



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Audrey LEININGER

le 19 octobre 2011

**LA CONTESTATION DE L'AVIS D'APTITUDE EMIS PAR LE
MEDECIN DU TRAVAIL :
APPROCHE HISTORIQUE ET JURIDIQUE,
CARACTERISTIQUES ET EVOLUTION A PARTIR D'UNE
ETUDE DES CONTESTATIONS EN LORRAINE DE 2003 A
2010.**

Examineurs de la thèse :

M. C. PARIS	Professeur	Président
M. F. GUILLEMIN	Professeur	Juge
Mme I. THAON	Maître de Conférences	Juge
Mme M. LEONARD	Docteur en Médecine	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Audrey LEININGER

le 19 octobre 2011

**LA CONTESTATION DE L'AVIS D'APTITUDE EMIS PAR LE
MEDECIN DU TRAVAIL :
APPROCHE HISTORIQUE ET JURIDIQUE,
CARACTERISTIQUES ET EVOLUTION A PARTIR D'UNE
ETUDE DES CONTESTATIONS EN LORRAINE DE 2003 A
2010.**

Examineurs de la thèse :

M. C. PARIS	Professeur	Président
M. F. GUILLEMIN	Professeur	Juge
Mme I. THAON	MCU-PH	Juge
Mme M. LEONARD	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ

—

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

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

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

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

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur C. PARIS

Professeur de Médecine et Santé au travail

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider mon jury de thèse. J'ai bénéficié au cours de ma formation universitaire de la compétence et de la rigueur de votre enseignement.

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

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur F. GUILLEMIN

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

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à cette étude.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Madame le Docteur I. THAON

Maître de conférences des universités- Praticien hospitalier en Médecine et Santé au travail

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

Je vous prie de trouver dans cet hommage la marque de mon profond respect.

Madame le Docteur M. LEONARD

Médecin inspecteur du travail

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

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Je remercie sincèrement :

- Mes maîtres de stage qui m'ont tant apporté dans l'apprentissage de ce métier passionnant et exigeant : Monsieur le Professeur LAGAUCHE, Monsieur le Docteur BLANGY, Monsieur le Docteur DJABALLAH, Monsieur le Docteur LADAIQUE, Madame le Docteur LEONARD, Messieurs les Docteurs PAREJA et LEDUIGOU, Madame le Docteur BASS, Monsieur le Professeur PARIS et Monsieur le Docteur COLLOMB ;

- Les internes de médecine du travail qui m'ont été d'une aide précieuse lors de leur passage à la DIRECCTE : Claire, Riadhi, Virginie, Julie, Cécile P., Cécile L. ;

- Monique BARBA, secrétaire à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Lorraine, pour sa collaboration et son aide technique.

Je dédie cette thèse :

- à Romuald, mon Chonchon : tu es à mes côtés depuis toutes ces années, tu me soutiens et me réconfortes depuis toujours, en particulier au cours de ces derniers mois où j'ai souvent été au bord du « nervous breakdown » !! Merci pour ta présence et ton amour.
- à mes parents, Josiane et Alain : vous m'avez permis d'arriver au bout de ces si longues études et vous me supportez malgré mon caractère de petite peste ! Merci pour votre amour et votre soutien indéfectible.
- à ma famille (Mémère, Mamie, Marraine, Jacquotte, Bertrand..) et à ma belle-famille (Viviane, Jean-Martin, Arnaud..),
- à Fabrice, mon « chef » préféré, à Aude, son épouse, et au petit Maxence, mes chers toulousains : votre rencontre a apporté du soleil dans notre ciel lorrain, la ville rose a bien de la chance de vous récupérer ! Fabrice, tu as été mon coach de thèse, sans ton aide j'en serai encore probablement à la page 1 ! Merci encore pour tout...
- à Charline, ma picotte, et à Camille : vous êtes des amies précieuses et fidèles, présentes en toutes circonstances, dans la joie comme dans la peine. Merci d'être vous les filles, je vous adore !
- à ma Cécile, à son mari Mathias et à leurs petits souriceaux, Loulou et Jeannette : en plus d'être des amis très chers, vous m'avez fait le très beau cadeau de devenir la marraine de votre petite puce. Merci Cécilou pour tout ce que tu m'as apporté au cours de cette année, je vous aime fort !
- à Fannouche, pour tous ces bons moments que nous avons partagés depuis que tu as rejoint la team de médecine du travail et pour ceux qui restent à venir !
- aux messins d'adoption Julia et Hubert. On attend avec impatience l'arrivée de Bébé Roger que l'on aimera autant qu'on aime ses parents!
- aux nancéens, JB, Dam, Thib et PP et aux mussipontains Stéphanie et Monsieur A.

SERMENT

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

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

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

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

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

Table des matières

I. Introduction.....	21
 II. Les avis du médecin du travail et leur contestation : aspects historiques, conceptuels et juridiques	23
II.1. Introduction	23
 II.2. Historique et évolution de l'aptitude en médecine du travail	23
II.2.1. Introduction	23
II.2.2. Les origines de l'aptitude	24
II.2.3. La loi de 1898.....	24
II.2.4. Le début du 20 ^{ème} siècle	25
II.2.5. L'officialisation de la médecine du travail : 1920 à 1940.....	26
II.2.6. La recommandation de 1940 et la Seconde Guerre Mondiale	27
II.2.7. La fin de la Seconde Guerre Mondiale et la loi du 11 octobre 1946.....	29
II.2.8. Les premières critiques du système.....	31
II.2.9. La réforme du système	33
II.2.10. La « réforme de la réforme » et les débats autour de l'aptitude.....	34
II.2.11. Le rapport Gosselin	36
II.2.12. Où en sommes-nous en 2011 ?.....	37
 II.3. Le concept d'aptitude	38
II.3.1. Tentative de clarification de la notion d'aptitude.....	38
II.3.2. Points de vue critiquant l'aptitude.....	40
II.3.3. Points de vue défendant l'aptitude	41
 II.4. Cadre juridique actuel de l'émission des avis d'aptitude et d'inaptitude	43
II.4.1. L'avis d'aptitude	43
II.4.2. L'avis d'inaptitude	46

II.5. Cadre juridique actuel de la contestation de l'avis du médecin du travail	49
II.5.1. La procédure de saisine	49
A/ Autorité compétente	49
B/ L'origine de la contestation	50
C/ Le champ de la contestation	51
D/ Le délai de saisine	53
II.5.2. La décision consécutive à la contestation	56
A/ Statut et missions de l'inspecteur du travail	56
B/ La compétence de l'inspecteur du travail dans la contestation	58
C/ L'intervention du médecin inspecteur du travail	59
D/ Le statut du médecin inspecteur du travail	60
E/ Le médecin inspecteur du travail et la contestation	61
F/ La procédure applicable à la prise de décision	62
G/ La décision de l'inspecteur du travail	64
II.5.3. Portée et conséquences de la décision de l'inspecteur du travail	66
A/ Les avis d'aptitude	66
B/ Les avis d'invalidité	67
II.5.4. Les voies de recours contre la décision de l'inspecteur du travail	69

III. Préambule à l'étude des contestations de l'avis des médecins du travail lorrains : données existantes sur la population salariée et la santé au travail en Lorraine..... 70

III.1. Introduction	70
III.2. La population salariée en Lorraine	71
III.2.1. Répartition géographique	71
III.2.2. Répartition en fonction du sexe et de l'âge	71
III.2.3. Répartition selon les catégories socioprofessionnelles	71
III.3. La Santé au Travail en Lorraine	72
III.3.1. Le nombre de salariés suivis	72

III.3.2. Les Services de Santé au Travail	73
A/ Les services interentreprises.....	74
B/ Les services interprofessionnels spécifiques du BTP.....	75
C/ Les services autonomes	75
III.3.3. Les médecins du travail	75
III.3.4. Les visites médicales.....	77
III.3.5. Les conclusions des examens médicaux	78
 IV. Etude des contestations des avis des médecins du travail lorrains	80
IV.1. Introduction.....	80
 IV.2. Méthodologie	81
IV.2.1. Protocole du bilan 2003-2010 des contestations d'avis du médecin du travail en Lorraine.....	81
A/ Critères d'inclusion	81
B/ Les variables recueillies	82
C/ Méthode d'analyse.....	85
IV.2.2. Protocole du questionnaire aux médecins du travail	86
A/ Objectifs et intérêts.....	86
B/ Matériel et méthodes	88
C/ Contenu du questionnaire	89
D/ Méthode d'analyse	90
 IV.3. Résultats du bilan 2003-2010 des dossiers de contestation des avis des médecins du travail lorrains	91
IV.3.1. Résultats descriptifs	91
A/ Les caractéristiques socioprofessionnelles de la population des salariés concernés par les avis contestés	91
B/ Les caractéristiques des avis contestés	97
C/ Les caractéristiques des pathologies ayant motivé l'avis contesté	110
D/ Les suites des contestations.....	119
E/ Les recours contre la décision de l'inspecteur du travail.....	123

IV.3.2. Analyse bivariée	124
A/ Analyse des contestations d'aptitude versus les contestations d'inaptitude	124
B/ Analyse des contestations « employeur » versus les contestations « salariés »	127
IV.4. Résultats des questionnaires aux médecins du travail	128
IV.4.1. Taux de réponse	128
IV.4.2. Caractéristiques des contestations visées par le questionnaire	129
IV.4.3. Le devenir des salariés	130
A/ Connaissance du devenir professionnel des salariés par les médecins du travail ..	130
B/ Devenir des salariés après une contestation d'avis d'inaptitude	131
C/ Devenir des salariés après une contestation d'avis d'aptitude	132
IV.4.4. Le vécu des contestations par les médecins du travail	134
A/ Introduction	134
B/ Les réactions « positives »	136
C/ Les réactions « négatives »	137
D/ L'avis des médecins du travail sur les modalités de la procédure de contestation	139
E/ Le rôle de l'inspecteur du travail du point de vue des médecins	140
IV.5. Exemples détaillés de contestations	141
IV.5.1. Contestation d'un salarié dans le cadre d'une pathologie rhumatologique	142
A/ L'avis contesté et les motifs du recours	142
B/ Le contexte professionnel	142
C/ L'histoire de la « maladie »	143
D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête	144
E/ L'avis du MIT	146
F/ La décision de l'inspecteur du travail	147
G/ L'analyse de la contestation	147
IV.5.2. Contestation d'un employeur dans le cadre de troubles psychologiques	149
A/ L'avis contesté et les motifs de recours	149
B/ Le contexte professionnel	149
C/ L'histoire de la « maladie »	150
D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête	151
E/ L'avis du MIT	153
F/ La décision de l'IT	154
G/ L'analyse de la contestation	154

IV.5.3. Contestation d'un salarié dans le cadre d'une pathologie respiratoire	155
A/ L'avis contesté et les motifs du recours	155
B/ Le contexte professionnel	155
C/ L'histoire de la « maladie »	156
D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête	156
E/ L'avis du MIT	159
F/ La décision de l'inspecteur du travail	160
G/ L'analyse de la contestation	160
 IV.6. Analyse des motifs de contestations	161
IV.6.1. Contestation d'un avis d'aptitude par un employeur : Mise en cause de la procédure d'émission	161
IV.6.2. Contestation d'un avis d'aptitude par un employeur : La mauvaise perception d'un risque	162
IV.6.3. Contestation d'un avis d'aptitude par un employeur : Une inquiétude sur la garantie de sécurité des salariés	163
IV.6.4. Contestation d'un avis d'aptitude par un salarié : La recherche de réparation financière.....	164
IV.6.5. Contestation d'un avis d'aptitude par un salarié : L'absence de proposition de reclassement par le médecin du travail	164
IV.6.6. Contestation d'un avis d'aptitude avec restrictions par une salariée : La contestation des restrictions	165
 V. Synthèse et discussion	167
V.1. Critique du travail.....	167
V.1.1. Points forts	167
A/ L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010	167
B/ Le questionnaire aux médecins du travail	168
V.1.2. Points faibles	169
A/ L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010	169
B/ Le questionnaire aux médecins du travail	169

V.2. Synthèse des résultats et discussion	170
V.2.1. L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010	170
A/ Evolution du nombre de contestations	170
B/ Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés concernés.....	171
C/ La nature et l'origine des avis contestés.....	173
D/ Le délai de la contestation.....	175
E/ Les visites médicales	176
F/ Le type de SST et leur localisation géographique	177
G/ Les pathologies en cause.....	178
H/ Les suites des contestations.....	179
V.2.2. Le questionnaire aux médecins du travail.....	181
A/ Le devenir des salariés	181
B/ Le vécu de la contestation par les médecins du travail	183
V.2.3. Les exemples de contestation.....	184
V.3. Réflexions personnelles.....	185
 VI. Conclusion	188
 Annexes.....	190
Annexe 1 : Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale	190
Annexe 2 : Salariés effectuant des travaux faisant l'objet de décrets spéciaux.....	192
Annexe 3 : Nomenclature 2003 des professions et catégories socio-professionnelles, Employés salariés d'entreprises (PCS-ESE), Niveaux 1 et 2.....	194
Annexe 4 : Nomenclature des activités françaises révision 2, 2008, Niveau 1	196
Annexe 5 : Lettre et questionnaire adressés aux médecins du travail.....	197
 Tables des illustrations.....	199
 Liste des abréviations.....	201
 Bibliographie.....	202

I. Introduction

Selon l'article R.4623-15 du Code du travail, le médecin du travail « agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont il assure la surveillance médicale ». Son action se décompose en deux volets : une action sur le milieu de travail et une action auprès des salariés par l'intermédiaire d'examens médicaux dont l'issue est la délivrance d'un avis d'aptitude au poste de travail. C'est cette dernière qui peut faire l'objet d'un recours devant l'inspecteur du travail, tant de la part de l'employeur que du salarié, en vertu des dispositions de l'article L.4624-1 du Code du travail [1].

De nombreuses questions se posent quant à cette possibilité de contestation de l'avis du médecin du travail, issue d'un décret de 1946 et intégrée au Code du travail à travers la loi du 6 décembre 1976 : comment s'exerce-t-elle, quel en est le champ, selon quelles modalités est prise la décision consécutive à la contestation, quelle en est la portée... ? Ces questions sont à la croisée des regards de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat et mettent en mouvement de nombreux acteurs : salarié, employeur, médecin du travail, inspecteur du travail et médecin inspecteur du travail.

Ce recours auprès de l'inspecteur du travail est longtemps resté exceptionnel. Plus récemment, cependant, le nombre de contestations a semblé croître mais peu de données existent dans la littérature à ce sujet. D'autre part, les suites et conséquences de la décision de l'inspecteur du travail pour le salarié restent souvent inconnues.

Dans l'objectif de mieux appréhender les différents aspects de cette procédure, nous avons souhaité décrire les caractéristiques et l'évolution des contestations des avis des médecins du travail lorrains de 2003 à 2010 ainsi que le devenir professionnel des salariés de la région concernés par ce recours entre 2008 et 2010.

Dans une première partie de notre travail, nous ferons le point sur l'aspect juridique actuel de la procédure de contestation au regard de la jurisprudence dont elle a fait l'objet ces dernières années. Auparavant, il nous a paru essentiel d'aborder la question de l'aptitude en médecine du travail et de son pendant, l'inaptitude, au travers de considérations historiques, conceptuelles et réglementaires.

Après avoir rappelé des données chiffrées sur la population salariée et la santé au travail en Lorraine, nous consacrerons notre propos à l'étude des contestations des avis des médecins du travail lorrains survenues entre 2003 et 2010. Nous essaierons de distinguer des caractéristiques se rapportant aussi bien aux salariés concernés, qu'aux avis contestés ou à la décision consécutive au recours. Pour compléter cette synthèse, nous nous sommes attachés à connaître le devenir professionnel des salariés concernés par une contestation entre 2008 et 2010, par l'intermédiaire d'un questionnaire envoyé aux médecins du travail ayant rédigé les avis contestés sur cette période. Nous avons également interrogé ces médecins sur leur vécu et leur analyse de cette procédure.

Afin d'illustrer nos propos, nous prendrons en exemples quelques contestations que nous détaillerons et commenterons.

Enfin, nous discuterons les différents résultats recueillis et proposerons quelques réflexions personnelles.

II. Les avis du médecin du travail et leur contestation : aspects historiques, conceptuels et juridiques

II.1. Introduction

Nous ne pouvons pas aborder la question de la contestation de l'avis du médecin du travail sans aborder la notion d'aptitude et de son pendant, l'inaptitude.

Le concept d'aptitude qui apparaît, pour certains, comme le principal outil du médecin du travail [2], est l'objet depuis de nombreuses années de critiques et controverses.

Nous allons tâcher dans un premier temps d'aborder l'historique de l'aptitude en médecine du travail, de ses prémices à des considérations plus actuelles avec, notamment, les débats qu'elle suscite.

Dans un second temps, nous essaierons d'apporter des précisions sur le concept d'aptitude, enfin, nous aborderons dans ses grandes lignes le cadre réglementaire actuel de l'aptitude et de l'inaptitude, pour ensuite terminer sur celui de la contestation de l'avis du médecin du travail.

II.2. Historique et évolution de l'aptitude en médecine du travail

II.2.1. Introduction

Essayer de retracer l'histoire de l'aptitude en médecine du travail, c'est aussi forcément évoquer l'histoire de cette discipline. Le but de notre travail n'est pas d'établir un historique exhaustif de l'aptitude et de la médecine du travail, mais d'en extraire les grandes étapes afin de mieux appréhender l'aptitude telle qu'elle se présente actuellement et les débats qu'elle engendre depuis quelques années.

II.2.2. Les origines de l'aptitude

Socialement et institutionnellement, c'est, semble-t-il, au niveau militaire qu'a émergé la notion d'aptitude [3]. Il s'agissait alors bien évidemment de l'aptitude à porter les armes, laquelle s'inscrivait clairement dans une démarche de sélection. Les sergents recruteurs sous l'ancien régime, les officiers de santé pendant et après la Révolution, sélectionnaient les citoyens ayant l'âge requis par la loi pour être appelés sous les drapeaux.

Ce système de conscription n'a été aboli que récemment et a fortement marqué de son empreinte la conscience collective par son caractère systématique. Ainsi, il n'est pas rare de voir encore aujourd'hui des salariés sortir des bureaux des médecins du travail en brandissant fièrement leur fiche d'aptitude et en s'exclamant « Bon pour le service ! ».

Au 18^{ème} siècle, le développement industriel très rapide crée de nouvelles nuisances, les conditions de travail deviennent un sujet préoccupant. Les écrits sur ces conditions et sur l'état de santé des ouvriers se multiplient [4, 5], l'année 1826 voit naître la Société Industrielle de Mulhouse destinée à améliorer leurs conditions de travail et, en 1883, est créée l'Association des Industriels de France contre les accidents du travail.

En France, Louis René Villermé (1782-1863), médecin militaire, écrit en 1840 « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie » [6]. Ce travail est à l'origine de la première loi sur les conditions de travail en 1841 interdisant le travail dans les manufactures d'enfants de moins de 8 ans, et le travail de nuit pour les enfants de moins de 12 ans. Les textes réglementaires vont ensuite se multiplier.

II.2.3. La loi de 1898

L'aptitude en médecine du travail trouve certainement aussi son origine dans la médecine d'expertise suite à la loi de 1898 sur les accidents de travail.

Jusqu'alors, le salarié devait démontrer la faute de l'employeur pour retenir sa responsabilité dans la survenue d'un accident du travail. Par la loi du 8 avril 1898, ou loi NADAUD [7], l'employeur est réputé responsable de l'accident survenu au salarié sur le lieu de travail, sauf preuve du contraire (force majeure ou faute inexcusable du salarié accidenté). Il existe un régime de « présomption d'imputabilité » favorable au salarié à qui est octroyée une réparation automatique et forfaitaire.

Cette loi met donc à la charge de l'employeur l'obligation de garantir le travailleur contre le risque d'accident du travail [8]. En incitant à établir une sorte de constat de l'état de santé du salarié avec une sélection médicale à l'embauche des travailleurs les plus « aptes », c'est-à-dire ceux qui risquent le moins d'accidents ou chez lesquels cette éventualité aurait les conséquences les moins graves, cette loi de 1898, bien que ne faisant aucune mention d'un quelconque concept d'aptitude médicale, en a ébauché la notion.

II.2.4. Le début du 20^{ème} siècle

L'armée n'était, à cette époque, pas la seule pourvoyeuse d'aptitudes. Ainsi au début du 20^{ème} siècle, des congrès médicaux [3] votaient des résolutions qu'ils proposaient ensuite aux pouvoirs publics. En 1900, lors du X^{ème} Congrès International de l'Hygiène de Paris, il est décidé que les enfants ne peuvent être admis, avant 16 ans, qu'aux travaux industriels auxquels ils sont reconnus aptes sans danger pour leur santé et leur développement. Ils n'y sont admis que s'ils sont munis d'un certificat médical d'aptitude physique.

En 1906 est créée la Commission Internationale de Médecine du Travail, la publication du Code du travail a lieu en 1910.

Suite à la loi de 1898, les compagnies d'assurances incitent les employeurs à faire appel à des médecins. L'inspection médicale des usines d'armement crée une ébauche de service de médecine du travail, une circulaire du Ministère de l'Armement confirme la nécessaire présence d'un médecin dans les ateliers en lui conférant un rôle d'hygiéniste.

Le médecin est donc introduit sur les lieux de travail en 1916, les premiers services médicaux d'usine apparaissent en 1920. Le but est alors d'adapter les besoins accrus de production [9] à une main d'œuvre inexpérimentée (femmes, étrangers..) et diminuée (blessés de guerre).

L'intérêt d'une visite avant l'embauche est souligné. En 1917, dans « La main d'œuvre nationale après la guerre », Mazel et Leclercq montrent son utilité dans l'évaluation du préjudice après un accident du travail, et pour eux, le médecin doit également orienter et sélectionner les salariés en fonction de leurs caractéristiques physiologiques et des contraintes du poste de travail [10].

En 1919, le lien de cause à effet entre travail et maladie est renforcé par la loi sur la réparation des maladies professionnelles qui leur confère un statut spécial, et par la création de tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles, même si à cette époque, seul le saturnisme et l'hydrargyrisme sont concernés [11].

II.2.5. L'officialisation de la médecine du travail : 1920 à 1940

De 1920 à 1930, on assiste à une éclosion de publications et à une phase de consolidation des connaissances. Si l'on parle d'aptitude, c'est au pluriel, il s'agit bien d'aptitudes physiologiques au travers de l'apparition de concepts tels que le concept de facteur humain et d'orientation professionnelle [12]. Fordisme, taylorisme et organisation scientifique du travail connaissent leurs heures de gloire. « *On a analysé les aptitudes nécessaires à l'exercice de chaque profession. On a dressé la liste des professions ouvertes à quiconque possède telle aptitude, fermées à qui ne la possède pas* » (Pr Sand).

Cependant, même si la médecine en milieu professionnel se développe, elle reste alors peu répandue, les salariés sont méfiants vis-à-vis de cette médecine payée par le patronat et qui, par son rôle de sélection de la main d'œuvre et de définition des aptitudes afin d'optimiser la production, apparaît comme un collaborateur de l'employeur [13].

Hormis dans les grandes structures, le service médical est souvent réduit à une infirmerie, où un médecin délivre des soins aux accidentés et aux malades quelques heures par semaine. La visite d'embauche est minimale et porte essentiellement sur la sélection et l'orientation de la main d'œuvre. Les visites périodiques et le dépistage des maladies professionnelles sont rares.

Les années 30 à 40 furent marquées à la fois par les conséquences de la grande crise de 1929 et par l'apparition d'un nouvel humanisme. On parle de « Service de l'Entretien des Hommes » pour désigner la médecine du travail et du couple homme-machine pour faire comprendre la nécessité d'une adaptation réciproque.

Cette époque voit la discipline se développer avec la création de plusieurs instituts de médecine du travail (Lyon en 1930, Paris en 1933, Lille en 1935) et l'apparition de la presse spécialisée : « la Revue de la médecine du travail » en 1929, « Le médecin d'usine » en 1938, ou encore « Les Archives des maladies professionnelles » qui sont publiées pour la première fois en 1938 [14]. Les sociétés savantes et les groupes de réflexion se multiplient aussi bien au sein du monde universitaire que chez les patrons ou les compagnies d'assurance.

On voit alors apparaître les notions de visites périodiques pour tous les travailleurs, d'exclusivité par rapport à la médecine de soin et d'indépendance statutaire. Du côté de l'aptitude, on reste dans le registre de l'orientation professionnelle. Les métiers ont des « exigences » et nécessitent donc des aptitudes professionnelles, mais la problématique générale se situe bien dans une logique humaniste de protection des travailleurs.

II.2.6. La recommandation de 1940 et la Seconde Guerre Mondiale

En 1939, on assiste à une remilitarisation générale de la société. Face à la dégradation des conditions de travail et à l'intensification des cadences, le Ministère de l'Armement édite, dès les premiers mois de la guerre, des guides à l'usage des industriels où il préconise aux chefs d'entreprise de « créer un service de médecine industrielle, qui ne se contente pas des soins

d'urgence mais soit pour eux un collaborateur et pour les ouvriers un soutien de tous les instants.. ».

C'est dans ce contexte qu'est publié, le 9 juin 1940, le premier texte officiel émanant du Ministère du Travail contenant le terme d'aptitude en médecine du travail, sous la forme d'une recommandation relative à l'organisation des services médico-sociaux et de sécurité [15].

Le médecin, employé par l'établissement et appelé « médecin d'usine », doit avoir reçu une formation spéciale au point de vue de la médecine du travail, médecine sociale, petite chirurgie, hygiène et sécurité du travail et médecine légale. Il est important de souligner que c'est la première fois qu'apparaissait pour la formation du médecin, le terme de « médecine du travail » dans la rédaction d'un texte officiel qui n'était cependant qu'une recommandation. Ce texte, écrit par René Barthe, contenait une véritable législation en puissance sur la médecine du travail [16].

Le médecin d'usine doit ainsi assurer un suivi régulier des salariés exposés à un risque professionnel. Lors de la visite d'embauche, il doit dépister les maladies contagieuses (tuberculose essentiellement), procéder à l'examen d'aptitude des travailleurs et orienter les salariés selon leurs capacités. Il est précisé que « l'examen médical au moment de l'embauche ne doit aboutir à l'élimination du candidat qu'en vue de la prophylaxie des affections contagieuses, il aura pour objet de déterminer ce qui caractérise les facteurs humains, les qualités et déficiences pour renseigner la direction sur les postes qui peuvent convenir.. ».

Le médecin est chargé par la suite de l'examen périodique obligatoire du personnel exposé aux maladies professionnelles [16].

On lui confère également un rôle préventif, il peut contrôler les installations et les procédés de fabrication, il établit des statistiques sur les accidents du travail et en recherche les causes. La médecine du travail connaît alors un essor important sous le Régime de Vichy [17].

Les textes, les organismes et les institutions se multiplient, l'inspection médicale du travail est créée en 1941.

La loi du 28 juillet 1942 organise les services médicaux et sociaux dans les « familles professionnelles » : ils sont désormais obligatoires dans les établissements de plus de 50 salariés. Cette loi et ses textes d'application (circulaire du 7 mai 1943, décret du 13 août 1943) sont silencieux sur la question de l'aptitude. Le rôle du médecin est de veiller au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs [9].

II.2.7. La fin de la Seconde Guerre Mondiale et la loi du 11 octobre 1946

A l'issue de la Seconde Guerre Mondiale, la situation de la santé au travail est plus que préoccupante et parfois dramatique. C'est encore l'époque de la mort au travail, de la mort par le travail : accidents nombreux, catastrophes, maladies professionnelles sévères et usure prématurée par des conditions de travail très rudes. Le travail physique est omniprésent dans les usines et les ateliers, les produits toxiques sont fréquemment manipulés sans précaution, l'accès aux soins est limité.

A partir de l'année 1946 vont s'élaborer les grands systèmes d'assistance sociale : maladie, vieillesse, allocations familiales. La médecine du travail va être un des éléments de cet immense chantier ouvert au lendemain de la Libération.

La loi du 11 octobre 1946, complétée par le décret du 26 novembre 1946, annule la loi de 1942 mais en reprend l'essentiel. Elle est considérée par beaucoup comme l'acte de naissance de la médecine du travail en France et reste, en ce qui concerne les missions du médecin du travail, toujours valable de nos jours [18].

Par son article 1, elle définit la finalité et les fonctions de la médecine du travail :

« Les établissements énumérés à l'article 65 du livre II du Code du travail, ainsi que les offices publics et ministériels, les établissements relevant de professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit occupant des salariés, devront organiser des services médicaux du travail.

Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs. »

C'est sur cette réglementation que va se construire le système de prévention médicale au travail, avec les grands principes suivants :

- généralisation de la médecine du travail à la majeure partie des salariés ; toutes les entreprises commerciales et industrielles seront soumises à la médecine du travail quel que soit le nombre de leurs salariés,
- caractère obligatoire de l'organisation de la médecine du travail, et mise à la charge des employeurs de sa gestion et des frais engendrés,
- orientation exclusivement préventive de l'action du médecin du travail,
- indépendance technique et respect de la déontologie médicale,
- spécialisation des médecins du travail,
- contrôle du service médical par le comité d'entreprise.

Mais cette loi, tout comme celle de 1942, n'aborde pas la question de l'aptitude [15]. Il faudra attendre le décret du 27 novembre 1947 qui prévoit une visite d'embauche ayant pour but de déterminer si le candidat est médicalement apte au travail envisagé et instaure la rédaction d'une fiche d'aptitude destinée uniquement à l'employeur.

L'évolution de l'aptitude à cette époque est déjà considérable. En effet, elle se présentait initialement comme une évaluation des capacités médicales et une recherche de contre-indication à la réalisation d'une activité sans que le médecin n'ait à traiter des conditions environnementales dans lesquelles le sujet examiné aurait à les réaliser.

L'action sanitaire du médecin visait surtout la maîtrise des réparations financières et la « stabilisation » de la main d'œuvre, plutôt que la réelle prévention des pathologies liées au travail.

A partir de la promulgation de la loi du 11 octobre 1946, le rôle du médecin s'est étendu de la surveillance de l'impact du travail sur la santé des travailleurs à celle des conditions de travail [19]. Mais dès le décret de 1947, la recherche de la non-contagion prévue à une époque où la tuberculose était épidémique et, la détermination de l'aptitude médicale au poste, ont pris le pas sur la surveillance médicale et sur le traitement collectif de l'hygiène industrielle [20].

C'est toujours l'orientation « biologique » de la main d'œuvre qui prédomine dans cette France dévastée de l'après-guerre, la priorité est donnée à la production et, dans ce contexte, la médecine du travail n'arrive pas à s'imposer. L'exercice de celle-ci, en effet, se cantonne quasi exclusivement aux visites d'aptitude qui sont réalisées à la chaîne [21].

II.2.8. Les premières critiques du système

Les nombreuses critiques dont fait alors l'objet la médecine du travail sont le reflet des difficultés que la discipline rencontre au cours des années 1950-1960. Les médecins eux-mêmes dénoncent leurs conditions d'exercice et l'impossibilité d'agir sur les conditions de travail [22].

En 1965, une première circulaire propose qu'une partie de l'activité du médecin du travail soit consacrée à la visite des locaux de travail ; le décret du 13 juin 1969 précise l'action préventive du médecin du travail dans l'entreprise [23]. Dans la pratique, c'est suite au décret du 20 mars 1979, et à l'arrêté du 28 mars 1979 en portant les modalités d'application, que la situation va évoluer [3].

Auparavant, la loi du 6 décembre 1976 a habilité le médecin du travail « *à proposer à titre préventif des mesures individuelles justifiées par des considérations relatives à l'état de santé des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions, et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail.* » (art. L.4624-1, ex-art. L.241-10-1 du Code du travail)

Le décret du 20 mars 1979 va introduire deux nouvelles notions : l'obligation pour le médecin de consacrer un tiers de son temps de travail à l'action en milieu de travail, et la conclusion de tous les examens médicaux par un avis d'aptitude, qui ne s'imposait auparavant que pour l'examen d'embauche. Le médecin du travail doit, dès lors, établir à l'issue de chacune des visites prévues par la réglementation une fiche d'aptitude en deux exemplaires (un pour le salarié et un pour l'employeur) sur laquelle il émet un avis, dont le salarié et l'employeur doivent tenir compte, et qui ne doit comporter aucun élément médical. Le renouvellement de l'aptitude médicale au poste de travail doit alors s'effectuer tous les ans.

Cette fiche d'aptitude médicale au poste représente la synthèse de deux types d'action médicale d'esprits différents mais regroupés dans un acte médico-administratif unique [20] :

- la première action consiste en une évaluation des capacités médicales indispensables pour répondre à la tâche prescrite,

- la seconde consiste en une surveillance médicale régulière et systématique de l'état de santé des salariés, l'objectif étant ici de prévenir toute altération de celui-ci du fait d'une activité professionnelle exercée dans un environnement où les risques ne sont pas tous et toujours maîtrisés.

Mais, malgré les différentes mesures mises en place, la problématique sanitaire est restée identique, c'est-à-dire toujours décalée plus vers l'action clinique que vers celle ciblant la maîtrise des risques professionnels.

II.2.9. La réforme du système

Depuis les années 1990, la médecine du travail française se heurte à divers échecs : le nombre d'accidents du travail ne baisse plus, celui des maladies professionnelles explose, l'affaire de l'amiante montre les limites du système, la démographie des médecins du travail est alarmante [24] [25].

L'ensemble de ces constatations, mais surtout l'impulsion européenne via la Directive cadre CEE n°89/391 du 12 juin 1989 [26], ont conduit à une réforme de l'institution en marche depuis.

Dans son article 14, la directive cadre parle de surveillance médicale et de promotion de la santé des travailleurs, mais pas d'aptitude médicale au poste. Elle pose par ailleurs les principes généraux de la prévention des risques professionnels en donnant la priorité à leur évaluation et leur élimination (article 9), à l'information, la formation et à la participation des travailleurs ainsi qu'aux interventions collectives pluridisciplinaires (article 7).

Ces principes seront progressivement transposés dans la réglementation française à compter de la loi du 31 décembre 1991. De nouvelles étapes sont franchies avec l'instauration du « document unique d'évaluation des risques » (décret du 5 novembre 2001), puis avec la transformation des services de médecine du travail en services de santé au travail par l'article 193 de la loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 [27]. Ce même article érige en obligation générale pour les services de santé au travail le recours à la pluridisciplinarité en assurant « *la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail* ».

En 2003, des textes (décret du 24 juin 2003, arrêté du 24 décembre 2003) complètent le dispositif en consacrant le rôle de nouveaux acteurs appelés « Intervenants en Prévention des Risques Professionnels ». Enfin, le décret du 28 juillet 2004 renforce la présence du médecin du travail dans les entreprises (150 demi-journées) et réoriente la surveillance médicale individuelle vers les salariés exposés aux risques les plus importants. Les salariés non soumis à une surveillance médicale renforcée bénéficieront désormais d'un examen au moins tous les 24 mois, et non plus annuellement, afin de s'assurer du maintien de leur aptitude à leur poste de travail.

