteur du travail. Les flux de recours, qui devraient se réduire avec la mise en œuvre des mesures recommandées par la mission, devraient être absorbables par la commission dans ce délai d'un mois.
- [425] La décision de la commission serait susceptible de recours devant le juge judiciaire. C'est probablement le tribunal du contentieux de l'incapacité qui serait le mieux outillé pour traiter ce contentieux technique, même s'il ne relève pas à proprement parler du contentieux de la sécurité sociale. La contestation de la rupture du contrat de travail resterait de la compétence du juge du contrat de travail. Il continuerait à statuer à la fois sur le respect de la procédure de constatation de l'inaptitude et sur l'appréciation des efforts de reclassement de l'employeur.

¹¹¹ Cette disposition figure dans le projet de loi de modernisation du dialogue social transmis au Conseil d'Etat. Elle prend en compte une jurisprudence récente du Conseil d'Etat (cf note 29) et vise à mettre fin à la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation sur ce point. Cassation sociale 3 février 2010 N°08-44.455).

[426] Une dernière solution consisterait à organiser dans un premier temps une possibilité de contestation devant une commission collégiale interne au service de santé au travail, sorte de recours gracieux, puis, si nécessaire, de recourir à la procédure de recours à expert judiciaire et, in fine, dans l'hypothèse d'une erreur grossière, au juge.

[427] Les deux dernières solutions méritent un examen plus approfondi, afin d'apprécier celle qui réunit les meilleures conditions de praticabilité pour les employeurs et les salariés. Toutefois, au terme de ses travaux, la mission penche plutôt pour la création d'une commission médicale régionale.

Recommandation n°22 : La mission recommande de modifier les modalités de recours de l'employeur ou du salarié contre les préconisations du médecin du travail ou son avis d'inaptitude en le confiant plutôt à une commission médicale régionale, composée de médecins du travail, et non plus à l'inspecteur du travail.

4.2.3.3 La procédure de constatation de l'inaptitude peut être allégée

[428] La procédure de contestation en deux visites espacées de deux semaines, sauf danger immédiat pour la santé ou la sécurité du travailleur ou celles de tiers¹¹² pourrait être allégée. Les médecins du travail signalent que, dans une majorité de cas, ce délai est inutile, alors même que sa computation et son respect sont sources de contentieux. Mieux vaudrait fixer le principe d'une constatation en une seule visite et laisser le médecin du travail juge de la nécessité d'une visite supplémentaire dans un délai maximum de 15 jours. Dans ce cas, il le mentionnerait dans son premier avis.

Recommandation n°23 : La mission recommande de retenir le principe de la constatation de l'inaptitude en une seule visite, sauf si le médecin du travail en décide autrement. Auquel cas, la seconde visite a lieu dans un délai maximum de 15 jours.

4.2.3.4 Les efforts de reclassement de l'employeur doivent être mieux pris en compte

[429] La mission juge nécessaire de clarifier les conséquences du refus par le salarié des propositions de l'employeur d'adaptation du poste de travail ou de reclassement, conformes aux préconisations du médecin du travail, qui ne constituent que des simples changements des conditions de travail. Actuellement, le salarié n'étant pas inapte, il ne peut pas être licencié par l'employeur, alors même que ce dernier a satisfait à ses obligations. Une disposition pourrait prévoir explicitement que le refus par le salarié d'une telle préconisation constituerait une cause réelle et sérieuse de licenciement. Il ne paraît en effet pas justifié que l'employeur ne soit pas en mesure d'imposer au salarié une adaptation du poste de travail ou un reclassement qui relèvent de son strict pouvoir de direction. Toutefois, la sanction du refus abusif du salarié ne saurait constituer une faute grave.¹¹³ Si le principe de la possibilité de la rupture a fait l'unanimité au sein de la mission, sa qualification juridique exacte fait débat.

[430] Le régime applicable au licenciement pour inaptitude des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, qui sanctionne le refus abusif par la privation de l'indemnité spéciale de licenciement, resterait en l'état.¹¹⁴

[431] Mais il serait justifié, selon la mission, que l'employeur soit réputé avoir satisfait à son obligation de reclassement lorsque le salarié inapte a refusé une proposition de reclassement, conforme aux préconisations du médecin du travail et n'impliquant qu'un changement des conditions de travail.

¹¹² Article R 424-31 du code du travail

¹¹³ Article JY Frouin Droit social 2000 p 782

¹¹⁴ Article L 1226-14 al 2 du code du travail

[432] De façon générale, la prise en compte par le juge des efforts de reclassement de l'employeur dès la visite de pré-reprise quand elle a lieu et, en tant que de besoin, sur l'ensemble de la période d'exécution du contrat de travail du salarié dans l'entreprise serait justifiée, de même que pourrait être introduite la nécessité de tenir compte des moyens de l'entreprise, les difficultés de reclassement étant sensiblement plus importantes dans les TPE que dans les grandes. S'agissant des groupes, la mission est favorable à ce que la recherche de reclassement ne s'étende aux filiales du groupe, y compris à l'étranger, que si le salarié l'a expressément souhaité. En effet, l'obligation générale de reclassement dans l'ensemble des filiales des groupes aboutit le plus souvent à une recherche factice « pour le juge »¹¹⁵, l'entreprise du salarié ayant, au demeurant, les plus grandes difficultés à imposer un reclassement, tandis que, ni le salarié à reclasser, ni le médecin du travail qui a prononcé l'inaptitude et/ou préconisé le reclassement, n'ont de connaissance précise des postes concernés et donc de leur compatibilité avec les préconisations.

Recommandation n°24 : La mission recommande que le refus par le salarié des propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement de l'employeur, lorsqu'elles sont conformes aux préconisations du médecin du travail et qu'elles n'entraînent pas de modification du contrat de travail constituent une cause réelle et sérieuse de licenciement et, si le salarié est licencié pour inaptitude, qu'en raison de ce refus l'employeur soit présumé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement.

4.2.3.5 Les modalités de la prise en charge mutualisée du licenciement pour inaptitude d'origine non professionnelle gagneraient à être rediscutées par les partenaires sociaux

[433] Faisant suite à l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 a introduit une disposition à l'article L 1226-4-1 du code du travail ainsi libellée : « *En cas de licenciement prononcé dans le cas visé à l'article L.1226-4, les indemnités dues au salarié au titre de la rupture sont prises en charge soit directement par l'employeur, soit au titre des garanties qu'il a souscrites à un fonds de mutualisation* ».

« *La gestion de ce fonds est confiée à l'association prévue à l'article L.3253-14* ».

¹¹⁵ Par exemple, Cassation sociale 20 février 2013 N° 11-26.793

[434] Il s'agissait, par ce mécanisme de mutualisation, d'aider les PME/TPE à faire face à la charge parfois importante de la rupture du contrat de travail du salarié déclaré inapte à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle. Mais les études conduites jusqu'ici par l'Assurance garantie salaire (AGS) ont conduit cette dernière à solliciter de nouveau les partenaires sociaux signataires de l'Accord afin de faire préciser certains aspects. Trop d'incertitudes, s'agissant d'une souscription volontaire à un fonds de mutualisation, empêchent de prévoir les conditions de fonctionnement du fonds. Au vu des difficultés signalées à la mission par l'AGS, il semble bien qu'au moins deux clarifications pourraient être utilement opérées. L'adhésion au Fonds devrait être obligatoire et couvrir un nombre d'entreprises suffisamment vaste pour que la cotisation soit très minime et donc acceptable, même pour la plus petite. La nature et le montant des garanties prises en charge devraient être fixés. Il serait sans doute judicieux de se limiter au montant de l'indemnité légale, ce qui éviterait une complexité ingérable par le fonds, et ce qui constituerait déjà une aide significative pour les entreprises. Enfin, il serait nécessaire que l'AGS dispose des données quantitatives sur les salariés licenciés chaque année pour inaptitude, même si un ordre de grandeur en est déjà donné par Pôle emploi. Un accord sur ces bases ne paraît pas hors de portée si l'on examine celui qu'ont conclu les organisations de l'agriculture de Vendée le 17 février 2014¹¹⁶.

Recommandation n°25 : La mission recommande qu'une négociation complémentaire permette de redéfinir les paramètres de la mutualisation envisagée par l'ANI du 11 janvier 2008 et inscrite à l'article L 1226-4-1 du code du travail, en simplifiant le dispositif afin de le rendre prévisible et gérable.

4.3 Développer et mieux coordonner les actions de maintien en emploi constitue une priorité

[435] La nécessité d'actions le plus en amont possible de la constatation de l'inaptitude du salarié destinées à prévenir le risque de désinsertion professionnelle est reconnue par tous les acteurs de la santé au travail. La Convention d'objectifs et de gestion assurance maladie (COG) Assurance maladie /Risques professionnels pour la période 2014-2017 en fixe ainsi les enjeux ; « *La prévention de la désinsertion professionnelle représente un véritable enjeu national, renforcé par un accroissement des accidents du travail , du nombre de reconnaissance des maladies professionnelles et de certaines affections de longue durée, ainsi que par une population active vieillissante et un allongement de la période d'activité* ». L'examen des indicateurs de sinistralité fournis par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur la période 2010-2013 fait cependant apparaître une baisse du nombre d'accidents du travail (- 6,2%), une baisse des nouvelles incapacités permanentes (-5,1%) et une baisse des accidents de trajet (-5,1%). Le nombre de maladies professionnelles progresse pour sa part (+ 1,5%) même si la tendance s'est inversée à partir de 2012.¹¹⁷ Déjà présente dans la COG de 2004 de la branche AT/MP, cette orientation a été reprise dans la COG de l'Assurance-maladie.

[436] Dans ses orientations pour le futur Plan de santé au travail 2015-2019, le Comité d'orientation des conditions de travail (COCT) appelle à une amplification de ces actions et à la réalisation de progrès dans la coordination des acteurs dans ce domaine.

[437] De leur côté, les services de santé au travail sont particulièrement impliqués dans la détection des risques d'inaptitude et dans la mise en œuvre de solutions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement pour les salariés concernés.

¹¹⁶ Cet accord concerne les entreprises de moins de 50 salariés. Il fixe un plafond de prise en charge de 60% du montant brut supporté par l'entreprise au titre de l'indemnité de licenciement pour inaptitude. Il prévoit qu'une « Association pour la mutualisation du coût inaptitude » appelle une cotisation patronale de 0,2% de la masse salariale soumise à cotisations sociales. Le recouvrement de ces cotisations est confié par convention à la Caisse de MSA Loire Atlantique/Vendée.

¹¹⁷ Chiffres cités par le rapporteur pour avis F Vercamer PLF 2015

- [438] Les opérateurs du maintien en emploi des travailleurs handicapés (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées AGEFIPH, Services d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés SAMETH, CAP EMPLOI) développent de nombreuses actions en direction des salariés, ayant obtenu ou en attente de la reconnaissance de travailleur handicapé.
- [439] Enfin, Pôle emploi a entamé des travaux de réflexion, afin, d'une part, de mieux connaître la population des salariés licenciés pour inaptitude et d'autre part d'améliorer son dispositif de prise en charge en leur direction dans la mesure où, à ce stade, seuls les travailleurs bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés peuvent avoir accès à certaines prestations comme l'intervention d'un conseiller référent handicap, les prestations de l'Agence Handipass en région parisienne, l'appui du réseau de Cap emploi. Une expérimentation est ainsi en cours dans quatre régions¹¹⁸. L'objectif est, d'une part, d'identifier les moyens de mobiliser l'entreprise en amont de la rupture du contrat de travail par la mobilisation du contrat d'évolution professionnelle¹¹⁹ ou par des actions de formation/reconversion, d'autre part de trouver des moyens d'accélérer la procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé devant la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), souvent très longue aujourd'hui, ce qui est un obstacle à la mobilisation du demandeur d'emploi vers la recherche d'un emploi.¹²⁰, enfin, de vérifier s'il y a besoin de créer une prestation particulière pour la prise en charge des salariés licenciés pour inaptitude.
- [440] D'importants efforts ont été réalisés par ces différents acteurs pour coordonner leurs actions, souvent à l'occasion de la signature des Chartes régionales pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, mais aussi à l'initiative de certains services de santé au travail ou des Caisses de sécurité sociale. Les résultats sont conséquents mais ils ne sont pas à la hauteur des besoins et ils demandent des efforts considérables sur le terrain pour faire fonctionner les structures de coordination qui sont mises en place.
- [441] A ce stade les différents intervenants du maintien en emploi ont développé chacun leurs propres outils, ils se heurtent à des difficultés de coordination et de pilotage ainsi qu'au frein constitué par un ciblage parfois trop centré sur les salariés reconnus travailleurs handicapés.

¹¹⁸ Rhône Alpes, Nord Pas de Calais, Midi Pyrénées et Ile de France

¹¹⁹ Article L 6111-6 du code du travail créé par la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014: « Toute personne peut bénéficier tout au long de sa vie professionnelle d'un conseil en évolution professionnelle, dont l'objectif est de favoriser l'évolution et la sécurisation de son parcours professionnel. Ce conseil gratuit est mis en œuvre dans le cadre du service public régional de l'orientation... »

¹²⁰ La quasi- disparition de la médecine de main d'œuvre des services de Pôle emploi et le manque d'effectifs médicaux dans les MDPH compliquent cette procédure. Il est également nécessaire d'établir le lien avec le médecin du travail afin de prendre en compte ce qu'il a fait.

4.3.1 Chacun des acteurs du maintien dans l'emploi a développé ses outils

4.3.1.1 L'Assurance-maladie étoffe et structure progressivement son offre de service aux assurés

[442] L'assurance-maladie a structuré une offre de service autour de l'objectif de la prévention de la désinsertion professionnelle qui concerne tous les assurés qui ne peuvent pas reprendre leur travail sans une phase d'accompagnement ou un reclassement du fait d'une inaptitude. Le dispositif coordonne les services internes de l'Assurance maladie concernés autour de cellules de coordination locales qui peuvent associer à leurs travaux des partenaires extérieurs (services de santé au travail, SAMETH, MDPH...). Ces structures collectent les signalements émanant, soit des services de l'assurance-maladie sur la base de critères de détection propres à chaque service, soit des partenaires extérieurs, notamment des médecins du travail. La mise en œuvre des mesures envisagées pour l'assuré requiert son consentement éclairé. Les outils disponibles sont variés: temps partiel thérapeutique (qui exige l'accord du médecin traitant, du médecin conseil, du médecin du travail et de l'employeur), l'organisation d'une visite de pré-reprise, le paiement de l'indemnité temporaire d'inaptitude permettant une prise en charge en IJ du salarié pendant un mois maximum dans l'attente d'un reclassement ou d'un licenciement, l'orientation vers une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, la conclusion d'un contrat de rééducation professionnelle en entreprise, les actions de remobilisation professionnelle pendant lesquelles le salarié bénéficie d'IJ.¹²¹ Les actions de convalescence active permettant une réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel, l'offre de service des services sociaux de l'assurance maladie.

[443] En 2013, les signalements du service médical au service social de l'assurance-maladie ont concerné 40 000 assurés, dont 52% ont été bénéficiaires d'une mesure d'accompagnement dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle. Sur la période 2010-2013, la durée de prise en charge moyenne est de 252 jours et comprend en moyenne cinq entretiens. Environ 32% des assurés sont dans l'emploi à l'issue de cet accompagnement et 36% sont sur le marché du travail demandeurs d'emploi ou en formation).

[444] L'assurance-maladie-risques professionnels teste actuellement, et sur une période de deux ans et demi, une nouvelle prestation destinée aux victimes d'accident du travail ayant subi certaines lésions graves et dans une situation socio-personnelle complexe, le « service d'accompagnement d'un accidenté du travail »¹²². Organisée autour d'un « conseiller référent risques professionnels » et d'un « médecin conseil référent » pour la partie médicale, la prestation vise une prise en charge complète de l'assuré adaptée à sa situation (case management).

[445] Dans la COG AT-MP 2014-2017, sont fixés deux objectifs d'optimisation de l'organisation et du fonctionnement des cellules de coordination de la prévention de la désinsertion professionnelle ainsi que de renforcement du partenariat avec les services de santé au travail et les DIRECCTE au travers principalement de l'élaboration des CPOM des SSTI.

¹²¹ En Bretagne, le dispositif ARPIJ a bénéficié en 2013 à 211 assurés

¹²² L'expérimentation est en cours sur cinq sites en régions Ile de France, Nord pas de Calais et PACA

4.3.1.2 Les opérateurs du maintien en emploi des travailleurs handicapés ont un rôle important

- [446] Les opérateurs du maintien en emploi des travailleurs handicapés (AGEFIPH, SAMETH, OETH, Comète France ¹²³) interviennent en faveur des salariés reconnus ou en voie de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapés. Cette dernière catégorie représente 20% des personnes en début de parcours de prise en charge par les 99 SAMETH.
- [447] L'AGEFIPH peut mobiliser une vaste palette de mesures allant de l'aide aux personnes handicapées de plus de 52 ans en fin de carrière grâce à une réduction du temps de travail, au financement des coûts pédagogiques d'une formation professionnelle nécessaire au maintien dans l'emploi ou à différentes aides à l'aménagement des situations de travail.
- [448] Les SAMETH, qui mettent en œuvre ces mesures pour le compte de l'AGEFIPH, ont recensé nationalement, 18 645 maintiens en emploi réussis en augmentation de 9% par rapport à 2013 et 24163 nouveaux parcours. Les signalements lui proviennent pour 34% des médecins du travail du secteur privé et pour 20% des entreprises. Dans 52% des cas le fait générateur est une maladie non professionnelle et dans 23% des cas, il s'agit d'une aggravation du handicap. Il faut noter que leur champ d'intervention se limite néanmoins aux salariés qui ont vocation à rester dans l'entreprise et ne concerne donc pas ceux dont l'inaptitude conduit à envisager un reclassement hors de l'entreprise.
- [449] La convention multi-annuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés du 27 novembre 2013 a prévu le développement des actions de remobilisation pendant les arrêts de travail.

4.3.1.3 Les SST prennent parfois l'initiative de coordonner l'offre en matière de maintien en emploi

- [450] En Bretagne, la mission a pris connaissance de l'initiative prise par un SSTI qui est en charge de la surveillance de 190 000 salariés appartenant à 25 000 entreprises, dont un grand nombre de PME/TPE pour lesquelles il est nécessaire de s'occuper de l'employabilité du salarié et pas seulement de son réemploi dans l'entreprise, et qui, prenant acte dès 2004 des logiques différentes des différents acteurs du maintien en emploi et de la nécessité de coordonner les efforts de chacun pour être plus efficace, leur propose la mise en place d'une équipe technique regroupant l'ensemble des acteurs. L'objectif est que tous les opérateurs est la même information en même temps, qu'un référent soit désigné sur chaque dossier et qu'une évaluation de chaque prise en charge puisse être faite.
- [451] Une étude récente conduite sur trois mois en 2014 en région Nord Pas de Calais, donne des indications intéressantes sur le mode de fonctionnement des médecins du travail des SSTI dans ce domaine.

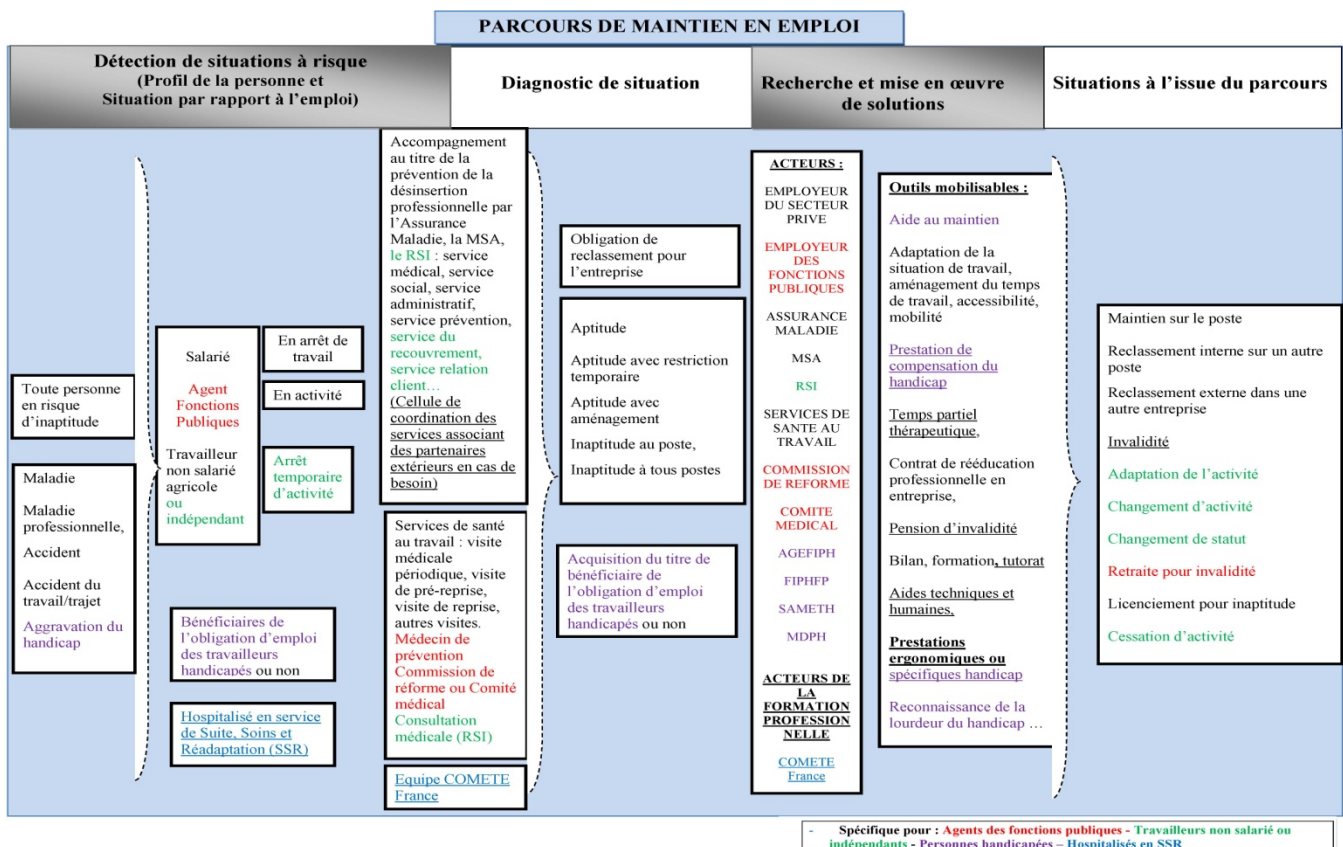
¹²³ Les 36 équipes Comète France interviennent en faveur d'une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes hospitalisées en services de soins, de suite et de réadaptation