Du côté de l'aptitude, une évolution majeure survient suite à la promulgation de la loi du 31 décembre 1992 qui donne obligation à l'employeur ne pouvant donner suite aux propositions du médecin du travail, de licencier le salarié ou de lui verser de nouveau son salaire en cas d'incapacité [3].

Pour la première fois, la loi établit un lien entre aptitude et contrat de travail, l'obligation de mettre fin au contrat est venue remplacer la faculté de le faire, alors qu'auparavant, l'avis du médecin du travail n'était contraignant que théoriquement.

Cette période a également vu se constituer un véritable droit à l'incapacité, en particulier suite à la loi du 12 juillet 1990 sur la lutte contre les discriminations [28]. La jurisprudence visant au maintien dans l'emploi se renforce, les possibilités d'action du médecin du travail en matière d'aménagement de poste prennent de l'importance.

II.2.10. La « réforme de la réforme » et les débats autour de l'aptitude

Mais très vite, la réforme paraît insuffisante. Le rapport des Professeurs Conso, Frimat et de l'IGAS sur le bilan de la réforme de la médecine du travail souligne les difficultés persistantes malgré le renforcement de l'action en milieu de travail et l'instauration de la pluridisciplinarité [23]. De nombreuses discussions ont alors lieu pour envisager la « réforme de la réforme ».

L'aptitude est, elle aussi, largement controversée et pose d'importants problèmes éthiques. De nombreux auteurs la qualifient de « handicap congénital » ou de « carcan » pour la médecine du travail [2] et s'interrogent sur sa légitimité et son avenir.

Ce débat éthique a lieu également au sein même de la profession. C'est vraisemblablement la préparation puis la parution du décret du 1^{er} février 2001, dit décret CMR, établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, qui ont réactivé des débats déjà suscités par l'adoption, en 1977, du décret relatif à l'exposition à l'amiante [8].

Ce texte affirme, à nouveau, qu'un salarié ne peut pas être exposé à un produit cancérogène, mutagène ou reprotoxique, si le médecin du travail ne certifie pas l'absence de contre-indication médicale à cette exposition.

Le Conseil d'Etat a, par ailleurs, validé ce décret dans un arrêt daté de 2002, en confirmant que le rôle du médecin du travail est bien de dépister les sujets qui présentent un « sur-risque », notamment au moyen « d'éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique ».

L'émotion soulevée par cet arrêt et le mouvement de protestation qu'il suscite [29] conduisent le Comité National d'Ethique à examiner la question en 2003 [30]. Il conclut alors que ces dispositions introduisent effectivement « de véritables difficultés éthiques, sur le plan de la symbolique et de la pratique des médecins du travail » et que la question de l'aptitude doit être revue.

En février 2005, à travers le Plan Santé Travail, le gouvernement affirme la nécessité de repenser la question de l'aptitude en soulignant « le manque de lisibilité, les ambiguïtés, l'insécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques » [31].

II.2.11. Le rapport Gosselin

En 2006, le Ministre du Travail demande à Hervé Gosselin [32], conseiller à la chambre sociale de la Cour de Cassation, un état des lieux le plus complet possible sur les difficultés d'utilisation des notions d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail.

Le rapport, publié en 2007, reprend les critiques adressées à l'aptitude et fait une série de propositions qui visent à donner un cadre cohérent à l'action du médecin du travail. En voici les grandes lignes.

La nécessité d'une vérification de l'aptitude à l'embauche est réaffirmée pour les postes de sécurité, c'est-à-dire ceux qui font courir des risques à des tiers. Ces postes doivent être définis de façon précise par voie réglementaire et le contrôle de l'état de santé doit y être plus poussé.

Pour les postes exposant à un risque le salarié lui-même, la détermination de l'aptitude devrait se limiter à la vérification de l'absence d'incompatibilités manifestes. Pour les autres postes, l'aptitude à l'embauche serait supprimée.

Enfin, le rapport appelle au renforcement des mesures de maintien dans l'emploi et propose de doter le médecin d'un droit d'alerte susceptible de déclencher l'intervention de l'inspection du travail.

Mais le rapport Gosselin est rapidement décrié, ses faiblesses sont pointées du doigt. En effet, il lui est reproché, entre autres, de ne pas établir de séparation claire entre les modalités relationnelles impliquées par les différentes facettes de l'activité du médecin ou encore d'accumuler les incohérences dans le domaine de la relation clinique avec le salarié.

II.2.12. Où en sommes-nous en 2011 ?

Après de multiples discussions et tergiversations, le Sénat a finalement adopté en deuxième lecture le 8 juillet 2011 le texte de proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail. Cette loi a donc été promulguée le 20 juillet 2011 et publiée au Journal Officiel du 24 juillet.

Pour l'essentiel, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 [33] :

- donne une définition des missions des services de santé au travail (ces services « ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », mission incluant, notamment, la prévention de la pénibilité au travail, de la désinsertion professionnelle, de la consommation de drogue et d'alcool sur les lieux de travail) et réforme leur organisation. La loi précise également les règles de gouvernance et d'organisation des services de santé au travail interentreprises, en faisant explicitement référence à la constitution d'équipes pluridisciplinaires dans lesquelles seront intégrés de nouveaux métiers.

- fixe les modalités de l'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail.

- prévoit les modalités du dialogue entre le médecin du travail et l'employeur lorsque le premier constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs et les modalités de l'information des tiers, notamment le CHSCT.

- fixe les conditions d'une dérogation, par voie d'accord de branche étendu, aux règles relatives à l'organisation et au choix du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs.

- renforce les garanties accordées au médecin du travail en cas de rupture de son contrat de travail (rupture conventionnelle du CDI, rupture anticipée du CDD, etc.) ou de transfert de son activité et rappelle son indépendance dans l'ensemble de ses activités...

Du rapport Gosselin précédemment évoqué, seul le droit d'alerte du médecin du travail a été repris, la question de l'aptitude n'a pas été reconsidérée.

II.3. Le concept d'aptitude

II.3.1. Tentative de clarification de la notion d'aptitude

Après avoir abordé l'aptitude sous son versant historique, nous allons à présent nous intéresser à l'aspect « conceptuel » de cette notion, fortement remise en cause ces dernières années, et proposerons à ce sujet quelques réflexions issues de la littérature.

Qu'est-ce que l'aptitude en médecine du travail ? En effet, si les décrets de 1947 et 1979 ont instauré la notion d'aptitude comme conclusion obligatoire, au départ, pour les visites d'embauche, puis, pour tous les examens médicaux, cette notion n'a jamais été véritablement définie par la législation sur la médecine du travail.

Etymologiquement, le mot « apte » ne signifie rien d'autre que « qui a les capacités requises pour » et l'aptitude est « la capacité de faire quelque chose » [34]. L'aptitude en médecine du travail apparaît comme un acte médical complexe, une démarche diagnostique, mais également pronostique, qui suppose l'établissement d'un rapport entre, d'une part, un état de santé actuel et son évolution prévisible, et, d'autre part, les conditions d'exercice d'une activité.

Cette estimation découle alors de la confrontation des données d'une connaissance double, d'ordre médical et d'ordre technique [35]. Les données d'ordre médical sont acquises à l'issue d'un examen clinique complété d'éventuels examens complémentaires ou d'avis spécialisés, les données techniques concernent les caractéristiques de l'activité considérée et résultent de la connaissance du poste de travail et de l'entreprise.

L'aptitude ou l'inaptitude éventuelle est la résultante de l'interaction entre un homme et un travail. La modification de l'état d'un de ces deux éléments entraîne une perturbation obligatoire de ce couple homme-travail.

La notion d'aptitude ainsi conçue n'apparaît pas comme une notion bien définie et stable, c'est un point d'équilibre fragile et une notion relative car elle est conditionnée par la multitude des postes dont les exigences peuvent elles-mêmes changer. Elle est variable chez un individu donné en fonction de son état de santé.

Etre apte à un poste de travail ne signifie pas que le poste est sans danger pour le salarié, ni que celui-ci est en bonne santé, mais simplement que le salarié n'est pas atteint d'une pathologie qui rend, à un instant T, le poste de travail dangereux pour lui-même ou pour autrui [36].

Car, rappelons-le, le rôle du médecin du travail n'est pas d'écarter des salariés atteints d'une maladie mais d'en empêcher la survenue [34]. A la faveur des législations successives relatives à l'aptitude médicale, cette mission semble s'être quelque peu transformée vers une protection de l'emploi. Le médecin du travail se trouve, pour émettre son avis, alors tiraillé entre le droit au travail ou à l'emploi et le droit à la santé [37].

On est en droit de se demander si l'absence de véritable définition de l'aptitude en médecine du travail, d'une part, et la nécessité de prendre en compte des considérations d'ordre juridique, médical, technique et éthique, d'autre part, ne sont pas à l'origine des nombreux débats et controverses que suscite cette notion.

Il apparaît en effet, dans la littérature, que les avis sur la question sont partagés. Nous avons déjà évoqué, à travers l’aspect historique, les critiques dont ont pu faire l’objet la médecine du travail et l’aptitude, mais il existe également des défenseurs de ce concept.

Dans cette partie de notre travail, nous allons tâcher d’aborder la réflexion à la lumière de ces différents points de vue.

II.3.2. Points de vue critiquant l’aptitude

Les critiques portées à la notion d’aptitude sont de différents ordres : celles portant sur les pratiques qu’elle induit en médecine du travail et celles portant sur des aspects éthiques et déontologiques.

Certains auteurs regrettent en effet que l’aptitude soit devenue, aux yeux du public, le déterminant principal de l’activité du médecin du travail au détriment de ses autres missions [38]. Pour eux, la fiche d’aptitude délivrée à l’issue de la visite médicale aurait tendance à être identifiée à cette dernière et, d’un moyen de prévention, elle serait devenue une finalité en soi, occultant ou interdisant la priorité qui devrait être donnée à l’étude des conditions de travail et à la prévention primaire.

De par ses possibles conséquences sur le contrat de travail, l’avis d’aptitude serait une entrave à la construction d’une relation clinique de confiance avec les salariés, établissant une position de contrôle de la part du médecin par qui l’avis est délivré [39]. On peut dès lors comprendre que certains salariés hésitent à solliciter le médecin du travail, qu’ils n’ont pas choisi, ou à lui confier leurs problèmes de santé de peur de voir leur emploi menacé. La recherche du consentement éclairé telle qu’elle se présente en médecine de soin est loin d’être toujours la règle lors de la rédaction d’un avis d’aptitude et ce positionnement est lui aussi mis à mal.

Les détracteurs de l'aptitude fustigent tout particulièrement les répercussions de l'avis d'aptitude sur la mission de prévention primaire qui incombe au médecin du travail.

Pour les tenants de cette critique, il semble en effet exister une réelle incompatibilité entre la mission première du médecin du travail, celle d'empêcher l'altération de l'état de santé des travailleurs, et la délivrance de l'avis d'aptitude [40]. Ils considèrent cette pratique comme contraire au Code de Déontologie Médicale qui précise qu'« *un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* ». Il leur apparaît en effet paradoxal qu'un seul et même médecin soit censé protéger les salariés contre les risques professionnels et dispose également du pouvoir de les empêcher d'effectuer leur travail [41].

Certains auteurs vont plus loin encore en qualifiant l'aptitude de « contresens médical ». Philippe Davezies déclare ainsi : « *dans la réalité, l'aptitude n'a aucune signification au plan médical. Quand un médecin du travail signe une aptitude, jamais il ne signifie ce qu'entend le juriste c'est-à-dire l'absence de risque pour la santé du fait du travail. Tout salarié engage sa santé dans le travail pour le meilleur et pour le pire. Cela signifie que l'aptitude oblige le médecin à cautionner les conditions de travail et à en assumer l'indignité* » [8]. Cette controverse avait déjà été soulevée lors du « scandale » de l'amiante et a été ravivée lors des débats précédant et suivant la parution du décret CMR de février 2001 qui demande au médecin du travail d'attester que des salariés ne présentent aucune contre-indication pour être affectés à des travaux éminemment dangereux pour la santé [42].

II.3.3. Points de vue défendant l'aptitude

L'avis d'aptitude porte aussi en lui un certain nombre de points positifs soutenus par ses défenseurs qu'ils soient médecins du travail, représentants des salariés ou employeurs. Ces points forts tiennent en particulier à la construction jurisprudentielle qui s'est développée à partir de l'aptitude mais aussi aux notions fondamentales que sont le secret et la non-discrimination [12].

La première raison avancée pour conserver l'avis d'aptitude est donc l'ensemble de la construction jurisprudentielle qui s'est constituée à partir de ce concept. La législation et la jurisprudence ont, en effet, fait de la notion d'aptitude un des aspects constitutifs du contrat de travail. Cette jurisprudence et les différents textes élaborés ces dernières années sont, de fait, de plus en plus protecteurs vis-à-vis du salarié, même si la menace de licenciement pèse toujours sur les salariés pour lesquels un avis d'aptitude avec restriction a été émis. L'évolution de cette jurisprudence a amené à concevoir l'avis d'aptitude comme une force de proposition contraignante vis-à-vis de l'employeur, l'obligeant à aménager les postes de travail comme le prescrit le Code du travail [43].

Le deuxième point soulevé par les défenseurs de l'aptitude tient au fait que l'existence de cet avis donné par le médecin du travail interdirait à l'employeur de se préoccuper de manière plus ou moins intrusive de la santé de ses salariés. Le médecin du travail, de par son avis, est censé prendre en charge l'intégralité des questions relatives à l'état de santé du salarié et garantir à l'employeur que le poste d'un tel salarié est adapté ou au contraire nécessite un aménagement.

Pour certains, l'aptitude dans sa forme actuelle devrait être maintenue car elle traduit un compromis entre l'intérêt général et l'intérêt particulier. Au plan de la santé au travail, le système français accepte l'idée d'une exposition au risque (atteinte au droit individuel) pour les besoins de la production (intérêt général), toutefois tout doit être mis en œuvre pour que cette exposition ne puisse entraîner de conséquences dommageables. Ce compromis fondamental entre l'intérêt général de la production et le droit individuel à la santé a été renouvelé et généralisé par le concept de l'évaluation des risques, concept qui conforte le positionnement du médecin du travail dans la recherche de ce compromis.

La tendance de la conservation de l'aptitude s'appuie enfin sur l'évolution de l'inaptitude. Progressivement, depuis les années 90, est apparue la notion d'inaptitude « protectrice » qui permet au salarié, dont les conditions de travail ne sont plus acceptables pour lui, de quitter l'entreprise dans des conditions sociales moins défavorables qu'auparavant [44]. Actuellement, plusieurs positions se juxtaposent vis-à-vis de l'inaptitude. Les médecins tenants de la position critique de l'aptitude défendent l'idée de conserver l'inaptitude, délivrée avec l'accord du salarié, pour le retirer d'une situation de travail inacceptable pour lui.

Une autre position est de considérer que l'inaptitude est le dernier recours indispensable lorsqu'une situation de travail met gravement en péril la santé du salarié, obligeant le médecin à délivrer un avis d'inaptitude même sans le consentement du salarié. Enfin, l'inaptitude est défendue par tous comme un outil indispensable pour gérer les postes de sécurité.

Il existe donc un relatif consensus, fondé sur des raisons différentes pour conserver l'inaptitude. Mais, pour les juristes, conserver l'inaptitude revient à conserver également l'aptitude car pour eux, l'aptitude est le miroir de l'inaptitude dans une logique binaire alors que pour le médecin du travail la notion d'aptitude est, elle, plus ambiguë et difficile à cerner.

Au final, il ressort que, même si les avis concernant l'aptitude divergent, ils n'en sont pas pour autant fondamentalement opposés. A ce jour, malgré les différents projets de réforme de la médecine du travail, l'aptitude subsiste. A la lumière des différents points de vue, il est néanmoins licite de s'interroger sur son devenir et sur la forme qu'elle devra adopter de façon à permettre aux médecins du travail d'exercer leurs missions dans les meilleures conditions possibles.

II.4. Cadre juridique actuel de l'émission des avis d'aptitude et d'inaptitude

Envisageons à présent l'aptitude et l'inaptitude sous l'angle de la réglementation. Nous n'allons pas aborder l'abondante jurisprudence entourant la délivrance de ces deux avis mais seulement les grands cadres prévus par la législation.

II.4.1. L'avis d'aptitude

Dans les entreprises de droit privé, seul le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude médicale au poste d'un salarié¹.

¹ Cassation Sociale 06/02/08, n°06-45.866

A cet égard, ne sont pas à prendre en considération les avis et certificats médicaux des médecins traitants², de tout autre médecin de soins ou des médecins-conseils de la Sécurité Sociale³.

Comme le prévoit l'article L.4624-1 du Code du travail, le médecin du travail est « habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. » Le médecin du travail peut donc, quand la situation l'exige, émettre un avis d'aptitude avec réserves, restrictions ou aménagements [45], et cet avis avec réserves ne doit en aucun cas être considéré comme un avis d'inaptitude⁴.

Le Conseil d'Etat considère par ailleurs que l'employeur qui ne manifeste pas de désaccord avec un premier avis sur l'état de santé d'un salarié déclaré apte, sous certaines réserves, peut en demander un nouveau en particulier si les conditions dans lesquelles le salarié exerce son activité ont évolué depuis le premier avis, sans qu'il ne soit obligé de saisir l'inspecteur du travail⁵. Dans un arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 10 novembre 2009, il est rappelé que l'avis du médecin du travail s'impose aux parties, qui doivent le respecter rigoureusement.

Pour s'aider dans la détermination de l'aptitude d'un salarié à un poste de travail, le médecin du travail a la possibilité de prescrire des examens complémentaires (art. R.4624-25 du Code du travail) à la charge de l'employeur ou à celle du service de santé au travail.

Dans le Code du travail, l'aptitude se décline également en « non contre-indication médicale » dans le cadre des situations visées dans plusieurs décrets spéciaux, codifiées aux articles R.4412-44 pour l'exposition aux Agents Chimiques Dangereux et/ou Cancérogènes, Mutagènes ou Reprotoxiques, et R.4451-1 pour l'exposition aux radiations ionisantes.

² Cassation Sociale 08/10/87, n°84-45.449

³ Cassation Sociale 13/01/98, n°95-45.439

⁴ Cassation Sociale 25/01/11, n°09-72.834

⁵ Conseil d'Etat 20/11/09, n°315965

Comme le prévoit l'article D.4624-47 du Code du travail, l'aptitude d'un salarié à son poste est appréciée au cours de différents examens médicaux à l'issue desquels est rédigée une fiche d'aptitude en deux exemplaires, l'un destiné au salarié, l'autre à l'employeur [46].

Il s'agit des examens réalisés au cours :

- de la visite d'embauche du salarié (art. R.4624-10 du CT), réalisée avant l'embauche ou au plus tard avant la période d'essai. Cet examen a pour but de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel il va être affecté, de proposer d'éventuelles adaptations de poste ou l'affectation à d'autres postes, de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs (art. R.4624-11 du CT).

- de visites périodiques qui ont lieu au moins tous les 24 mois afin de s'assurer du maintien de l'aptitude du salarié à son poste de travail (art. R.4624-16 du CT). Ces visites sont plus rapprochées en cas de surveillance médicale renforcée (articles R.4624-17 à R.4624-20 du CT) (situations détaillées dans l'arrêté du 11 juillet 1977 et les décrets spéciaux joints en annexe).

- de visites de reprise : elles sont obligatoires après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé maternité, après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail, après une absence d'au moins 21 jours pour maladie ou accident d'origine non professionnelle et en cas d'absences répétées pour raison de santé. Ces visites ont pour but d'apprécier l'aptitude du salarié à reprendre son ancien emploi et/ou la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et/ou une réadaptation du salarié (art. R. 4624-21 du CT). Cet examen met fin à la suspension du contrat du travail et doit avoir lieu lors de la reprise du travail ou, au plus tard, dans un délai de 8 jours. Il est, en principe, sollicité par l'employeur au moment de la reprise du salarié, celui-ci peut néanmoins en prendre l'initiative si l'employeur a été dûment informé par lettre recommandée par exemple⁶.

⁶ Cassation Sociale 26/01/11, n°09-68.544

- de visites occasionnelles : elles peuvent être demandées par le médecin du travail (art. R.4624-20 du CT), le salarié, ou l'employeur dans le cadre d'une problématique de santé au travail (art. R.4624-18 du CT) et peuvent donner lieu, dans certaines circonstances, à la délivrance d'un avis d'aptitude.

Un examen médical de pré-reprise peut être demandé par le salarié, le médecin traitant ou le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail (art. R.4624-23 du CT), dans les cas où une modification de l'aptitude du salarié au poste de travail est prévisible. Son but est de faciliter le retour au travail par la recherche des mesures nécessaires. Le contrat de travail étant toujours suspendu, le médecin du travail ne peut délivrer d'avis d'aptitude à cette occasion.

II.4.2. L'avis d'inaptitude

L'inaptitude peut être constatée à l'occasion des examens médicaux précités à l'exception, tout comme l'aptitude, de la visite de pré-reprise [47].

L'article R.4624-31 du Code du travail prévoit que le médecin du travail ne peut conclure à l'inaptitude d'un salarié qu'après une étude de son poste et des conditions de travail dans l'entreprise et seulement après avoir réalisé deux examens médicaux espacés de deux semaines, cela quelle que soit l'origine de l'inaptitude.

En cas de danger pour la santé ou la sécurité du salarié ou d'autrui, il est possible pour le médecin du travail de constater l'inaptitude dès la première visite [48]. Il revient alors au médecin d'attester dans son avis de la situation d'urgence autorisant à déroger à l'exigence de deux examens médicaux⁷.

⁷ Cassation Sociale 04/06/02, n°00-42.873

C'est pourquoi l'avis doit respecter un certain formalisme et mentionner en toutes lettres la notion de danger immédiat⁸ et faire référence à l'article R.4624-31 en précisant qu'une seule visite est effectuée⁹.

Dans ses avis, le médecin du travail formule des propositions d'adaptation du poste du travail ou de reclassement du salarié. Leur rédaction a donc une très grande importance, ils doivent mentionner, dans le respect du secret médical, les considérations de fait de nature à éclairer l'employeur, tenu de proposer au salarié un emploi adapté à ses capacités. Le médecin du travail doit indiquer les éléments qui le conduisent à recommander certaines tâches ou, au contraire, à exprimer des contre-indications¹⁰. Ses propositions doivent donc être explicites et suffisamment claires pour permettre à l'employeur d'en tenir compte, sans quoi il appartient à celui-ci, soit de les solliciter près du médecin, soit de les lui faire préciser. La mention de « danger immédiat » ne dispense pas le médecin du travail de lister les capacités restantes du salarié, ni l'employeur de rechercher toutes les solutions de reclassement¹¹.

La situation du salarié entre les deux visites médicales prévues à l'article R.4624-31 du Code du travail dépend de sa capacité à fournir une prestation de travail durant cette période. L'employeur est tenu de verser une rémunération pendant cette période dès lors que le salarié se tient à sa disposition, sauf à démontrer qu'une situation contraignante l'empêche de fournir son travail. Ainsi, un avis d'aptitude avec réserves délivré lors de la première visite n'est pas suffisant à caractériser une situation contraignante empêchant l'employeur de fournir du travail et d'assurer le versement des salaires¹².

En revanche, lorsque le médecin du travail déclare le salarié inapte à son poste de travail lors de la première visite, l'employeur n'est pas tenu de verser de rémunération durant la période séparant la première de la seconde visite médicale, si celle-ci confirme l'inaptitude, dans la mesure où le salarié ne peut plus travailler au poste en question [47].

⁸ Cassation Sociale 21/05/08, n°07-41.380

⁹ Cassation Sociale 11/05/05

¹⁰ Conseil d'Etat 03/12/03, n°254000

¹¹ Cassation Sociale 07/07/07

¹² Cassation Sociale 15/07/98, n°96-40.768

Une fois l'inaptitude constatée, l'employeur dispose d'un délai d'un mois pour reclasser ou licencier le salarié devenu inapte à son poste. A l'issue de ce délai, à défaut de licenciement, l'employeur doit reprendre le versement du salaire correspondant à l'emploi que le salarié occupait avant la suspension de son contrat de travail, conformément aux dispositions des articles L.1226-4 et L.1226-11 du Code du travail.

Les salariés déclarés inaptes suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, peuvent, depuis le 1^{er} juillet 2010, percevoir une « indemnité temporaire d'inaptitude » pendant le délai d'un mois qui s'écoule après la déclaration d'inaptitude (article L.433-1 du Code de la sécurité sociale et décret 2010-244 du 9 mars 2010).

L'employeur est tenu à une obligation de reclassement du salarié inapte, quelle que soit l'origine de l'inaptitude, professionnelle ou non [49].

Cette obligation s'impose même si :

- il a repris le versement des salaires¹³,
- le salarié ne manifeste pas le désir de reprendre le travail¹⁴,
- le salarié est sous Contrat à Durée Déterminée¹⁵,
- le médecin du travail a déclaré le salarié inapte à tous postes dans l'entreprise¹⁶,
- l'inaptitude a été formulée dans le cadre de la procédure de « danger immédiat »¹⁷,
- si le salarié est classé en invalidité de 2^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale¹⁸.

¹³ Cassation Sociale 03/05/06, n°04-40.721

¹⁴ Cassation Sociale 04/06/98, n°95-41.263

¹⁵ Cassation Sociale 08/06/05, n°03-44.913

¹⁶ Cassation Sociale 16/09/09, n°08-42.212

¹⁷ Cassation Sociale 07/07/07

¹⁸ Cassation Sociale 09/07/08, n°07-41.318

Le reclassement du salarié doit s'opérer dans un emploi adapté à ses capacités et aussi comparable que possible au précédent. Il est par ailleurs en droit de refuser un poste comportant une modification de son contrat de travail ou non compatible avec les préconisations du médecin du travail.

L'employeur ne peut licencier un salarié inapte que s'il justifie de l'impossibilité de proposer un emploi ou du refus du salarié du reclassement proposé, et il doit pouvoir apporter la preuve qu'il n'existait pas d'autres postes disponibles¹⁹.

II.5. Cadre juridique actuel de la contestation de l'avis du médecin du travail

II.5.1. La procédure de saisine

A/ Autorité compétente

En vertu de l'article L.4624-1 du Code du travail, l'avis du médecin du travail ne peut être contesté que devant l'Administration par le biais d'un recours aménagé. Dans le cadre des dispositions prévues par le même article, l'inspecteur du travail est alors saisi pour se prononcer sur l'avis en question.

Ni un autre médecin, ni un organisme de Sécurité Sociale, ni un juge ne peuvent intervenir.

¹⁹ Cassation Sociale 17/02/10, n°08-43.725

Le juge judiciaire ne saurait ordonner une expertise pour apprécier le bien-fondé de l'avis du médecin du travail²⁰, il ne saurait non plus substituer son appréciation à celle du médecin²¹. Les juges du fond ne peuvent pas non plus requalifier un avis²².

L'inspecteur du travail a donc une compétence exclusive en matière de recours contre l'avis du médecin du travail [50] et sa décision produit effet à la date d'émission dudit avis²³.

Il faut signaler que les avis des médecins du travail ne comportent aucune mention de la faculté d'exercer un recours, et qu'ainsi la possibilité de contestation et l'autorité compétente auprès de laquelle il convient de l'exercer ne sont pas portées directement à la connaissance des parties.

B/ L'origine de la contestation

Le nouvel article L.4624-1 du Code du travail accorde à l'employeur comme au salarié la possibilité de contester l'avis du médecin du travail auprès de l'inspecteur du travail.

L'ancien Code du travail (article L.241-10-1) ne mentionnait que la possibilité d'action de l'employeur mais la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat avaient admis que le salarié puisse également agir²⁴. La recodification a définitivement entériné la faculté de contestation aux deux parties.

Le fait de ne pas contester l'avis aura pour effet qu'il s'imposera au salarié comme à l'employeur.

²⁰ Cassation Sociale 12/03/87, n°85-16.121

²¹ Cassation Sociale 14/01/97, n°93-46.633

²² Cassation Sociale 10/11/09, n°08-42.674

²³ Conseil d'Etat 16/04/10, n°326553

²⁴ Conseil d'Etat 06/04/01, n°217895 ; Cassation Sociale 12/03/87, n°85-16.121

Bien que le Code du travail ne le précise pas, la contestation doit être écrite. Elle n'a pas besoin d'être motivée et il n'est pas nécessaire de joindre l'avis contesté, même si cela est préférable.

Par ailleurs, depuis la décision de la Cour de Cassation Sociale du 3 février 2010²⁵, le salarié déclaré inapte à son poste de travail et contestant cet avis, n'a pas à en avvertir son employeur et son silence sur ce point lors d'un entretien préalable au licenciement ne constitue pas une preuve de mauvaise foi.

C/ Le champ de la contestation

La procédure prévue à l'alinéa 3 de l'article L.4624-1 s'applique « à toute difficulté ou désaccord » nés des propositions formulées par le médecin du travail, dans le cadre général du pouvoir de proposition qui lui est reconnu à l'alinéa 1^{er} du même article.

Ainsi, l'ensemble des décisions, avis ou même simples recommandations du médecin du travail, semblent pouvoir faire l'objet d'une contestation [50].

La contestation peut donc porter sur un avis d'aptitude, y compris avec réserves ou restrictions, ou d'inaptitude, temporaire ou définitif. Il importe peu que l'origine du problème soit professionnelle (Accident du travail ou Maladie professionnelle) ou non²⁶.

L'objet du recours peut donc également concerner « toutes les mesures individuelles » proposées par le médecin du travail (art. L.4624-1 du CT), c'est-à-dire les propositions de mutation, d'aménagement de poste, de même que les recommandations destinées à orienter l'employeur dans sa recherche de poste de reclassement.

²⁵ Cassation Sociale 03/02/10, n°08-44.455

²⁶ Conseil d'Etat 12/02/03, n°235869

Cependant, en aucun cas, la contestation ne peut porter sur la mise en œuvre du reclassement, qui revient au juge judiciaire²⁷, ou sur les suites données aux propositions du médecin du travail.

Enfin, même les études de poste sont susceptibles d'être contestées²⁸ au contraire des autres actes du médecin du travail tels que les fiches d'entreprise (art. D.4624-37 du CT), le rapport annuel d'activité (art. D.4624-42 du CT) ou le plan d'activité (art. D.4624-33 du CT), qui ne peuvent faire l'objet du recours prescrit par le L.4624-1.

Au final, la contestation peut porter sur :

- l'état de santé du salarié : avis médicaux (aptitude ou inaptitude, définitif ou temporaire, avec ou sans restriction),
- la nature du poste que son état de santé permet au salarié de tenir : propositions de mutation, aménagement du poste, propositions de reclassement,
- les études de poste.

Le recours est ouvert quels que soient les examens médicaux concernés : visite d'embauche, visite périodique, visite de reprise, visite occasionnelle [50]. Même un avis donné à l'issue d'une visite de pré-reprise semble pouvoir être contesté auprès de l'inspecteur du travail, le ministère du Travail considère néanmoins que l'avis émis à la suite de la première visite dans le cadre de la procédure d'inaptitude n'est pas susceptible de recours.

Il est possible même pendant la période d'essai de sorte que tous les salariés recrutés faisant l'objet d'une appréciation de leur aptitude par le médecin du travail peuvent l'exercer, et non pas seulement ceux qui ont été définitivement recrutés au terme de leur période d'essai²⁹.

²⁷ Cour d'Appel Nantes 17/05/01

²⁸ Cassation Sociale 19/12/07, n°06-46.147

²⁹ Conseil d'Etat 17/06/09, n°317729

Les motifs d'une contestation peuvent donc être multiples et variés. Un salarié peut contester un avis d'aptitude car celui-ci risque d'aboutir à une rupture de son contrat de travail, en cas d'impossibilité de reclassement. Il peut contester un avis d'aptitude car, a contrario, il souhaite que son contrat soit rompu et quitter l'entreprise.

L'employeur peut, quant à lui, contester un avis d'aptitude car il considère que le salarié n'est plus en état d'occuper son poste de travail, il peut discuter les propositions du médecin du travail sur des aménagements de poste ou des restrictions d'aptitude. Il peut aussi contester un avis d'aptitude qui va le conduire à rechercher des possibilités de reclassement, et, en cas d'impossibilité, à procéder au licenciement du salarié concerné.

D/ Le délai de saisine

Aucune condition de délai n'est prévue par le Code du travail entre la date d'émission de l'avis par le médecin du travail et la saisine de l'inspecteur du travail, sauf dans le cadre des décrets spéciaux où le délai de saisine est de 15 jours.

Dans ce cas, il s'agit des avis de notification concernant la présence ou non de contre-indications médicales à des postes de travail comportant :

- des manipulations ou expositions à des Agents Chimiques Dangereux et/ou Cancérogènes, Mutagènes et Toxiques pour la reproduction (art. R.4412-48 du CT),
- des manipulations ou expositions à des rayonnements ionisants (articles R.4451-82 et R.4451-83 du CT).

L'inspecteur du travail peut donc se prononcer postérieurement à la rupture du contrat de travail et le recours peut également être exercé après cette rupture [51].

La question de la légitimité de cette intervention après un licenciement a longuement fait débat, la Direction Générale du Travail, en effet, a longtemps considéré que l'inspecteur du travail devait se déclarer incompétent lorsqu'il était saisi d'une contestation pour une personne déjà licenciée [7].

La Cour de Cassation et le Conseil d'Etat considèrent qu'il importe peu que la décision soit postérieure au licenciement³⁰ et qu'il convient de considérer qu'elle se substitue rétroactivement à l'avis du médecin du travail³¹. Les différentes décisions de la Cour de Cassation reconnaissent implicitement à l'inspecteur du travail la capacité de se prononcer sur l'aptitude du salarié à son poste, même s'il est saisi après le licenciement de celui-ci [52].

Ainsi, selon la Cour de Cassation dans son arrêt du 9 février 2005, le licenciement du salarié prononcé le 13/08/2001 est privé de cause par la décision de l'inspecteur du travail intervenue le 17/01/2002, ne reconnaissant pas l'inaptitude du salarié, contrairement aux conclusions initiales du médecin du travail³². La contestation était pourtant postérieure à la rupture du contrat de travail.

De même en février 2010, l'inspecteur du travail avait tranché une contestation alors que la salariée était licenciée depuis plus d'un mois et, considérant l'infirmité par l'inspecteur de l'avis d'inaptitude précédemment émis, la Cour d'Appel avait alors déclaré le licenciement dépourvu de cause réelle et sérieuse, ce qui a été confirmé par la Cour de Cassation³³.

La DGT a donc modifié sa doctrine et recommande à présent aux inspecteurs du travail de se déclarer compétents et de statuer sur l'aptitude du salarié, même si celui-ci n'appartient plus à l'entreprise [51].

³⁰ Conseil d'Etat 27/06/11, n°334834

³¹ Conseil d'Etat 16/04/10, n°326553

³² Cassation Sociale 09/02/05, n°03-44.486

³³ Cassation Sociale 03/02/10, n°08-44.455

La loi n'a donc fixé aucun délai de prescription à la saisine de l'inspecteur du travail, mais il convient de préciser que celui-ci est tenu d'apprécier l'aptitude du salarié au jour où il statue et non pas à l'époque où l'avis a été formulé [53], ce qui peut être à l'origine de difficultés supplémentaires dans l'exercice de son rôle décisionnaire [50].

L'engagement d'une procédure de licenciement n'est, par ailleurs, pas incompatible avec une contestation de l'avis émis par le médecin du travail. Ainsi, l'employeur peut très bien choisir de licencier le salarié sans attendre la décision de l'inspecteur du travail, alors même qu'il a connaissance du recours entrepris³⁴.

Le licenciement d'un salarié en raison de son inaptitude à tous postes dans l'entreprise n'est pas, en effet, soumis, même en cas de contestation, à une autorisation administrative [54].

Le recours ne suspend pas le délai de 15 jours devant être respecté entre les deux visites médicales conduisant à l'avis d'inaptitude, ni le délai d'un mois à l'issue duquel le versement de salaire doit avoir lieu si aucun reclassement ou licenciement n'a été effectué³⁵. En outre, si l'employeur saisit l'inspecteur du travail, ceci ne dispense pas le salarié concerné de sa présence au travail puisqu'il n'y a pas suspension de son contrat.

La saisine de l'inspecteur du travail n'a donc aucun effet suspensif, néanmoins la jurisprudence pose ce principe :

- l'employeur ne peut procéder de façon prématurée au licenciement sans prendre en considération la possibilité retenue par l'IT de reclassement sur un poste aménagé³⁶, et, en poursuivant une procédure de licenciement sans attendre la décision du recours, l'employeur « méconnaît les exigences de l'article L.241-10-1 » (L.4624-1 nouveau Code du travail),

³⁴ Cassation Sociale 08/04/04

³⁵ Cassation Sociale 28/01/04, n°01-46.913

³⁶ Cassation Sociale 28/01/04, n°01-46.913

- il est donc « loisible d'admettre que l'employeur, informé du recours exercé par le salarié, doive attendre, tant que le délai légal d'un mois n'a pas expiré, le résultat de ce recours » [55].

Si l'inspecteur du travail est saisi après un avis d'incapacité, il lui est recommandé d'instruire le dossier dans un délai tel que sa décision puisse intervenir avant celle de l'employeur [56]. En pratique, dans les cas où il est saisi avant la fin du délai d'un mois dont dispose l'employeur pour trouver une solution, il ne semble pas possible que la décision intervienne avant l'expiration de ce délai.

II.5.2. La décision consécutive à la contestation

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence sur les avis du médecin du travail appartient exclusivement à l'inspecteur du travail. Celui-ci n'ayant aucune compétence médicale et n'ayant pas accès au dossier médical, la loi prévoit ainsi l'intervention du médecin inspecteur du travail (art. L.4624-1 du CT).

Dans cette partie de notre travail nous allons nous intéresser au déroulement de la procédure aboutissant à la décision de l'inspecteur du travail, aux conséquences de celle-ci, ainsi qu'aux statuts et compétences de l'IT et du MIT.

A/ Statut et missions de l'inspecteur du travail

Fonctionnaires d'Etat, les inspecteurs du travail appartiennent à un corps régi par le statut de la fonction publique et un décret spécifique portant statut particulier à l'inspection du travail [57].

L'inspecteur du travail est placé sous la surveillance et le contrôle d'une autorité centrale, depuis le décret du 22 août 2006 et les décrets du 30 décembre 2008 relatifs à la fusion des services d'inspection du travail, ce rôle est assuré en France par la Direction Générale du Travail.

Les inspecteurs du travail bénéficient donc d'un statut de fonctionnaire public de catégorie A, ils sont recrutés par concours externe ou par promotion interne et suivent ensuite une formation auprès de l'Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (INTEFP) pendant une période de 18 mois.

Les missions de l'IT sont les suivantes [58] :

- Contrôle de l'application du droit du travail (Code du travail, conventions et accords collectifs) dans tous ses aspects : santé et sécurité, fonctionnement des institutions représentatives du personnel, durée du travail, contrat de travail..
- Conseil et information des employeurs, salariés et représentants du personnel sur leurs droits et obligations,
- Aide à la conciliation amiable entre les parties, notamment lors des conflits collectifs.

L'inspecteur du travail possède également un pouvoir de décision, et l'employeur doit, dans certaines situations prévues par le Code du travail, obtenir son autorisation avant d'agir. Il s'agit notamment des cas de licenciement de salariés protégés (délégués du personnel, membres du comité d'entreprise, médecins du travail..), de certains dispositifs relatifs à la durée de travail, du travail des jeunes...

Les agents de l'inspection du travail disposent d'un pouvoir d'investigation qui les autorise à pénétrer dans une entreprise et à la visiter sans avertissement préalable, mener une enquête en interrogeant les salariés ou en demandant communication de documents, à faire appel à des organismes agréés pour vérifier l'état des locaux et du matériel de travail.

Ces investigations et les constats qui en résultent peuvent donner lieu à des observations rappelant les règles en vigueur, des mises en demeure, des décisions de cessation d'activité, voire de procès-verbaux pour les infractions pénales ou à la saisine du juge des référés.

Dans son exercice, l'inspecteur du travail bénéficie du droit à l'indépendance, à la libre décision et à la protection contre les outrages, violences et tout obstacle à l'accomplissement de ses fonctions. Il doit agir en toute impartialité et discrétion tant à l'égard de l'employeur, des salariés que des représentants du personnel, il est tenu à la confidentialité des plaintes et au secret professionnel.

B/La compétence de l'inspecteur du travail dans la contestation

Rappelons que l'article L.4624-1 du Code du travail prévoit que l'avis du médecin du travail ne peut être contesté que par la voie du recours administratif auprès de l'inspecteur du travail qui a donc compétence exclusive pour statuer dans ce cas.

Dans certaines situations cependant, l'IT se déclarera incompétent. En effet, pour la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat, le recours devant l'IT ne peut avoir lieu qu'en cas de contestation de l'appréciation émise par le médecin du travail sur l'aptitude du salarié ou sur la nature des postes que le salarié peut occuper en raison de son aptitude médicale.

La compétence de l'inspecteur du travail est donc directement liée aux actes du médecin du travail et non aux décisions de l'employeur qui découlent de ces actes.

Il doit donc se déclarer incompétent si la contestation porte sur la prise en compte par l'employeur des mesures proposées par le médecin du travail. Il n'a pas à vérifier s'il existe dans l'entreprise des postes susceptibles d'être occupés par le salarié, et il n'a pas à se substituer à l'employeur pour vérifier l'existence de postes de reclassement [50].

Il existe d'autres situations dans lesquelles l'IT ne devra ou ne pourra pas statuer : salarié de la fonction publique, dossier portant sur un problème d'indemnisation par la Sécurité Sociale, absence d'avis du médecin du travail, annulation de la contestation par la partie à son origine.

C/L'intervention du médecin inspecteur du travail

Il apparaît surprenant que la décision relative à un litige sur l'aptitude d'un salarié, donc de nature médicale, revienne à l'inspecteur du travail qui n'a aucune compétence de cet ordre et n'a aucun droit d'accès au dossier médical du salarié concerné [54].

Comme le déclare Hervé Gosselin dans son rapport, le texte de loi sur le recours contre l'avis du médecin du travail est à l'origine « d'une des situations les plus extravagantes du droit du travail français », puisqu'il autorise les inspecteurs du travail « qui ont une formation juridique, à pratiquer des actes médicaux, en décidant éventuellement contre les médecins du travail, que les salariés sont physiquement aptes ou inaptes à tenir leur emploi ».

C'est pourquoi l'article L.4624-1 du Code du travail prévoit et exige que l'IT prenne sa décision « après avis du médecin inspecteur du travail ».

L'intervention du MIT n'est pas qu'une simple formalité, une décision qui serait prise sans qu'il ne se soit prononcé serait illégale. Jusqu'en 2001, ce médecin ne se positionnait pas en expert et ne pratiquait pas d'examen clinique du salarié, il vérifiait uniquement que le médecin du travail avait agi en conformité avec les obligations légales qui lui incombent. Depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 6 avril 2001, il y a nécessité qu'un autre médecin que le médecin du travail apprécie la situation du salarié.

D/ Le statut du médecin inspecteur du travail

Le médecin inspecteur du travail, rattaché au directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), exerce une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur leur lieu de travail et participe à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs (art. L.8123-1 du CT).

Il est docteur en médecine, spécialisé en médecine du travail, inscrit à l'Ordre des médecins et soumis au Code de déontologie médicale (articles L.4127-1 et R.4127-1 à R.4127-108 du Code de santé publique).

Son action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail. Le médecin inspecteur est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Il exerce une mission d'information et de conseil au bénéfice des médecins du travail (art. R.8123-1 du CT) et agit en liaison avec l'inspecteur du travail pour l'application de la réglementation relative à la santé au travail (art. L.8123-1 du CT).

Le MIT relève d'une double autorité : agent public, il relève de l'autorité du directeur régional du travail, sauf dans l'exercice des compétences qu'il tient directement des dispositions légales (art. R.8123-6 du CT), il est également placé sous l'autorité du chef de service de l'inspection médicale du travail (Direction Générale du Travail) pour l'exercice de ses compétences techniques (art. R.8123-7 du CT). Il est une des composantes du « système d'inspection du travail » [59].

Avant d'émettre un avis, les médecins du travail peuvent consulter le MIT (art. R.4624-32 du CT), son avis est préalablement requis à toute décision de l'IT relative au licenciement d'un médecin du travail (art. L.4623-5 du CT).

E/ Le médecin inspecteur du travail et la contestation

Le MIT tient une place cruciale dans la procédure de contestation. Son avis est obligatoirement requis par l'inspecteur du travail afin que celui-ci puisse prendre sa décision (art. R.4624-1 du CT), décision qui n'est pas nécessairement conforme à l'avis du MIT en dehors de certaines situations particulières. Il s'agit des cas de contestation concernant l'affectation de salariés à la manipulation ou à l'exposition à des agents chimiques dangereux, parmi lesquels les produits cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (art. R.4412-3 du CT), ou d'exposition à des rayonnements ionisants.

En dehors des cas précités, l'IT n'est pas tenu de suivre l'avis du MIT³⁷.

C'est l'inspecteur du travail qui doit solliciter le MIT et lui transmettre l'ensemble des pièces du dossier le plus rapidement possible (lettre de saisine, coordonnées postales et téléphoniques de l'employeur, du salarié, du médecin du travail, avis contesté), en effet, l'enregistrement de la saisine doit se faire uniquement par l'inspecteur du travail. A noter que si le MIT reçoit par erreur la lettre de contestation, il doit la transmettre immédiatement à l'inspecteur du travail car c'est la date de réception par l'Administration, qu'elle soit adressée à l'autorité compétente ou non, qui marque le début du délai de réponse de l'inspecteur du travail [60].

Le médecin inspecteur concerné est celui qui est compétent pour la région dans laquelle est implantée l'entreprise où travaille le salarié [51].

Seul le MIT a accès au dossier médical du salarié, lorsque la contestation émane de l'employeur, le salarié peut néanmoins refuser que le médecin du travail ne le lui communique. Il est donc le seul à même d'éclairer, dans le respect du secret médical, l'inspecteur du travail sur le différend, d'ordre purement médical.

³⁷ Conseil d'Etat 12/02/03, n°235869

La réglementation n'impose aucune procédure au médecin inspecteur pour rendre son avis. Il peut procéder à toute démarche qu'il juge utile : entretien avec les parties, examen du salarié, visite de l'entreprise, échange avec le médecin du travail [50].

Il ne doit pas se borner à vérifier que l'avis médical a été établi conformément aux dispositions du Code du travail et du Code de déontologie médicale [60], il doit également examiner le bien-fondé de l'avis du médecin du travail et se prononcer au fond sur l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail.

L'avis du MIT doit prendre en considération la situation du travailleur au moment où il l'émet, doit être écrit et ne pourra être communiqué aux parties qu'une fois la décision de l'IT rendue (article 2 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978). Il doit être motivé et exposer de façon détaillée, sans trahir le secret médical, tous les éléments permettant de dégager les capacités du salarié, qui trouvent leur origine dans son état de santé, au regard des caractéristiques particulières du poste de travail, qu'il convient de préciser également. Par ailleurs, selon les cas, les capacités du salarié à occuper d'autres postes ou bien les tâches qui peuvent lui être confiées seront également mentionnées [61].

F/ La procédure applicable à la prise de décision

L'inspecteur du travail dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date de réception de la demande de saisine, pour rendre sa décision.

Conformément à l'article 19 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000, l'inspecteur du travail doit, dès réception de la réclamation, en accuser réception en indiquant d'une part, qu'à défaut de réponse dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande, celle-ci sera implicitement rejetée, et, d'autre part, que cette décision implicite de rejet pourra être contestée dans un délai de deux mois. Nous détaillerons plus loin les modalités de recours contre la décision de l'inspecteur du travail.

Néanmoins celui-ci a toujours la possibilité de procéder à son retrait dans le délai de deux mois de recours contentieux, ce retrait devant être précédé de la mise en œuvre de la procédure contradictoire prévue par l'article 24 de la loi précitée du 12 avril 2000.

L'inspecteur du travail est tenu d'informer le salarié lorsque la contestation provient de l'employeur, cependant, comme nous l'avons dit précédemment, le salarié n'a pas l'obligation d'informer son employeur de l'exercice de son recours.

De même qu'aucune condition de délai n'est fixée par la loi pour la saisine de l'IT, aucune procédure, en dehors de la nécessité de prendre avis auprès du médecin inspecteur, n'est imposée à l'inspecteur sur la conduite à adopter pour rendre sa décision.

Si l'enquête sur place n'est pas obligatoire, elle est fortement recommandée, et, de la même façon, il est préférable d'instruire de façon contradictoire et en présence du médecin inspecteur [51]. Néanmoins, en l'absence de précision légale ou jurisprudentielle, la souplesse sur ce point semble de mise.

En Lorraine, le médecin inspecteur procède systématiquement à une enquête contradictoire sur place en présence, chaque fois que possible, de l'inspecteur du travail concerné. Les différentes parties (salarié, employeur, médecin du travail) sont alors entendues au cours d'entretiens individuels. Une visite des locaux et du poste de travail est généralement effectuée à la suite de ces entretiens.

Le champ d'investigation doit coïncider avec le champ de la contestation et consiste en une investigation sur l'action réalisée par le médecin du travail dans le cadre des dispositions réglementaires pour émettre un avis [7].

Le contrôle va porter sur les points suivants :

- étude de la forme : apprécier le nombre de visites réalisées dans le cadre d'une procédure d'inaptitude, délai entre les visites, étude de poste.

- vérifier le fond : apprécier si les propositions formulées par le médecin du travail sont suffisamment précises pour orienter l'employeur dans une recherche éventuelle de reclassement, si toutes les possibilités d'aménagement du poste ont été explorées...

Le fondement médical à l'origine de l'avis émis doit être examiné, via l'avis du MIT, dans le respect du secret médical.

G/ La décision de l'inspecteur du travail

La décision de l'IT, qui constitue une décision administrative, doit être motivée. L'inspecteur du travail ne peut se contenter d'infirmer ou de confirmer l'avis du médecin du travail, et cela d'autant plus que sa décision se substitue rétroactivement à celui-ci.

Dans une décision du 3 décembre 2003, le Conseil d'Etat rappelle les règles de motivation de la décision de l'inspecteur du travail, et la circulaire DRT n°2004-06 du 24 mai 2004 reprend l'ensemble des éléments relatifs à la motivation des avis et décisions sur l'aptitude médicale des salariés.

En effet, pour le Conseil d'Etat, « le médecin du travail doit indiquer, dans les conclusions écrites qu'il rédige à l'issue de visites médicales de reprise, les considérations de nature à éclairer l'employeur sur son obligation de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités et notamment les éléments objectifs portant sur ces capacités qui le conduisent à recommander certaines tâches en vue d'un éventuel reclassement dans l'entreprise ou à exprimer des contre-indications ».

Il ajoute « qu'une telle obligation, qui ne contraint pas le médecin à faire état des considérations médicales qui justifient sa position, peut être mise en œuvre dans le respect du secret médical » [61].

Après avoir précisé le contenu des conclusions écrites du médecin du travail, l'Administration affirme que l'obligation ainsi faite à ce dernier s'impose également à l'inspecteur du travail lorsque celui-ci, en cas de difficulté ou de désaccord, est amené à décider de l'aptitude d'un salarié. Dès lors, si l'inspecteur du travail « se borne à faire référence à l'avis du médecin inspecteur et que cet avis ne comporte pas plus d'indications de fait que la décision de l'inspecteur », cette dernière ne répondra pas à l'exigence de motivation du Code du travail, et, en cas de recours, ne pourra qu'être annulée [62].

La décision de l'inspecteur du travail doit donc justifier par des considérations de fait précises, notamment tirées de l'avis du MIT, son appréciation sur l'aptitude, elle comporte notamment les éléments suivants :

- description du poste effectivement occupé par le salarié,
- éléments objectifs portant sur les capacités du salarié au regard du poste actuel (exemples : contre-indication à la station debout de plus de x heures, contre-indication au port de charges de plus de x kg),
- recommandations et contre-indications à exercer certaines tâches.

Les recommandations formulées ne privent en aucun cas l'employeur de ses prérogatives en matière d'appréciation de la compétence professionnelle du salarié et de la détermination des postes qu'il entend proposer pour un éventuel reclassement.

La décision ne doit comporter, en outre, aucun élément couvert par le secret médical.

II.5.3. Portée et conséquences de la décision de l'inspecteur du travail

La décision rendue à l'issue de la contestation est importante puisqu'elle est susceptible d'avoir des conséquences sur le contrat de travail, son exécution, sa modification ou sa rupture.

En effet, comme cela a été précisé dans la décision du Conseil d'Etat du 16 avril 2010, la décision de l'inspecteur du travail prive de toute portée l'avis antérieur du médecin du travail et produit ses effets à la date d'émission de l'avis du médecin du travail et non à celle où s'est prononcé l'IT, peu importe qu'à la date du premier avis, l'aptitude du salarié ait pu se présenter différemment [54].

A/ Les avis d'aptitude

Les confirmations d'avis d'aptitude sont a priori sans conséquence nouvelle sur le contrat de travail. Qu'en est-il des avis d'aptitude infirmés?

Cette situation donne lieu à trois cas de figure :

- un nouvel avis d'aptitude peut être rédigé avec, selon les cas, ajout, suppression ou modification d'une restriction ou d'un aménagement,
- rédaction d'un avis d'inaptitude susceptible de déboucher sur un licenciement en cas d'impossibilité de reclassement,
- rédaction d'un avis similaire si l'infirmité concerne la procédure d'émission de l'avis.

Il semble par ailleurs que, lorsque l'inspecteur annule un avis d'aptitude, le contrat de travail est suspendu et le salarié ne peut prétendre au paiement des salaires³⁸.

B/ Les avis d'inaptitude

L'employeur a pu être amené à prendre une décision suite à l'avis du médecin du travail. Lorsque l'inspecteur du travail se prononce sur cet avis dans le cadre de l'article L.4624-1 du Code du travail, la Cour de Cassation précise quelle doit être la conduite à tenir vis-à-vis du salarié dans les diverses situations.

Nous allons tout d'abord considérer le cas où l'inspecteur confirme l'avis d'inaptitude.

La confirmation de l'inaptitude ne modifie pas les suites envisagées à l'issue de l'avis initial du médecin du travail (reclassement ou à défaut licenciement) [56], contrairement à l'annulation. Cependant, si le licenciement est envisagé ou en cours, la décision de l'inspecteur du travail ne constitue en aucun cas une autorisation à celui-ci³⁹.

En effet, la décision de l'IT est une décision administrative à caractère exécutoire, qui reste juridiquement indépendante de la décision de licenciement, ce qui a été nettement affirmé par la Cour de Cassation Sociale en février 1992.

Néanmoins, si le licenciement est envisagé, la procédure sera probablement poursuivie dès confirmation de l'inaptitude par l'inspecteur.

Quel sera le sort du salarié si l'inspecteur du travail remet en cause l'avis d'inaptitude précédemment émis ?

³⁸ Cassation Sociale 10/11/04, n°02-44.926

³⁹ Cassation Sociale 19/02/92, n°88-40.670

En janvier 2010, la Cour de Cassation affirme que si le salarié a été affecté à un autre emploi suite à cet avis d'inaptitude, il doit être réintégré dans son emploi antérieur⁴⁰.

On ne peut que s'interroger sur le devenir du salarié licencié dans le cadre d'une inaptitude médicale et pour lequel l'IT annulerait l'avis du médecin du travail.

Dans la plupart des cas, le licenciement n'est pas nul mais dépourvu de cause réelle et sérieuse⁴¹.

Ainsi, même s'il est vrai qu'au moment des faits le licenciement a pu légitimement être prononcé, il pourra être requalifié en un licenciement privé de cause si l'avis d'inaptitude qui l'avait motivé vient à être annulé⁴².

Le salarié a alors droit, non pas à sa réintégration dans l'entreprise, mais à une indemnité qui ne peut être inférieure au salaire des six derniers mois⁴³ (art. L.1235-3 du CT), voire à douze mois de salaires si l'inaptitude était en rapport avec une maladie professionnelle ou un accident de travail (art. L.1226-15 du CT).

Dans d'autres cas, le licenciement peut être considéré comme nul. La nullité du licenciement peut survenir si l'inaptitude du salarié n'a pas été juridiquement constatée, faute de respect de la procédure prévue par l'article R.4624-31 du Code du travail⁴⁴.

Le licenciement nul ouvre alors droit pour le salarié à la réintégration dans son emploi, ou à défaut, dans un emploi équivalent⁴⁵ [63].

⁴⁰ Cassation Sociale 28/01/10, n°08-42.702

⁴¹ Cassation Sociale 08/04/04, n°01-45.693

⁴² Cassation Sociale 26/11/08, n°07-43.598

⁴³ Cassation Sociale 04/10/07, n°06-43.131

⁴⁴ Cassation Sociale 16/05/00, n°97-42.410 ; Cassation Sociale 20/09/06, n°05-40.241

⁴⁵ Cassation Sociale 26/05/04, n°02-41.325

Dans l'hypothèse où le salarié ne réclame pas sa réintégration, il a droit, indépendamment de l'indemnité de licenciement et de l'indemnité compensatrice de préavis, à la réparation du licenciement jugé illicite et à des dommages et intérêts, au titre du préjudice.

II.5.4. Les voies de recours contre la décision de l'inspecteur du travail

La décision de l'inspecteur du travail, tout comme l'avis du médecin du travail, peut faire l'objet d'une contestation. Les voies de recours sont notifiées sur la décision de l'inspecteur du travail.

Les recours ouverts contre la décision de l'inspecteur du travail sont les suivants :

- recours gracieux, devant l'inspecteur du travail lui-même,
- recours hiérarchique, auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,
- recours contentieux, devant le tribunal administratif, avec possibilité d'appel auprès de la Cour administrative et en dernier ressort auprès du Conseil d'Etat.

Les divers recours doivent être introduits dans les 2 mois à dater de la notification de la décision, ils n'ont pas d'effet suspensif. Les conséquences des recours sont identiques à celles de la décision de l'inspecteur du travail.

III. Préambule à l'étude des contestations de l'avis des médecins du travail lorrains : données existantes sur la population salariée et la santé au travail en Lorraine

III.1. Introduction

Dans cette partie de notre travail, nous allons dresser, afin d'établir les bases nécessaires à notre étude, un bref état des lieux de la population salariée en Lorraine et de quelques-unes de ses caractéristiques à partir des données disponibles actuellement, ainsi que de l'organisation de la santé au travail en Lorraine de 2003 à 2010.

Les données chiffrées sont issues des diverses sources de recensement de la population [64] et de l'analyse des rapports administratifs et financiers provenant des directions des services de santé au travail agréés, ainsi que des rapports annuels d'activité établis par chaque médecin du travail. Ces différents rapports sont transmis chaque année au médecin inspecteur du travail. Ceux ne relevant pas d'un agrément par la DIRECCTE sont donc exclus, il s'agit des services d'EDF, de la SNCF, de la MSA (Mutualité Sociale Agricole), et des services de médecine préventive des fonctions publiques territoriale, d'état et hospitalière.

Cette analyse a fait l'objet d'un travail de thèse en 2010 portant sur une synthèse des rapports administratifs de 1998 à 2008 et des rapports annuels d'activité de 2006 à 2008 [18]. Les rapports de 2009 et 2010 n'ayant pas été traités de manière synthétique, nous ne disposons pas de données chiffrées précises pour ces deux années, et nous limiterons donc nos propos aux dernières données disponibles, soit celles de 2008.

III.2. La population salariée en Lorraine

III.2.1. Répartition géographique

Selon les chiffres recueillis au dernier recensement de population en janvier 2007, la région Lorraine comptait alors 1 075 399 actifs, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, la plupart travaillant en Moselle (481 671 personnes, soit 44.8% des actifs) et en Meurthe-et-Moselle (333 822 personnes, soit 31% des actifs). La Meuse est le département qui compte le moins de personnes actives (87 611, soit 8.1% des actifs). Ces données ne font pas la distinction entre les fonctions publiques et privées.

III.2.2. Répartition en fonction du sexe et de l'âge

L'étude de la répartition hommes-femmes de cette population montre une légère prédominance masculine, avec 578 946 hommes actifs, soit 53.8%, contre 496 453 femmes actives, soit 46.2%.

En Lorraine, près de 78% des actifs ont entre 25 et 54 ans. Les tranches des 15-24 ans et 55-64 ans représentaient respectivement en 2007, 13 et 9% de la population salariée de la région.

III.2.3. Répartition selon les catégories socioprofessionnelles

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les « employés » (31.1%), les « ouvriers » (29.7%) et enfin les « professions intermédiaires » (22.7%). La catégorie des « agriculteurs exploitants » est en très nette minorité avec seulement 1.3% des actifs.

Tableau I : Répartition au 1^{er} janvier 2007 de la population active en Lorraine selon le département et la catégorie socioprofessionnelle.

	Meurthe- et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
	n	n	n	n	n
Agriculteurs exploitants	3 044	3 758	3 437	3 626	13 865
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	14 055	4 393	19 421	10 001	47 869
Cadres, professions intellectuelles supérieures	43 657	6 513	51 368	13 986	115 524
Professions intermédiaires	82 072	16 737	109 619	35 921	244 349
Employés	105 017	27 873	152 227	49 276	334 394
Ouvriers	85 977	28 337	145 600	59 485	319 398
Total	333 822	87 611	481 671	172 295	1 075 399

III.3. La Santé au Travail en Lorraine

III.3.1. Le nombre de salariés suivis

Selon l'analyse des rapports administratifs des services de santé au travail lorrains, en 2008, un peu plus de 530 000 salariés bénéficiaient d'un suivi par la médecine du travail.

La différence notable avec les chiffres issus du recensement de 2007 concernant la population active en Lorraine peut s'expliquer par :

- La prise en compte dans les chiffres du recensement de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles, en particulier l'absence de distinction entre le statut de salarié et de chef d'entreprise. Or seuls les salariés bénéficient réglementairement d'un suivi par la médecine du travail.

- L'intégration des salariés des régimes dits « particuliers », non pris en compte dans l'analyse des rapports annuels: salariés d'EDF, de la SNCF, de la MSA et de la fonction publique (territoriale, d'état ou hospitalière).

Depuis 2003, le nombre de salariés suivis par les services de santé au travail lorrains a diminué de 2.8% passant de 546 462 à 531 082 en 2008.

III.3.2. Les Services de Santé au Travail

En 2008, les 531 082 salariés suivis le sont pour la plupart en service interentreprises.

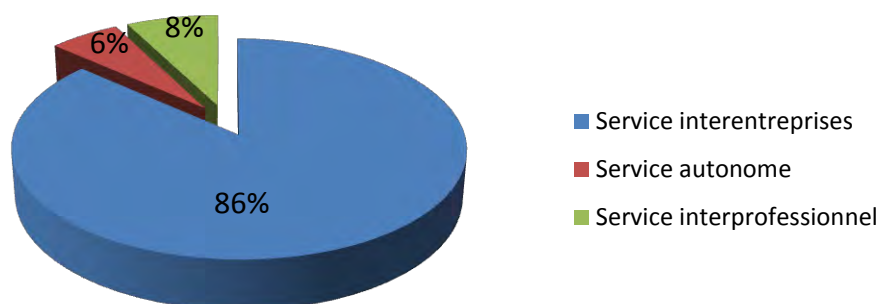


Figure 1 : Répartition des salariés lorrains en 2008 selon le type de SST

On compte actuellement 25 services de santé au travail en Lorraine :

- 8 services interentreprises,
- 3 services interprofessionnels spécifiques au BTP,
- 14 services autonomes.

A/ Les services interentreprises

Ils assurent le suivi de tous les salariés, quels que soient leurs domaines professionnels, à l'exception des secteurs agricoles et des bâtiments et travaux publics.

On distingue :

- En Meurthe-et-Moselle (54) : l'Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail (ALSMT),
- En Meuse (55) : le Service Médical Interprofessionnel Meusien (SMIM),
- En Moselle (57)) : l'Association de Santé au Travail de Lorraine Nord (AST LOR'N), le Centre Interentreprises de Santé au Travail de Thionville (CIST Thionville), et le Service Interentreprises de Médecine du Travail de la région de Rosselle sur Nied (SIMT Rosselle-Nied),
- Dans les Vosges (88) : l'Association Déodatienne de Réalisation et d'Etudes de Services Sociaux d'Entreprises (ADRESSE), l'Association pour la Santé au Travail d'Epinal et sa région (ASTER), le Service de Santé au Travail de Remiremont et ses environs.

B/Les services interprofessionnels spécifiques du BTP

Les salariés du BTP et des activités connexes aux BTP bénéficient d'un suivi auprès du service interprofessionnel du département dont dépend leur entreprise.

On distingue :

- En Meurthe-et-Moselle (54) : le Service Médical et Social du Travail du BTP (SMST-BTP),
- En Meuse (55) : le Service de Santé au Travail du BTP (SST-BTP),
- En Moselle (57) : le Service Interentreprises de Santé au Travail du BTP et activités connexes (SIST-BTP),
- Dans les Vosges (88) : il n'existe pas de service spécifique au BTP, le suivi des salariés est assuré par les services interentreprises du département.

C/Les services autonomes

On compte 6 services d'entreprises ou d'établissements et 10 services inter établissements. Neuf se trouvent en Meurthe-et-Moselle, sept en Moselle, un dans les Vosges, aucun en Meuse.

III.3.3.Les médecins du travail

En 2009, on dénombre 218 médecins du travail exerçant dans les services de santé au travail lorrains agréés alors qu'ils étaient 234 en 2008 et 253 en 2003.

Cette baisse semble progressive mais constante et peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont le plus notable est l'importance des départs en retraite des médecins du travail, qui ont pour près de 80% d'entre eux plus de 50 ans, difficilement compensés par l'arrivée de nouveaux médecins plus jeunes.

De plus, nombreux sont les médecins travaillant à temps partiel, ce qui contribue à accroître leur déficit en terme d'équivalent-temps plein. Ainsi en 2008, on ne compte plus que 192.1 d'ETP de médecins du travail, alors que ce chiffre s'élevait à 224.2 d'ETP en 2003.

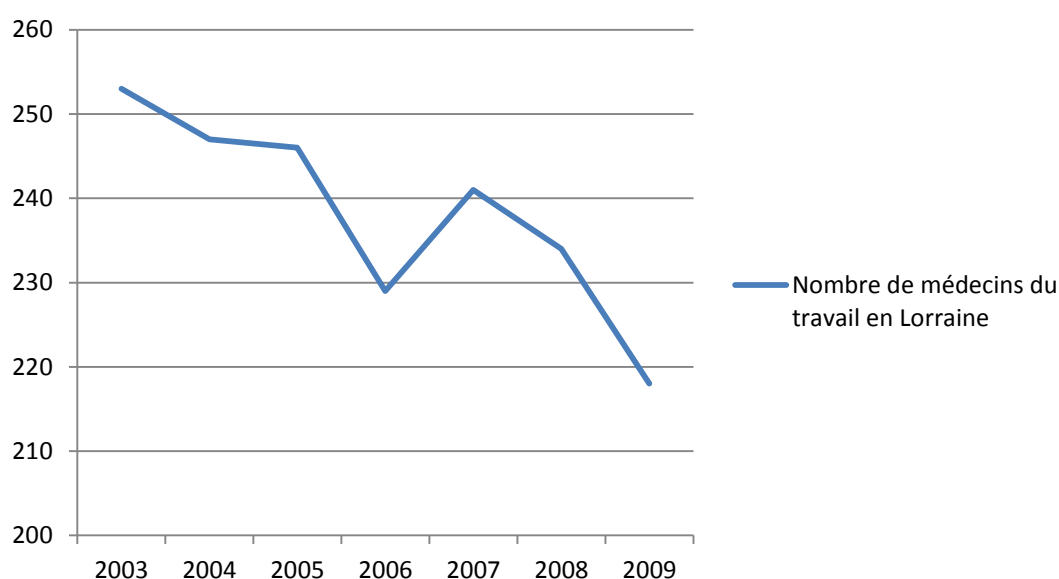


Figure 2 : Evolution du nombre des médecins du travail en Lorraine entre 2003 et 2009

On trouve la plupart des médecins du travail de Lorraine en services interentreprises ou interprofessionnels puisque, en 2008, 206 d'entre eux (soit 88%) y exercent leur activité ce qui représente 169.2 d'ETP contre seulement 22.9 ETP en services autonomes.

III.3.4.Les visites médicales

Dans cette partie de l'analyse des rapports annuels d'activité des médecins du travail, ont été distinguées les visites médicales périodiques des visites dites non périodiques.

Selon la réglementation (articles R. 4624-16 à R. 4624-20 du Code du travail), les salariés bénéficient d'une visite périodique au moins tous les 24 mois afin de s'assurer du maintien de leur aptitude à leur poste de travail.

Cette visite est plus rapprochée (tous les 6 à 12 mois) en cas de surveillance médicale renforcée (situations détaillées dans l'arrêté du 11 juillet 1977 et les décrets spéciaux joints en annexe).

Les visites non périodiques regroupent les autres visites :

- Les visites d'embauche : elles ont pour objet de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail qu'il va occuper, de proposer si nécessaire une adaptation du poste ou l'affectation à un autre poste de travail et de rechercher une affection dangereuse pour les autres salariés (art. R. 4624-11 du Code du travail),

- Les visites de reprise : elles sont obligatoires après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé maternité, après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail, après une absence d'au moins 21 jours pour maladie ou accident d'origine non professionnelle et en cas d'absences répétées pour raison de santé. Ces visites ont pour but d'apprécier l'aptitude du salarié à reprendre son ancien emploi et/ou la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et/ou une réadaptation du salarié (art. R. 4624-21 du Code du travail),

- Les visites de pré-reprise : lorsqu'une modification de l'aptitude du salarié est prévisible, ce type de visite peut être demandé par le salarié, le médecin traitant ou le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail, afin de faciliter la recherche des mesures nécessaires (art. R.4624-23 du Code du travail),

- Les visites occasionnelles : elles peuvent être demandées à tout moment par le salarié, ou l'employeur dans le cadre d'une problématique de santé au travail (art. R.4624-18 du CT).

En s'appuyant sur l'analyse des rapports annuels d'activité des médecins du travail lorrains, en 2008 ont été réalisées 1303.3 visites médicales périodiques par ETP soit environ 250 364 pour l'ensemble des médecins (en partant sur une base de 192.1 ETP de médecins en 2008), et 991.2 visites non périodiques par ETP soit environ 190 409 au total. Pour cette année-là donc, nous arrivons à près de 440 773 examens médicaux réalisés par les médecins du travail lorrains, tous services confondus.