[452] Ainsi, selon cette étude qui porte sur 387 cas comportant une action de maintien en emploi, correspondant à 6994 visites réalisées, soit 5,5% des visites, on relève que dans 36% des cas il s'agissait d'une visite de reprise, dans 18% d'une visite à la demande du salarié et dans 17% à la demande de l'employeur, dans 16% d'une visite de pré-reprise et dans 11 d'une visite périodique. Les pathologies en cause concernaient pour 80% les TMS et les celles liées aux risques psycho sociaux. Il est intéressant de noter que les mesures préconisées par les médecins du travail ont concerné pour 66% d'entre elles des mesures organisationnelles, pour 33% des mesures techniques et pour 14 % des mesures de reclassement, y compris temporaires. Enfin, dans 59% des cas, le médecin du travail est intervenu seul. Dans 30% des cas, il a eu recours à un intervenant extérieur à l'entreprise, dans 11% des cas interne à l'entreprise.

4.3.2 Une coordination et un pilotage sont nécessaires ainsi qu'une redéfinition des bénéficiaires des actions de maintien en emploi

[453] La multiplicité des acteurs et des dispositifs mobilisables ressort clairement du tableau ci-dessous.

[454] Le schéma ci-dessous, encore inachevé, issu des travaux du groupes de travail « Maintien en emploi » créé dans le cadre de la convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés, présente les parcours de maintien dans l'emploi d'un salarié inapte.



[455] Dès lors, la coordination de ces acteurs et le pilotage de l'ensemble doivent être envisagés, à la fois pour rendre le dispositif plus lisible et plus performant, mais également pour s'assurer qu'il touche bien les salariés en risque d'inaptitude et de désinsertion professionnelle.

- [456] La mission a examiné les actions de maintien en emploi mises en œuvre en région Rhône-Alpes dans le cadre de la Charte pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées signée le 5 septembre 2012 pour une période de cinq ans. Cette Charte a pour objectifs la détection précoce des salariés risquant une désinsertion professionnelle, la recherche des solutions de maintien en emploi, leur mise en œuvre et le suivi du salarié.
- [457] Le bilan d'application réalisé en 2014 a permis de mettre en évidence que pour 89% les personnes bénéficiaires des actions étaient reconnues ou en attente de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, bien qu'au moment du signalement, seulement 3% des salariés étaient déclarés inaptes, 37 aptes avec restrictions et donc 60% sans aptes sans réserves particulières. Les bénéficiaires sont principalement les titulaires d'un CDI (94%) et ce sont souvent des salariés ayant une réelle ancienneté dans l'entreprise (43% ont plus de 43% d'ancienneté).
- [458] L'évaluation qui a été conduite en septembre 2014, tout en signalant l'impossibilité d'avoir une vision précise des besoins en matière de maintien dans l'emploi, souligne l'intérêt d'un « guichet unique » pour les signalements ainsi que celui de la coordination opérationnelle mais elle souligne la lourdeur et le coût du fonctionnement des coordinations locales et départementales, qui ne sont pas liées aux cellules de prévention de la désinsertion professionnelle, comme dans la région Nord Pas de Calais par exemple. Le rapport d'évaluation identifie trois enjeux : mieux prendre en compte les offres de services structurées, développer la dimension préventive du dispositif, organiser les relais avec Pôle emploi.
- [459] En l'état, la mission ne considère pas que les actions de maintien en emploi soient suffisamment coordonnées et pilotées. Ces actions reposent encore trop souvent sur la qualité de réseaux interpersonnels plus que sur une collaboration interinstitutionnelle bien maîtrisée. Les logiques propres de chaque opérateur sont encore très présentes et sont des obstacles à la fluidité nécessaire des dispositifs. La juxtaposition de mesures diverses n'est guère rationnelle et rend plus compliquée l'organisation d'un parcours de maintien en emploi.
- [460] Ce diagnostic est largement partagé par les interlocuteurs de la mission.
- [461] Trois voies pourraient être explorées pour progresser dans le pilotage et la coordination des acteurs du maintien en emploi.
- [462] L'une, empruntée par les pays anglo-saxons, dont s'inspirent déjà certaines pratiques ou expérimentations en cours, consiste à s'appuyer sur un coordonnateur du retour en emploi qui a la main sur l'ensemble du processus et est en mesure de mobiliser l'ensemble des opérateurs indispensables. L'autre, plus classique mais difficile à mettre en œuvre, vise à instaurer une coordination institutionnelle efficace. Si cette seconde solution devait être retenue, elle imposerait un engagement fort et durable des pouvoirs publics en sa faveur. Cette voie est suggérée par le COCT dans ses orientations pour le troisième Plan santé au travail. Enfin, une troisième solution, qui peut être complémentaire, consisterait à rationaliser l'offre de service en la centrant sur quelques mesures robustes mises en œuvre par l'ensemble des opérateurs du maintien en emploi.

Recommandation n°26 : La mission recommande, à ce stade, de définir la ou les voie(s) de coordination des dispositifs de maintien en emploi afin d'en accroître l'efficacité.

[463] Enfin, la question de la définition des bénéficiaires des actions de maintien en emploi mérite d'être traitée. L'ensemble des acteurs paraissent partager cette opinion. Ainsi, par exemple, si initialement l'AGEFIPH n'intervenait qu'une fois l'inaptitude du salarié constatée, elle agit désormais en amont de l'avis d'inaptitude, dans toute situation pour lesquelles le médecin du travail estime que le handicap peut remettre en cause l'aptitude de la personne à occuper son poste de travail. Plus globalement, la question se pose d'ouvrir plus largement l'accès des dispositifs de maintien dans l'emploi construits en faveur des bénéficiaires de l'obligation d'emploi à l'ensemble des salariés en risque de désinsertion professionnelle. Plusieurs arguments plaident en ce sens.

[464] En premier lieu la frontière entre les salariés « en risque » et les travailleurs handicapés est très poreuse. Les premiers sont susceptibles, pour partie d'entre eux, de se voir reconnaître la qualité de travailleur handicapé. On sait que cette reconnaissance administrative se heurte parfois au refus du salarié d'être stigmatisé.¹²⁴ A l'inverse, l'entreprise peut avoir intérêt, au regard de ses obligations d'emploi de travailleurs handicapés, à ce que certains de ses salariés obtiennent cette reconnaissance. Le décret du 22 novembre 2014 impose à partir du 1^{er} janvier 2015 que figure un plan de maintien dans l'entreprise dans les accords collectifs conclus dans le cadre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. En tout état de cause, selon les données de l'Agefiph, 80% des travailleurs handicapés le deviennent au cours de leur carrière.

[465] En second lieu, l'ensemble des opérateurs du maintien en emploi, comme les entreprises d'ailleurs, ont intérêt à ce que les actions adaptées à la situation du salarié interviennent le plus en amont possible, avant que la détérioration de son état de santé ne rende très difficile et très coûteux le maintien en emploi.

[466] Une modification du champ d'intervention des opérateurs du maintien en emploi principalement centrés aujourd'hui sur les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés imposerait une réflexion sur de nouvelles sources de financement.

Recommandation n°27 : La mission recommande de redéfinir le champ des bénéficiaires des actions de maintien en emploi en le centrant sur le risque de désinsertion professionnelle et non plus sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

[467] La part prépondérante des signalements de risques de désinsertion professionnelle des salariés provenant des médecins du travail montrent qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans ce domaine et qu'ils ont vocation à devenir un véritable pivot de la prévention de la désinsertion professionnelle. Pour ce faire, ils devront consacrer une part nettement plus importante qu'actuellement aux visites de pré-reprise, à la participation aux cellules de coordination, à l'étude des postes de travail, au dialogue avec l'employeur sur les aménagements des postes de travail et sur le reclassement et aux échanges avec les autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle dans des délais qui optimisent le maintien en emploi.

¹²⁴ Rapport du Conseil d'orientation pour l'emploi. L'éloignement durable du marché du travail 1^{er} octobre 2014

CONCLUSION

- [468] La loi de 1946 a posé les fondements de la médecine du travail et de son rôle en matière de protection de la sécurité et de la santé des salariés. Les orientations données à la médecine du travail, et à partir de la loi de 2002, aux services de santé au travail, sont désormais claires quant à la place qu'ils doivent donner à la prévention des risques professionnels. Le modèle français a été réaffirmé, avec l'obligation pour les entreprises d'adhérer et de cotiser à un service de santé au travail offrant une prestation comprenant à la fois la surveillance médicale individuelle des salariés et des actions collectives, enrichies par la montée en puissance d'une équipe pluridisciplinaire.
- [469] Toutefois, le système de surveillance de l'état de santé des salariés avec un nombre considérable de visites réglementaires à réaliser, sans justification médicale clairement énoncée, a abouti à un système de surveillance inéquitable et non lié aux besoins de santé des salariés. Un écart substantiel s'est ainsi creusé entre les obligations réglementaires de visite médicale et la pratique des services, au risque d'accroître l'insécurité juridique des entreprises et l'hétérogénéité des prestations fournies aux entreprises et aux salariés. L'action de la médecine du travail s'est trouvée, dès l'origine, trop orientée sur une démarche de réponse à des obligations réglementaires et sur la réparation. Les textes réglementaires imposant la vérification systématique de l'aptitude du salarié à chaque visite médicale illustrent ce travers.
- [470] Pour la mission, éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ou à l'occasion de celui-ci doit constituer un objectif prioritaire. Cela suppose la mise en œuvre d'une politique primaire de prévention des risques professionnels. Les modalités d'articulation entre médecin du travail et infirmiers en santé au travail permettent d'envisager un suivi périodique de l'état de santé des salariés où, sous la responsabilité du médecin du travail, l'infirmier est amené à jouer un rôle majeur.
- [471] La mission propose de donner davantage de souplesse dans l'organisation de cette surveillance en l'adaptant aux besoins de santé des salariés liés à l'ensemble des facteurs de risque, professionnels ou non auxquels il est soumis et en s'appuyant davantage sur les recommandations de bonnes pratiques. L'enjeu réside notamment dans la recherche de solutions individuelles et collectives pour réduire les risques et favoriser le maintien dans l'emploi. Les acteurs des services de la santé au travail et en particulier le médecin du travail vont être amenés, en lien avec les acteurs de l'entreprise, à intervenir de façon renforcée dans ce domaine, pour tenir compte du vieillissement des salariés en activité. C'est donc un changement de paradigme que propose la mission avec le passage effectif d'une logique de réparation à une logique de prévention, d'anticipation.
- [472] Cela contribue à expliquer les options de la mission qui, au terme de ses travaux, juge nécessaire d'abandonner la vérification systématique par le médecin du travail de l'aptitude du salarié. Elle a montré que la pertinence médicale de cette notion était remise en question, sauf pour certains postes bien particuliers, les postes dits de sécurité. Ce contrôle de l'aptitude pour les postes de sécurité entre alors dans un cadre de médecine de contrôle et doit clairement être séparé de la médecine du travail qui exerce la surveillance médicale des salariés.
- [473] Bien qu'il soit parfois soutenu que cette notion d'aptitude, et sa vérification systématique, seraient de nature à protéger juridiquement l'employeur au regard de son obligation de sécurité de résultat, cette affirmation ne correspond pas, selon la mission, à l'état du droit et de la jurisprudence. En revanche, les aménagements du code du travail qu'elle suggère devraient permettre de mieux organiser les relations entre employeur, médecin du travail et salarié et ainsi de réduire les risques de contentieux liés aux conséquences de l'état de santé sur l'exécution et la rupture du contrat de travail.

- [474] Pour la mission, les propositions concernant la surveillance de l'état de santé du salarié et l'aptitude s'inscrivent dans une cohérence d'ensemble du dispositif et ne sauraient être dissociées. Elles donnent, enfin, la possibilité aux services de santé au travail d'être plus présents sur le terrain de la prévention des risques professionnels où les besoins sont considérables, notamment du côté des petites entreprises. Il ne s'agit pas d'opposer activité clinique, actions individuelles et collectives sur le milieu de travail. Ces aspects sont complémentaires et même inséparables. La logique retenue vise à rééquilibrer le temps médical disponible en faveur de la prévention des risques professionnels et des efforts réalisés en faveur du maintien dans l'emploi des salariés.
- [475] A l'issue de ses travaux, la mission est convaincue qu'une des clés des progrès substantiels en matière de maintien dans l'emploi des salariés et de prévention de la désinsertion professionnelle réside dans l'intervention sur les organisations de travail. La prépondérance très nette parmi les maladies professionnelles des pathologies liées aux risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques le suggère. Les réflexions actuelles de plusieurs sociologues et psychologues du travail et les expérimentations en cours dans certaines entreprises vont dans ce sens.
- [476] Il est permis de suggérer que les organisations du travail elles-mêmes peuvent être à l'origine d'inaptitudes. En empêchant le salarié de réaliser un travail dans lequel il se reconnaît, faute pour lui de pouvoir prendre les initiatives qu'il juge utiles, et de disposer d'un lieu de débat adapté permettant de gérer les conflits naturels entre les conditions de réalisation de son travail et les exigences de la hiérarchie ou du client, l'organisation du travail construit des inaptitudes. Permettre au contraire au salarié de discuter des gestes, des modes opératoires, d'apporter ainsi, par la voie du dialogue, de l'échange, sa contribution à la performance, conduit à développer l'aptitude des salariés.
- [477] L'aptitude ou l'inaptitude du salarié n'est plus, dès lors, une question individuelle liée à des caractéristiques de santé personnelles. L'aptitude est le produit d'un environnement de travail, d'une organisation de travail accueillante, voire « capacitante » qui sait prendre en compte telle ou telle caractéristique des salariés (âge, obésité, maladie chronique, TMS.....).
- [478] Pour la mission, il s'agit là d'approches complémentaires où les différents acteurs, dont le service de santé au travail et notamment les médecins du travail ont leur place. Ces approches concourent à un renforcement de la prévention des risques et à l'amélioration de la santé au travail des salariés.

Signataires du rapport

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION¹²⁵

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Permettre aux collaborateurs médecins de remplir plus largement les fonctions de médecin du travail, ainsi que le prévoit le projet de loi de modernisation du système de santé constitue un levier nécessaire pour augmenter la capacité à réaliser des visites médicales dans le cadre du suivi de l'état de santé du salarié.	Loi	
2	La mission recommande que les postes de sécurité soient définis et propose la définition suivante : « Le poste de sécurité est celui qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers ».	Loi	
3	En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose le recensement des postes de sécurité par l'employeur dans les conditions prévues à l'article L 1321-1 et suivants du code du travail relatif au règlement intérieur sans la consultation des comités d'entreprise prévue et en y ajoutant l'avis du médecin du travail.	Loi	
4	La mission recommande un contrôle de l'aptitude des salariés devant occuper un poste de sécurité, avant l'embauche. Ce contrôle devra être réalisé par un médecin différent du médecin du travail qui assure le suivi du salarié.	DGT/DGS Textes réglementaires	Fin 2015
5	La mission propose, en substitution de la visite d'embauche actuelle, l'instauration d'une visite obligatoire d'information et de prévention pour tous les salariés en contrat depuis 3 mois ou plus, réalisée par l'infirmier de santé au travail sous l'autorité fonctionnelle du médecin du travail et donnant lieu à une attestation nominative de suivi de santé	DGT/DGS Textes réglementaires	Fin 2015
6	La visite d'information et de prévention doit avoir lieu dans les 3 mois pour les salariés occupant un poste à risque et dans les 6 mois pour les autres.	DGT/DGS Textes réglementaires	Fin 2015
7	La mission recommande, pour les salariés intérimaires et en CDD de moins de trois mois, la création d'un fichier régional qui doit permettre de réaliser une seule visite obligatoire d'information et de prévention. Celle-ci serait suivie d'une visite à 5 ans sauf cas particuliers et quelles que soient les interruptions du parcours professionnel du salarié entre temps.	DGT/SSTI/SSTA	2016

¹²⁵ Les recommandations sont présentées par ordre d'apparition dans le rapport et non par ordre de priorité

8	La mission recommande de modifier l'article L3122-42 du code du travail, en ce qu'il prévoit une périodicité maximale de six mois pour la surveillance médicale particulière, et de fixer par décret la périodicité des visites médicales pour les travailleurs de nuit sur la base de recommandations validées par la HAS.	Loi et décret	
9	Une nouvelle définition des situations nécessitant une surveillance médicale renforcée mériterait d'être élaborée en s'appuyant sur des recommandations de la SFMT, validées par la HAS.	DGT/DGS/HAS Recommandations et textes réglementaires	2016-2017 selon disponibilités de la SFMT et HAS et priorités fixées par la DGT
10	La mission recommande que la périodicité des visites médicales, pour les situations nécessitant une surveillance médicale renforcée selon la définition qui sera validée par la HAS (cf. recommandation précédente) soit définie en tenant compte des recommandations validées par la HAS, notamment sur proposition de la SFMT.	DGT/DGS/HAS Recommandations et textes réglementaires	idem
11	La mission recommande qu'un salarié occupant un poste à risque bénéficie, sauf précision réglementaire spécifique, d'une visite infirmière au minimum tous les 2 ans et d'une visite médicale au minimum tous les cinq ans.	DGT Texte réglementaire	Fin 2015
12	La mission recommande une visite médicale périodique au minimum tous les cinq ans pour les salariés, en dehors des situations justifiant une surveillance médicale renforcée ou des salariés occupant un poste de sécurité.	DGT Texte réglementaire	Fin 2015
13	La mission recommande que les différentes visites réalisées, si elles ne donnent plus lieu à un avis d'aptitude, fassent l'objet d'une attestation nominative de suivi de santé, clairement formalisée, à destination de l'employeur et du salarié.	DGT Texte réglementaire	Fin 2015
14	La mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines et d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail.	DGT/DGS/INvS	2016-2017
15	Les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.	DGS/DGT/INvS/ANSE S	2016-2017
16	La mission recommande de trouver des formules d'association des services de santé autonomes dans les dispositifs de contractualisation mis en œuvre avec les pouvoirs publics.	DGT Textes réglementaires Conventions DIRECCTE/entreprises	2016

17	Modifier l'article L 4624-3 du code du travail, qui concerne le signalement du médecin du travail sur des situations collectives de travail, afin de rendre obligatoire la transmission, notamment à l'inspection du travail et au CHSCT, des préconisations du médecin du travail ainsi que la réponse de l'employeur, lorsque celui-ci décide de ne pas y donner de suite.	Loi	
18	La mission recommande que les services de santé au travail interentreprises se fixent comme priorité d'aider les petites entreprises à évaluer leurs risques professionnels	SSTI / DIRECCTE CPOM-Agréments	2016-2017
19	La mission recommande de modifier l'article L 4624-1 du code du travail afin d'en faire le support juridique de l'intervention du médecin du travail, hors avis d'inaptitude, en permettant au médecin du travail de formuler des propositions concernant l'adaptation du poste de travail aux capacités restantes du salarié. Cela permettra à l'employeur d'ajuster le poste de travail ou de proposer un reclassement. Pour sécuriser la rédaction de ces propositions quand elles entraînent une restriction significative des tâches exercées, il faut prévoir l'aide du service de santé au travail et organiser le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail.	Loi	
20	La mission recommande de supprimer certains freins au développement de la visite de pré-reprise en ouvrant la possibilité qu'elle se tienne avant le terme des trois mois prévus actuellement, en donnant la possibilité à l'employeur d'en prendre l'initiative via le médecin du travail, en instaurant un entretien entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié s'il le souhaite après cette visite et en prévoyant que les efforts de reclassement de l'employeur devraient être appréciés par le juge du contrat de travail à compter de la visite de pré-reprise.	DGT Textes réglementaires	Fin 2015
21	La mission recommande de modifier les conditions de constatation de l'inaptitude en introduisant des conditions de fond à la possibilité de constatation de l'inaptitude concernant la recherche du consentement du salarié, sauf danger grave pour sa santé ou celle de tiers, et celle des solutions de maintien dans l'emploi du salarié, en exonérant l'employeur de toute recherche de reclassement lorsque l'inaptitude correspond à une mesure thérapeutique d'éloignement de la situation de travail. L'inaptitude temporaire devrait être encadrée juridiquement.	Loi	