On note par ailleurs une augmentation régulière des visites non périodiques puisque, entre 2006 et 2008, le nombre de celles-ci est passé de 939.3 à 991.2 par ETP soit une croissance de 5.5%.

III.3.5. Les conclusions des examens médicaux

En 2008, 381 947 avis ont été émis à l'issue des différents examens médicaux réalisés par les médecins du travail, dont 324 247 l'ont été dans les services interentreprises (84.9%).

Sur l'ensemble de ces avis, 90% d'entre eux étaient des avis d'aptitude. L'inaptitude, qu'elle soit temporaire, au poste, ou à tous postes dans l'entreprise, est rare puisqu'elle n'est prononcée que dans 2.4% des cas.

On observe une légère différence de répartition des avis entre les services autonomes et les services interentreprises ou interprofessionnels, notamment en ce qui concerne les aptitudes avec restriction ou aménagement. La part de celles-ci est en effet plus importante dans les services autonomes dans lesquels il existe plus de possibilités de mise en place d'aménagement du poste de travail ou de restriction que dans les autres services de santé au travail en particulier ceux spécifiques aux BTP.

En 2003, 447 124 avis avaient été prononcés, parmi eux on dénombrait 92.8% d'avis d'aptitude, 5.4% d'avis d'aptitude avec restriction ou aménagement, et donc seulement 1.8% d'avis d'inaptitude.

Tableau II : Répartition des avis émis en 2008 selon le type d'avis et le type de SST

	Aptitude		Aptitude avec restriction ou aménagement		Inaptitude		Nombre total d'avis
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	
Service interentreprises	295 261	91.1	21 529	6.6	7 457	2.3	324 247
Service interprofessionnel	28 430	91.9	1 733	5.6	780	2.5	30 943
Service autonome	21 859	81.7	4 130	15.4	768	2.9	26 757

IV. Etude des contestations des avis des médecins du travail lorrains

IV.1. Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin inspecteur du travail joue un rôle important dans la procédure de contestation, puisque, selon l'article L. 4624-1 du Code du travail, l'inspecteur du travail « *prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail* ».

Pour s'aider dans son cheminement, le médecin inspecteur du travail constitue un dossier propre à chaque contestation, dans lequel il collige chaque élément qu'il estime nécessaire à la réalisation de son enquête et à l'émission de son avis. Chaque dossier est ensuite stocké et archivé en fin de procédure à la DIRECCTE.

Le contenu de ce dossier n'est pas fixé réglementairement, chaque MIT est libre d'y intégrer ce qu'il juge utile à l'exercice de ses fonctions.

Néanmoins, il se compose habituellement :

- d'une copie de la demande de saisine de l'inspecteur du travail,
- de la copie de l'avis contesté,
- d'une copie du dossier médical du salarié concerné par l'avis,
- des notes prises par le MIT lors des entretiens avec le médecin du travail, le salarié et l'employeur, et lors de la visite du lieu de travail et du poste de travail,
- de l'avis du MIT,
- de la décision de l'inspecteur du travail.

Peuvent également y figurer le cas échéant, la demande de recours (gracieux, hiérarchique ou contentieux) et les suites données à celui-ci.

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi dans un premier temps de réaliser une étude rétrospective des dossiers de contestation de l'avis du médecin du travail traités de 2003 à 2010, au sein de l'Inspection Médicale du Travail pour la région Lorraine. Les différentes informations ont été recueillies par l'étude des dossiers constitués par le MIT de la région dans le but d'extraire et d'analyser les caractéristiques des contestations et d'observer leur évolution au fil du temps.

Dans un second temps, nous avons sollicité certains médecins du travail lorrains par l'intermédiaire d'un rapide questionnaire dans le but d'une part de recueillir leurs ressentis et impressions quant à la démarche de contestation d'un de leur avis, et d'autre part pour tenter de connaître le devenir professionnel des salariés concernés à l'issue de la décision de l'inspecteur du travail.

IV.2. Méthodologie

IV.2.1. Protocole du bilan 2003-2010 des contestations d'avis du médecin du travail en Lorraine

A/Critères d'inclusion

Ont été inclus les dossiers de contestations:

- des avis des médecins du travail de Lorraine,
- tous services de santé au travail confondus à l'exception des services des transports (SNCF,...), pour lesquels, jusqu'en 2009, les recours contre l'avis du médecin du travail n'étaient pas traités à la DIRECCTE mais au sein de l'Inspection Médicale des Transports,

- ayant fait l'objet d'une enquête entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2010,
- pour lesquels une décision de l'inspecteur du travail a été rendue après avis du MIT.

Ont été traités séparément et de manière moins approfondie en raison du grand nombre de données manquantes, les dossiers qui n'ont pas été menés à terme en raison :

- d'un abandon de la procédure, précédemment ou en cours d'enquête, par la personne à l'origine de la contestation,
- d'un rejet du recours par l'inspecteur du travail dès sa saisine soit avant enquête,
- ou encore lorsque l'inspecteur du travail se déclare finalement incompétent après avis du MIT.

Selon l'ensemble des critères cités, 224 dossiers de contestations ont été retenus pour notre étude principale. Au cours de la même période, 28 dossiers n'ont pas abouti à une décision de l'inspecteur du travail, ils seront abordés lorsque nous traiterons la question des suites données aux demandes de contestation.

B/ Les variables recueillies

- **Les caractéristiques socioprofessionnelles de la population des salariés concernés par les avis contestés**

Nous nous sommes intéressés à :

- leur sexe,
- leur âge au moment de la contestation, avec distinction de cinq tranches d'âge à savoir : inférieur ou égal à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50 ans, 51 à 60 ans, supérieur ou égal à 61 ans,

- leur catégorie socioprofessionnelle, obtenue en se référant à la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des employés-salariés d'entreprise PCS-ESE 2003, niveau 2 (joint en annexe), ramené dans un second temps au niveau 1 pour limiter le nombre de variables,

- leur secteur d'activité, en se basant sur la nomenclature d'activités française révision 2, 2008, niveau 2 (joint en annexe), rapporté ultérieurement au niveau 1 pour les raisons sus-citées.

- **Les caractéristiques des avis contestés**

Il s'agit :

- de leur nombre,
- du contestataire, c'est-à-dire la personne à l'origine de la contestation, en pratique le ou la salarié(e), ou l'employeur,
- de la nature de l'avis contesté. Pour cela, nous avons distingué trois types d'avis : les avis d'aptitude, les avis d'aptitude avec restriction ou aménagement (dans les faits la distinction entre ces deux types d'avis n'est pas toujours évidente, c'est pourquoi nous les avons regroupés), et les avis d'inaptitude qui englobent volontairement les inaptitudes au poste de travail, les inaptitudes à tous postes dans l'entreprise et les inaptitudes temporaires,
- pour les avis d'inaptitude seulement, du type de procédure : procédure « classique » en deux visites médicales espacées de deux semaines au moins, ou procédure dite « pour danger immédiat » en une seule visite,

- du type de visite au cours de laquelle l'avis contesté a été émis. Nous avons fait la distinction entre les visites périodiques et les visites non périodiques que nous avons ensuite détaillées en visites de reprise, visites d'embauche, visites occasionnelles à la demande (du salarié, de l'employeur, du médecin du travail..). Les visites de pré-reprise, ne donnant pas lieu à la délivrance d'un avis par le médecin du travail, ne sont donc pas concernées par notre problématique,

- du délai entre la date d'émission de l'avis contesté et la date de saisine de l'inspecteur du travail (date d'arrivée à l'Inspection du Travail de la demande de recours),

- du type de SST où a été prononcé l'avis contesté, et de sa localisation géographique (département).

- **Les caractéristiques des pathologies ayant motivé l'avis contesté**

Pour cette partie, nous avons choisi de regrouper les pathologies par grandes spécialités : rhumatologie, psychiatrie, cardiologie, pneumologie..

Les spécialités dans lesquelles ont été observés de nombreux cas de contestations, ont fait l'objet par la suite d'une analyse plus détaillée. C'est le cas des pathologies rhumatologiques et psychiatriques auxquelles nous avons porté une attention plus particulière du fait de leur importante fréquence de survenue dans nos observations.

- **Les suites des contestations**

Pour les suites données aux contestations, nous avons relevé :

- l'avis du médecin inspecteur du travail, pour lequel nous emploierons les termes de validation ou non validation de l'avis du médecin du travail,
- la décision de l'inspecteur du travail, qualifiée de confirmation ou d'annulation de l'avis du médecin du travail,
- les divergences entre l'avis du MIT et la décision de l'IT,
- l'existence d'un recours contre la décision de l'inspecteur du travail, l'origine de ce recours (employeur ou salarié) et ses suites en termes de confirmation ou d'annulation de la décision de l'inspecteur du travail.

Dans cette partie, nous intégrerons également dans notre analyse les 28 dossiers qui n'ont pas abouti à une décision de l'inspecteur du travail. Nous distinguerons alors les abandons de procédure liés à :

- une annulation de la demande de la part du contestataire initial,
- un rejet de la demande dès la saisine de l'inspecteur du travail,
- un rejet de l'inspecteur du travail après réalisation de l'enquête.

C/ Méthode d'analyse

Nous allons dans un premier temps effectuer une analyse univariée de l'ensemble de nos variables. Les variables qualitatives seront décrites par leur moyenne, médiane et leur étendue.

Les variables quantitatives seront décrites par leur effectif. Ensuite, nous réaliserons une analyse bivariée classique des liens :

- entre la variable à expliquer (contestation d'aptitude ou d'inaptitude, contestation par l'employeur ou le salarié) et les variables explicatives, à savoir :
 - les variables individuelles (âge, sexe...),
 - les variables socioprofessionnelles (CSP, NAF...),
 - les variables médicales (pathologies...) ;
 - les variables de santé au travail (visite, avis du MIT, avis inspecteur du travail...).

L'analyse bivariée fera appel aux statistiques classiques :

- test de Student pour comparer 2 moyennes observées si les conditions d'application sont remplies (normalité des distributions et égalité des variances), à défaut test non paramétrique de Mann-Whitney,
- test du χ^2 pour les variables qualitatives si conditions d'application remplies (effectifs théoriques supérieurs à 5) sinon test exact de Fisher.

IV.2.2. Protocole du questionnaire aux médecins du travail

A/Objectifs et intérêts

L'analyse des dossiers de contestation faite précédemment en Lorraine, montre qu'une fois l'enquête réalisée et la décision de l'inspecteur du travail rendue, la connaissance des suites données à la saisine est anecdotique.

Or l'impact d'un avis, qu'il soit d'aptitude, avec ou sans aménagement, ou d'inaptitude, et donc par la suite d'une procédure de contestation, peut être considérable en termes de modification ou rupture du contrat de travail. Il nous a donc semblé essentiel d'essayer de savoir ce qu'étaient devenus les salariés concernés, à l'issue de cette démarche.

Pour cela, nous avons choisi de solliciter un certain nombre de médecins du travail de la région afin de les interroger sur leur connaissance du devenir professionnel de ces personnes. Pour des raisons pratiques et déontologiques, nous n'avons pas souhaité questionner sur ce point les employeurs ou les salariés. Il nous a semblé que les médecins du travail étaient les mieux placés pour nous apporter des réponses objectives de par leur situation privilégiée pour connaître l'évolution d'un salarié et de son poste de travail.

D'autre part, si la contestation d'un avis n'est pas anodine pour le salarié, il semble qu'il puisse en être de même pour le médecin du travail qui a prononcé l'avis initial. En effet, certains des médecins que nous avons rencontré au cours de notre expérience professionnelle, paraissaient déstabilisés par cette démarche, d'autres, au contraire, n'y voyaient là qu'un « droit du salarié ou de l'employeur ».

Nous avons donc cherché à savoir ce que représente, en plus de la simple notion de désaccord figurant dans l'article L. 4624-1 du Code du travail, la démarche de contestation pour les médecins du travail l'ayant vécue, et quels en ont été leur analyse et leur ressenti. Est-ce pour eux une véritable remise en cause de leur pratique professionnelle, une marque de désaveu ou bien seulement une procédure administrative parmi tant d'autres ? Comment ont-ils vécu la procédure, l'enquête menée par le MIT et l'inspecteur du travail ? C'est à ces questions que nous allons tâcher de répondre par notre étude.

B/ Matériel et méthodes

La méthode choisie a été celle d'un questionnaire adressé nominativement à chaque médecin du travail retenu selon les critères que nous allons détailler un peu plus loin, et individualisé pour chaque dossier de contestation. Sur le questionnaire (joint en annexe) figuraient donc l'année d'émission de l'avis contesté, le nom du salarié concerné par l'avis, ainsi que l'entreprise où il travaillait lorsque l'avis a été prononcé.

Les critères d'envoi ont été les suivants :

- Médecins du travail lorrains encore en activité en 2011, dont au moins un avis a fait l'objet d'une contestation entre 2008 et 2010. Seules les années 2008, 2009 et 2010 ont été retenues par volonté de limiter les éventuelles données manquantes liées aux départs de médecins du travail (retraite, changement de service, décès..). Les médecins en retraite au moment de l'envoi des questionnaires n'ont donc pas été sollicités, de même que ceux ayant changé de SST après la contestation.

- Pour tous les avis contestés sur cette période, quelle que soit la décision de l'IT, à l'exception de ceux qui n'ont pas abouti à une décision de celui-ci en raison d'une annulation ou d'un rejet.

Selon ces critères, 68 médecins du travail ont été retenus, 88 questionnaires ont été envoyés (certains médecins ont vu plusieurs de leurs avis contestés).

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale depuis la DIRECCTE le 15 avril 2011, avec une date limite de retour fixée au 15 mai 2011. Ils étaient accompagnés d'une lettre rappelant l'objet de la thèse, le but du questionnaire, les noms et prénoms du salarié et le nom de l'entreprise concernée.

C/ Contenu du questionnaire

Pour la connaissance du devenir professionnel des salariés, nous avons posé quatre questions dont trois proposaient des réponses binaires (oui/non) et une des réponses à choix multiples.

Il s'agissait de savoir :

- si les médecins avaient connaissance du devenir du salarié pour lequel l'avis émis avait été ensuite contesté,
- si tel était le cas, quelles avaient été les conséquences pour le poste et le contrat de travail du dit salarié (maintien au poste, aménagement du poste, reclassement, licenciement, formation),
- pour les salariés licenciés, si les médecins avaient la notion que ceux-ci avaient trouvé un nouvel emploi.

Pour la pertinence de l'analyse, toutes les informations recueillies ont été ensuite mises en relation avec la nature de l'avis contesté (aptitude, aptitude avec aménagement ou restriction, inaptitude), le contestataire et la décision de l'inspecteur du travail.

Concernant le vécu et l'analyse de la contestation par les médecins du travail, nous avons pris le parti de leur poser une seule question ouverte afin de les laisser s'exprimer librement sur le sujet et de recueillir leurs paroles.

Pour le recueil de l'information et son analyse, nous avons regroupé celle-ci sous différents items :

- bon vécu de la contestation,
- mauvais vécu,

- remise en question personnelle,
- vécu neutre ou non communiqué,
- s'attendait à voir son avis contesté,
- s'étonne d'avoir vu son avis contesté,
- a apprécié l'aide du MIT au cours de la procédure,
- juge la contestation infondée,
- pense que l'objet de la contestation n'était pas l'avis en lui-même et avait d'autres enjeux.

D/ Méthode d'analyse

La première partie du questionnaire (« devenir des salariés ») fera l'objet d'une analyse descriptive des variables recueillies.

Pour la partie concernant « le vécu de la contestation par les médecins du travail », les différentes observations ont d'abord été regroupées sous les thèmes précités, leur restitution se fera sous la forme de « paroles de médecins du travail » afin de conserver les commentaires tels qu'ils ont été émis.

IV.3. Résultats du bilan 2003-2010 des dossiers de contestation des avis des médecins du travail lorrains

IV.3.1. Résultats descriptifs

A/ Les caractéristiques socioprofessionnelles de la population des salariés concernés par les avis contestés

Le sexe

Cette variable a été renseignée dans chaque dossier de contestation.

Sur les 224 dossiers retenus pour notre étude, 125 concernaient des hommes (55.8%) et 99 des femmes (44.2%). On trouve donc une légère prédominance masculine tout comme dans la population générale active en Lorraine (pour mémoire : 53.8% d'hommes, 46.2% de femmes).

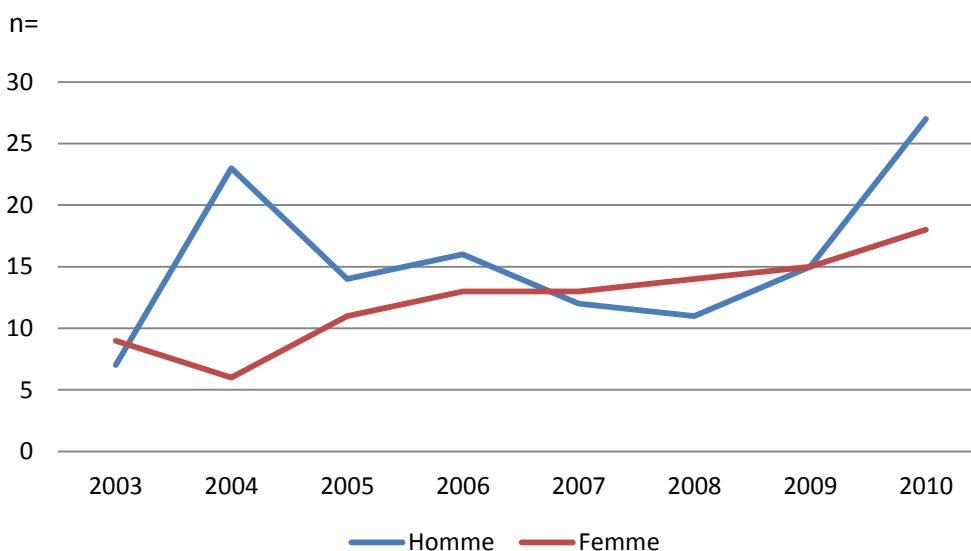


Figure 3 : Répartition des avis contestés selon le sexe des salariés et l'année

Néanmoins, si en 2003 la répartition était presque paritaire (7 avis « masculins », 9 avis « féminins »), en 2010 par contre, la dichotomie est plus franche puisqu'on dénombre 27 avis concernant des hommes et seulement 18 pour des femmes.

L'âge

Cette variable a été renseignée dans 221 dossiers.

L'âge moyen des salariés au moment de la contestation est de 44.2 ans, pour des extrêmes à 23 et 66 ans et une médiane à 45 ans.

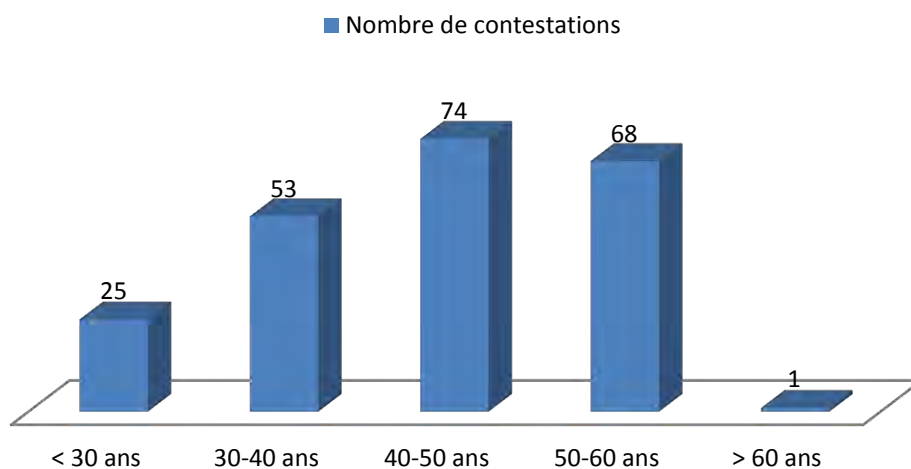


Figure 4 : Répartition par tranches d'âge des salariés concernés par les contestations entre 2003 et 2010

La tranche d'âge la plus concernée est celle des « 40-50 ans » (33.5%), et près de deux tiers des avis contestés ont été émis pour des personnes âgées de plus de 40 ans.

En revanche, la tranche d'âge des « plus de 60 ans » est très peu touchée (0.5% des dossiers), et 90% des contestations concernent des salariés de moins de 56 ans.

Dans 11% des cas, les avis contestés avaient été émis pour des salariés de moins de 30 ans.

Les catégories socioprofessionnelles

Cette variable a été collectée dans 222 dossiers.

Nous nous sommes basés sur la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles PCS-ESE 2003, niveau 2 puis 1 (cf annexe), afin d'obtenir une classification des salariés selon six grands postes :

- les agriculteurs (salariés de leur exploitation),
- les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (salariés de leur entreprise),
- les cadres et professions intellectuelles supérieures,
- les professions intermédiaires,
- les employés,
- les ouvriers.

Sur les huit années de contestations étudiées, aucune n'est survenue chez des agriculteurs ou encore chez des artisans, commerçants ou chefs d'entreprise ayant le statut de salarié.

Tableau III : Répartition des contestations en %, selon la catégorie socioprofessionnelle et l'année

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cadres	0	3.4	0	10.3	4,0	4,0	6.6	4.4
Professions intermédiaires	31.3	13.8	8.7	10.3	24,0	24,0	26.7	22.2
Employés	18.7	20.7	30.4	31.1	36,0	16,0	26.7	24.4
Ouvriers	50,0	62.1	60.9	48.3	36,0	56,0	40,0	48.9

La catégorie des « cadres » est globalement très peu concernée par la procédure de contestation (4.5% des cas), contrairement à celle des « ouvriers ».

En effet, sur l'ensemble des années, les contestations dans cette catégorie représentent 111 dossiers, soit 50% des cas étudiés, et en 2004 par exemple, elles atteignaient les 62.1%.

Si l'on ajoute à cela les contestations chez les « employés », nous arrivons à un total de 168 dossiers, soit 75% de l'ensemble étudié. Dans notre échantillon donc, 3 contestations sur 4 surviennent chez un « employé » ou chez un « ouvrier ».

Ces chiffres sont à rapprocher des données sur la population en Lorraine qui indiquent que 60.8% des salariés actifs appartiennent à ces deux catégories socioprofessionnelles.

Les secteurs d'activité

Le secteur d'activité a pu être renseigné dans 222 cas.

Nous avons utilisé la liste des nomenclatures d'activités française révision 2, 2008, niveau 2 (cf annexe), rapporté ultérieurement au niveau 1 par souci de clarté.

Plus de 50% de l'effectif étudié se répartit entre deux secteurs, à savoir les industries manufacturières et le commerce et les réparations automobiles et d'articles domestiques qui concernent respectivement 68 et 44 de nos dossiers.

Le secteur de la santé est lui aussi touché dans 17% des cas.

A contrario, les activités agricoles, de l'industrie extractive, de la production et distribution d'énergie sont absentes de notre échantillon, et les secteurs de l'enseignement, de l'information, de la production et distribution d'eau, et enfin, de l'administration publique représentent moins de 5%.

Tableau IV: Répartition des contestations en fonction des secteurs d'activité des salariés

Nombre d'avis contestés de 2003 à 2010	
Industries manufacturières	68
Commerce, réparation automobile	44
Santé humaine et action sociale	38
Transports et entreposage	13
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	10
Activités de services administratifs et de soutien	9
Autres activités de service	9
Construction	8
Hébergement et restauration	7
Activités financières et assurances	5
Administration publique	4
Information et communication	3
Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets	2
Enseignement	1
Arts, spectacles et activités récréatives	1
Agriculture, sylviculture et pêche	0
Industrie extractive	0
Production et distribution d'électricité, de gaz	0
Activités immobilières	0
Activités des ménages en tant qu'employeur	0
Activités extra-territoriales	0

B/ Les caractéristiques des avis contestés

Le nombre de contestations

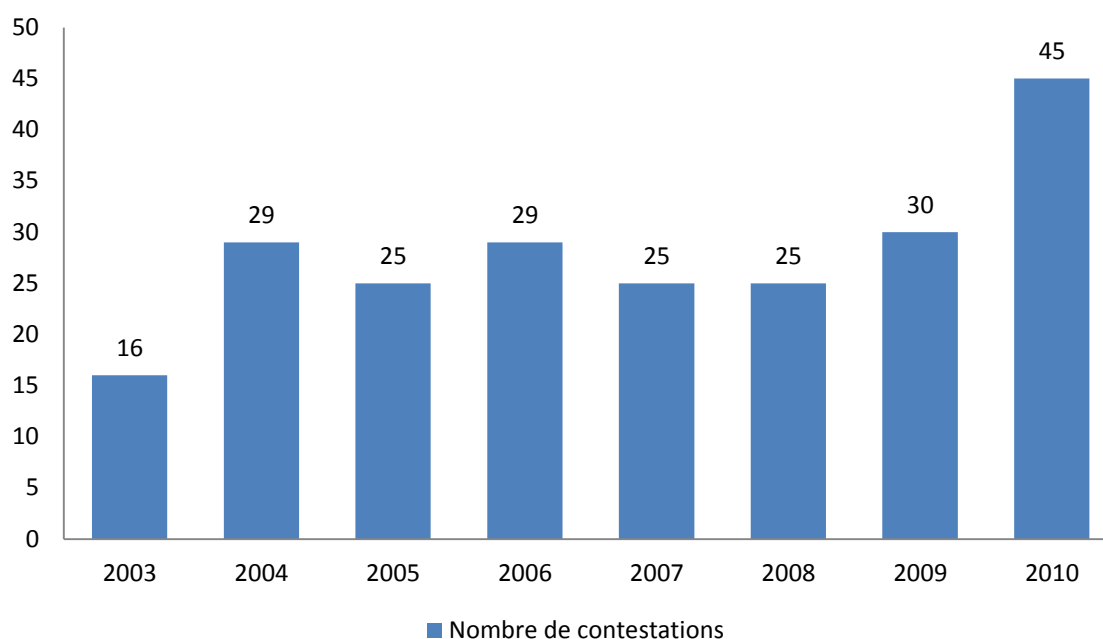


Figure 5: Evolution du nombre de contestations entre 2003 et 2010

Entre 2003 et 2010, le nombre des contestations de l'avis du médecin du travail a presque triplé, passant de 16 à 45 par an.

Les 45 cas survenus en 2010 représentent à eux seuls 20% des dossiers de notre échantillon mais seulement 0.01% des avis émis en un an par les médecins du travail lorrains.

Le contestataire

Cette variable a été renseignée dans les 224 dossiers inclus.

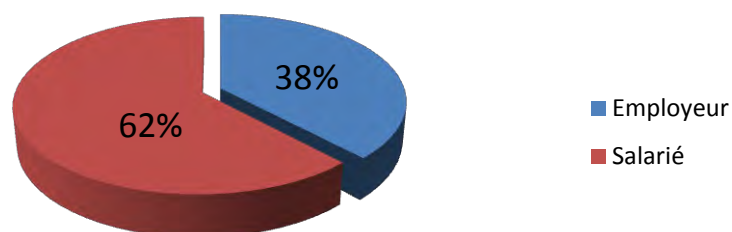


Figure 6: Répartition en fonction de l'origine de la contestation

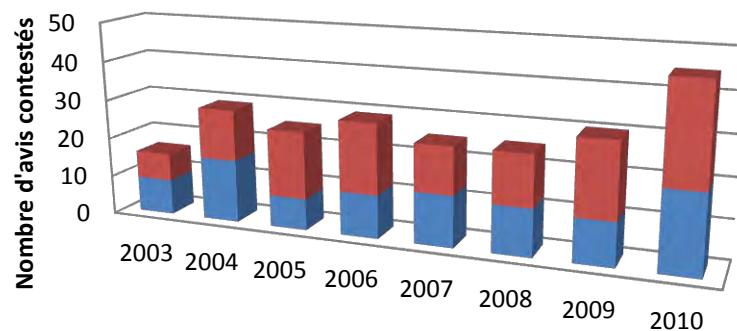
La contestation émane dans 62% des cas (139 dossiers) du salarié et dans 38% des cas (85 dossiers) de l'employeur.

Nous étudierons plus loin les liens entre l'origine de la contestation et d'autres variables (nature de l'avis contesté, pathologie..).

La nature des avis contestés

Cette variable a pu être collectée dans l'ensemble des dossiers étudiés.

Dans notre échantillon, 55.4% des contestations concernent un avis d'inaptitude et 44.6% un avis d'aptitude.



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inaptitude	7	13	17	18	12	13	19	25
Aptitude	9	16	8	11	13	12	11	20

Figure 9: Evolution de la nature des avis contestés par année, entre 2003 et 2010

En 2003 et 2004, l’aptitude est plus contestée que l’inaptitude, qui devient le principal motif de contestation à compter de 2005. Les avis d’inaptitude sont 3.5 fois plus contestés en 2010 qu’en 2003.

Tableau V : Détail de la nature des avis contestés par année

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Avis d’aptitude :	9	16	8	11	13	12	11	20
- Avec restriction	8	11	4	7	8	7	9	16
ou								
aménagement								
- Sans restriction	1	5	4	4	5	5	2	4
Avis d’inaptitude	7	13	17	18	12	13	19	25

Parmi les contestations d'aptitude, 70% concernent un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement.

Sur l'ensemble des contestations, l'aptitude « seule » est contestée dans moins de 14% des cas, alors que l'aptitude avec restriction ou aménagement est un motif de contestation dans 31.2%.

Nous nous sommes également intéressés à l'origine des contestations pour ces différents types d'avis ; les avis d'inaptitude sont-ils plus contestés par les employeurs ou par les salariés ? Qui conteste le plus souvent les avis d'aptitude ?

Tableau VI: Répartition des contestations en fonction du type d'avis et du contestataire

	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 n (%)	2007 n (%)	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)
Inaptitude :								
- Salarié	5 (71.4%)	9 (69.3%)	9 (53%)	15 (83.3%)	9 (75%)	8 (61.5%)	12 (63.2%)	14 (56%)
- Employeur	2 (28.6%)	4 (30.7%)	8 (47%)	3 (16.7%)	3 (25%)	5 (38.5%)	7 (36.8%)	11 (44%)
Aptitude seule :								
- Salarié	1 (100%)	2 (40%)	4 (100%)	3 (75%)	5 (100%)	4 (80%)	1 (50%)	2 (50%)
- Employeur	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (50%)	2 (50%)
Aptitude avec restriction :								
- Salarié	3 (37.5%)	3 (27.3%)	3 (75%)	3 (42.9%)	2 (25%)	5 (71.4%)	7 (77.8%)	10 (62.5%)
- Employeur	5 (62.5%)	8 (72.7%)	1 (25%)	4 (57.1%)	6 (75%)	2 (28.6%)	2 (22.2%)	6 (37.5%)

Parmi les contestations portées dans le cadre d'un avis d'invalidité, 65.3% d'entre elles émanent du salarié (81 dossiers). Dans notre échantillon, le salarié est à l'origine du recours contre une invalidité dans 53 à 83.3% des cas selon les années.

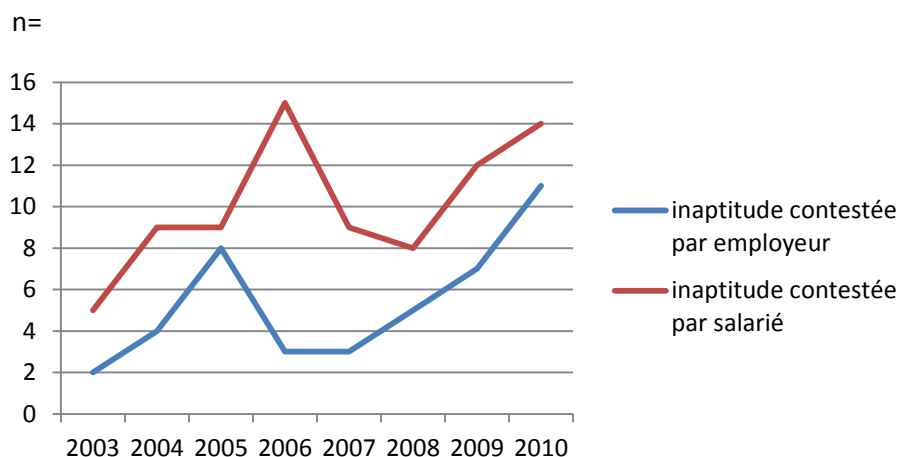


Figure 8 : Evolution des contestations d'invalidité en fonction de leur origine

En ce qui concerne les contestations d'avis d'aptitude (aptitude avec ou sans restriction ou aménagement), sur l'ensemble des années étudiées, il ressort que 58% de ces recours ont été formulés par les salariés contre seulement 42% par les employeurs.

En considérant uniquement les recours dans le cadre d'avis d'aptitude sans restriction ou aménagement, on constate qu'ils proviennent essentiellement des salariés (73.3% des cas).

Les avis d'aptitude avec restriction ou aménagement, eux, semblaient d'avantage contestés par les employeurs jusqu'en 2007, or, depuis, ils émanent majoritairement des salariés.

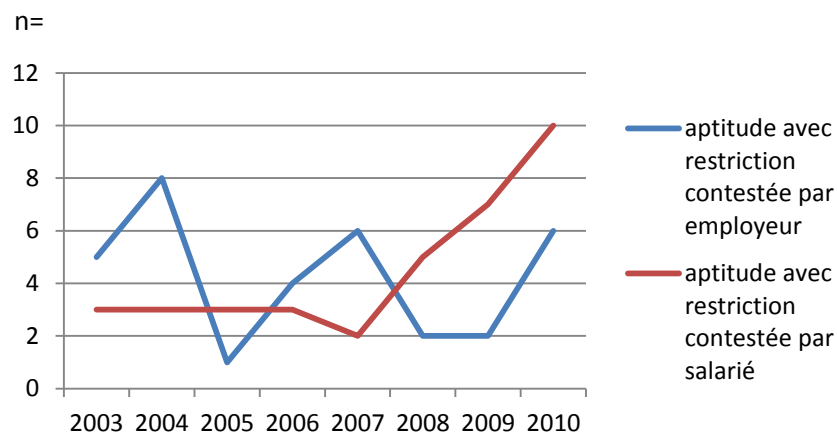


Figure 9: Evolution des contestations d’avis d’aptitude avec restriction ou aménagement en fonction de leur origine

Le type de procédure

Cette variable ne concerne que les contestations émises dans le cadre d’un avis d’inaptitude. Elle a pu être collectée dans chacun de ces dossiers.

Les avis d’inaptitude contestés n’ont fait l’objet que dans 11.3% des cas (14 dossiers), d’une procédure pour « danger immédiat ». La majorité des avis d’inaptitude contestés concerne chaque année des avis émis au cours d’une procédure d’inaptitude classique en deux visites médicales.

Les types de visites médicales

Cette variable a été recueillie dans les 224 dossiers.