22	La mission recommande de modifier les modalités de recours de l'employeur ou du salarié contre les préconisations du médecin du travail ou son avis d'inaptitude en le confiant plutôt à une commission médicale régionale, composée de médecins du travail, et non plus à l'inspecteur du travail.	Loi et décret	
23	La mission recommande de retenir le principe de la constatation de l'inaptitude en une seule visite, sauf si le médecin du travail en décide autrement. Auquel cas, la seconde visite a lieu dans un délai maximum de 15 jours.	Texte réglementaire	Fin 2015
24	La mission recommande que le refus par le salarié des propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement de l'employeur, lorsqu'elles sont conformes aux préconisations du médecin du travail et qu'elles n'entraînent pas de modification du contrat de travail constituent une cause réelle et sérieuse de licenciement et, si le salarié est licencié pour inaptitude, qu'en raison de ce refus l'employeur soit présumé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement.	Loi	
25	La mission recommande qu'une négociation complémentaire permette de redéfinir les paramètres de la mutualisation envisagée par l'ANI du 11 janvier 2008 et inscrite à l'article L 1226-4-1 du code du travail, en simplifiant le dispositif afin de le rendre prévisible et gérable.	Négociation interprofessionnelle et loi	2015-2016
26	La mission recommande, à ce stade, de définir la ou les voie(s) de coordination des dispositifs de maintien en emploi afin d'en accroître l'efficacité.	DGT/DGEFP/DSS/ CNAMTS/CCMSA/ AGEFIPH/POLE EMPLOI	2016-2017
27	La mission recommande de redéfinir le champ des bénéficiaires des actions de maintien en emploi en le centrant sur le risque de désinsertion professionnelle et non plus sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.	DGEFP/DGT/ DSS/DGCS/AGEFIPH/ POLE EMPLOI	2016

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Les Ministres

Paris, le 07 NOV. 2014

Note à l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER

Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur Michel ISSINDOU

Député de l'Isère

Monsieur Christian PLOTON

Direction des ressources humaines du groupe Renault

Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Professeur de médecine du travail – Docteur en droit

Objet : Aptitude et médecine du travail

Dans un contexte marqué par une évolution sensible des formes d'emploi et d'organisation du travail et par l'émergence de nouveaux risques professionnels, l'impératif de préservation de la santé au travail constitue un objectif fort du Gouvernement. Le Ministre du travail a rappelé son attachement à garantir la pérennité du système de protection de la santé au travail auprès des partenaires sociaux réunis le 30 juin dernier au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) alors qu'il s'engageait à lancer, dès le début de l'année 2015, le troisième Plan santé au travail. De même le projet de loi relatif à la santé, qui sera examiné au Parlement au printemps 2015, contient-il des dispositions visant à renforcer les services de santé au travail.

Ceux-ci viennent de connaître une réforme importante initiée par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et complétée par deux décrets du 31 janvier 2012. Cette loi emporte des évolutions sensibles de l'organisation des services de santé au travail, tant au plan de leur gouvernance, dont le caractère paritaire se trouve renforcé, que de leur ancrage dans la politique régionale de santé au travail ainsi que de leurs missions, les services étant désormais dotés d'équipes pluridisciplinaires animées et coordonnées par les médecins du travail. Parallèlement aux actions en milieu de travail et aux démarches collectives de prévention, l'équipe pluridisciplinaire apporte son concours au suivi médical des salariés, dont les modalités singulières sont définies par le médecin du travail sur le fondement d'un corpus réglementaire universel.

Le premier bilan de sa mise en œuvre dix-mois après son entrée en vigueur, qui a été présenté aux partenaires sociaux dans le cadre du COCT, a mis en évidence la nécessité d'un questionnement plus approfondi. En particulier, la notion d'aptitude au poste de travail et l'appréciation systématique que le médecin du travail en fait à chaque visite, et notamment lors des examens d'embauche, ont été mises en débat.

Aussi souhaitons-nous vous confier une mission centrée sur la notion d'aptitude et les enjeux qui s'y attachent pour les salariés et les employeurs d'une part, les médecins du travail d'autre part et pour le système français de protection de la santé au travail, enfin.

Pour ce faire, vous dresserez un état des lieux :

- des utilisations de la notion d'aptitude opérées par les médecins du travail et notamment du développement des avis d'aptitude assortis de réserves parfois d'ampleur ou des avis d'inaptitude à tous postes au sein d'une entreprise et de ses conséquences sur leurs pratiques professionnelles ;
- des conséquences qu'elle induit sur la poursuite ou non de l'activité professionnelle du salarié (aménagement de poste, reclassement, licenciement) et de sa prise en charge dans le cadre de différents régimes sociaux (assurance chômage, incapacité, invalidité, handicap, etc.). Vous analyserez également la progression importante du nombre de contestations des avis médicaux d'aptitude, tant par les salariés que par les employeurs devant l'administration ainsi que devant le juge.

Au vu de cet état des lieux, vous interrogerez la pertinence de la notion d'aptitude au poste de travail et de son appréciation systématique dans le cadre des examens prévus par le code du travail (*examens d'embauche, examens périodiques, examens de reprise*) en abordant notamment les dimensions suivantes :

- sa pertinence médicale au regard de l'impératif de protection de la santé du salarié et de détection des situations à risques et également dans une perspective d'employabilité durable, dans un contexte marqué par une contrainte économique forte, l'évolution des formes d'emploi et le vieillissement de la population ;
- sa pertinence juridique, d'une part en termes de sécurisation de l'employeur au regard de son obligation de sécurité de résultat et d'autre part au regard des conditions dans lesquelles s'effectue, le cas échéant, la rupture du contrat de travail et des droits garantis au salarié dans ces circonstances ;
- sa pertinence au regard de l'évolution des missions et des compétences des services de santé au travail ainsi que des moyens dont ils disposent: mise en balance des coûts et bénéfices induits pour le système de protection de la santé au travail dans un contexte de forte contrainte sur la ressource médicale spécialisée.

Vos constats vous conduiront à proposer des pistes d'évolution de l'utilisation de la notion d'aptitude dans le cadre de la surveillance de l'état de santé du salarié, au besoin en vous appuyant sur une étude des dispositifs internationaux analogues.

Votre réflexion devra s'élargir aux modalités les plus pertinentes de suivi de l'état de santé des salariés dans une visée préventive, en examinant les conséquences qui en découleraient sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des services de santé au travail ainsi que sur les ressources dont ils disposent au sein du système de santé dans son ensemble. Vous serez particulièrement attentif au caractère soutenable de vos propositions au regard de la disponibilité de la ressource médicale et de leur cohérence avec l'objectif général de simplification poursuivi par le Gouvernement.

Naturellement, nous vous encourageons à recueillir l'avis du plus large cercle des parties prenantes, la direction générale du travail demeurant en tout état de cause à votre disposition durant toute la durée de votre mission.



Marisol TOURAINE



François REBSAMEN

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Cabinet

Pierre-André IMBERT, directeur de cabinet
Bethânia GASCHET, directrice adjointe de cabinet
Danièle GIUGANTI
Anaïck LAURENT
Damien RANGER

Direction générale du travail

Yves STRUILLOU, directeur général
Patricia MALADRY, chef de l'inspection médicale du travail
Bénédicte LEGRAND-JUNG, sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
Corinne CHERUBINI
Isabelle LAFONT-FAUST
Sophie BARON
Jacques LE MARC
Anne-Marie THILL

Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Marie-France CURY, adjointe à la sous-directrice, sous-direction Parcours d'accès à l'emploi
Cyril DUWOYE, chef de la mission Travailleurs handicapés
Céline FOISELLE, chargée de mission

DIRECCTE

➤ Rhône Alpes

Philippe NICOLAS, directeur régional
Jean-Pierre BERTHET, directeur adjoint, responsable du pôle travail
Philippe LAFAYSSE
Drs Catherine CHARUEL, médecin inspecteur régional du travail
Laurence DUCHANGE, médecin inspecteur régional du travail
Philippe HAMANT, médecin inspecteur régional du travail

➤ Bretagne

Elisabeth MAILLOT BOUVIER, directrice régionale
Hervé de GAILLANDE, directeur adjoint, responsable du pôle travail
Dominique THEFIOUX, chef du pôle 3E
Françoise SOITEUR,
Drs Laurence MARESCAUX, André PELE, Médecins inspecteurs régionaux
Pierre-Yves NICOLAS, inspecteur du travail

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**Cabinet**

Raymond Le MOIGN, directeur adjoint du cabinet
Yann-Gael AMGHAR, directeur adjoint du cabinet

Direction générale de la santé

Pr Benoit VALLET, Directeur général de la santé
Françoise Weber, Directrice adjointe
Joelle CARMES, Sous- Directrice de la Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
Dr Elisabeth ROCHE, Conseillère médicale chargée de mission, Sous-direction prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Direction générale de la Sécurité sociale

Marie-Anne JACQUET, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

ARS Rhône Alpes

Marie-Hélène LECENNE, directrice handicap et grand âge

Cour de cassation

Jean-Yves FROUIN, Président de la chambre sociale
Emmanuelle WURTZ, Conseillère référendaire à la chambre sociale

Conseil d'état

Gaëlle DUMORTIER, conseillère d'Etat, rapporteur public
Patrick QUINQUETON, conseiller d'Etat, secrétaire général de la section sociale

Pôle Emploi

Claude GORGES, directrice Partenariats, Territorialisation et Relations extérieures
Nicole BREJOU, chef du département Partenariats

Haute Autorité de santé

Dominique MAIGNE, directeur général
Dr Michel LAURENCE, Chef du service des bonnes pratiques professionnelles
Dr Marie-Hélène RODDE-DUNET, Chef du service évaluation et amélioration des pratiques

ANSES

Pr Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique

ANACT

Hervé LANOUZIERE, directeur général

INRS

Stéphane PIMBERT, Directeur général

InVS

Catherine BUISSON, responsable du département santé-travail

CNAMTS

Pr Luc BARRET, médecin conseil national
Marine JEANTET, directrice des risques professionnels
Dr Laurence LEVI

Carsat Rhône Alpes

Marie-Claire MINOLA, directrice adjointe
Service médical Bretagne
Dr Odile BLANCHARD, directrice
Dr Maurice GRIMAUD, médecin conseil

DRSM Bretagne

Patricia LOQUET

CARSAT Bretagne

Patrick HEYE, ingénieur conseil DPRP
Thierry BALANEC, ingénieur conseil régional
Sylvie NEE, service social

MSA**Caisse centrale**

Franck DUCLOS, directeur en charge des politiques de prévention, de santé et de l'action sociale
Dr Michel GAGEY, médecin national adjoint

MSA Rennes

Dr Véronique MAEGHT-LENORMAND, médecin du travail, chef de service
Carole MAILLOUX, médecin du travail, chef de service

OPPBTP

Paul DUPHIL, secrétaire général
Dr Dominique LEUXE, médecin du travail

CNAM

Yves CLOT, professeur, titulaire de la chaire de psychologie du travail
William DAB, professeur, titulaire de la chaire hygiène et sécurité, ancien directeur général de la santé

Centre d'études pour l'emploi/CREAPT

Serge VOLKOFF, statisticien, ergonomiste

Conseil national de l'ordre des médecins

Dr François SIMON, président de la section de l'exercice professionnel
Dr Xavier LEY, chargé des questions de médecine du travail
Dr SAINT-PAUL, chargé de mission
Francisco JORNET, directeur des services juridiques

AGEFIPH

Pierre Yves LECLERC, Directeur général
Hugues DEFOY, directeur du pôle Métier
Stéphane CLAVE, directeur de la stratégie et de la prospective

Rhône-Alpes

Daniel DIAS, délégué régional
Mireille DEREURE, déléguée régionale adjointe

Bretagne

Colette Le NAOUR
Lou CHARLOT, SAMETH 35

CGT

Jean-François NATON, conseiller confédéral en charge en charge du secteur travail- santé
Christian DELLACHERIE, rapporteur de l'avis du CESE février 2008
Rafik ZAIGOUCHE, président de la commission de contrôle de l'ACMS, membre du collectif confédéral Travail/santé

CFDT

Edwina LAMOUREUX, secrétaire confédérale chargée du dossier travail
Hervé GARNIER, secrétaire national

CGT-FO

Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral
Bertrand NEYRAND

CFE-CGC

Martine KEYER, secrétaire nationale santé au travail- handicap
Bernard SALENGRO, Président du Syndicat CFE-CGC Santé au travail
Christian EXPERT, expert santé au travail, handicap
Xavier CASTILLE, délégué fédéral CFE CGC Energies
Patricia GUERET, chargée d'étude en santé au travail

CFTC

Pierre-Yves MONTELEON, responsable santé au travail
Jean-Christophe KETELS, conseiller technique

MEDEF

Jean-François PILLIARD, vice-président
Nathalie BUET, directrice de la branche AT-MP

CGPME

Dr Pierre Thillaud, médecin du travail, représentant de la CGPME au COCT

Union professionnelle des artisans

Christian PINEAU, chef du service relations du travail-protection sociale

Comité régional de prévention des risques professionnels Bretagne

Olivier BEUCHER (FO), Michel PETITOT (CFE-CGC), Jean-Luc JOSSO (CFTC) et une contribution écrite de la CFDT, Francis GARAUD (MEDEF)

CAPEB

Dominique PROUX, directeur des relations institutionnelles et européennes
Alexandre NAZET, chargé de mission santé-sécurité au travail

FNSEA

Gilles DEBAIRE, Représentant de la FNSEA au COCT

Fédération française du bâtiment

Jacques CHANUT, Président
Laetitia ASSALI, directrice des affaires sociales
Benoit VANSTAVEL, directeur des relations institutionnelles

Association française des entreprises privées (AFEP)

François SOULMAGNON, directeur général
France HENRY-LABORDERE, directrice des affaires sociales
Jean-Gabriel PICHON, directeur juridique social groupe Bouygues SA

Valérie GRISON, direction juridique social groupe Bouygues SA
Vincent LOBRY, directeur sécurité conditions de travail Groupe PSA
Aude NEVEU-VARJABEDIAN, directrice des affaires sociales Groupe Vinci
Pierre DEBORT, chargé de mission, groupe Michelin

UIMM

Franck GAMBELLI, ancien Président de la branche AT /MP
Béatrice TAILLARDAT-PIETRI, chef de service, direction droit du travail, service des relations individuelles de travail

Association ACOMEDE (Association des médecins coordinateurs de grandes entreprises)

Dr Guillemette LATSCHA, Présidente, médecin coordinateur de Renault
Membres du bureau de l'association :
Dr Jacqueline PAPIN, Safran,
Dr Michel KLERLEIN, Air France
Dr H LEROY, PSA
Dr Bernard SIANO, La Poste

Syndicat national des personnels de santé au travail (SNPST)

Dr CHEVALIER, Présidente
Dr STERDYNIK, Vice-président

Société française de médecine du travail

Pr Dominique CHOUDAT

Société française de médecine générale

Dr Jean-Louis GALLAIS

ANDEVA

François DESRIAUX, vice-président, rédacteur en chef de la revue "Santé et travail"

FNATH

Karim FELISSI
Stéphanie AGBOHOU

Association nationale des internes en médecine du travail (ANIMT)

Charlotte PETE-BONNETON, Présidente
Mathieu FARCIS, Vice-président

Groupe des infirmiers en santé au travail

Nadine RAUCH, Présidente
Valérie VAURIS, secrétaire adjointe

Groupe des infirmiers du travail (Rennes)

Mme HUON MARTIN

Association française des IPRP de SSTI

Anne BENEDETTO, Présidente
Claude DESARMENIEN, administrateur
M. MESONIER, administrateur, ingénieur

Association Reliance et travail (psychologues du travail)

Anne-Sylvie GREGOIRE, Présidente
Dominique THIBAUT GUIHO, Vice-président

Association Santé et Médecine du travail

Alain CARRE, vice-président

ARAPT

Docteur Christian TORRES

CISME

Serge LESIMPLE, Président

Martial BRUN, directeur

Dr Corinne LETHEUX, médecin-conseil

Constance PASCRAU, pôle juridique social

Services de santé au travail interentreprises**ACMS**

Dr Gilles LECLERC chargé de mission

Cedest 59

Véronique ALEXANDRE, directrice

AST6259

Alain CUISSE, directeur général

Pôle Santé Travail Métropole Nord

Louis Marie HARDY, directeur général

Dr Alain MONIEZ, coordonnateur pour le maintien dans l'emploi

Dr AF DUQUENOY Délégué de secteur, coordonnateur

BTP Santé au travail Villeurbanne

Fabrice PALATIN, Président

Béatrice PINGAULT, directrice

SIST Arve Mont Blanc

Philippe MAUME, directeur général

SIST Dinan

Anne RIFAUD, infirmière

STSM

M. LE BERRE

Mme MALACARNE, référente maintien

AMIEN

Mme CHEDALEUX

Dr Jean-Michel HAMEAU

Dr Lissette ALBEZARD

AR2ST Montauban

Francis CAUSSE, Président

Bernard LATTES, directeur

Objectif Santé Travail (OSTRA) Yvelines

Blandine BOISNARD, directrice générale

Benoit MAUGUY, Directeur Prévention

Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU de Lille

Pr Paul FRIMAT, Professeur de médecine du travail, Président du conseil scientifique de l'ANSES

Collège des enseignants de médecine du travail

Pr M SOULAT, Professeur de médecine du travail, Président du collège des enseignants de médecine du travail, CHU de Toulouse

Laboratoire d'ergonomie et de santé au travail, CHU d'Angers

Pr Yves ROQUELAURE, professeur de médecine du travail

Université Paris I

Pierre-Yves VERKINDT, Professeur de droit du travail

Université de Nantes

Frank HEAS, maître de conférences en droit du travail

Université Pierre Mendès France Grenoble

Sandrine CAROLY, sociologue, enseignante chercheuse, Laboratoire Pacte

Avocats

Rachel SAADA,
Savine BERNARD
Marie-Laure BOULANGER
Chantal GIRAUD VON GAVER
Michel LEDOUX

Consultants

Hubert SEILLAN, Enseignant, auteur de « Les services de santé au travail-quel avenir ? »
Edition Préventique 2012
Pascal BROCHETON, directeur général « Ere Humaine »
Gabriel PAILLEREAU, conseil en santé au travail, ancien délégué général du CISME,
« Ephygie »
Docteur Marie-Christine SOULA, médecin du travail, ancien médecin inspecteur régional du travail « MSC »

Outre les auditions menées, certains médecins du travail ont souhaité s'exprimer sur la mission. Les membres de la mission ont pris connaissance des contributions écrites (individuelles ou groupées) de 169 médecins (ou internes en médecine du travail) répertoriées ci dessous (l'affiliation mentionnée est celle qui est communiquée)

Dr ADAM Amélie, médecin du travail, ALSMT, Nancy, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr ANDRUET, médecin du travail, GIMS
Dr ARCHAMBAULT DE BEAUNE Corinne, médecin du travail, Airbus Helicopters, La Courneuve, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr ARNO Christine, médecin du travail, SIST Narbonne
Dr BANCTEL-CHEVREL Caroline, interne en médecine du travail, Caen
Dr BANNEROT, Brigitte, Ex MIRT, médecin de prévention, Rectorat
Dr BARDOT Fabienne, médecin du travail, cihl45, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr BARDOUILLET Marie-Claire, médecin du travail, MT71, Châlons sur Saône, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr BARRE Nadine, médecin du travail, service santé travail BTP Manche
Dr BATTISTELLA Bérangère, médecin du travail, AIST Béziers