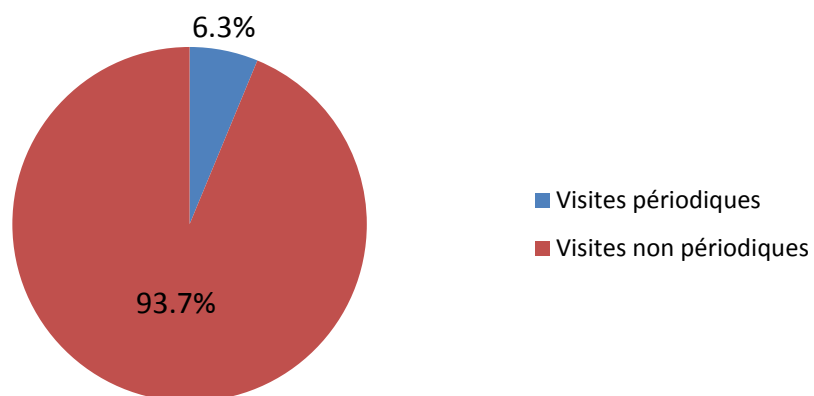


Figure 10: Répartition des avis contestés en fonction du type de visite médicale

Les avis contestés ont été majoritairement formulés au cours de visites non périodiques (210 dossiers, 93.7% des cas), alors que les avis émis au cours de visites périodiques (visites annuelles) n'ont été contestés qu'à 6.3% (14 dossiers).

Pour les visites non périodiques, nous avons ensuite distingué les contestations d'avis émis au cours de visites :

- de reprise,
- occasionnelles, dites « à la demande »,
- d'embauche.

Tableau VII: Répartition des avis contestés selon le type de visite et l'année

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Visites périodiques	1	2	1	3	1	1	2	3
Visites non périodiques :								
- De reprise	13	21	19	18	19	23	23	36
- Occasionnelles à la demande	2	3	5	6	5	0	4	5
- D'embauche	0	3	0	2	0	1	1	1

La répartition dans notre échantillon des avis contestés, émis au cours de visites non périodiques, est la suivante :

- les avis émis au cours de visites de reprise font l'objet d'une contestation dans 172 cas. Ils représentent respectivement 81.9% et 76.8% des avis contestés émis au cours de visites non périodiques et de l'ensemble des visites médicales,

- les visites occasionnelles « à la demande » ont donné lieu à 30 avis contestés (13.4% des cas étudiés),

- les avis prononcés à l'issue d'une visite d'embauche sont rarement contestés (3.6%).

Le délai entre l'émission de l'avis et sa contestation

Cette variable a pu être renseignée dans 224 cas, soit pour tous les dossiers étudiés.

Dans notre échantillon, le délai moyen entre l'émission de l'avis et sa contestation est de 33.4 jours avec des extrêmes à 0 et 365 jours et une médiane à 21 jours.

En 2003, le délai moyen était de 28.5 jours, en 2010, il est de 38.7 jours.

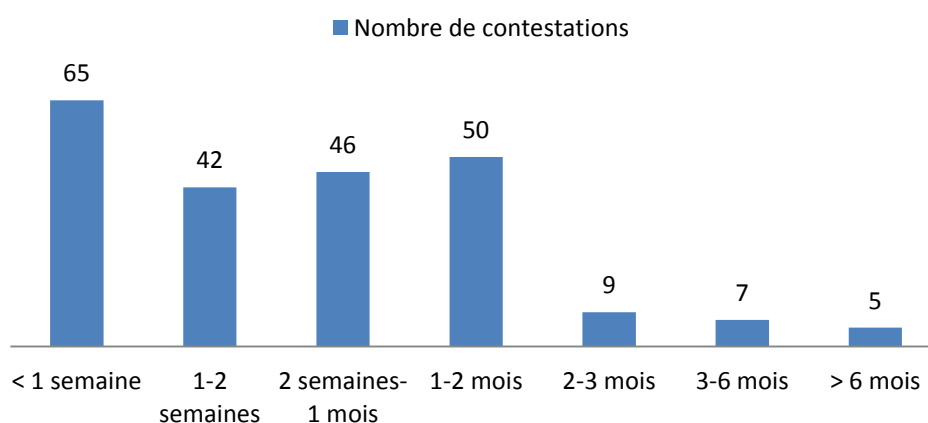


Figure 11: Répartition des dossiers étudiés selon le délai entre l'émission de l'avis et sa contestation

La répartition de notre échantillon selon le délai entre l'émission de l'avis et sa contestation est la suivante :

- près de 30% des contestations ont lieu dans la semaine qui suit l'émission de l'avis,
- 90% des contestations surviennent moins de 2 mois après la formulation de l'avis,
- les contestations au-delà de 6 mois sont très rares (2.2%).

Le type de SST dans lequel l'avis contesté a été émis

Cette variable a été collectée dans les 224 dossiers.

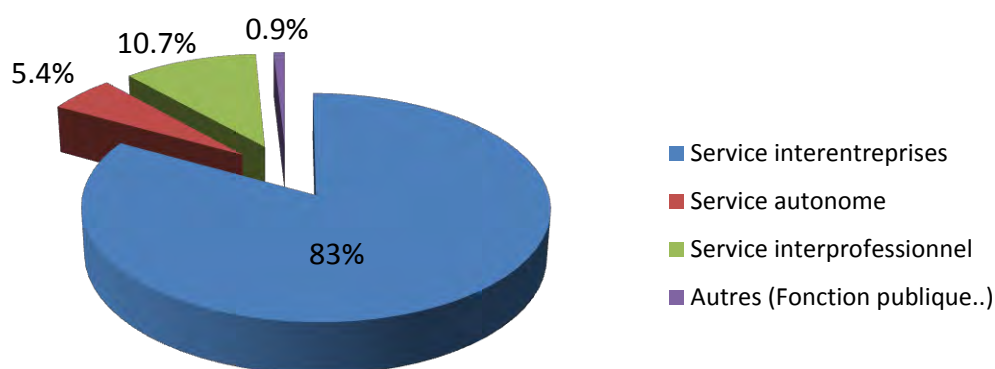


Figure 12: Répartition des contestations en fonction du SST

Dans plus de 9 cas sur 10, les avis contestés ont été formulés par des médecins du travail de services interentreprises ou interprofessionnels qui suivent respectivement 86 et 8% de la population salariée en Lorraine.

Les avis émis par des médecins de services autonomes sont peu contestés (12 dossiers).

Dans deux cas, soit moins de 1% de notre échantillon, il s'agissait d'un avis provenant d'un médecin de prévention de la fonction publique.

Tableau VIII: Répartition des contestations selon l'année, le type de SST et la nature de l'avis contesté

	2003 n	2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n
Service interentreprises :	14	27	20	27	19	20	20	39
- Inaptitude	7	12	15	17	8	10	15	21
- Aptitude	7	15	5	10	11	10	5	18
Service autonome :	1	0	3	2	3	1	1	1
- Inaptitude	0	0	1	1	3	0	0	0
- Aptitude	1	0	2	1	0	1	1	1
Service interprofessionnel :	1	2	2	0	3	4	7	5
- Inaptitude	0	1	1	0	1	3	4	4
- Aptitude	1	1	1	0	2	1	3	1

Dans notre échantillon, la répartition de l'effectif selon le type de SST dans lequel l'avis a été émis et la nature de cet avis, est la suivante :

- dans les services interentreprises, les avis d'inaptitude sont plus contestés que les avis d'aptitude. Ils représentent respectivement 56 et 44% des cas de contestations dans ce type de SST,
- dans les services autonomes, l'aptitude est presque autant contestée que l'inaptitude, (7 et 5 cas respectivement),
- dans les services interprofessionnels, on trouve 14 avis contestés pour inaptitude et 10 pour aptitude.

Tableau IX: Répartition des contestations selon l'année, le type de SST et le contestataire

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Service interentreprises :	14	27	20	27	19	20	20	39
- Employeur	6	15	7	8	7	6	8	16
- Salarié	8	12	13	19	12	14	12	23
Service autonome :	1	0	3	2	3	1	1	1
- Employeur	0	0	1	0	1	1	0	0
- Salarié	1	0	2	2	2	0	1	1
Service interprofessionnel :	1	2	2	0	3	4	7	5
- Employeur	1	0	1	0	1	1	2	3
- Salarié	0	2	1	0	2	3	5	2

La répartition de notre effectif, en fonction du type de SST et du contestataire, est donc la suivante :

- les contestations émanant des salariés sont les plus nombreuses au sein des services interentreprises, elles représentent 60.7% des contestations pour ce type de SST,

- dans les services autonomes, l'employeur semble peu contester l'avis du médecin du travail ; seuls 1.3% de l'ensemble de nos dossiers sont concernés.

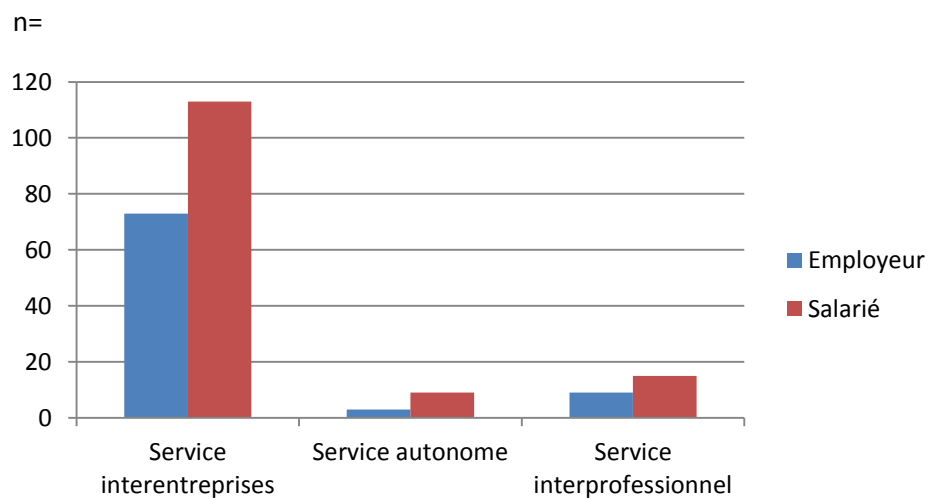


Figure 13: Répartition des avis selon le type de SST et le contestataire

La localisation géographique du SST

Cette variable a été renseignée dans nos 224 cas.

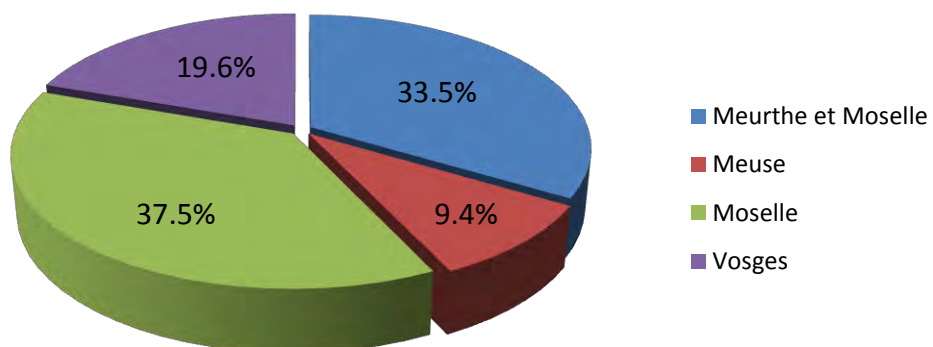


Figure 14: Répartition des contestations en fonction de la localisation géographique du SST

Dans notre échantillon, la répartition géographique des SST où ont été émis les avis contestés, est la suivante :

- plus de 70% des avis contestés ont été formulés dans des SST de Moselle et de Meurthe-et-Moselle. Il s'agit par ailleurs des deux départements lorrains où l'on dénombre le plus d'actifs, respectivement 44.8% et 31% de la population active lorraine.

- les avis émis en Meuse sont les moins contestés (9.4%). La Meuse est le département de Lorraine qui compte le moins de salariés (8.1% des actifs lorrains).

On observe que la répartition géographique des contestations étudiées est presque similaire à la répartition des salariés actifs dans les différents départements de Lorraine.

C/ Les caractéristiques des pathologies ayant motivé l'avis contesté

Données générales

Les données concernant les pathologies mises en cause dans les avis contestés ont pu être collectées dans 221 dossiers.

Dans l'échantillon étudié, la répartition de l'effectif en fonction de la pathologie mise en cause dans l'avis initial, est la suivante :

- dans plus de 8 cas sur 10, les pathologies rencontrées sont soit des pathologies ostéo-articulaires, soit des pathologies psychiatriques, qui concernent respectivement 45 et 37% des contestations étudiées,

- moins de 5% des avis contestés le sont dans le cadre de pathologies ophtalmologiques, digestives, dermatologiques ou autres (problèmes de traitements, usure en lien avec le vieillissement...).

Tableau X: Répartition des contestations en fonction de la pathologie mise en cause

Avis contestés		
	Nombre	%
Pathologies ostéo-articulaires	99	44.8
Pathologies psychiatriques ou psychiques	82	37.1
Pathologies respiratoires et ORL	7	3.2
Pathologies cardiovasculaires	7	3.2
Pathologies neurologiques	7	3.2
Pathologies endocrines	7	3.2
Pathologies ophtalmologiques	6	2.7
Pathologies HGE	1	0.4
Pathologies cancéreuses	1	0.4
Pathologies dermatologiques	0	0
Autres	4	1.8

Détail des pathologies les plus fréquemment rencontrées : les pathologies ostéo-articulaires et psychiatriques

Jusqu'en 2005, les pathologies psychiatriques étaient les pathologies les plus souvent rencontrées dans les dossiers de contestation.

A partir de 2006, les contestations dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires n'ont cessé d'augmenter pour devenir prédominantes en 2010.

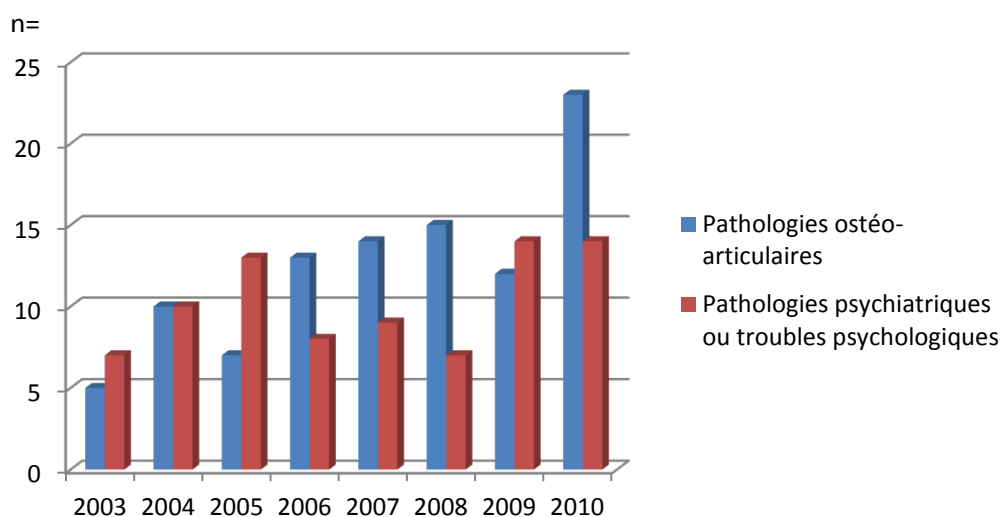


Figure 15: Evolution par année des contestations pour pathologies ostéo-articulaires et pathologies psychiatriques

Pour chacune de ces pathologies, nous nous sommes intéressés au sexe des salariés concernés, à l'origine de la contestation et à la nature de l'avis contesté.

Tableau XI: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique) et le sexe des salariés concernés

	2003 n	2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n
Rhumatologie :								
- Homme	1	9	3	7	8	6	6	17
- Femme	4	1	4	6	6	9	6	6
Psychiatrie :								
- Homme	3	7	7	4	3	2	7	3
- Femme	4	3	6	4	6	5	7	11

La répartition des contestations menées dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires ou psychiatriques, selon le sexe des salariés concernés, est la suivante :

- les contestations d'avis portés dans le cadre de pathologies rhumatologiques concernent davantage de salariés de sexe masculin que féminin (57%),
- a contrario, les recours formulés contre des avis émis dans un contexte de pathologie psychiatrique semblent prédominants dans la population salariée féminine (56.1%).

Tableau XII: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique) et le contestataire

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Rhumatologie:	5	8	7	12	14	15	12	23
- Employeur	2	4	2	5	2	2	3	7
- Salarié	3	4	5	7	12	13	9	16
Psychiatrie :	7	8	13	7	9	7	14	14
- Employeur	3	7	7	2	6	5	5	7
- Salarié	4	1	6	5	3	2	9	7

Dans notre échantillon, la répartition de notre effectif, en fonction de la pathologie initiale et du contestataire, est la suivante :

- les avis émis dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires sont principalement contestés par les salariés (72% des cas),

- les avis émis pour pathologies psychiatriques sont presque autant contestés par les employeurs que par les salariés (respectivement 53 et 47% des cas).

Tableau XIII: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique) et la nature de l'avis contesté

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Rhumatologie :	5	8	7	12	14	15	12	23
- Inaptitude	2	3	4	6	8	6	4	12
- Aptitude	3	5	3	6	6	9	8	11
Psychiatrie :	7	8	13	7	9	7	14	14
- Inaptitude	5	5	9	6	4	4	12	10
- Aptitude	2	3	4	1	5	3	2	4

Dans notre échantillon, la répartition de l'effectif, en fonction de la pathologie initiale et de la nature de l'avis contesté est la suivante :

- les avis contestés dans le cadre de pathologies rhumatologiques sont, dans 53% des cas, des avis d'aptitude avec ou sans restriction ou aménagement,
- dans presque 75% des cas, les avis contestés pour pathologies psychiatriques sont des avis d'inaptitude.

Détail des pathologies ostéo-articulaires

Dans cette partie, nous avons distingué dans les pathologies de l'appareil locomoteur :

- les atteintes rachidiennes (lombo-sciatalgie avec ou sans hernie discale, arthrose rachidienne...),
- les atteintes des membres supérieurs (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, syndrome du canal carpien, arthrose...),
- les atteintes des membres inférieurs (lésion méniscale du genou, arthrose...),
- les atteintes « polyarticulaires » (polypathologies type polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, arthrose diffuse...).

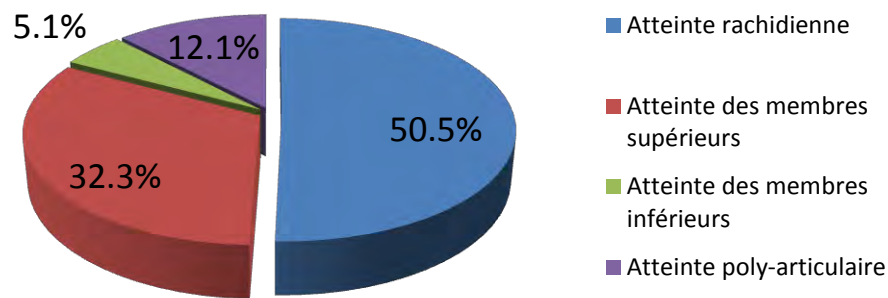


Figure 16: Répartition des contestations dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires

La répartition dans notre échantillon des contestations d'avis émis dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires, est la suivante :

- dans un peu plus d'un cas sur deux, il s'agit d'une atteinte rachidienne. Les pathologies du rachis représentent en effet plus de 50% des pathologies ostéo-articulaires, et 22.6% de l'ensemble des pathologies recensées.

- les atteintes des membres inférieurs sont beaucoup moins fréquentes que celles des membres supérieurs.

- les atteintes poly-articulaires ne sont pas rares, on les retrouve dans 12.1% des cas de pathologie de l'appareil locomoteur.

Dans l'ensemble des dossiers étudiés, plus d'un tiers des avis ont été émis pour une pathologie du rachis ou des membres supérieurs.

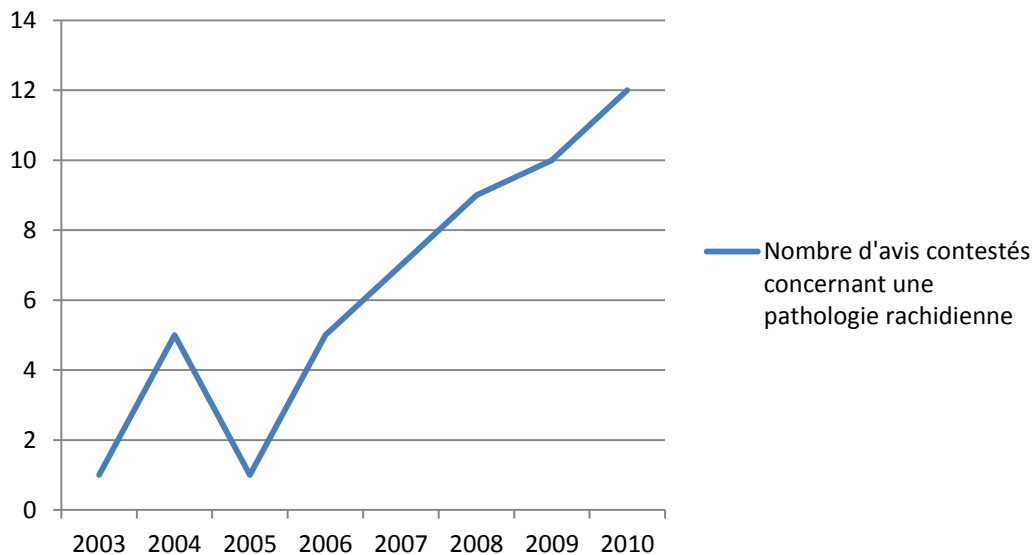


Figure 17: Evolution du nombre d’avis contestés dans le cadre d’une pathologie rachidienne

Les contestations menées dans le cadre d’une pathologie rachidienne ont considérablement augmenté au cours de ces dernières années. Ainsi en 2003, elles représentaient 20% des pathologies ostéo-articulaires et 6.3% du total des pathologies, alors qu’en 2010, elles sont retrouvées dans 52% des pathologies rhumatologiques et 26.7% de l’ensemble des pathologies.

Détail des pathologies psychiatriques

Dans cette partie, nous avons distingué dans les pathologies de l’appareil psychique :

- les problèmes de « souffrance morale au travail » (syndrome anxio-dépressif réactionnel, stress post-traumatique...),
- les troubles psychiatriques généraux (syndrome anxio-dépressif non lié aux conditions de travail, trouble de la personnalité, psychose...),
- les conduites addictives (dépendance alcoolique, toxicomanie...).

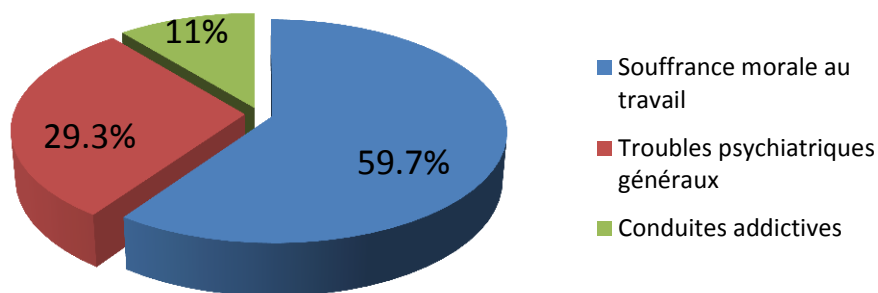


Figure 18: Répartition des contestations menées dans le cadre de pathologies psychiatriques

La répartition des contestations menées dans le cadre d'une pathologie psychiatrique est la suivante :

- les problèmes de « souffrance morale au travail » sont nettement prépondérants puisqu'ils représentent près de 60% des pathologies psychiatriques de notre échantillon, et 22.2% de l'ensemble des pathologies recensées.

- les conduites addictives sont les moins fréquemment rencontrées dans nos dossiers, elles concernent 4.1% de l'ensemble des pathologies.

Par ailleurs, il apparaît que les avis prononcés dans un contexte de « souffrance morale au travail » sont davantage contestés par les employeurs (57.1%), alors que les avis formulés dans le cadre de « troubles psychiatriques généraux » le sont plus par les salariés (58.3%).

Dans 6 dossiers de contestation sur 10, l'avis a été émis soit dans le cadre d'une pathologie rachidienne, soit d'une atteinte des membres supérieurs, ou encore d'un problème de « souffrance morale au travail ».

D/ Les suites des contestations

Données générales

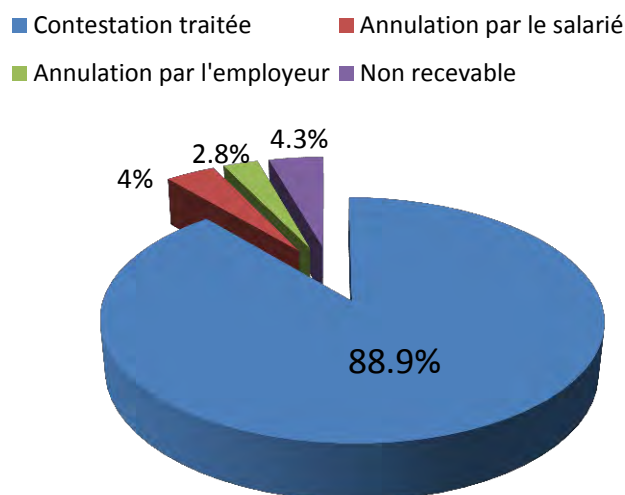


Figure 19: Les suites possibles des demandes de saisine de l'inspecteur du travail

Dans notre échantillon :

- dans presque 9 cas sur 10, la contestation a été traitée et a abouti à un avis du MIT et à une décision de l'inspecteur du travail (224 dossiers),

- 6.8% des demandes de contestation n'ont pas abouti en raison d'un abandon de procédure de la part du contestataire. Les contestations émanant des salariés ont été davantage annulées que celles provenant des employeurs, elles représentent respectivement 10 et 7 demandes.

- 4.3% des saisines ont été jugées irrecevables par l'inspecteur du travail et n'ont donc pas pu être menées à terme (11 cas).

L'avis du MIT

Cette variable a pu être renseignée dans 223 dossiers.

Dans 3 dossiers étudiés sur 4, le MIT valide l'avis initialement émis par le médecin du travail.

Selon les années, la proportion d'avis validés varie entre 68 et 92%.

Tableau XIV: Répartition des avis du MIT par année

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n	n	n	n	n	n	n	n
Validation de l'avis du Médecin du Travail	11	20	19	21	23	19	21	33
Non validation de l'avis du Médecin du Travail	5	8	6	8	2	6	9	12

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux avis qui n'ont pas été validés par le MIT.

Parmi ces avis :

- 34 d'entre eux, soit 60.7%, sont des avis d'aptitude,
- dans presque 8 cas sur 10, la contestation émanait du salarié (44 dossiers),
- 27 avaient été émis dans le cadre d'une pathologie ostéo-articulaire (48.2%), et 15 dans le cadre d'une pathologie psychiatrique (26.8%).

La décision de l'inspecteur du travail

Cette variable a été collectée dans 222 dossiers.

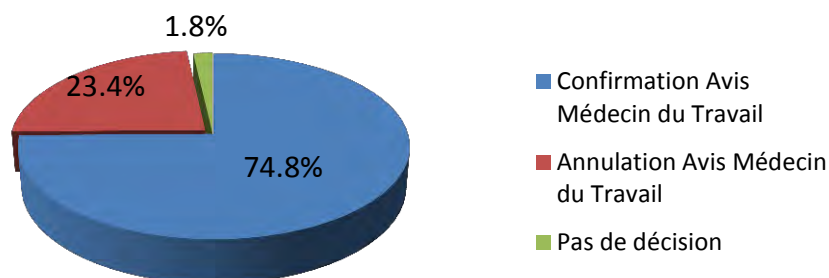


Figure 20: Répartition des contestations en fonction de la décision de l'IT

La répartition dans notre échantillon des décisions de l'inspecteur du travail est la suivante :

- dans presque 75% des dossiers, l'inspecteur du travail confirme l'avis initialement émis par le médecin du travail,
- dans 1.8% des contestations étudiées (4 dossiers), la décision de l'IT n'a finalement pas été rendue. Dans 2 cas, l'inspecteur du travail n'était pas concerné puisqu'il s'agissait d'avis émis dans la fonction publique territoriale, dans les deux autres cas, la décision a été rendue au-delà du délai prescrit de deux mois et a donc été invalidée.

Les avis infirmés par l'inspecteur du travail ont les mêmes caractéristiques que les avis non validés par le MIT. Ce sont majoritairement des avis d'aptitude, contestés par le salarié, pour lesquels on retrouve surtout des pathologies ostéo-articulaires et psychiatriques.

Les divergences entre l'avis du MIT et la décision de l'inspecteur du travail

Sur l'ensemble des dossiers étudiés, seules 12 décisions de l'IT diffèrent de l'avis du MIT, ce qui représente seulement 5.5% de nos cas de contestations.

Nous avons étudié plus particulièrement ces avis divergents.

Dans 7 dossiers sur 12, soit près de 60%, l'avis initial avait été émis dans un SST situé dans les Vosges. Les autres départements sont également concernés, à l'exception de la Moselle, mais dans une moindre mesure. On dénombre en effet 3 avis divergents en Meurthe-et-Moselle et seulement 2 en Meuse.

Dans 8 de ces cas, le salarié était à l'origine de la contestation.

Les avis contestés étaient pour 7 d'entre eux des avis d'aptitude (6 avis d'aptitude avec restriction ou aménagement, 1 avis d'aptitude « seule »).

En ce qui concerne les pathologies mises en cause, on compte 5 avis pour pathologies psychiatriques, 4 pour pathologies rhumatologiques et 3 pour pathologies autre (cardiologique, endocrinologique et ophtalmologique).

Enfin, il est intéressant d'observer que dans la majorité des cas (8 sur 12), le MIT n'avait pas validé l'avis du médecin du travail et que par la suite, l'inspecteur du travail a, par sa décision, finalement confirmé cet avis.

En réalité, les avis divergents survenus dans le département des Vosges ont été traités par un seul et même inspecteur du travail qui, s'estimant incompetent en la matière, confirmait systématiquement l'avis du médecin du travail sur simple lecture du dossier, sans prise en compte de l'avis du MIT.

E/ Les recours contre la décision de l'inspecteur du travail

Tableau XV: Répartition des recours contre la décision de l'inspecteur du travail et de leurs suites en fonction des années

	2003 n	2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n
Recours :								
- Employeur	2	1	0	5	2	1	0	3
- Salarié	1	2	0	2	2	1	1	0
Décision :								
- Confirmation décision IT	3	3	0	5	1	2	1	1
- Annulation décision IT	0	0	0	2	3	0	0	0
- En cours	0	0	0	0	0	0	0	2

La répartition, au sein de notre échantillon, des recours contre la décision de l'inspecteur du travail, est la suivante :

- 23 recours ont été déposés entre 2003 et 2010, ils concernent donc un peu plus de 10% des décisions rendues par l'inspecteur du travail sur cette période,
- la plupart (60.1%) ont été demandés par l'employeur,
- chaque année entre 0 et 24% des décisions rendues par l'IT font l'objet d'un recours,
- on compte 22 recours hiérarchiques et seulement 1 recours contentieux.

Les suites données à ces recours :

- la décision de l'IT a été confirmée dans 16 cas (69.6%),
- une annulation de la décision a eu lieu pour 21.7% des recours,
- deux n'avaient pas encore été traités lors du recueil des données.

IV.3.2. Analyse bivariée

A/ Analyse des contestations d'aptitude versus les contestations d'inaptitude

Dans cette partie de notre travail, nous avons comparé le type d'avis contesté (aptitude ou inaptitude) aux autres variables recueillies. Seuls les résultats les plus pertinents sont ici rapportés.

Données générales

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les contestations d'aptitude et d'inaptitude en fonction de leur année de survenue, du délai entre l'émission de l'avis initial et sa contestation, du type de service où l'avis contesté a été émis et enfin de la localisation géographique du SST.

Il n'existe pas non plus de lien statistiquement significatif ($p=0.262$) entre le type d'avis contesté et l'origine de la contestation (employeur ou salarié).

Les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés concernés par les contestations

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le type d'avis contesté et :

- le sexe des salariés concernés ($p=0.448$),
- leur catégorie socioprofessionnelle,
- leur secteur d'activité.

Si dans notre échantillon, aucune classe d'âge ne ressort de façon statistiquement significative, il semble exister un lien entre l'âge des salariés pris en continu et le type d'avis contesté ($p=0.027$, IC[0.94-0.99]), néanmoins, l'Odds Ratio très proche de 1 ($OR=0.97$) rend cette relation difficilement interprétable.

Les visites médicales

Il existe un lien statistiquement significatif entre le type d'avis contesté et le type de visites à l'occasion desquelles les avis contestés ont été émis :

- le risque de voir contester un avis d'inaptitude formulé au cours d'une visite de reprise est 2.2 fois plus important que la contestation d'un avis d'aptitude émis au cours de ce même type de visite (IC[1.17-4.14]),

- au cours des visites périodiques, le risque pour les avis d'aptitude d'être contestés est presque 5 fois supérieur à celui d'être contesté pour les avis d'inaptitude ($OR= 4.98$, IC[1.35-18.3]),

- le risque de contestation des avis d'aptitude émis au cours de visites occasionnelles est 2.4 fois plus important que celui du recours contre les avis d'inaptitude formulés à la même occasion (IC[1.08-5.33]).

Les pathologies

Il existe une relation statistiquement significative entre le type d'avis contesté (aptitude ou inaptitude) et la pathologie à l'origine de l'avis du médecin du travail :

- le risque de contestation pour les avis d'aptitude émis dans le cadre d'une pathologie rhumatologique est 2 fois plus grand, dans notre échantillon, que pour les avis d'inaptitude formulés pour le même type de pathologie (IC[0.28-0.83]),

- pour les pathologies psychiatriques, le risque de recours contre les avis d'inaptitude est 2.2 fois supérieur à celui contre les avis d'aptitude (IC[1.24-3.86]).

Concernant le détail des pathologies précédemment citées, il n'a par contre pas été mis en évidence de lien significatif entre le type d'avis contesté et les différentes atteintes (membre supérieur, membre inférieur, rachis, troubles psychiatriques généraux, problèmes addictifs).

La seule significativité a été constatée pour les avis émis dans le cadre d'une suspicion de souffrance morale au travail. Dans ce contexte en effet, le risque de contestation d'un avis d'inaptitude est 2.14 fois supérieur à celui inhérent aux avis d'aptitude émis pour la même raison (IC[1.08-4.20]).

Les suites des contestations

L'avis du médecin inspecteur du travail est différent selon le type d'avis contesté et cette différence est statistiquement significative ($p=0.005$, IC[1.30-4.50]). Le risque pour un avis d'inaptitude d'être validé par le MIT est plus important que pour les avis d'aptitude (OR=2.42).

Il existe une relation similaire entre la décision de l'inspecteur du travail et le type d'avis contesté ($p=0.030$, IC[1.06-3.63]).

Il apparaît également que l'avis du MIT et la décision de l'IT sont plus souvent conformes en cas de contestation d'avis d'inaptitude que pour les contestations d'aptitude ($p=0.047$, IC[0.09-0.98], OR=3.34).

La survenue d'un recours contre la décision de l'inspecteur du travail n'est pas conditionnée par le type d'avis contesté ($p=0.65$).