Dr BERNADAC Gérard, médecin du travail, MSA
Dr BERNARD Marie Hélène, médecin du travail, AIST Béziers
Dr BESNARD Martine, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Mr BOCHINGER Fabien, Interne en médecine du travail
Dr BONTEMPS Carine, Médecin du travail autonome, Hager France - Obernai
Dr BOURGE Jean Christophe, médecin du travail, CMAIC Centre Médical Artisanal et Interprofessionnel du Calvados
Dr BOUSTIERE, médecin du travail, GIMS
Dr BRANCOURT François, médecin du travail, Service de santé au travail Nord Franche-Comté
Dr BROCHARD Patrick, Professeur des Universités - Praticien hospitalier, Université Bordeaux
Dr BUISSET Claude, médecin du travail, Agemetra, Lyon, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr BUISSON-VALLES Isabelle, Médecin Inspecteur régional du travail (MIRT), DIRECCTE Aquitaine
Dr BURGMEIER André, Médecin du travail personnel hospitalier, Hôpitaux psychiatriques Alsace Nord- EPSAN
Mr BURGHELEA Marius, Interne en médecine du travail, Lille
Dr BURCHI Christine, Médecin du travail interentreprises, AST 67
Pr CAILLARD Jean François, Professeur de médecine du travail, CHU Rouen.fr
Mme CAMBIER Elodie, Interne en médecine du travail, Lille.
Dr CHAIGNEAU Véronique, Médecin du travail interentreprises, SIST Colmar
Dr CHARIGNON Dominique, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Mme CHAVAIN Charlotte, interne en médecine du travail, Lille
Pr CLIN-GODARD Bénédicte, Professeur de médecine du travail - Praticien hospitalier, Responsable du service de santé au travail et Pathologie professionnelle du CHU de Caen
Dr COLLPMB Christophe, médecin du travail, AST Lor'n
Mme COMBA Eloise, Interne en médecine du travail, Lille
Dr COPPOTELLI Livio, médecin du travail, CHU Montpellier
Dr CORSOUX, médecin du travail, AIST 83
Dr D'HOOR Anne Christine, médecin du travail, cihl45
Mr DALLE Edouard, Interne en médecine du travail, Lille
Dr DALM Catherine, MIRT, DIRECCTE Aquitaine
M. DAJVAZADEH Nima, Interne en médecine du travail, Lille
Dr DEBUSE Françoise, médecin du travail, ASTAV
Dr DELUBAC, médecin du travail, AISMT 13
Dr DEMORTIERE Gérald, médecin du travail, AMETIF Santé Travail
M. DESCAMPS Emmanuel, Interne en médecine du travail, Lille
Pr DESCATHA Alexis, Professeur de médecine du travail - Praticien hospitalier, Paris
Dr DESNOYERS Gérard, médecin du travail, OSTRAL
Pr DEWITTE Jean Dominique, Professeur de Médecine du travail - Praticien hospitalier, CHU Brest
Dr DIVIES Aymeric, Médecin du travail, AMETRA, Montpellier.
Dr DOMONT Alain, Professeur de médecine du travail - Praticien hospitalier, Paris V
Dr DRUILHE Laurent, médecin du travail, Centre Médical Interentreprises Europe Service de Santé au travail, Paris
Dr DUMON PION Virginie, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Mme DUVAL Pascaline, Interne en médecine du travail, Lille
Dr FATHALLAH, médecin du travail, AISMT 13,
Dr FAUCHEUX Catherine, médecin du travail, service autonome de santé au travail du Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse, CAEN

Dr FAVOT Martine, médecin du travail, Efficience
Mme FENETRE Marion, Interne en médecine du travail, Lille
M. FERREIRA-CARREIRA Lionel, Interne en médecine du travail
Dr FERNÁNDEZ Francisco, médecin du travail, AMETRA
Dr FERNET Florence, MIRT, DIRECCTE Aquitaine
Dr FEUVRIER Bénilde, médecin du travail, SSTNFC, Gray, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr FILLARD Elisabeth, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
M. FOUCART Thibault, Interne de médecine du travail, Lille
Dr FOUILLARD Pauline, interne en médecine du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr FRANCOIS Mélanie, interne en médecine du travail
Mme FRIEDRICH Natacha, Interne en médecine du travail
Dr GASSMANN Vincent, Médecin du travail interentreprises, AST67
M. GRAINDORGE Pierre, Interne en médecine du travail, Lille
Dr GRESSIN Carine, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Pr GONZALEZ Maria, PU-PH et médecin de prévention Justice, CHU de Strasbourg
Dr GUERAN Marie, médecin du travail
Dr GUIDAT Cécile, Médecin du travail, ALSMT Pulnoy
Dr GUILLEMETTE Marie-Chantal, médecin du travail, SANTRAVIR
Dr HEUZE Viviane, MIRT, Languedoc Roussillon
Dr HOUYET Xavière, médecin du travail, SIMETRA
Mme HUDZIK Cécile, Interne en médecine du travail, Lille
Dr HUMBERT Marie Caroline, médecin du travail, PST Prévention Santé Travail
Mme HURET Joséphine, Interne en médecine du travail, Lille
Dr IBERT, médecin du travail, AISMT 13
Dr IGORRA Alain, médecin du travail, ASSTRA
Dr ISNARD Elisabeth, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr IZE, médecin du travail, AISMT 13
Dr JALLAMION Christophe, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr JOUVENET Valérie, Médecin du travail interentreprises, ACST Strasbourg
Dr KILCHSPERGER Anne-Lise, médecin du travail, Horizon Santé Travail
Dr KLEINLOGEL Stéphanie, PH et médecin de prévention INSERM, CHU de Strasbourg
Dr LANDI, médecin du travail, GIMS 13
Dr LANGLA Olivier, médecin du travail, ASSTRA
Mme LEBIHAN Céline, Interne en médecine du travail, Lille
Dr LE GARFF Pierre, Collaborateur médecin, AMIEM
Dr Le GONIDEC Annie, médecin du travail, AISP Metra
Dr LEGENDRE Christine, médecin du travail, SISTM Service Interprofessionnel de Santé au travail de la Manche
Dr LEGLISE CAIGNEC Catherine, médecin du travail, AMIEM
Dr LEHUCHER-MICHEL Marie Pascal, enseignante en médecine du travail, faculté de médecine Marseille
Dr LELUAN Emilie, médecin du travail, PST Prévention Santé Travail (eleluan@pst14.fr)
Dr LEROYER Ariane, Maître de conférences, médecin du travail, Université Lille, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr LESAGE François –Xavier, Praticien Hospitalier et universitaire, CHU Montpellier
Dr LINOSSIER Louis, médecin du travail, Medisis
M. LOESFELD Valentin, Interne en médecine du travail, Lille
Dr LONDI, médecin du travail, EXPERTIS
Dr LOUF Gwenahelle, médecin du travail, ASTIF

Dr LOZACHMEUR Bruno, médecin du travail, AMIEM
Dr LOZACHMEUR Bruno, médecin, MT2I
Dr LOZE, médecin du travail, AISMT 13
Dr MAGNE Françoise, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr MAGNE Martine, médecin du travail, AHI33
Dr MARCZUK Nadine, médecin du travail, CMIE
Dr MARECHAL Laura, Internes de médecine du travail, Lille
Dr MARIE-DUPONT Sylvaine, médecin du travail, CMAIC
Dr MARIESCU Anne, médecin du travail, SIMETRA
M. MATUSZAK Nicolas, Interne en médecine du travail, Lille
Dr MENETRIER Mélissa, médecin du travail, AICAC 77
M. MESNARD Sacha, Interne en médecine du travail, Lille
M. MIHAI Christian, Interne en médecine du travail, Lille
Dr MILLIET, médecin du travail, EXPERTIS
Dr MOLLARD, médecin du travail, AISMT 13
Dr MOYA, médecin du travail, GIMS
Dr MULLER Sophie, médecin du travail, AST Lor'n
Dr NGO VINH, médecin du travail, CIAMT
Dr NOURRY Nathalie, MCU-PH et médecin de prévention Police, CHU de Strasbourg
Dr NIEZBORALA Michel, médecin inspecteur régional du travail, DIRECCTE Midi-Pyrénées
M. OLIVIER Gregory, Interne en médecine du travail, Lille
Dr OTTONI Gabriel, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr PAREJA Dominique, médecin du travail, ALSMT Pulnoy
Dr PARINI Aline, médecin du travail, CMSM
Mme PERES Nadège, Interne en médecine du travail, Lille
Dr PERSICO Marie-Hélène, médecin du travail, CEA Marcoule
Dr PHAN-VAN Jean, médecin du travail, EDF, St Laurent des Eaux, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr PIAZZA Elisabeth, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Mlle PIRES Sandra, Interne en médecine du travail, Lille
Dr PIRON Joelle, médecin du travail, SSTI des Landes
Dr PIRONNEAU Sophie, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr POMMIER Jean Louis, médecin inspecteur régional du travail, DIRECCTE Poitou-Charente, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Dr PORTAL, médecin du travail, AISMT 13
Dr RABUT-ROSSET Anne, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr RAOULT-MONESTEL Muriel, Médecin Inspecteur régional du Travail de Basse-Normandie
Dr RICHTEN, médecin du travail, AMIEM
M. RINGEVALD David, Interne en médecine du travail, Lille
Dr ROBIDA Catherine, médecin du travail, cih145
Dr RODRIGUEZ Michel, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr ROLLIN Laetitia, Praticien hospitalier, CHU Roue, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Mme RONDI Aurianne, Interne en médecine du travail, Lille
Dr ROULET Agnès, Praticien Hospitalier en Pathologie professionnelle, CHU Montpellier
Dr ROUSSEAU Sandrine, médecin du travail, cih145
Dr ROUSSEL (AIST 83)
Dr ROYER Marie-France, médecin du travail, CMAIC

Dr RUMEBE Pascal, médecin du travail, SIMT, Meaux, membre de l'équipe projet nationale EVREST
Mlle SABO Gabriela, Interne en médecine du travail, Lille
Dr SAVATIER Guy, médecin du travail, Association Médicale Interentreprises du Morbihan et localités limitrophes (AMIEM)
Dr SCHAFFER Françoise, médecin du travail, SIST Narbonne
Mme SCHAFFAUSSER Judith, Interne en médecine du travail
Dr SIEGEL Françoise, Médecin du travail interentreprises, AST67
Dr SEAK SAN Dahlia, médecin du travail, ASTAV
Dr SENERGUES, médecin du travail, GIMS
Dr SETTON Agnès, médecin du travail
Dr SOLVIGNON Loïc, médecin du travail, AST Beaucaire et Compagnie Nationale du Rhône
Dr SPINELLI, médecin du travail, AISMT 13
Dr SZWARC Esther, Médecin du travail autonome, CTS de Strasbourg (transports communauté urbaine)
Dr TAVAKOLI Camille, médecin du travail, Santé au Travail Montpellier BTP
Dr THEVENOT Pascal, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr TONDINI Fabienne, Médecin du travail interentreprises, ACST Strasbourg
Dr TRAVERS Fabienne, médecin du travail, cihl45
Dr VANHUFFEL (AISMT 13),
Dr VAUBOURDOLLE Florent, médecin du travail, AHI33
Dr VERDUN-ESQUER Catherine, Praticien hospitalier, CHU Bordeaux
Dr VERRIERES Sabine, médecin du travail, Société de Médecine et de santé au travail Dauphiné-Savoie
Dr VIANCE Patrice, médecin du travail, Centre de consultations de Pathologies Professionnelles, Bordeaux
Dr WATTINE Philippe, médecin du travail, Paris
Dr WEBER Michèle, Médecin du travail interentreprises, AST67
Dr WEBER Claudine, médecin du travail, AST 67
Dr WENDLING Jean-Michel, Médecin du travail interentreprises, ACST - Strasbourg
Dr WITTKE Laurence, médecin du travail, cihl45
IDEST
Mme BRULEY Myriam IDEST, CIHL 45
Mme BLANDIN Caroline, CIHL 45

ANNEXE 1 :

Tableau 18 : Nombre de DEFM au 31/12/2014 dont le motif d'entrée est "licenciement pour inaptitude physique" : répartition par catégories de demandeurs d'emploi

REGION	Nombre de DEFM ABCDE	%	Nombre de DEFM ABC	%
NORD-PAS-DE-CALAIS	6 285	6,2	6 160	6,5
PICARDIE	2 960	2,9	2 891	3,1
ILE-DE-FRANCE	11 107	10,9	10 536	11,2
CENTRE	4 404	4,3	4 030	4,3
HAUTE-NORMANDIE	2 793	2,7	2 655	2,8
BASSE-NORMANDIE	1 731	1,7	1 789	1,9
BRETAGNE	5 786	5,7	5 474	5,8
PAYS-DE-LA-LOIRE	6 205	6,1	5 647	6,0
POITOU-CHARENTES	3 261	3,2	3 046	3,2
LIMOUSIN	1 113	1,1	1 148	1,2
AQUITAINE	6 692	6,6	5 913	6,3
MIDI-PYRENEES	6 176	6,1	5 470	5,8
CHAMPAGNE-ARDENNE	2 354	2,3	2 150	2,3
LORRAINE	4 010	3,9	3 417	3,6
ALSACE	2 411	2,4	2 107	2,2
FRANCHE-COMTE	1 799	1,8	1 696	1,8
BOURGOGNE	2 869	2,8	2 703	2,9
AUVERGNE	2 133	2,1	2 258	2,4
RHONE-ALPES	12 260	12,0	11 288	12,0
LANGUEDOC-ROUSSILLON	5 322	5,2	4 760	5,0
PROVENCE-ALPES-COTE AZUR	8 629	8,5	7 684	8,1
CORSE	593	0,6	559	0,6
DOM	941	0,9	926	1,0
Total	101 834	100,0	94 307	100,0

Source : Pôle emploi, FNA

Champ France métropolitaine et DOM

Note : le nombre de DEFM a été estimé à partir du FNA, qui n'est pas la source habituelle de comptabilisation du nombre de DEFM (on utilise d'habitude la STMT).

Tableau 19 : Nombre de DEFM au 31/12/2014 dont le motif d'entrée est "licenciement pour inaptitude physique" : répartition selon le sexe et la durée de chômage

REGION	Femmes	Part des femmes	Ancienneté de 1 an ou plus (demandeurs d'emploi de longue durée - DELD)	Part des DELD
NORD-PAS-DE-CALAIS	3 150	51,1%	3 014	48,9%
PICARDIE	1 487	51,4%	1 524	52,7%
ILE-DE-FRANCE	5 381	51,1%	5 503	52,2%
CENTRE	2 086	51,8%	2 060	51,1%
HAUTE-NORMANDIE	1 354	51,0%	1 371	51,6%
BASSE-NORMANDIE	913	51,0%	840	47,0%
BRETAGNE	2 820	51,5%	2 691	49,2%
PAYS-DE-LA-LOIRE	2 939	52,0%	2 800	49,6%
POITOU-CHARENTES	1 572	51,6%	1 368	44,9%
LIMOUSIN	598	52,1%	564	49,1%
AQUITAINE	3 114	52,7%	2 720	46,0%
MIDI-PYRENEES	2 859	52,3%	2 723	49,8%
CHAMPAGNE-ARDENNE	1 117	52,0%	1 119	52,0%
LORRAINE	1 757	51,4%	1 722	50,4%
ALSACE	1 078	51,2%	1 023	48,6%
FRANCHE-COMTE	863	50,9%	849	50,1%
BOURGOGNE	1 374	50,8%	1 317	48,7%
AUVERGNE	1 150	50,9%	1 113	49,3%
RHONE-ALPES	5 849	51,8%	5 631	49,9%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2 501	52,5%	2 486	52,2%
PROVENCE-ALPES-COTE AZUR	3 993	52,0%	3 569	46,4%
CORSE	296	53,0%	302	54,0%
DOM	471	50,9%	472	51,0%
Total	48 722	51,7%	46 781	49,6%

Source : Pôle emploi, FNA

Tableau 20 : DEFM au 31/12/2014 ayant pour motif d'entrée "licenciement pour inaptitude physique"

Répartition par catégories et par région

Région	Catégorie					Total
	A	B	C	D	E	
NORD-PAS-DE-CALAIS	5 371	453	160	85	216	6 285
PICARDIE	2 493	240	82	28	117	2 960
ILE-DE-FRANCE	9 749	721	217	89	331	11 107
CENTRE	3 520	438	193	29	224	4 404
HAUTE-NORMANDIE	2 356	231	90	18	98	2 793
BASSE-NORMANDIE	1 451	151	66	26	37	1 731
BRETAGNE	4 672	539	245	73	257	5 786
PAYS-DE-LA-LOIRE	4 714	722	370	46	353	6 205
POITOU-CHARENTES	2 508	401	161	40	151	3 261
LIMOUSIN	874	111	49	13	66	1 113
AQUITAINE	5 253	666	184	111	478	6 692
MIDI-PYRENEES	4 873	616	251	53	383	6 176
CHAMPAGNE-ARDENNE	1 965	186	59	30	114	2 354
LORRAINE	3 424	290	109	21	166	4 010
ALSACE	2 024	215	74	20	78	2 411
FRANCHE-COMTE	1 537	147	58	18	39	1 799
BOURGOGNE	2 414	259	96	32	68	2 869
AUVERGNE	1 755	193	93	17	75	2 133
RHONE-ALPES	9 873	1 140	495	118	634	12 260
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4 356	445	112	46	363	5 322
PROVENCE-ALPES-COTE AZUR	7 214	712	171	120	412	8 629
CORSE	507	28	8	8	42	593
DOM	864	37	13	5	22	941
Total	83 767	8 941	3 356	1 046	4 730	101 834

Source : Pôle emploi, FNA

Champ : France métropolitaine et DOM

Note : le nombre de DEFM a été estimé à partir du FNA, qui n'est pas la source habituelle de comptabilisation du nombre de DEFM (on utilise d'habitude la STMT).

Graphique 2 : Indicateurs sur les DEFM par tranche d'âge et par région

Région	Catégorie						
	Moins de 25 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-55 ans	55 ans ou plus	Total
NORD-PAS-DE-CALAIS	43	811	581	672	1 706	2 472	6 285
PICARDIE	24	347	306	315	837	1 131	2 960
ILE-DE-FRANCE	92	1 362	1 038	1 244	2 863	4 508	11 107
CENTRE	50	508	395	504	1 168	1 779	4 404
HAUTE-NORMANDIE	27	288	241	287	804	1 146	2 793
BASSE-NORMANDIE	20	176	139	186	477	733	1 731
BRETAGNE	55	656	510	691	1 585	2 289	5 786
PAYS-DE-LA-LOIRE	91	827	584	751	1 709	2 243	6 205
POITOU-CHARENTES	51	468	278	384	861	1 219	3 261
LIMOUSIN	17	122	98	125	297	454	1 113
AQUITAINE	86	905	691	848	1 814	2 348	6 692
MIDI-PYRENEES	65	814	555	709	1 667	2 366	6 176
CHAMPAGNE-ARDENNE	33	256	180	224	640	1 021	2 354
LORRAINE	35	406	293	415	1 067	1 794	4 010
ALSACE	29	287	202	255	597	1 041	2 411
FRANCHE-COMTE	20	164	127	167	454	867	1 799
BOURGOGNE	32	355	221	300	778	1 183	2 869
AUVERGNE	24	250	176	238	576	869	2 133
RHONE-ALPES	166	1 627	1 136	1 439	3 288	4 604	12 260
LANGUEDOC-ROUSSILLON	52	746	521	654	1 450	1 899	5 322
PROVENCE-ALPES-COTE AZUR	95	1 127	844	1 022	2 361	3 180	8 629
CORSE	6	69	56	74	191	197	593
DOM	3	97	83	100	274	384	941
Total	1 116	12 668	9 255	11 604	27 464	39 727	101 834

Source : Pôle emploi

ANNEXE 2 :

Circulaire DRT n. 2004-06 du 24 mai 2004 relative à la motivation des conclusions écrites du médecin du travail sur l'aptitude médicale du salarié et des décisions de l'inspecteur du travail prises en application de l'article L. 241-10-1 du code du travail

SIGLES UTILISES

AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGS	Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés
AST	Assistants en santé travail
AT/MP	Accidents du travail / Maladies professionnelles
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	Centre interservices santé et médecine travail entreprise
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COCT	Comité d'orientation des conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Centres de consultations de pathologies professionnelles
CRPRP	Comité régional de prévention des risques professionnels
DARES	Direction de l'animation, de la recherche des études et des statistiques
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGT	Direction générale du travail
DP	Délégué du personnel
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMST	Dossier médical en santé au travail
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DPAE	Déclarations préalables à l'embauche
DRH	Direction des ressources humaines
ETP	Equivalents temps plein
EVREST	EVolutions et RELations en Santé au Travail
FNATH	Fédération nationale des accidentés de la vie
GNMST BTP	Groupement national pluridisciplinaire de santé au travail dans le BTP
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
GAST	Groupe d'alerte en santé au travail
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infirmiers en santé au travail
IPRP	Intervenants en prévention des risques professionnels
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIRT	Médecin inspecteur régional du travail
MSA	Mutualité sociale agricole
OPPBTB	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
OIT	Organisation internationale du travail
PACA	Provence Alpes Côte d'azur
RAM	Rapports d'activité des médecins du travail
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies

	professionnelles
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SAMETH	Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SFMT	Société française de médecine du travail
SMR	Surveillance médicale renforcée
SNPMT	Syndicat national des professionnels des médecins du travail
SST	Service de santé au travail
SSTA	Services de santé au travail autonomes
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TPE/PME	Très petites entreprises/Petites et moyennes entreprises
TMS	Troubles musculo-squelettiques