B/ Analyse des contestations « employeur » versus les contestations « salarié »

Dans cette partie, nous avons comparé l'origine de la contestation (employeur ou salarié) aux autres variables. Seuls les résultats les plus pertinents sont ici rapportés.

Données générales

Tout comme pour le type d'avis contesté, il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'origine de la contestation et son année de survenue, le sexe des salariés concernés, ou le type de service dans lequel l'avis contesté a été émis.

Le type d'avis contesté

Nous avons vu précédemment qu'il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les contestations d'aptitude ou d'inaptitude et l'origine de la contestation.

Il convient de nuancer ce propos par le détail des contestations d'aptitude.

Les contestations d'aptitude « seule » (sans réserve) ne sont pas corrélées, tout comme les contestations d'inaptitude, à l'origine de la contestation ($p=0.176$).

Il apparaît cependant que, dans le cadre d'une aptitude avec restriction, il y a plus de risque que l'employeur conteste plutôt que le salarié ($OR=2.05$, $IC[0.29-0.93]$).

Les pathologies

Dans le cadre de pathologies psychiatriques, le risque d'avoir une contestation émanant de l'employeur est 2.6 fois plus important que de voir formuler un recours par un salarié ($IC[0.21-0.67]$).

Par contre, pour les pathologies rhumatologiques, le risque de contestation par les salariés est supérieur ($OR=2.2$, $IC[1.24-3.86]$).

IV.4. Résultats des questionnaires aux médecins du travail

IV.4.1. Taux de réponse

Sur les 88 questionnaires envoyés aux médecins du travail, 75 nous ont été retournés. Le taux de réponse est donc de 85.2%.

Les réponses des médecins nous sont parvenues très rapidement pour la plupart d'entre elles, les médecins qui n'avaient pas répondu dans le délai imparti ont été recontactés téléphoniquement afin de les inviter à compléter le questionnaire.

Le fort taux de réponse peut s'expliquer par la faible longueur du questionnaire, mais aussi par le fait qu'il donnait aux médecins la possibilité de s'exprimer sur un sujet pour lequel ils n'ont que très rarement la possibilité de le faire.

Tous les questionnaires ont, par ailleurs, pu être analysés.

IV.4.2. Caractéristiques des contestations visées par le questionnaire

Les contestations concernées par les questionnaires ont les caractéristiques suivantes :

- 47 émanaient des salariés (62.7%), contre seulement 28 des employeurs (37.3%),
- on dénombre 43 contestations d'avis d'inaptitude (57.3%), 24 contestations d'aptitude avec aménagement ou restriction (32%), et 8 contestations d'aptitude « seule » (10.7%),
- dans 76% de ces recours (57 cas), l'inspecteur du travail a confirmé l'avis du médecin du travail.

Parmi les contestations d'inaptitude, 38 ont été confirmées par l'inspecteur du travail (88%). Les avis d'aptitude avec aménagement ou restriction ont été confirmés à 58% (14 cas), tandis que les aptitudes « seules » l'ont été à 62.5% (5 cas).

Tableau XVI: Répartition des contestations concernées par les questionnaires aux médecins du travail, selon l'avis contesté et la décision de l'IT

	Avis confirmé par IT	Avis infirmé par IT
	n	n
Inaptitude	38	5
Aptitude :	19	13
- Avec restriction ou aménagement	14	10
- « Seule »	5	3

IV.4.3. Le devenir des salariés

A/ Connaissance du devenir professionnel des salariés par les médecins du travail

De l'analyse des questionnaires, il ressort que le devenir professionnel des salariés après la contestation est connu par les médecins du travail interrogés pour 84% d'entre eux (63 questionnaires), 12 salariés ont, en effet, été perdus de vue après la contestation.

Lorsque l'inaptitude a été confirmée par l'IT, il apparaît que le devenir des salariés concernés n'est renseigné qu'à 81.2%, alors que, pour les avis d'inaptitude infirmés, le devenir est à chaque fois connu.

Pour les contestations d'avis d'aptitude « seule », les médecins du travail semblent systématiquement savoir ce qu'il est advenu du salarié, et cela, quelle que soit la décision de l'inspecteur du travail.

Enfin, concernant les recours contre les avis d'aptitude avec aménagement ou restriction, le devenir du salarié est connu chaque fois que l'avis est confirmé, par contre, si celui-ci est infirmé par l'IT, les conséquences pour le salarié sont méconnues dans 4 cas sur 10.

B/ Devenir des salariés après une contestation d'avis d'inaptitude

Dans cette partie de notre travail, nous allons nous intéresser aux conséquences professionnelles pour les salariés concernés par une contestation d'inaptitude.

Nous avons distingué les cas où l'inaptitude est confirmée par l'inspecteur du travail, de ceux où l'inaptitude est infirmée.

Que sont devenus les salariés après la confirmation de l'avis d'inaptitude les concernant ?

Comme nous l'avons vu précédemment, un avis d'inaptitude a, classiquement, deux débouchés : le reclassement sur un poste adapté à l'état de santé du salarié, ou le licenciement de celui-ci en cas d'impossibilité de reclassement au sein de l'entreprise. Qu'en est-il de notre échantillon de salariés ?

Nous l'avons dit plus haut, 7 salariés ont été perdus de vue après la confirmation par l'IT de l'avis d'inaptitude les concernant. Pour les autres, la confirmation de l'inaptitude a abouti à 27 licenciements, et seulement 4 reclassements.

Dans la plupart des cas, les médecins du travail ne savent pas ce que sont devenus les salariés licenciés, mais il semble néanmoins que 7 d'entre eux aient retrouvé un autre emploi.

Et lorsque l'inaptitude est finalement infirmée par l'inspecteur du travail ? La décision du recours a-t-elle permis le maintien du salarié dans l'entreprise ?

Il semble que non pour 3 des 5 salariés concernés, qui ont été licenciés malgré l'infirmité de l'avis d'inaptitude. Il convient tout de même de signaler que ces avis ont été contestés plus d'un mois après leur émission et qu'il est probable que le licenciement ait été effectif avant même la saisine de l'inspecteur du travail.

Par contre, les deux autres salariés ont pu conserver leur emploi, l'un a bénéficié d'un reclassement, l'autre d'un aménagement de poste.

C/ Devenir des salariés après une contestation d'avis d'aptitude

Dans cette partie, nous allons aborder le devenir professionnel des salariés concernés par une contestation d'avis d'aptitude.

Il conviendra de distinguer à nouveau les conséquences des avis confirmés de celles qu'ont pu avoir les avis infirmés. Nous traiterons par ailleurs séparément les avis d'aptitude « seule » et les avis d'aptitude avec aménagement ou restriction.

Devenir des salariés après une contestation d'aptitude « seule »

Lorsque l'aptitude a été confirmée par l'inspecteur du travail, les salariés ont conservé leur poste, tel qu'il était avant la contestation, dans 4 des 5 cas étudiés. En effet, il apparaît qu'un salarié a été licencié malgré la confirmation de l'aptitude, et celui-ci a, selon le médecin du travail, retrouvé un autre emploi par la suite.

Par contre, quand l'inspecteur du travail a finalement annulé l'avis d'aptitude, 2 des 3 salariés concernés ont été licenciés par la suite, et perdus de vue après leur licenciement, le maintien dans l'entreprise n'a été possible que dans 1 cas seulement, grâce à un aménagement de poste.

Devenir des salariés après une contestation d'aptitude avec aménagement ou restriction

A la suite de la confirmation de l'avis d'aptitude avec aménagement ou restriction par l'IT, 10 salariés ont effectivement bénéficié de l'aménagement ou des restrictions préconisés par le médecin du travail dans l'avis initial, mais 3 salariés n'ont pu être maintenu à leur poste ni être reclassés, et ont donc été licenciés. Deux des 3 personnes licenciées ont néanmoins retrouvé un autre emploi, la dernière a été perdue de vue après son licenciement.

Enfin, il ressort de l'analyse des questionnaires que, lorsque l'avis d'aptitude avec aménagement ou restriction a finalement été annulé par l'inspecteur du travail, 1 personne a continué d'occuper son poste sans modification sur celui-ci, 2 salariés ont bénéficié d'aménagements ou restrictions différents de ceux initialement préconisés par le médecin du travail, et 3 salariés ont été licenciés et perdus de vue après leur licenciement.

Tableau XVII: Devenir des salariés en fonction de l'avis contesté et de la décision de l'IT

	Inaptitude		Aptitude		Aptitude avec aménagement	
	Confirmée	Infirmée	Confirmée	Infirmée	Confirmée	Infirmée
	n	n	n	n	n	n
Maintien au poste habituel	0	0	4	0	10	1
Aménagement du poste	0	1	0	1	0	2
Reclassement	4	1	0	0	0	0
Licenciement	27	3	1	2	3	3

IV.4.4. Le vécu des contestations par les médecins du travail

A/ Introduction

L'article L.4624-1 du Code du travail parle de la procédure de contestation de l'avis du médecin du travail sous le terme de « désaccord » et accorde donc au salarié et à l'employeur, via la décision de l'inspecteur du travail, le pouvoir de remettre en question cet avis.

Qu'il s'agisse de la sphère privée ou professionnelle, il est rarement appréciable de voir son jugement ou ses décisions reconsidérés par un tiers.

Or, le Code du travail prévoit bien que des personnes n'ayant, a priori, aucune compétence médicale, puissent contester et juger un avis émis par un professionnel de santé.

L'objectif de cette partie de notre travail a donc été d'essayer d'appréhender le ressenti des médecins du travail qui ont, un jour, été confrontés à cette procédure. Sur l'ensemble des médecins ayant participé, un seul n'a pas souhaité nous faire part de ses commentaires personnels.

Nous agrémenterons notre texte des remarques tirées des questionnaires qui nous ont été renvoyés.

L'analyse des réponses des médecins du travail montre que les avis sont très partagés.

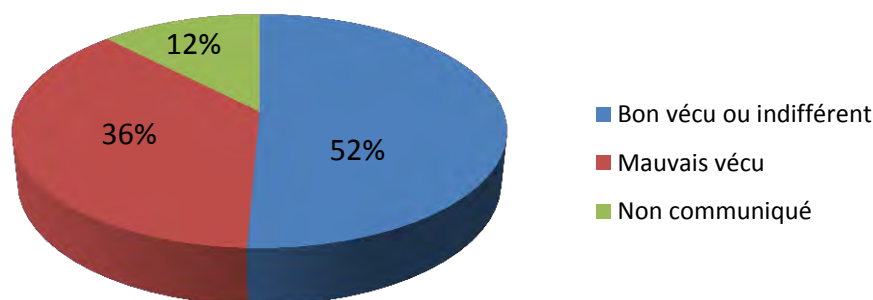


Figure 21: Vécu de la contestation de leur avis par les médecins du travail

Il ressort de l'étude des commentaires des médecins que, dans la plupart des cas (52%), ces derniers vivent bien, ou de façon neutre, le fait de voir un de leur avis contesté.

« Cette contestation ne m'a pas dérangée.. », « Je n'ai aucun problème vis-à-vis de cette procédure.. », « Mon vécu a été neutre : ni chaud, ni froid.. », « Pas de ressenti négatif.. ».

B/ Les réactions « positives »

Comment les médecins justifient-ils ces réactions plutôt positives ? Quelques grandes explications se dégagent.

L'une des plus fréquemment citée est certainement le fait que, dans de nombreux cas, la contestation était plus ou moins attendue, ou du moins, n'a pas étonné le médecin rédacteur de l'avis contesté. Ceci peut être lié au contexte particulier d'une entreprise ou d'une situation de travail, à un « profil » de salarié ou d'employeur, ou bien à un désaccord clairement affiché par l'une ou l'autre des parties. Certains médecins ont eux-mêmes informé les salariés ou employeurs de leur possibilité d'instruire un recours.

« Cette contestation ne m'a pas étonnée.. », « la contestation n'a pas été une surprise, j'avais informé moi-même la salariée de la possibilité de contester mon avis.. », « bon vécu, probablement car je m'en doutais.. », « aucun étonnement de ma part, l'affaire, très conflictuelle ne pouvait se terminer autrement.. ».

Dans de nombreux cas, les médecins du travail considèrent la contestation de leur avis comme un droit légitimement exerçable par le salarié ou l'employeur et, de ce fait, ne la perçoivent, tout au plus, que comme un « *inconvenient* » de leur activité.

« La contestation fait partie des choses et est un droit des agents.. », « cela fait partie de nos missions.. », « contester mes avis d'aptitude est un droit des salariés et des employeurs, cela me paraît normal.. ».

Un certain nombre de médecins jugent cette procédure très utile pour l'exercice de leur profession. Ils y voient en effet un appui technique et l'occasion d'être aidés et soutenus dans la résolution de situations complexes.

« Je considère que cette procédure est utile et n'hésite pas à la recommander.. », « sans cette procédure j'aurais eu beaucoup de problèmes avec cet employeur récalcitrant »,

« intérêt d'un deuxième regard sur la situation et possibilité de s'appuyer sur un avis définitif pour le salarié comme pour l'employeur, possibilité de sortir de l'isolement de la décision de l'avis d'aptitude, ressentie comme un partage et un appui technique.. ».

Pour quelques médecins, la contestation n'a pas été une source d'inquiétude car ils estimaient avoir émis l'avis qui leur paraissait le plus approprié, à l'aide d'arguments solides, d'une bonne connaissance du poste et de l'entreprise, et d'un dossier médical étayé.

« Le dossier étant solide, j'étais sereine.. », « mon avis était motivé.. », « la procédure de contestation ne m'a pas trop inquiété car j'avais un dossier médical complet avec des avis d'expert à l'appui.. ».

Enfin, l'une des grandes raisons invoquée par les médecins est bel et bien le fait qu'ils considèrent certaines contestations infondées, puisqu'elles ne viseraient pas véritablement leur avis, mais auraient des enjeux plus larvés comme obtenir des réparations financières, ou bien, a contrario, ne pas verser des indemnités de licenciement, ou encore exercer une pression sur l'une ou l'autre des parties concernées...

« La contestation n'était pas fondée.. », « la contestation a été faite pour faire pression sur moi.. », « le salarié cherchait surtout à obtenir sa prime de licenciement.. », « contestation gain de temps », « sensation d'être pris en otage dans un conflit d'ordre familial.. », « bien vécue car contestation émise par le salarié comme seul moyen de recours contre son entreprise et non contre le médecin du travail.. ».

C/ Les réactions « négatives »

Mais le paysage ne semble pas si idyllique pour tous. En effet, dans 36% des questionnaires analysés, la contestation a eu un impact négatif sur le médecin à l'origine de l'avis contesté.

« Expérience qui parasite l'esprit.. », « situation très inconfortable.. », « la procédure a été vécue avec inquiétude.. », « c'est toujours difficile de voir son avis contesté.. », « j'ai très mal vécu cette contestation, j'avais envie de tout arrêter, j'étais démotivée.. ».

Tout comme précédemment, nous nous sommes intéressés aux déterminants de ce vécu péjoratif.

Dans un peu plus de la moitié des cas, les médecins du travail ont signalé un étonnement, une incompréhension de voir leur avis contesté alors qu'ils pensaient avoir pris la meilleure décision pour le salarié. Pour certains, il semble même exister une véritable déception face à la remise en cause de leur gestion d'une situation qui avait demandé un investissement considérable de leur part ou d'autres intervenants.

« J'étais sûre d'avoir fait tout ce qui était nécessaire.. », « déception compte tenu de l'investissement avec le SAMETH, des investissements en matériel financés par l'AGEFIPH, et de l'investissement personnel.. », « étonnement car la salariée était d'accord avec le licenciement pour inaptitude.. », « je me demande ce qui s'est passé car j'essaie toujours de bien remplir ma mission.. », « la contestation venait du salarié, j'ai été déçue qu'il n'ait pas compris ma décision.. », « j'ai très mal vécu cette contestation car pour moi l'avis d'inaptitude était indiscutable.. ».

Certains médecins évoquent même une remise en question de leurs compétences, un sentiment de doute concernant leur décision et leur pratique professionnelle.

« La contestation de cet avis a été vécue comme une remise en cause de mes compétences professionnelles.. », « on se remet en question forcément : ai-je oublié un examen complémentaire ? la procédure a-t-elle été respectée ?.. ».

Dans d'autres situations, la contestation est d'autant plus mal vécue qu'elle peut être associée à des menaces ou pressions de la part du salarié ou de l'employeur, ou même à un dépôt de plainte au Conseil de l'Ordre des Médecins.

« Salarié très énervé, violent.. », « j'ai été énervée car il a d'abord fait une procédure auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins, il a tenu des propos irrecevables à mon encontre.. », « j'ai très peu apprécié cette contestation puisque le salarié a fait en même temps une lettre à l'Ordre des Médecins.. », « la procédure a été vécue avec inquiétude car le salarié m'avait menacée dans le bureau.. ».

Comme nous l'avons dit précédemment, les réactions des médecins du travail face à la contestation de l'un de leur avis sont diverses et variées, et ce qui est une force pour les uns peut être une faiblesse pour les autres. Evidemment, il faut tenir compte du fait que chaque situation de travail est unique et ne peut se comparer à une autre, et il faut surtout considérer l'aspect personnel et subjectif de chaque cas.

D/ L'avis des médecins du travail sur les modalités de la procédure de contestation

A présent, nous allons aborder la question du regard des médecins du travail sur la procédure de contestation en elle-même, en particulier l'enquête avec le médecin inspecteur, puis sur l'avis de celui-ci.

Ce point a été développé par les médecins interrogés dans 30 de nos questionnaires, et leurs avis sont presque unanimes.

En effet, dans 29 d'entre eux, les médecins ne trouvent rien à redire sur la procédure. Un médecin juge par contre qu'il s'agit « *d'une procédure inutile* ».

« *Le déroulement de la procédure m'a satisfait..* », « *la procédure en elle-même ne me pose aucun problème..* », « *la procédure s'est bien passée..* ».

Pour beaucoup, il semble que l'intervention du MIT soit un temps essentiel et constitue un véritable soutien contribuant à les conseiller, les rassurer et à rendre la procédure moins anxiogène. L'échange aux différents temps de la procédure avec le médecin inspecteur est tout particulièrement apprécié, de même que la possibilité de se fier à son jugement.

« *La visite du MIT est essentielle..* », « *les conseils du MIT m'ont beaucoup aidée à gérer cette situation..* », « *heureusement le MIT est intervenu et m'a rassurée..* », « *procédure très stressante mais bon soutien de la DIRECCTE..* », « *grâce au soutien du médecin inspecteur je suis restée sereine..* », « *j'avais confiance dans le jugement du MIT, je n'ai eu aucune crainte..* ».

Au-delà de l'aspect administratif, cette procédure constitue pour les médecins un appui technique grâce auquel toutes les parties ont l'opportunité de s'exprimer et d'être entendues, ce qui permet de recueillir tous les éléments nécessaires à la résolution de la situation.

« La procédure s'est bien passée car je crois que tous les points de vue ont pu s'exprimer.. », « très juste quant au temps et à l'écoute consacrée tant à la salariée, au médecin du travail et à l'employeur.. ».

Les médecins du travail ne manquent toutefois pas de souligner que l'ensemble de la procédure est très chronophage tant dans la préparation préalable du dossier, que dans la phase d'entretiens. Un médecin va jusqu'à déclarer qu'il s'agit *« d'une perte de temps »* pour l'ensemble des intervenants, les autres sont beaucoup plus modérés dans leurs propos.

« Expérience qui phagocyte du temps et de l'énergie.. », « la procédure mobilise du temps essentiellement.. ».

E/ Le rôle de l'inspecteur du travail du point de vue des médecins

Il est surprenant de constater que le rôle de l'inspecteur du travail est très peu évoqué dans les remarques des médecins. En effet, si la collaboration avec le médecin inspecteur est souvent citée, celle avec l'inspecteur du travail est plutôt occultée. Sur l'ensemble des questionnaires analysés, il n'y est fait allusion que dans 4 d'entre eux.

Le soutien de l'inspecteur du travail a été notifié dans 3 cas : *« soutien de l'inspecteur du travail qui connaissait la situation de la salariée.. », « le soutien de l'inspectrice du travail m'a beaucoup aidée.. ».*

Dans le dernier commentaire il est dit que *« le passage de la contestation par l'inspection du travail n'a aucun intérêt.. ».*

Enfin, dans de nombreux cas, et cela même quand la contestation a été dès le départ bien perçue, les médecins parlent du soulagement de voir leur avis confirmé à l'issue de la procédure.

« La validation de mon avis a été pour moi un grand soulagement.. », « ma décision d'inaptitude a été confirmée et ça a été pour moi un soulagement.. », « un grand soulagement lors du rendu de la procédure.. ».

IV.5. Exemples détaillés de contestations

Nous allons à présent illustrer nos propos à travers l'exemple de trois contestations choisies d'une part en raison de leur pertinence, et d'autre part, pour notre connaissance directe de chacun des dossiers.

Nous avons sélectionné :

- une contestation émanant d'une salariée dans le cadre d'une pathologie rhumatologique,
- une contestation émanant d'un employeur dans le cadre de troubles d'ordre psychologique,
- une contestation provenant d'un salarié dans le cadre d'une pathologie respiratoire.

Pour chaque contestation, nous reviendrons sur l'avis contesté, les motifs du recours, le contexte professionnel, l'histoire de la « maladie », les éléments recueillis au cours de l'enquête auprès du salarié, de l'employeur et du médecin du travail, l'avis du MIT et la décision de l'inspecteur du travail ainsi que leurs critères de motivation.

Enfin, nous reviendrons sur les faits essentiels de chaque contestation à travers une rapide analyse de celles-ci.

IV.5.1. Contestation d'un salarié dans le cadre d'une pathologie rhumatologique

A/ L'avis contesté et les motifs du recours

Madame « A », aide-soignante dans une maison de retraite, conteste le 6 décembre 2010 les deux avis d'inaptitude émis le 5 novembre et le 19 novembre 2010 par son médecin du travail dans le cadre de la procédure prévue par l'article R.4624-31 du Code du travail, ainsi formulés :

- 1^{er} avis : « *Inapte à la reprise au poste d'aide-soignante. Apte à un poste administratif lui permettant de travailler assise, sans contrainte de manutention ni postures contraignantes.* »

- 2^{ème} avis : « *Inapte au poste d'aide-soignante. Inapte à tout poste autre qu'administratif.* »

Dans son courrier de saisine à l'inspecteur du travail, Madame « A » explique qu'elle « reconnaît ne pas pouvoir exercer son métier en horaires de journée, mais estime être en capacité de poursuivre son activité d'aide-soignante de nuit ». Elle déclare par ailleurs avoir été vue au Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles du CHU de Nancy où elle aurait été « *mise apte à son poste* ».

B/ Le contexte professionnel

Madame « A » est salariée de l'EHPAD « X » depuis 2008. Elle y occupe un poste d'aide-soignante à temps plein en horaires coupés de journée tout d'abord, puis, à sa demande, en alternant jours et nuits avec un maximum de trois nuits consécutives. Au cours des trois mois ayant précédé le premier avis d'inaptitude, elle n'a été affectée, à la demande du médecin du travail, que sur des postes d'après-midi ou de nuit.

L'EHPAD « X » accueille, en appartements répartis sur trois étages, 46 résidents. Madame « A » est chargée des tâches suivantes : toilettes partielles ou complètes, changes, transferts, aide à la marche, surveillance, entretien des appartements.

C/ L'histoire de la « maladie »

La salariée souffre depuis 2009 d'un rhumatisme psoriasique traité par Méthotrexate. Elle a bénéficié, dans ce contexte, de la prescription d'arrêts de travail répétés et a présenté plusieurs accidents du travail liés à la manipulation de résidents.

Face à des difficultés professionnelles croissantes, Mme « A » a rencontré à diverses reprises son médecin du travail qui lui a conseillé d'établir un dossier auprès de la MDPH afin d'obtenir le statut de « travailleur handicapé », et qui, à la suite d'une visite de reprise en juillet 2010, a émis l'avis d'aptitude avec aménagement suivant : *« Apte au poste d'aide-soignante. Privilégier les horaires de nuit et dans le cas d'un travail de jour, prévoir une alternance régulière travail-repos ».*

En raison des contraintes organisationnelles internes à l'EHPAD « X », Mme « A » n'a pas pu être affectée à un poste de nuit exclusif, elle a néanmoins été exemptée des postes de matin, décrits comme étant les plus contraignants. Malgré cela, de nouveaux arrêts de travail se sont avérés nécessaires, et, c'est à l'issue de l'un d'entre eux, que la salariée, vue en visite de reprise, a alors été déclarée *« Inapte au poste d'aide-soignante. Apte à un poste administratif lui permettant de travailler assise, sans contrainte de manutention ni postures contraignantes. »*

Le jour précédant la visite de reprise, Mme « A » est reçue, à la demande de son médecin traitant, en consultation de pathologies professionnelles. En date du 22 novembre, il est alors conclu que *« l'état de santé de Mme « A » semble compatible avec la poursuite de son activité au poste d'aide-soignante avec les restrictions formulées précédemment par son médecin du travail. »*

Dans l'intervalle, le deuxième avis d'inaptitude a été rédigé le 19 novembre 2010 comme suit : « *Inapte au poste d'aide-soignante. Inapte à tout poste autre qu'administratif* ». La salariée conteste cet avis le 6 décembre, soit 17 jours plus tard, elle est licenciée le 13 décembre 2010 avant même la décision de l'inspecteur du travail.

D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête

Le point de vue du médecin du travail :

Le médecin du travail de l'EHPAD « X » connaissait depuis longtemps la situation de Mme « A », et s'en était entretenu à diverses reprises avec la salariée et son employeur afin d'aménager au mieux son poste de travail.

Devant la recrudescence des douleurs présentées par Mme « A » et de l'absentéisme de celle-ci, reflet de difficultés professionnelles croissantes, l'inaptitude était, selon le médecin, envisagée de longue date avec l'accord de la salariée.

Il apparaît par ailleurs que Mme « A » n'avait pas informé son médecin du travail du rendez-vous prévu à la consultation de pathologies professionnelles.

Le point de vue de la salariée :

Madame « A » allègue des difficultés uniquement lors des postes de journée, mais s'estime en capacité d'occuper un poste de nuit exclusif qu'elle pensait pouvoir obtenir grâce à l'intervention du médecin du travail.

Elle reconnaît s'être rendue à la consultation de pathologies professionnelles à l'initiative de son médecin traitant et ne pas en avoir informé son médecin du travail. Elle ne comprend pas pourquoi son médecin du travail l'a déclarée inapte à son poste alors que le CCPP estime qu'elle peut occuper un poste de nuit.

Elle craint d'autre part que l'avis d'inaptitude ne lui porte préjudice dans ses futures recherches d'emploi et ne constitue un obstacle à une prochaine embauche.

Lors de l'examen clinique pratiqué par le médecin inspecteur, il est constaté une prudence d'exécution et une lenteur gestuelle. Il existe des douleurs rachidiennes diffuses associées à une raideur lombaire et à une diminution de la mobilité cervicale, des signes d'arthrite sont retrouvés au niveau des articulations inter-phalangiennes et métacarpo-phalangiennes des doigts des deux mains.

Le point de vue de l'employeur :

L'employeur de Mme « A » fait état de nombreux accidents et arrêts de travail depuis le début de son activité à l'EHPAD « X ».

La volonté de Mme « A » d'obtenir un poste de nuit était, selon lui, latente depuis plusieurs mois.

Pour lui, le poste de nuit est un poste « sensible », à risque important de chute du fait des nombreux escaliers présents dans la structure et des déplacements imposés, et, de surcroît, occupé par une unique personne qui doit gérer seule les 46 résidents de la structure.

L'étude du poste de Mme « A » :

L'EHPAD « X » comporte 46 appartements répartis en trois étages sur de longs couloirs.

L'activité du poste de nuit est conséquente, isolée, la personne l'occupant doit pouvoir être en mesure de se déplacer rapidement pour faire face aux aléas qui peuvent être nombreux.

E/ L'avis du MIT

Pour émettre son avis, le médecin inspecteur du travail a pris en compte les points suivants :

- Le médecin du travail de l'EHPAD « X » avait une très bonne connaissance de l'état de santé et du poste de travail de Mme « A », mais aussi de l'entreprise.

- Mme « A » a présenté un absentéisme important lié à des accidents du travail et à des arrêts maladie d'assez longue durée. Les essais de reprise ont été des échecs, l'état de santé de la salariée n'a cessé de se dégrader malgré l'aménagement de ses horaires et des périodes prolongées de nuit.

- Les exigences des postes, en particulier celui de nuit. Ces exigences sont liées d'une part, aux caractéristiques du bâtiment (grande surface, trois étages, longs couloirs) et d'autre part, à des phénomènes organisationnels, le poste de nuit est un poste isolé, comportant une activité imprévisible mais globalement importante.

- Des éléments médicaux objectifs confirment l'incompatibilité entre l'état de santé de Mme « A » et les exigences du poste d'aide-soignante dans l'EHPAD « X », de jour comme de nuit.

- L'avis du Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles est un avis d'expert qui ne peut se substituer à celui du médecin du travail.

- Les différents avis du médecin du travail ont été émis selon les critères requis.

Le médecin inspecteur a validé les avis d'incapacité émis le 5 et 19 novembre 2010 et a également rappelé qu'un avis concerne un poste de travail donné dans une entreprise donnée et que, selon son évolution de santé, Mme « A » pourrait exercer le métier d'aide-soignante dans un autre établissement à un poste moins sollicitant physiquement.

F/ La décision de l'inspecteur du travail

L'IT a également confirmé les deux avis d'incapacité émis par le médecin du travail.

G/ L'analyse de la contestation

Que peut-on retenir de cette contestation ?

Cette contestation est tout d'abord le reflet de la volonté de la salariée de ne pas perdre son poste et de la crainte de celle-ci de voir un avis d'incapacité lui porter préjudice pour des recherches futures d'emploi. En effet pour Mme « A » comme pour de nombreux autres salariés, l'incapacité à un poste est souvent synonyme d'incapacité au travail en général.

Dans son « acharnement » à conserver son poste, la salariée minimisait son état de santé, mais, devant la constante dégradation de celui-ci, le médecin du travail, après de nombreuses tentatives d'aménagement du poste, n'a finalement pas eu d'autre choix que de la déclarer inapte.

Ce constat renvoie à la nécessité permanente pour le médecin du travail de prendre en compte pour les salariés le droit au travail et le droit à la santé qui peuvent parfois s'opposer et être à l'origine de divergences d'opinions entre le salarié et son médecin du travail.

Dans cet exemple, on retiendra également la tentative d'instrumentalisation de l'avis du Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles de la part de la salariée. Cette dernière a, d'une part, dissimulé à son médecin du travail qu'elle allait bénéficier, à l'initiative de son médecin traitant, d'une consultation dont l'objet serait son aptitude au poste qu'elle occupait, et d'autre part, elle a tenté par la suite d'utiliser l'avis rendu pour contrecarrer celui de son médecin du travail.

Le MIT, dans son avis, a clairement rappelé que l'avis du CCPP était un avis consultatif qui ne pouvait se substituer à celui du médecin du travail. La distinction pour les salariés n'apparaît pas cependant toujours évidente et occasionne quelques confusions. Cette observation pose la question de l'attitude à adopter pour les CCPP lorsque leur avis est requis par un autre médecin que le médecin du travail pour un problème d'aptitude.

Enfin, il est important de souligner que l'avis du MIT a définitivement été arrêté par les éléments recueillis au cours de l'enquête, en premier lieu la visite des locaux de travail et l'étude du poste de la salariée.

Les informations alors collectées ont joué un rôle décisif dans la détermination de la validation de l'inaptitude, ce qui montre tout l'intérêt, d'une part, de l'enquête réalisée sur place et, d'autre part, de la connaissance de l'entreprise et du poste de travail.

IV.5.2. Contestation d'un employeur dans le cadre de troubles psychologiques

A/ L'avis contesté et les motifs de recours

Monsieur « B », gérant d'une petite entreprise « Y », conteste le 7 avril 2009 l'avis d'inaptitude émis le 02 avril 2009, concernant Mademoiselle « B », responsable qualité et ressources humaines, et formulé ainsi : *« Article R.4624-31 : le maintien de la salariée à son poste entraînerait un danger immédiat pour la santé et la sécurité de la salariée et celles de tiers. Inapte au poste responsable qualité et ressources humaines »*.

Dans le courrier de saisine qu'il adresse à l'inspecteur du travail, Monsieur « B » explique qu'il estime que *« cette inaptitude n'est pas justifiée tant sur le plan médical que sur le plan des activités professionnelles de la salariée, que le travail de celle-ci est uniquement administratif et ne peut donc être responsable d'un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité »*. Il allègue d'autre part qu'aucune étude de poste n'a été réalisée par le médecin du travail et qu'il est *« le mieux placé pour parler de la salariée »* puisqu'il est son père.

B/ Le contexte professionnel

Melle « B » est salariée de l'entreprise « Y » gérée par son père, Monsieur « B », depuis le 20 mai 2008. Elle y travaille à temps plein en tant que responsable qualité et ressources humaines, et s'occupe de tâches de secrétariat, comptabilité et de tâches administratives diverses liées aux activités ressources humaines et qualité.

C/ L'histoire de la « maladie »

Quatre mois à peine après son embauche, Melle « B » fait parvenir au gérant de l'entreprise « Y », son père, sa lettre de démission.

Néanmoins, au cours du mois de préavis suivant l'envoi de cette lettre, la salariée se rétracte en explicitant les raisons qui l'avaient amenée à vouloir démissionner : *« Cette décision ne résultait pas de ma volonté claire et non équivoque de quitter mon emploi mais des éléments suivants : restructuration interne de la société perturbant son activité et engendrant par là même une pression additionnée de réflexions désobligeantes et répétées de la hiérarchie »*.

Le 26 février 2009, à la suite d'un événement professionnel (violente altercation), Melle « B » est victime d'un malaise et quitte son lieu de travail, après en avoir informé sa hiérarchie, et fait alors l'objet d'une prescription d'arrêt de travail. Le même jour, Monsieur « B » lui adresse un courrier lui notifiant sa volonté de rompre son contrat de travail pour faute grave avec mise à pied à titre conservatoire à effet immédiat. Cette menace de sanction a été levée dès réception par le gérant de la notification de l'arrêt de travail.

A l'issue de la période d'arrêt de travail, Melle « B » est vue en visite de reprise le 2 avril 2009 par son médecin du travail. La salariée avait auparavant sollicité une visite de pré-reprise pour faire part de sa situation au médecin.

L'avis contesté est donc celui rédigé lors de la visite de reprise le 2 avril 2009 : *« Article R.4624-31 : le maintien de la salariée à son poste de travail entraînerait un danger immédiat pour la santé et la sécurité de celle-ci et de tiers. Inapte au poste responsable qualité et ressources humaines »*.

Cet avis est contesté le 7 avril 2009, soit cinq jours plus tard, par le gérant de la société, son père.

D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête

Le point de vue de la salariée :

Lors de son entretien avec le MIT, Mademoiselle « B » revient sur ses conditions de travail depuis son arrivée dans l'entreprise.

La salariée évoque les brimades et insultes proférées par son père, qu'elle aurait subies dès son embauche puis de façon régulière et répétée, ainsi que des gestes menaçants et violents. Mademoiselle « B » déclare avoir été harcelée par celui-ci, il lui aurait adressé des lettres injurieuses de même que des appels téléphoniques réitérés ayant pour unique but de la « rabaisser » et de la faire culpabiliser.

Par ailleurs, elle découvrait son père sous un autre jour alors qu'elle l'avait mis auparavant sur un piédestal.

Cette situation aurait rapidement engendré chez la salariée une anxiété considérable associée à des vomissements et tremblements, ainsi qu'à une crainte de se rendre sur son lieu de travail. Elle bénéficie alors d'un suivi psychiatrique assorti d'un traitement psychotrope par antidépresseurs et anxiolytiques. Elle n'aurait pas osé prendre les arrêts de travail prescrits par son psychiatre de peur de subir les représailles de son père.

Pendant l'examen pratiqué par le MIT, Mademoiselle « B » est abattue, elle évoque des idées noires avec velléités suicidaires, une perte de l'élan vital, ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit.

Le point de vue de l'employeur :

L'employeur, et père de Mademoiselle « B », ne reviendra pas sur les accusations de harcèlement portées par sa fille.

Pour lui, celle-ci a été embauchée grâce à lui, à un salaire qu'elle ne méritait pas et son inaptitude est, selon lui, infondée. En effet, il estime que son état de santé ne justifie en rien de la retirer d'un poste qui ne comporte, à ses yeux, aucun risque.

En tant que père de Mademoiselle « B », il pense être le plus à même de trouver une solution à ses problèmes, cette solution étant de la maintenir à son poste afin de ne pas l'isoler.

Le point de vue du médecin du travail :

Mademoiselle « B » a été reçue, à sa demande, par son médecin du travail. Elle lui a alors fait part des difficultés familiales et professionnelles qu'elle rencontrait, et du suivi psychiatrique dont elle bénéficiait dans ce contexte.

Très vite, il est apparu au médecin du travail que la salariée était terrorisée par son père et employeur, et qu'elle ne pouvait plus continuer à occuper son poste de travail dans ces conditions. Par ailleurs d'autres salariés avaient préalablement confié au médecin du travail les difficultés relationnelles qu'ils avaient avec leur employeur.

De nombreux courriers émis par Monsieur « B » et des menaces proférées par celui-ci à l'encontre du médecin du travail lors d'un entretien, ont permis de cerner la personnalité de cet employeur.

Le risque de passage à l'acte suicidaire était considérable, il paraissait essentiel au médecin d'extraire la salariée au plus vite de ce milieu toxique. L'inaptitude pour « danger immédiat » a donc été formulée à visée protectrice.

E/ L'avis du MIT

Pour émettre son avis, le médecin inspecteur du travail a pris en compte les points suivants :

- La situation dans l'entreprise était tendue avec comme conséquence un turn over important du personnel. Face à la dégradation de ses conditions de travail, Mademoiselle « B » avait manifesté la volonté de démissionner et s'est ensuite rétractée devant une amélioration transitoire de la situation. Néanmoins, très rapidement, les choses se sont aggravées tant du point de vue des conditions de travail que de l'état de santé de la salariée.

- Les éléments recueillis au cours de l'enquête confirment qu'il existait effectivement un danger immédiat pour la santé et la sécurité de Mademoiselle « B » en cas de reprise à son poste de travail ou à tout autre poste de l'entreprise. Le MIT a constaté la gravité de l'état de santé de Mademoiselle « B » (dépression réactionnelle sévère) et la persistance de celle-ci malgré l'éloignement de l'entreprise.

- L'entretien avec l'employeur a permis de mettre à jour, à partir des questions posées, un comportement et un mode de management délétères.

Le médecin inspecteur a donc validé l'avis d'inaptitude émis le 2 avril 2009.

F/ La décision de l'IT

L'inspecteur du travail a suivi l'avis du MIT et a confirmé l'avis d'aptitude prononcé par le médecin du travail.

G/ L'analyse de la contestation

Cette observation reflète, au-delà de la procédure du recours, la nécessité, pour le médecin du travail, puis pour le MIT, de sauvegarder au plus vite la santé et la vie de la salariée. La délivrance de l'avis d'aptitude pour « danger immédiat » n'avait pas suffi à extraire Mademoiselle « B » de son environnement de travail, la contestation et la validation de l'aptitude ont définitivement entériné cette nécessité. Suite à l'intervention du MIT et de l'inspecteur du travail par le biais de leur enquête, la salariée a pu être licenciée avant même que la décision du recours ne soit rendue.

La notion de « danger immédiat » avait d'ailleurs paru incongrue à son employeur et père, il ne comprenait pas en effet comment un travail administratif pouvait être à l'origine d'un danger tel qu'il fallait au plus vite retirer sa fille du poste qu'elle occupait. Ceci montre toute la complexité de la délivrance d'un avis d'aptitude dans le cadre d'une pathologie d'ordre psychologique.

On constate une nouvelle fois l'importance d'avoir recueilli les points de vue des différentes parties au cours de l'enquête. En effet, les propos tenus par Monsieur « B » au cours de son entretien avec le médecin inspecteur du travail ont été parfaitement révélateurs de l'attitude qu'il avait pu avoir avec sa fille. Sans ces éléments, Monsieur « B » aurait pu passer, aux yeux du MIT et de l'IT, pour un père soucieux de protéger la santé de son enfant, aspect mis en avant au début de l'entretien.

IV.5.3. Contestation d'un salarié dans le cadre d'une pathologie respiratoire

A/ L'avis contesté et les motifs du recours

Monsieur « C », salarié d'une société d'ambulances, conteste, le 28 décembre 2010, l'avis émis par son médecin du travail le 17 novembre 2010, ainsi formulé : « *Inapte temporaire pour un mois au poste de chauffeur* ».

Dans son courrier de saisine à l'inspecteur du travail, M. « C » explique qu'il ne comprend pas « *pourquoi son employeur et le médecin du travail l'ont laissé travailler pendant presque quatre mois, et que, du jour au lendemain, sans fait nouveau, sa situation change et il est déclaré inapte à la conduite sans explication médicale* ». Il déclare par ailleurs ne pas véritablement contester le contenu de l'avis mais plutôt la démarche qui y a mené.

B/ Le contexte professionnel

Monsieur « C » est salarié, en tant qu'ambulancier, de l'entreprise de transports sanitaires « Z » depuis 2007. Il y avait auparavant travaillé de 2001 à 2006 avant de démissionner.

Il est titulaire du Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA) depuis 2005. Il travaille à temps plein et effectue des transports de patients en VSL et ambulances. Ses horaires de travail sont variables, avec, selon lui, de grandes amplitudes horaires.

C/ L'histoire de la « maladie »

Le 14 juillet 2010, Monsieur « C » est victime, pendant son temps de travail, d'un accident de la voie publique à la suite d'un épisode d'endormissement, alors qu'il conduisait un VSL sans passager.

Il bénéficie, consécutivement à cet accident, de la prescription d'un arrêt de travail du 28 juillet au 15 août 2010. Le 25 août, il est vu par son médecin du travail qu'il informe que des examens complémentaires, en rapport avec l'endormissement, auront lieu au mois de septembre. Il est alors déclaré « *apte à son poste de travail* ».

Le 17 décembre 2010, à l'occasion d'une visite à la demande de l'employeur, Monsieur « C » est déclaré « *inapte temporaire pour un mois au poste de chauffeur* ». Il conteste cet avis 11 jours plus tard.

En l'absence de poste compatible avec la restriction émise par le médecin du travail, le salarié doit bénéficier de la prescription d'un nouvel arrêt de travail.

D/ Les éléments recueillis au cours de l'enquête

Le point de vue du médecin du travail :

Le médecin du travail est revenu sur les faits qui l'ont conduit à formuler les différents avis.

Lors de la visite effectuée en août, le salarié l'a effectivement informé que des examens complémentaires allaient être prochainement réalisés dans le cadre d'une suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil.

Il est alors demandé au salarié de faire parvenir au médecin le plus rapidement possible les résultats de ces examens. Faisant confiance à Monsieur « C », le médecin du travail l'autorise à travailler, sans réserve, à son poste habituel d'ambulancier.

Dans les mois qui suivent, le médecin est alerté par les collègues de Monsieur « C », ils lui signalent une somnolence excessive de celui-ci qui engendrerait de nombreuses plaintes de patients. Par ailleurs, les résultats des examens ne lui étant pas parvenus, le médecin du travail décide d'adresser un courrier au médecin traitant du salarié afin de les obtenir, courrier qui restera sans réponse.

En décembre, le médecin voit, au cours d'une visite de l'entreprise, l'employeur de Monsieur « C » qui lui fait part de son inquiétude suite aux nombreuses alertes des collègues de ce dernier et des clients transportés ainsi que sur les risques encourus du fait de sa profession. Le médecin du travail propose alors à l'employeur de recevoir son salarié dès le lendemain dans le cadre d'une visite à la demande.

Lors de cette visite du 17 décembre 2010, Monsieur « C » fournit au médecin les résultats des premiers examens réalisés, il y est précisé qu'une polysomnographie aura lieu le 12 janvier 2011. Le salarié se serait par ailleurs montré très agressif, aurait accusé le médecin de complicité avec l'employeur et aurait même proféré des menaces.

Dans ce contexte, le médecin du travail oriente Monsieur « C » vers le Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles au CHU de Nancy. Dans l'attente des résultats de la polysomnographie et des conclusions du CCPP, le salarié est déclaré « *inapte temporaire pour un mois au poste de chauffeur* ».

Le point de vue du salarié :

Monsieur « C » n'allègue aucun épisode d'endormissement avant celui ayant causé l'AVP du 14 juillet et met ce dernier sur le compte d'une asthénie liée aux grandes amplitudes de ses horaires de travail. Il fournit néanmoins les résultats de la polysomnographie du 12 janvier 2011 qui révèle un syndrome d'apnées du sommeil très sévère, nécessitant un appareillage.

Le jour de l'enquête, il déclare aller beaucoup mieux et apporte les résultats d'autres examens (radiographie pulmonaire, explorations fonctionnelles respiratoires) pour prouver sa bonne foi.

Il déclare ne pas comprendre la démarche qui a mené à l'avis du 17 décembre, surtout le fait d'avoir été déclaré apte à son poste immédiatement après l'AVP puis inapte par la suite sans raison médicale selon lui, et il reproche à son employeur de ne l'avoir affecté à aucun poste pendant la durée de l'inaptitude temporaire.

Le point de vue de l'employeur :

L'employeur évoque les difficultés rencontrées, selon lui, par le salarié depuis l'AVP : déficit d'attention au volant, conduite trop rapide, somnolence excessive, plaintes des patients...

Il déclare que, déjà en novembre 2009, Monsieur « C » aurait causé des dégâts matériels sur un véhicule après s'être assoupi en conduisant.

Face à ses propres constatations et aux alertes des collègues et des patients, le responsable de la société « Z » a décidé d'avertir le médecin du travail à l'occasion d'une de ses visites de l'entreprise.

Pour justifier l'absence de reclassement à un poste sans conduite, l'employeur allègue que même les salariés affectés à un poste d'accompagnant en ambulance doivent être en mesure de pouvoir conduire, et qu'il ne pouvait assigner à Monsieur « C » un poste administratif.

E/ L'avis du MIT

Pour émettre son avis, le médecin inspecteur du travail a pris en compte les points suivants :

- Le médecin du travail avait été informé lors de la visite du 25 août des causes de l'AVP et des examens prévus. Malgré ses demandes, aucun résultat ne lui est parvenu.

- Monsieur « C » a présenté deux accidents de la voie publique après s'être assoupi, ses collègues avaient alerté à plusieurs reprises l'employeur et le médecin du travail de ses difficultés lors de la conduite.

- Lorsque l'avis d'inaptitude a été émis le 17 décembre, le bilan médical était en cours, les examens ont par la suite confirmé la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil très sévère, induisant un risque accidentel certain et justifiant d'une inaptitude temporaire à la conduite dans l'attente d'un appareillage efficace.

- Les différents avis ont été émis selon les critères requis.

Le médecin inspecteur du travail a validé l'avis d'inaptitude du 17 décembre 2010, et a par ailleurs considéré que la reprise au poste d'ambulancier ne saurait être envisagée sans la réalisation préalable de nouveaux examens complémentaires.

F/ La décision de l'inspecteur du travail

L'inspecteur du travail a également confirmé l'avis d'inaptitude formulé le 17 décembre 2010.

G/ L'analyse de la contestation

Tout comme dans la première observation, le salarié mésestimait son état de santé et les risques que sa pathologie représentait pour lui-même mais également pour les patients qu'il transportait.

Lors de l'enquête, le médecin du travail a exprimé des regrets par rapport à la relation de confiance qu'elle avait tenté d'instaurer mais qui n'a pas été respectée par le salarié qui lui a sciemment dissimulé des éléments médicaux. A travers la contestation, c'est encore la difficulté de la détermination de l'aptitude et la complexité des rapports médecin du travail-salarié qui se dégagent.

La relation médecin du travail-employeur est également concernée par cet exemple puisque le salarié avait clairement accusé son médecin du travail et son employeur de s'être ligüés contre lui dans le but de lui retirer son poste. L'employeur avait en effet alerté à plusieurs reprises le médecin sur l'état du salarié et sur les plaintes dont il faisait l'objet à la fois de ses collègues, mais aussi des personnes qu'il véhiculait. Le médecin du travail a pris en compte ces éléments sans toutefois déroger au secret médical, et il était de son rôle de répondre aux inquiétudes formulées par des tiers à diverses reprises. Le médecin du travail se trouve en permanence au sein d'une relation triangulaire ce qui rend plus délicat encore son exercice.

Dans cet exemple de contestation, l'enquête, en plus d'avoir apporté des informations médicales au médecin inspecteur, en a procuré au médecin du travail qui n'en aurait peut-être jamais eu connaissance sans la survenue de ce recours.

Enfin, en confortant l'avis initial d'inaptitude du médecin du travail, la contestation a permis au salarié de prendre conscience de la pathologie dont il souffrait, et de se prendre en charge sur le plan médical.

IV.6. Analyse des motifs de contestations

Ces trois exemples détaillés permettent d'approcher la réalité de la contestation, de ses motifs à l'avis du MIT et à la décision de l'IT, en passant par les éléments de l'enquête.

Comme cela a été souligné dans l'analyse des questionnaires aux médecins du travail, les contestations peuvent être utilisées à d'autres fins que l'objectif prévu par la réglementation et elles trouvent souvent leur origine non pas dans la réalité des motivations des avis mais surtout dans les conséquences qu'ils engendrent.

Sans entrer dans le détail des recours, nous allons à présent nous attacher à faire ressortir l'utilisation de la contestation, tant par l'employeur que par le salarié, pour d'autres raisons que « les difficultés ou désaccords » nés de l'avis du médecin du travail.

IV.6.1. Contestation d'un avis d'inaptitude par un employeur : Mise en cause de la procédure d'émission

Un employeur conteste un avis d'inaptitude émis pour l'une de ses salariées dans le cadre d'une visite de reprise. Cette inaptitude survient consécutivement à un arrêt de travail prescrit dans le cadre d'une suspicion de souffrance morale au travail.

Pendant cet arrêt, la salariée a sollicité une visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail, la visite effective de reprise, au cours de laquelle l'avis contesté a été émis, a eu lieu à l'initiative de la salariée sans que celle-ci n'ait prévenu son employeur.

L'analyse des motifs de l'employeur dans cette contestation montre qu'en réalité, l'inaptitude, en tant que telle, n'est pas l'objet de la contestation mais plutôt la procédure d'émission de l'avis, c'est-à-dire l'absence d'information de l'employeur vis-à-vis d'une visite de reprise demandée par une salariée.

Or, que prévoient la réglementation et la jurisprudence à ce propos ? Il est initialement prescrit par le Code du travail que la visite de reprise ne peut être sollicitée que par l'employeur, au contraire de la visite de pré-reprise. Néanmoins, du fait de la jurisprudence actuelle, il est admis qu'un salarié est en droit de demander une visite de reprise à condition d'avoir dûment prévenu son employeur de celle-ci.

La contestation apparaît donc ici comme la manifestation d'une volonté de l'employeur de se protéger contre une éventuelle procédure prud'homale. L'altération de l'état de santé de la salariée était directement liée aux relations dégradées au sein de l'équipe de travail. Or l'employeur connaissait la situation et n'était pas intervenu pour la résoudre.

En attaquant sur la forme de l'avis, il espérait que le fond ne serait pas abordé. Au cours de l'enquête, ces difficultés relationnelles ont été soulevées ainsi que les obligations de l'employeur concernant la santé de ses salariés. L'employeur a annulé sa contestation le lendemain de l'enquête réalisée conjointement par le MIT et l'IT.

IV.6.2. Contestation d'un avis d'inaptitude par un employeur : La mauvaise perception d'un risque

Un employeur conteste un avis d'inaptitude à un poste proposé dans le cadre du reclassement de l'un de ses salariés, qui souffre d'une rhinite allergique reconnue en Maladie Professionnelle au titre du Tableau 47 du régime général de la sécurité sociale (affections liées à l'exposition aux poussières de bois), et qui ne peut plus, de ce fait, occuper son poste de machiniste dans une manufacture de meubles.

Selon l'employeur, le reclassement s'est effectué sur un poste ne comportant pas d'exposition aux poussières de bois, responsables de la pathologie du salarié.

Une tentative d'affectation au poste proposé s'est rapidement soldée par une réactivation de la symptomatologie ORL et respiratoire, conduisant le médecin du travail à formuler une inaptitude au poste.

L'employeur conteste cet avis au motif que les mesurages effectués sur le poste trouvaient des valeurs inférieures au seuil réglementaire, et, par conséquent, qu'il ne comprenait pas comment le salarié pouvait être exposé aux poussières de bois en travaillant à ce poste.

L'étude de poste réalisée par le MIT et l'IT au cours de leur enquête a confirmé la réalité de l'exposition. Cette exposition, même à de faibles quantités de poussières de bois, a été montrée à l'employeur présent lors de la visite et a modifié son regard sur la réalité du risque, y compris à ce poste.

L'enquête a permis un reclassement du salarié à un autre poste ne comportant aucune exposition aux poussières de bois.

Alors que le médecin du travail n'avait pas été entendu, l'intervention conjointe du MIT et de l'IT a changé la perception du risque par l'employeur.

IV.6.3. Contestation d'un avis d'aptitude par un employeur : Une inquiétude sur la garantie de sécurité des salariés

Un employeur conteste un avis d'aptitude concernant l'une de ses salariées, distributrice de prospectus, et formulé ainsi : « Apte à la conduite, trajets locaux avec corrections optiques de jour ». Quelques jours avant l'émission de cet avis, il avait été déclaré par le médecin du travail que la salariée était « apte à son poste avec restrictions : pas de conduite automobile et tournées à deux ».

Face à la divergence de ces deux avis, la décision du médecin du travail est contestée par l'employeur. En réalité, celui-ci était inquiet pour la sécurité de la salariée qui souffrait de la maladie d'Alzheimer et effectuait ses tournées de distribution accompagnée et véhiculée par son époux qui, lui, n'appartenait pas à l'entreprise.

Cette situation posait problème à l'employeur en termes de sécurité et de responsabilité. L'avis du médecin du travail avait priorisé le maintien dans l'emploi afin d'éviter une aggravation certaine de la pathologie en cas d'inactivité. Le MIT et l'IT ont confirmé l'incapacité à la conduite et la nécessité d'un travail à deux tentant ainsi à la fois de maintenir la salariée à son poste et d'éviter tout risque d'accident.

IV.6.4. Contestation d'un avis d'incapacité par un salarié : La recherche de réparation financière

Une salariée conteste un avis d'incapacité émis par son médecin du travail dans le cadre d'une suspicion de souffrance morale au travail. En l'absence de reclassement possible, la salariée a été licenciée de l'entreprise un mois après l'émission dudit avis.

Or la demande de recours survient trois mois après le prononcé de l'incapacité et deux mois après son licenciement. Quels pouvaient bien être les motifs d'une telle demande ?

Nous avons vu précédemment que l'annulation d'un avis d'incapacité par l'IT après le licenciement du salarié ne lui permet pas de réintégrer l'entreprise, mais prive le licenciement de cause réelle et sérieuse et donne, par conséquent, au salarié la possibilité de percevoir une indemnité qui ne peut être inférieure au salaire des six derniers mois.

L'exemple que nous venons de citer est une parfaite illustration d'une contestation menée dans l'unique intention d'obtenir réparation financière.

IV.6.5. Contestation d'un avis d'incapacité par un salarié : L'absence de proposition de reclassement par le médecin du travail

Un salarié conteste, dix jours après son émission, un avis d'incapacité ainsi formulé : « Inapte définitif à tout emploi en sidérurgie ». Cet avis a été prononcé par le médecin du travail dans un contexte d'arrêt maladie prolongé (3 ans) et d'une notification de mise en invalidité de 2^{ème} catégorie pour une maladie de Wegener.

Le libellé de l'avis du médecin du travail semble avoir été responsable d'un défaut de compréhension de la part du salarié. Il remet en effet en cause, dans sa demande de saisine de l'IT, le terme « définitif », estimant qu'il est toujours possible que son état s'améliore dans l'avenir. Il conteste surtout l'absence de proposition de reclassement dans l'avis du médecin du travail.

Revenons sur ce point. Comme nous l'avons dit précédemment dans l'étude du cadre réglementaire entourant la délivrance d'un avis d'inaptitude, le médecin du travail n'a pas à se prononcer sur la possibilité de reclassement d'un salarié, mais il est tenu de formuler dans son avis des pistes pour faciliter la recherche, par l'employeur, du poste le plus adapté en vue d'un éventuel reclassement.

Ainsi, même en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie ou quand le médecin présume qu'aucun poste ne remplira les conditions nécessaires, la réglementation prévoit que des pistes doivent être formulées en termes de capacités restantes ou de contre-indication à effectuer certaines tâches.

Dans ce cas cependant, l'état de santé du salarié n'était absolument pas stabilisé et lors des deux visites médicales de reprise, le salarié ne pouvait être affecté à aucun poste de travail, y compris très léger ou à temps partiel. Au cours de l'enquête, le salarié avait conscience de cela mais espérait néanmoins que son état de santé un jour s'améliorerait et souhaitait garder la possibilité de conserver son emploi pour le futur.

La temporalité de l'avis du médecin du travail se situait lors de la visite de reprise, celle du salarié dans le futur. Cette temporalité divergente était bien le fond de la contestation.

IV.6.6. Contestation d'un avis d'aptitude avec restrictions par une salariée : La contestation des restrictions

Il arrive bien souvent qu'un recours contre un avis d'aptitude avec restrictions ne concerne pas l'aptitude en elle-même mais bien les restrictions telles qu'elles sont formulées par le médecin du travail. L'observation qui suit en est l'exemple.

Une salariée vient en effet à contester les restrictions d'aptitude dont elle fait l'objet dans un contexte de pathologie rachidienne.

En réalité, elle utilise la contestation portant sur le contenu des restrictions notifiées pour faire entendre la pression qui est exercée sur elle par l'entreprise et le refus de la muter à un poste de travail qui pouvait être compatible avec son état de santé. Là aussi, les présences conjointes du MIT et de l'IT ont permis ce véritable reclassement.

V. Synthèse et discussion

V.1. Critique du travail

Avant d'aborder la synthèse de nos résultats clés et leurs commentaires, nous allons tenter de dégager les points forts et les points faibles de notre travail. Nous reviendrons alors sur l'étude rétrospective de dossiers que nous avons réalisée et sur les questionnaires aux médecins du travail.

V.1.1. Points forts

A/ L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010

D'un point de vue général, l'étude rétrospective que nous avons menée sur les dossiers de contestations survenues entre 2003 et 2010 permet de dresser un état des lieux global de l'utilisation de ce recours dans notre région avec des notions de son évolution sur huit années. Le nombre de dossiers et d'années étudiés permet d'avoir mis en évidence quelques grandes tendances et caractéristiques intéressantes.

Dans la littérature, peu de données pratiques ont été trouvées sur ce sujet, à l'exception de quelques travaux menés dans des régions telles que l'Aquitaine [65] ou l'Ile de France [7], mais ils se limitaient à l'étude d'une voire de deux années de contestations.

Des dossiers étudiés, nous avons tenté d'extraire un maximum de données afin de faire ressortir les caractéristiques que nous avons jugées les plus pertinentes.

Dans l'ensemble, la part d'informations manquantes est faible, la grande majorité des dossiers a pu être intégralement traitée. Nous nous sommes intéressés à des aspects concernant aussi bien les salariés, que les avis contestés ou encore les services dans lesquels ces avis avaient été émis.

B/ Le questionnaire aux médecins du travail

Ce questionnaire a permis de recueillir des données habituellement manquantes dans les dossiers de contestation, à savoir le devenir des salariés.

La question ouvertement posée aux médecins sur leur ressenti de la contestation leur a donné l'occasion de s'exprimer librement sur un sujet les concernant au plus près.

L'important taux de réponses et la rapidité avec laquelle celles-ci nous sont parvenues sont probablement le reflet de leur intérêt pour ce pan de leur pratique professionnelle et de leur besoin de livrer leur opinion à ce sujet.

En dehors de leurs contacts directs avec le MIT, qui les informe systématiquement des suites données à la contestation (lecture de son avis et de la décision de l'inspecteur du travail), les médecins du travail lorrains n'avaient, en effet, jamais été sollicités sur cette question.

V.1.2. Points faibles

A/ L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010

Certaines limites sont néanmoins à souligner. Du fait de l'organisation de l'Inspection du Travail jusqu'en 2009, les contestations dans le milieu des transports n'ont pu être intégrées à notre étude que pour les années 2009 et 2010. Il aurait été intéressant de les inclure à notre synthèse également pour les années 2003 à 2008.

L'étude des dossiers n'a pas pu être exhaustive, certaines informations, comme par exemple le statut des salariés au moment de la contestation, n'ont pas été collectées lors de la phase de recueil des données. D'autre part, il n'a pas été possible de recueillir l'ensemble des motifs de contestation, cela en raison de leur trop grande disparité. C'est pourquoi nous avons choisi de revenir sur quelques dossiers et d'en analyser les tenants et aboutissants.

La méthode d'analyse des données recueillies a été essentiellement descriptive et univariée en raison du faible nombre de dossiers traités.

B/ Le questionnaire aux médecins du travail

Concernant le questionnaire sur le devenir des salariés après une contestation, plusieurs points sont à évoquer.

Il pourrait lui être reproché de n'avoir concerné que les contestations survenues entre 2008 et 2010, alors que l'étude rétrospective porte sur un plus grand nombre d'années.

Par ailleurs, sur cette période, toutes les contestations n'ont pas pu faire l'objet de l'envoi d'un questionnaire, le médecin à l'origine de l'avis n'étant plus en mesure, pour diverses raisons (changement de service, départ en retraite, décès), de nous fournir les informations demandées.

Il aurait été également intéressant d'interroger des médecins dont les avis n'ont jamais été contestés, afin de recueillir leur point de vue *a priori* sur le sujet et de le comparer à celui des médecins ayant été confrontés dans leur carrière à la procédure de contestation.

Nous avons délibérément choisi de limiter le nombre de questions présentes sur le questionnaire afin que celui-ci ne décourage pas les médecins par sa simple lecture, et puisse être rapidement et facilement complété.

Seule une analyse descriptive des données recueillies a été pratiquée, une analyse statistique plus approfondie n'a pas été menée en raison d'effectifs trop réduits.

V.2. Synthèse des résultats et discussion

V.2.1. L'étude des dossiers de contestation entre 2003 et 2010

A/ Evolution du nombre de contestations

Même s'il reste infime au regard du nombre d'avis émis chaque année par les médecins du travail de la région, le nombre de contestations en Lorraine a presque triplé entre 2003 (16 recours) et 2010 (45).

Cette augmentation peut provenir :

- d'une meilleure connaissance par le salarié et l'employeur de la possibilité de saisir l'inspecteur du travail en cas de désaccord avec l'avis du médecin du travail,

- d'une augmentation des avis d'inaptitude émis dans la région qui sont potentiellement lourds de conséquences pour le salarié mais aussi pour l'employeur, donc plus souvent contestés,

- de la prise en compte de la « santé mentale » du salarié, que plusieurs dispositions de la loi de modernisation sociale incluent dans le domaine de la santé au travail. Dans notre échantillon, 37% des contestations concernent des avis émis au regard d'une pathologie relevant de la santé mentale, et parmi elles, 60% étaient liées à une « souffrance morale au travail »,

- d'un contexte socio-économique de plus en plus austère, et une réelle crainte pour les salariés de perdre leur emploi, liée à la difficulté à retrouver du travail après un licenciement. Diverses études sur les conséquences de l'inaptitude montrent que, dans près de 90% des cas, elle aboutit à un licenciement [66],

- d'une tendance de plus en plus importante à la « procédurisation » des différentes décisions dans notre société.

B/ Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés concernés

Dans notre échantillon, les salariés de sexe masculin sont davantage concernés que les salariées de sexe féminin.

Néanmoins, nous avons vu qu'aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le sexe des salariés et, d'une part, la nature de l'avis contesté ($p=0.448$) et, d'autre part, l'origine de la contestation.

Cette légère prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que, dans la population active lorraine, les hommes sont plus nombreux que les femmes.

L'utilisation du recours contre l'avis du médecin du travail semble peu toucher les salariés proches de la retraite (plus de 56 ans) et ceux venant d'entrer dans la vie active (moins de 30 ans). A contrario, les classes d'âge « moyen » (30 à 56 ans) sont les plus concernées. Cette répartition se superpose à la pyramide des âges de la population active sur laquelle on observe un resserrement autour des âges moyens au détriment des âges « extrêmes ». Il n'existe par contre aucune relation statistiquement significative entre le fait de se trouver dans l'une ou l'autre des classes d'âge précédemment citées et la nature de l'avis contesté (aptitude ou inaptitude).

Il est intéressant de constater que dans 75% de nos dossiers, les recours sont survenus chez des « employés » ou des « ouvriers » et que, a contrario, la catégorie des « cadres » est peu concernée (4.5%).

Une analyse des dossiers de contestation des années 2008 et 2009 dans la région Aquitaine trouve des résultats similaires puisque sur les 60 dossiers étudiés, 54 concernaient des salariés appartenant aux catégories « employés » et « ouvriers ». Par ailleurs, tout comme dans notre étude, les secteurs de l'industrie manufacturière et du commerce sont les principaux intéressés.

Si la fréquence des contestations dans le secteur commercial peut être mise en rapport avec la part importante que celui-ci occupe dans l'activité de la région (39.5%), le secteur industriel ne représente que 17.2% de l'emploi dans la région (source INSEE).

Dans la population active lorraine, même si les « employés » et les « ouvriers » sont les catégories les plus représentées, celle des « cadres » concerne tout de même 11%. On peut donc légitimement s'interroger sur les particularités de cette distribution : la contestation de l'avis du médecin du travail est-elle une « spécificité » des catégories socio-professionnelles les moins élevées ? Est-ce un reflet de la dégradation des conditions de travail dans des secteurs d'activité plus difficiles que les autres ?

C/ La nature et l'origine des avis contestés

A la lumière de notre étude, nous avons pu constater qu'à partir de 2005, l'inaptitude est devenue le principal motif de contestation, puisqu'elle concerne 55.3% de l'ensemble des dossiers étudiés, alors qu'en 2008, malgré une tendance à l'augmentation, les avis d'inaptitude ne représentaient que 2.4% des avis émis par les médecins du travail lorrains.

Aussi, même s'il n'a été mis en évidence aucun lien statistiquement significatif entre les contestations d'aptitude et d'inaptitude et leur année de survenue, il faut tout de même souligner que l'inaptitude est 3.5 fois plus contestée en 2010 qu'en 2003 et que ces contestations émanent dans les deux tiers des cas des salariés. L'étude des contestations de l'avis du médecin du travail menée en Ile de France sur l'année 2003 retrouve également une majorité de recours contre les avis d'inaptitude (65%) à l'initiative des salariés dans 66% des cas.

Cette prédominance de la contestation d'inaptitude peut, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, s'expliquer par les conséquences découlant d'un avis d'inaptitude :

- un avis d'inaptitude débouche le plus souvent sur un licenciement souvent dramatique pour le salarié. Dans l'actuel contexte économique, l'avis d'inaptitude revêt alors un aspect répressif car il prive le salarié de son « droit au travail »,

- pour l'employeur, l'avis d'inaptitude induit une recherche de reclassement potentiellement difficile ou, à défaut, un licenciement dont les conséquences pécuniaires peuvent être importantes.

Concernant les avis d'aptitude, il est frappant de noter que dans la grande majorité des cas (70%), c'est l'aptitude avec réserves (restrictions ou aménagements) qui est visée.

Jusqu'en 2007, ces contestations étaient principalement le fait des employeurs or, depuis, on assiste à une recrudescence de ces demandes de la part des salariés. Il s'agit le plus souvent dans ce contexte d'une remise en cause de la nature de la réserve ou de sa mise en œuvre, et non pas véritablement de la notion d'aptitude en elle-même. Par ailleurs, il n'est pas rare qu'un avis d'aptitude avec réserves soit perçu, à tort, par les différentes parties comme proche d'un avis d'inaptitude et engendre donc des réactions similaires.

De façon globale, ce sont les salariés les principaux contestataires des avis du médecin du travail (62%), et, dans la plupart des cas (58%), c'est l'inaptitude qu'ils contestent, puis en second lieu, l'aptitude avec réserves (25.6%).

Du côté des employeurs, c'est encore et toujours l'inaptitude le principal motif de recours (50.5%), mais l'aptitude avec réserves représente tout de même 40% des causes de contestation pour les employeurs.

De l'analyse bivariée pratiquée sur notre échantillon, il est apparu que, si pour les contestations d'inaptitude et d'aptitude « seule » il n'existait aucun lien statistiquement significatif avec l'origine de la contestation, pour les avis d'aptitude avec restriction, par contre, le risque de contestation par l'employeur est deux fois plus élevé que le risque de contestation par le salarié et cette relation est statistiquement significative.

En effet, pour un employeur, la mise en place d'un aménagement de poste ou d'une restriction peut dans certains cas se révéler problématique par les modifications engendrées sur l'organisation du travail dans l'entreprise. Ainsi, les médecins du travail rencontrent souvent des réticences de la part des employeurs lorsqu'il s'agit d'aménager un poste de travail ou d'appliquer les restrictions prescrites. L'importance des contestations d'avis d'aptitude avec réserves peut s'interpréter comme le reflet de ces difficultés.

D/ Le délai de la contestation

D'une façon générale dans notre échantillon, le délai moyen entre l'émission de l'avis et sa contestation peut être qualifié de raisonnable puisqu'il est de 33.4 jours et, que près de 70% des recours surviennent dans le mois qui suit la formulation de l'avis du médecin du travail.

Cette période d'un mois a une importance considérable car, comme nous l'avons abordé précédemment dans le cadre réglementaire de la délivrance d'un avis d'inaptitude, à la suite d'un tel avis, l'employeur doit procéder dans le mois qui suit au reclassement du salarié, à son licenciement en cas d'impossibilité de reclassement, ou, à défaut, à la reprise du versement du salaire.

D'autre part, lorsque l'inspecteur du travail est saisi dans le cadre d'une contestation d'inaptitude, il lui est fortement recommandé de se prononcer avant l'employeur, ceci afin d'éviter que le salarié n'appartienne plus à l'entreprise au moment du rendu de la décision, mais cela est rarement possible. Il convient également de rappeler que la contestation n'a aucun caractère suspensif sur une procédure de licenciement déjà engagée.

Ainsi, plus d'un mois après la formulation d'un avis d'inaptitude, le salarié peut très bien avoir été licencié, et dès lors, même si l'inaptitude venait à être annulée par l'inspecteur du travail, une réintégration dans l'entreprise ne saurait avoir lieu. Par contre, en cas de licenciement privé de cause réelle et sérieuse par l'annulation de l'avis d'inaptitude, le salarié peut prétendre à une réparation financière. On ne peut que s'interroger sur les motivations de ces contestations « tardives ».

Dans notre étude, 10% des recours ont été formulés plus de 2 mois après l'émission de l'avis initial, les contestations plus de 6 mois après l'avis du médecin du travail sont rares (2.2%) mais existent quand même. Il s'agit là d'une des principales limites de la procédure prévue par l'article L.4624-1 du Code du travail.

En effet, aucun délai maximal de saisine n'est imposé par la réglementation et les inspecteurs du travail sont autorisés à se prononcer même après le licenciement du salarié.

Cependant, qu'il s'agisse d'une contestation d'aptitude ou d'inaptitude, les recours « tardifs » suscitent des interrogations : durant le laps de temps, parfois conséquent, entre l'émission de l'avis et sa contestation, quel était le positionnement du contestataire ? Le délai écoulé est-il dû à un manque d'information sur la possibilité d'engager un recours, ou y-a-t-il eu un évènement déclenchant à l'origine du désaccord avec l'avis du médecin du travail ?

Enfin, en dehors de l'aspect financier, l'intérêt d'une contestation survenant plusieurs mois après un licenciement est difficile à percevoir et s'éloigne vraisemblablement de l'objectif prévu réglementairement.

E/ Les visites médicales

Les avis émis au cours de visites non périodiques sont de très loin les plus visés par les contestations (93.7%), et parmi eux, ceux formulés à l'occasion de visites de reprise sont les plus concernés (81.9%).

Ces résultats ne sont guère surprenants puisque c'est généralement à l'occasion de visites de reprise (après maladie, accident du travail ou maladie professionnelle) que sont susceptibles de survenir des modifications de l'aptitude médicale du salarié à son poste et donc d'éventuels « désaccords ou difficultés » avec l'avis du médecin du travail. Par ailleurs, l'analyse statistique de notre échantillon nous a appris qu'au cours de ces visites, le risque de contestation est 2.2 fois plus élevé pour un avis d'inaptitude que pour un avis d'aptitude.

Le risque de contestation d'un avis d'aptitude par rapport à un avis d'inaptitude, est lui plus important au cours des visites occasionnelles « à la demande » qui représentent 14.3% des visites non périodiques.

Malgré l'augmentation régulière du nombre de visites non périodiques, les visites périodiques restent les actes les plus fréquemment réalisés par les médecins du travail lorrains et les avis émis à l'issue de ces visites sont peu contestés (6.3%).

Néanmoins, il est étonnant de constater qu'au cours de ces visites, il existe un risque plus important de voir contester un avis d'aptitude qu'un avis d'inaptitude (OR=4.98, IC[0.054-0.74]).

F/ Le type de SST et leur localisation géographique

Même si la plupart des contestations que nous avons étudiées concernaient des avis émis par des médecins du travail exerçant en services interentreprises (83%), il apparaît néanmoins que la fréquence des contestations est indépendante du type de service où exerce le médecin du travail.

En effet, le rapport du nombre de contestations sur le nombre de salariés suivis est sensiblement le même (0.0004) quel que soit le type de SST (interentreprises, autonome ou interprofessionnel).

On aurait pu s'attendre à un moins grand nombre de contestations dans les services autonomes qu'en service interentreprises ou interprofessionnel, le médecin du travail en service autonome ayant un nombre de salariés à suivre moins important et de ce fait, probablement une meilleure connaissance de l'entreprise, des conditions et postes de travail, et des salariés.

Par ailleurs, même si l'analyse descriptive de notre échantillon a montré que, dans les services interentreprises, l'inaptitude est davantage contestée que l'aptitude, et que les salariés sont à l'origine de 60.7% des contestations pour ce type de SST, l'analyse bivariée n'a mis en évidence aucun lien statistiquement significatif entre le type de service où l'avis a été émis (interentreprises, autonome ou interprofessionnel) et la nature de l'avis contesté (aptitude ou inaptitude) ou l'origine de la contestation (employeur ou salarié).

Enfin, tout comme pour le type de SST, il semble que la fréquence des contestations ne varie pas avec la localisation géographique du service puisque le rapport du nombre de contestations sur le nombre de salarié suivis est presque identique (0.0002) quel que soit le département dans lequel se trouve le SST.

G/ Les pathologies en cause

Dans notre étude, les pathologies rhumatologiques et psychiatriques sont les pathologies les plus souvent rencontrées, puisqu'elles sont retrouvées dans plus de 8 contestations sur 10.

L'ensemble des autres pathologies représente moins de 20% des cas. Les études menées dans les régions Aquitaine et Ile de France trouvent une répartition similaire.

Les contestations dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires n'ont cessé d'augmenter depuis 2003 et sont devenues les plus fréquentes en 2010. Cette augmentation a tout particulièrement concerné les pathologies rachidiennes (lombo-sciatalgie avec ou sans hernie discale, arthrose rachidienne..) qui sont impliquées en 2010 dans plus d'un quart des recours alors qu'en 2003 elles n'en concernaient que 6.3%.

Dans notre cohorte, les pathologies des membres supérieurs (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, syndrome du canal carpien..) et les pathologies rachidiennes sont mises en cause dans plus d'un tiers des avis contestés. On peut se demander si cette évolution est due à une augmentation du nombre de ces pathologies dans la population salariée ou bien à une sensibilisation plus importante au cours de ces dernières années sur les troubles musculo-squelettiques et leur retentissement fonctionnel sur l'activité professionnelle.

Dans le cadre de ces pathologies rhumatologiques, il est important de noter que le risque de contestation pour un avis d'aptitude est deux fois plus grand que pour un avis d'inaptitude (IC[0.28-0.83]), et le risque qu'un recours provienne du salarié, plutôt que de l'employeur, est également supérieur (OR=2.2, IC[1.24-3.86]).

Concernant les pathologies psychiatriques, qui constituent la deuxième plus grande cause de contestation, l'inaptitude a davantage de risque que l'aptitude d'être contestée (OR=2.2, IC[1.24-3.86]), et l'avis initialement émis a plus de risque de susciter un recours de la part de l'employeur que du salarié (OR=2.6, IC[0.21-0.67]).

Ce qu'il convient surtout de souligner, c'est la place importante qu'occupent les problèmes liés à une « souffrance morale au travail », puisqu'ils apparaissent dans plus de 20% des dossiers étudiés.

Il est par ailleurs intéressant de noter que, dans ce contexte, les employeurs restent les principaux contestataires. Ces différents constats soulèvent la question de leur motivation à engager ces recours : est-ce pour se protéger contre une éventuelle action prud'homale ou encore pour ne pas avoir à verser d'indemnités de licenciement liées à une inaptitude ? Ou bien est-ce la conséquence d'une sous-estimation d'un état de santé dont ils ne connaissent pas les aspects médicaux ?

Il aurait par ailleurs été intéressant de comparer nos résultats à des données antérieures à la loi de modernisation sociale incluant dans plusieurs de ses dispositions la « santé mentale » du salarié dans le domaine de la santé au travail, cela afin d'observer son impact sur les pathologies psychiatriques impliquées dans les contestations d'avis du médecin du travail.

H/ Les suites des contestations

Dans notre cohorte de dossiers, près de 90% des demandes de saisine adressées à l'inspecteur du travail aboutissent à une décision de celui-ci. L'abandon de la procédure est rare aussi bien du côté des salariés que des employeurs.

Sur l'ensemble des années étudiées, 75% des avis contestés ont finalement été validés par le médecin inspecteur du travail puis confirmés par l'inspecteur du travail, et il apparaît, au regard de l'analyse statistique, que les avis d'inaptitude ont plus de chance d'être confirmés que les avis d'aptitude (OR=2.42, IC[1.30-4.50]). On pourrait expliquer ce résultat par le fait que la délivrance d'un avis d'inaptitude n'est jamais chose facile et que les médecins du travail amenés à formuler de tels avis, s'entourent du maximum de précautions pour le justifier.

Concernant les avis non validés par le MIT puis infirmés par l'IT, même si nous n'avons pas mis en évidence de lien statistiquement significatif, il convient de souligner que dans près de 8 cas sur 10, la contestation provenait du salarié.

Cette tendance est corroborée par les résultats issus des études menées en Ile de France et en Aquitaine qui montrent que, dans presque 80% des cas infirmés, les recours émanaient du salarié. On peut se demander si ces résultats sont liés à un souci de protéger le salarié pour qui les décisions rendues seraient plus lourdes de conséquences que pour l'employeur, ou s'ils montrent que les contestations des salariés sont plus justifiées que celles des employeurs.

De notre étude, il ressort par ailleurs que dans 94.5% des cas de contestation, les avis du MIT et la décision de l'IT sont identiques. Cette proportion paraît logique dans la mesure où seul le médecin inspecteur a les compétences et les informations médicales nécessaires pour apprécier l'état de santé d'un salarié, même si l'avis du MIT n'est qu'un avis obligatoire que l'inspecteur du travail n'a, par contre, pas obligation de suivre.

Il nous est difficile de conclure formellement sur les raisons de ces divergences d'avis puisque, pour la plupart, un seul et même inspecteur du travail est intervenu et celui-ci confirmait systématiquement l'avis initialement émis par le médecin du travail, sans prendre en compte l'avis du MIT.

Voilà sans doute la deuxième grande limite de la procédure prévue par l'article L.4624-1 du Code du travail. En effet, si la réglementation impose à l'inspecteur du travail de solliciter l'avis du MIT en matière de recours contre l'avis du médecin du travail, elle ne prévoit par contre aucune procédure « standardisée » pour lui permettre de rendre sa décision, et elle n'exige pas que celle-ci soit conforme à l'avis du médecin inspecteur.

L'inspecteur du travail, qui, rappelons-le, n'a pas accès au dossier médical du salarié, est donc libre de procéder comme il l'entend et de ne pas tenir compte d'un avis basé, lui, sur des aspects médicaux entre autres.

Les divergences d'avis entre le MIT et l'IT peuvent tout à fait se concevoir lorsqu'il s'agit de différends sur l'appréciation de la procédure qui a conduit à l'émission de l'avis contesté, elles sont plus surprenantes lorsqu'elles concernent le « fond » de l'avis, dans la mesure où l'inspecteur n'a pas accès à l'ensemble des informations s'y rapportant.

Néanmoins, ces divergences sont très rares et dans la plupart des cas, il s'établit une véritable collaboration entre le MIT et l'IT pour parvenir à la décision la plus appropriée à la situation.

V.2.2. Le questionnaire aux médecins du travail

A/ Le devenir des salariés

En premier lieu, il est intéressant de souligner que le devenir professionnel des salariés après une contestation est le plus souvent connu par les médecins du travail, malgré quelques différences selon l'avis contesté et la décision de l'inspecteur du travail.

Ainsi, dans le cas des contestations d'avis d'aptitude sans réserve, le devenir des salariés est connu quelle que soit la décision de l'inspecteur, par contre dans d'autres cas, comme ceux des avis d'aptitude confirmés par l'IT, quelques salariés ont finalement été perdus de vue.

Ces légères disparités sont liées aux conséquences des avis sur le contrat de travail, un salarié appartenant toujours à l'entreprise sera en effet susceptible d'être revu en visite médicale par le médecin du travail, qui pourra alors s'enquérir de sa situation, contrairement au salarié licencié.

Les données que nous avons recueillies concernant les contestations d'avis d'aptitude confirment les difficultés de maintien dans l'emploi qui surviennent suite à l'émission d'un tel avis et qui semblent persister malgré l'engagement d'un recours.

Ainsi, quand l'inaptitude a été confirmée, le reclassement n'a été possible que pour 4 salariés, 27 ont été licenciés.

Quant aux avis d'inaptitude infirmés, seuls 2 salariés sur 5 ont pu conserver un emploi dans l'entreprise grâce à un aménagement ou un reclassement, les trois autres salariés concernés ont été licenciés malgré l'annulation de l'inaptitude, mais il est probable, compte tenu du délai entre l'émission de l'avis et sa contestation, que le licenciement ait été effectif au moment du recours. Dans tous les cas d'infirmité d'inaptitude, la contestation émanait du salarié.

Concernant les contestations d'aptitude « seule », c'est-à-dire sans restriction ou aménagement, la confirmation de l'avis a permis aux salariés de conserver leur emploi malgré les recours entrepris par leur employeur. Étonnamment, un salarié, qui avait lui-même contesté l'avis d'aptitude le concernant, a été licencié suite à la confirmation de cet avis. Deux salariés ont été licenciés après l'infirmité de l'aptitude, mais, étant tous deux à l'origine de la contestation, on peut supposer qu'ils se savaient exposés à un licenciement éventuel, peut-être était-ce même le but recherché par la contestation.

Enfin, nous constatons que la confirmation d'un avis d'aptitude avec réserves a eu, dans 3 cas sur 13, les mêmes conséquences qu'un avis d'inaptitude, à savoir un licenciement, alors que la jurisprudence a rappelé en plusieurs occasions que l'aptitude avec réserves ne devait pas être considérée comme une inaptitude. Il apparaît néanmoins que, dans certains cas de figures, les restrictions prescrites par le médecin du travail se sont avérées incompatibles avec le maintien du salarié dans l'entreprise, entraînant son licenciement.

Au final, l'étude du devenir des salariés montre que la contestation a abouti dans la plupart des cas à un départ du salarié de l'entreprise et ce qu'il s'agisse de contestations d'avis d'inaptitude ou d'aptitude.

B/ Le vécu de la contestation par les médecins du travail

Les points de vue exprimés par les médecins du travail sur la contestation de leurs avis sont riches, variés, mais complémentaires. Ils sont le reflet de la complexité et de la singularité de chaque situation.

Pour la majorité des médecins, le fait de voir leur avis contesté fait partie des aléas de l'exercice de la médecine du travail, et n'a pas semblé avoir de conséquence sur leur pratique professionnelle. Pour d'autres en revanche, la contestation d'un ou plusieurs de leurs avis a entraîné une véritable remise en question de leur manière d'exercer leur activité.

Ces divergences d'opinion sont tout à fait légitimes, puisqu'il en va de la subjectivité et du regard que chacun porte sur sa profession. Compte tenu de la richesse des points de vue exprimés, on peut imaginer qu'un débat de pratiques professionnelles, en prolongement de ce travail, pourrait s'avérer très enrichissant.

Concernant le déroulement en lui-même de la procédure, les médecins sont plus unanimes et nombreux sont ceux à avoir apprécié et salué l'intervention du médecin inspecteur du travail qui constitue pour eux un véritable appui technique.

Le rôle de l'inspecteur du travail n'a presque pas été mentionné, alors qu'il est, au regard de la réglementation, le décisionnaire. Pour les médecins du travail qui ont vécu la contestation, il apparaît en second plan en comparaison de celui du MIT qui est pour les médecins le principal intervenant et interlocuteur dans la procédure de contestation.

Ces considérations nous ramènent à la question de la place, en dehors du rôle décisionnaire, véritablement occupée par l'inspecteur du travail et de ses articulations avec celle du médecin inspecteur. Pour compléter ce travail, il pourrait être envisagé d'interroger les principaux concernés, c'est-à-dire les inspecteurs du travail, sur la conception qu'ils ont du pouvoir qui leur est attribué par l'article L.4624-1 du Code du travail et sur sa mise en œuvre en pratique.

Il convient enfin de préciser dans ce chapitre que de nombreux médecins du travail sollicitent le MIT, conformément à l'article R.4624-32 du Code du travail, lorsqu'ils se trouvent en difficulté tant sur la forme (rédaction d'un avis d'aptitude) que sur le fond (type de décision à prendre) d'un avis, ce qui peut participer à limiter le nombre de contestations.

V.2.3. Les exemples de contestation

Les quelques cas précédemment présentés permettent de rendre compte de l'extrême diversité des contestations quant à leurs causes exprimées et à leurs causes sous-jacentes, quant à ce qui s'y joue et à ce qui s'y exprime et quant aux suites induites pour le salarié, mais aussi en terme de prévention possible.

Ainsi, même si dans la plupart des contestations les salariés ne restent pas dans l'entreprise, pour les autres, l'intervention conjointe du MIT et de l'IT a pu permettre de résoudre une situation que le médecin du travail seul n'arrivait pas à faire évoluer, comme dans l'exemple du salarié présentant une rhinite allergique aux poussières de bois et celui de la salariée à qui son employeur refusait un poste compatible avec son état de santé.

Parfois, l'intervention d'un tiers permet juste au salarié de comprendre les motivations du médecin du travail dans la rédaction de l'avis d'aptitude ou à resituer les limites de celui-ci : avis concernant un poste de travail donné, dans une entreprise donnée (exemple de Madame « A »).

En ce qui concerne les contestations dans le cadre d'une souffrance morale au travail, MIT et IT abordent systématiquement les questions de fond avec l'employeur : difficultés relationnelles dans l'équipe, problèmes de management, problèmes d'organisation du travail dans d'autres cas.

Les résultats sont souvent immédiats : retrait de la contestation pour certains employeurs, procédure de licenciement initiée avant la décision de l'IT, unique solution permettant au salarié présentant une dépression réactionnelle sévère, de pouvoir reconstruire sa santé.

Les difficultés relationnelles ou organisationnelles sont actées dans l'avis du MIT et souvent dans la décision de l'IT et vont permettre ainsi de laisser des traces écrites utiles, en vue d'engager une action de prévention.

En ce sens, les contestations ont d'autres prolongements qui n'ont pas pu être étudiés ici mais qui pourraient faire l'objet d'un autre travail.

V.3. Réflexions personnelles

Pour clore cette partie, j'ai souhaité abandonner le classique « nous » pour livrer quelques réflexions personnelles nées de la rédaction de ce travail et de la lecture des différents ouvrages et articles dédiés à la procédure de contestation et, de façon plus générale, à l'aptitude en médecine du travail.

Ma modeste expérience professionnelle ne me permet pas d'avoir un point de vue formellement arrêté sur ces différents aspects, et là n'est pas l'objet de mon propos, néanmoins, ce travail d'écriture a éveillé en moi quelques interrogations qui, je le pense, auront des répercussions sur ma conception de l'exercice de la médecine du travail et ma pratique future.

En premier lieu, j'aimerais aborder la question de l'aptitude qui, comme cela a été dit précédemment, n'a cessé d'évoluer et de susciter critiques et controverses.

Je n'irai pas jusqu'à la qualifier comme certains auteurs de « handicap congénital de la médecine du travail », mais elle m'apparaît aujourd'hui en inadéquation avec la mission première du médecin du travail qui est d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leurs conditions de travail. Je ne peux à ce jour plus m'empêcher de m'interroger sur le sens des avis d'aptitude que je suis amenée à délivrer pour des salariés voulant à tout prix travailler alors qu'ils souffrent de diverses pathologies, et qu'il est évident que celles-ci sont susceptibles d'être aggravées par les tâches qu'ils devront accomplir quotidiennement.

Prendre en compte le droit au travail du salarié et son droit à la santé peut conduire à rendre des avis d'aptitude peu satisfaisants d'un point de vue strictement médical et déontologique.

L'aptitude n'est, à mon sens, pas une aide pour le médecin du travail dans son rôle de préventeur, pas plus que l'inaptitude. Mais celle-ci me semble nécessaire dans la mesure où elle peut constituer l'ultime solution pour extraire certains salariés de situations de travail délétères.

La délivrance d'un avis d'aptitude ne représente pas pour moi une simple formalité, ou, comme certains pourraient le croire, une simple mention « apte » au bas d'une fiche. Elle doit prendre en compte le salarié dans sa globalité et nécessite de considérer les conséquences d'un tel avis sur la santé et le contrat de travail de celui-ci, elle doit également être sous-tendue par une très bonne connaissance de l'entreprise et de ses postes de travail.

Cet exercice est d'autant plus délicat que le médecin du travail se retrouve souvent isolé dans sa décision, et qu'il doit s'en justifier auprès du salarié comme de l'employeur qui, en raison d'intérêts divergents, ne partagent bien souvent pas les mêmes opinions.

Quant à la contestation de l'avis du médecin du travail, elle me semble être un dispositif tout à fait légitime bien qu'imparfait au regard de la procédure prescrite par la réglementation.

Dans la médecine traditionnelle de soins, le patient dispose du droit de choisir son médecin traitant, tout comme de celui d'en changer si les soins prodigués ne lui conviennent pas.

La médecine du travail est ainsi faite que salariés et employeurs n'ont pas la liberté de choisir leur médecin du travail, la possibilité de recours prévue par l'article L.4624-1 du Code du travail constitue donc un moyen officiel pour les différentes parties de marquer leur désaccord et de faire entendre leur point de vue.

La lecture et l'analyse des différents dossiers me laissent penser que la contestation, grâce à l'intervention de tierces personnes et à l'écoute des différentes parties, peut véritablement constituer une aide pour le médecin du travail dans la résolution de situations difficiles. Le constat est moins bénéfique pour les salariés puisqu'il a été constaté que, dans la plupart des cas, après la décision de l'IT, le maintien dans leur emploi n'a pas été possible.

Néanmoins, au-delà des limites de la procédure déjà soulignées précédemment (délai, absence de démarche véritablement établie pour la prise de décision, rôle de l'inspecteur du travail), il semble que la contestation soit bien souvent due à des difficultés d'interprétation des avis du médecin du travail et à la compréhension de la portée de ces avis.

L'importance d'un dialogue pour expliquer l'avis et ses conséquences, et d'une information claire et loyale délivrée tant au salarié qu'à l'employeur, prend alors tout son sens. Il convient cependant de rester prudent vis-à-vis des potentielles dérives d'une telle procédure qui peut être utilisée à d'autres fins par les salariés tout comme les employeurs.

VI. Conclusion

Emettre un avis d'aptitude est pour le médecin du travail, une responsabilité importante et rendre un avis objectif sur l'appréciation de l'aptitude d'un salarié à un poste est un exercice délicat. Le médecin du travail, lorsqu'il doit se positionner sur l'aptitude, est confronté au problème d'une évaluation dont la part d'objectivité et de subjectivité est floue, et à celui de la formulation de ses avis qu'il doit motiver dans le respect du secret médical.

Salariés et employeurs ont depuis plusieurs années la possibilité de contester ces avis auprès de l'inspecteur du travail, en application des dispositions de l'article L.4624-1 du Code du travail.

Notre étude a montré que, si les saisines restent un phénomène rare en comparaison du nombre d'avis émis chaque année par les médecins du travail, leur nombre n'a cessé de croître depuis 2003.

On ne peut que s'interroger sur les raisons de cette croissance. L'inaptitude, en particulier, est de plus en plus contestée par des salariés inquiets des conséquences d'un tel avis sur leur avenir professionnel. Les pathologies rhumatologiques et psychologiques sont au premier plan, à l'heure où TMS et risques psychosociaux font partie des principaux sujets d'actualité dans le domaine de la santé au travail.

De multiples questions se posent actuellement sur cette procédure qui peut sembler imparfaite, et nombreuses sont les critiques sur ce pouvoir donné à l'inspecteur du travail d'intervention dans un litige de nature médicale.

La procédure mériterait certainement des clarifications et un cadre juridique plus précis, notamment sur les questions du délai et de la démarche applicable à la prise de décision.

Pourtant, la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail n'a pas apporté de modifications sur cette question et le recours à l'inspecteur du travail n'a pas été remis en cause.

Il n'est pas certain que confier la décision au seul médecin inspecteur du travail soit la meilleure solution. Certes, sur le plan médical, cette hypothèse apparaîtrait plus que pertinente, reste qu'il s'agit de prendre une décision qui s'impose à l'employeur comme au salarié, décision administrative elle-même susceptible de recours. Or les inspecteurs du travail sont, à la différence du MIT, compétents pour prendre ce type de décisions.

Cependant, le rôle de l'inspecteur du travail dans les contestations mériterait, au vu des réponses aux questionnaires médecins du travail, d'être mieux connu. C'est pourquoi, afin de mieux appréhender ce rôle et sa mise en œuvre pratique, nous avons décidé de consacrer notre mémoire de spécialité à cette thématique.

Annexes

Annexe 1 : Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale

Le ministre du Travail,

Vu l'article D. 241-15 du code du Travail relatif aux visites médicales périodiques ;

Vu l'arrêté du 22 juin 1970 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 1974 complétant l'arrêté précité ;

Sur le rapport du directeur des relations du travail ;

Arrête :

Article 1er. - Pour les travaux énumérés au présent article, le ou les médecins chargés de la surveillance médicale du personnel effectuant de façon habituelle lesdits travaux consacreront à cette surveillance un temps calculé sur la base d'une heure par mois pour dix salariés :

1. Les travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation ou l'exposition aux agents suivants :

- Fluor et composés ;
- Chlore ;
- Brome ;
- Iode ;
- Phosphore et composés, notamment les esters phosphoriques, pyrophosphoriques, thiophosphoriques, ainsi que les autres composés organiques du phosphore ;
- Arsenic et ses composés ;
- Sulfure de carbone ;
- Oxychlorure de carbone ;
- Acide chromique, chromates , bichromates alcalins, à l'exception de leur solutions aqueuses diluées ;
- Bioxyde de manganèse ;
- Plomb et ses composés ;
- Mercure et ses composés ;
- Glucine et ses sels ;
- Benzène et homologues ;
- Phénols et naphtols ;
- Dérivés halogénés, nitrés et aminés des hydrocarbures et de leur dérivés ;
- Brais, goudrons et huiles minérales ;
- Rayons X et substances radioactives.

2. Les travaux suivants :

- Application des peintures et vernis par pulvérisation ;
- Travaux effectués dans l'air comprimé ;
- Emploi d'outils pneumatiques à main, transmettant des vibrations ;
- Travaux effectués dans les égouts ;
- Travaux effectués dans les abattoirs, travaux d'équarrissage ;

- Manipulation, chargement, déchargement, transport soit de peaux brutes, poils, crins, soies de porcs, laine, os ou autres dépouilles animales, soit de sacs, enveloppes ou récipients contenant ou ayant contenu de telles dépouilles, à l'exclusion des os dégélatinés ou dégraissés et des déchets de tannerie chaulés ;
- Collecte et traitement des ordures ;
- Travaux exposant à des hautes températures, à des poussières ou émanations toxiques et concernant le traitement des minerais, la production des métaux et les verreries ;
- Travaux effectués dans les chambres frigorifiques ;
- Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone dans les usines à gaz, la conduite des gazogènes, la fabrication synthétique du méthanol ;
- Travaux exposant aux poussières de silice, d'amiante et d'ardoise (à l'exclusion des mines, minières et carrières) ;
- Travaux de polymérisation de chlorure de vinyle ;
- Travaux exposant au cadmium et composés ;
- Travaux exposant aux poussières de fer ;
- Travaux exposant aux substances hormonales ;
- Travaux exposant aux poussières de métaux durs (tantale, titane, tungstène et vanadium) ;
- Travaux exposant aux poussières d'antimoine ;
- Travaux exposant aux poussières de bois ;
- Travaux en équipe alternante effectués de nuit en tout ou partie ; (cf. instruction technique RT n°2 du 8 août 1977) ;
- Travaux d'opérateur sur standard téléphonique, sur machines mécanographiques, sur perforatrices, sur terminal à écran ou visionneuse en montage électronique ;
- Travaux de préparation, de conditionnement, de conservation et de distribution de denrées alimentaires ;
- Travaux exposant à un niveau de bruit supérieur à 85 décibels.

Art. 2. - Les dispositions du présent arrêté ne s'appliquent pas aux travaux énumérés à l'article 1er lorsque ceux-ci s'effectuent à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

Art. 3. - Lorsque des mesures particulières de prévention assurent une protection efficace des travailleurs contre les risques dus aux travaux énumérés à l'article 1er, le directeur départemental du Travail et de la main-d'oeuvre peut, après avis du médecin inspecteur du Travail et de la main-d'oeuvre et du comité d'entreprise ou de la commission de contrôle mentionné à l'article D. 241-7 du code du Travail, ou, à défaut de l'une ou l'autre de ces institutions, des délégués du personnel, dispenser le chef d'établissement d'assurer la surveillance médicale spéciale du personnel affecté à certains postes.

Art. 4. - Les arrêtés des 22 juin 1970 et 20 novembre 1974 sont abrogés.

Art. 5. - Le directeur des relations du travail est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 juillet 1977.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des relations du travail,

PIERRE CABANES

(Paru au J.O du 24 juillet 1977)

Annexe 2 : Salariés effectuant des travaux faisant l'objet de décrets spéciaux

- **Agents biologiques** : Décret n°94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.
- **Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction** : Décret n° 2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail (deuxième partie : décrets du Conseil d'Etat).
- **Agents chimiques dangereux** : Décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique et modifiant le code du travail
- **Amiante** : Décret n°97-1219 du 26 décembre 1997 modifiant le décret n°96-98 du 7 février 1996 modifié relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante.
- **Arsenic** : Décret n°49-1499 du 16 novembre 1949. Décret portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements dont le personnel est exposé aux poussières arsenicales.
- **Benzène** : Décret n°91-880 du 6 septembre 1991 modifiant le décret n°86-269 du 13 février 1986 relatif à la protection des travailleurs exposés au benzène.
- **Bruit** : Décret n°88-405 du 21 avril 1988 relatif à la protection des travailleurs contre le bruit et décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006 relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit et modifiant le code du travail.
- **Chlorure de vinyle monomère** : Décret n°80-203 du 12 mars 1980 portant règlement d'administration publique relatif aux mesures de protection des travailleurs contre les risques présentés par le chlorure de vinyle monomère (abrogé par le décret n°2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
- **Hydrogène arsénié** : Décret n°50-1567 du 19 décembre 1950 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements dont le personnel est exposé aux intoxications par l'hydrogène arsénié.

- **Gaz destinés aux opérations de fumigation** : Décret n°88-448 du 26 avril 1988 modifié par décret n°95-608 du 6 mai 1995 relatif à la protection des travailleurs exposés aux gaz destinés aux opération de fumigation.
- **Peinture ou vernissage par pulvérisation** : Décret n°47-1619 du 23 août 1947 modifié par le décret n°62-1040 du 27 août 1962 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières relatives à la protection des ouvriers qui exécutent des travaux de peinture ou de vernissage par pulvérisation.
- **Rayonnements ionisants** : Décret n°2003-296 du 31 mars 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.
- **Silice** : Décret n°97-331 du 10 avril 1997 relatif à la protection de certains travailleurs exposés à l'inhalation de poussières siliceuses sur leurs lieux de travail.
- **Substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie** : Arrêté du 5 avril 1985 fixant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés exposés aux substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie.
- **Travail sur écran de visualisation** : Décret n°91-451 du 14 mai 1991 relatif à la prévention des risques liés au travail sur des équipements comportant des écrans de visualisation.
- **Travaux en milieu hyperbare** : Décret n°90-277 du 28 mars 1990 modifié par le décret n°95-608 du 6 mai 1995 et par le décret n°96-364 du 30 avril 1996 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.
- **Travail de nuit** : Décret n°2002-792 du 3 mai 2002 pris pour l'application des articles L.213-2, L.213-3, L.213-4 et L.213-5 du code du travail : concerne le travail de nuit, y compris les modalités de la surveillance médicale spéciale.
- **Vibrations mécaniques** (en cas de dépassement de la valeur d'exposition journalière rapportée à une période de référence de huit heures fixée à 2,5 m/s² pour les vibrations transmises aux mains et aux bras, et à 0,5 m/s² pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps) (Décret n° 2005-746 du 4 juillet 2005).

Annexe 3 : Nomenclature 2003 des professions et catégories socio-professionnelles, Employés salariés d'entreprises (PCS-ESE), Niveaux 1 et 2

- (1) Agriculteurs :

- **(10)** Agriculteurs salariés de leur exploitation

- (2) Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprise :

- **(21)** Artisans salariés de leur entreprise
- **(22)** Commerçants et assimilés, salariés de leur entreprise
- **(23)** Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus, salariés de leur entreprise

- (3) Cadres et professions intellectuelles supérieures :

- **(31)** Professions libérales exercées sous le statut de salarié
- **(33)** Cadres de la fonction publique
- **(34)** Professeurs, professions scientifiques
- **(35)** Professions de l'information, des arts et des spectacles
- **(37)** Cadres administratifs et commerciaux des entreprises
- **(38)** Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise

- (4) Professions intermédiaires :

- **(42)** Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées
- **(43)** Professions intermédiaires de la santé et du travail social
- **(44)** Clergé, religieux
- **(45)** Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
- **(46)** Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- **(47)** Techniciens
- **(48)** Contremaîtres, agents de maîtrise

- **(5)** Employés :

- **(52)** Employés civils et agents de service de la fonction publique
- **(53)** Agents de surveillance
- **(54)** Employés administratifs d'entreprise
- **(55)** Employés de commerce
- **(56)** Personnel des services directs aux particuliers

- **(6)** Ouvriers :

- **(62)** Ouvriers qualifiés de type industriel
- **(63)** Ouvriers qualifiés de type artisanal
- **(64)** Chauffeurs
- **(65)** Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
- **(67)** Ouvriers non qualifiés de type industriel
- **(68)** Ouvriers non qualifiés de type artisanal
- **(69)** Ouvriers agricoles et assimilés

Annexe 4 : Nomenclature des activités françaises révision 2, 2008, Niveau 1

- A** Agriculture, sylviculture et pêche
- B** Industries extractives
- C** Industrie manufacturière
- D** Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- E** Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
- F** Construction
- G** Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
- H** Transports et entreposage
- I** Hébergement et restauration
- J** Information et communication
- K** Activités financières et d'assurance
- L** Activités immobilières
- M** Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- N** Activités de services administratifs et de soutien
- O** Administration publique
- P** Enseignement
- Q** Santé humaine et action sociale
- R** Arts, spectacles et activités récréatives
- S** Autres activités de services
Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages
- T** en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
- U** Activités extra-territoriales

Annexe 5 : Lettre et questionnaire adressés aux médecins du travail

LEININGER Audrey
Interne de 7^{ème} semestre en Médecine du Travail
Inspection Médicale
DIRECCTE Lorraine
10, rue Mazagran
BP 10676
54063 NANCY CEDEX

Dr ...
Service : ...

Nancy, le ...

Monsieur, et Cher Confrère,

Actuellement en 7^{ème} semestre d'internat de Médecine du Travail, je me permets de vous solliciter dans le cadre du travail de thèse que je mène sous la direction de Madame le Docteur LEONARD, MIRT, concernant les contestations d'avis (aptitude ou inaptitude) émis par le Médecin du Travail au cours de son exercice.

Ce travail consiste en une étude rétrospective des procédures de contestation menées de 2003 à 2010. Afin de compléter cette synthèse, je souhaiterais connaître le devenir des salariés concernés sur la période de 2008 à 2010. C'est pourquoi je sollicite votre concours par l'intermédiaire de ce rapide questionnaire, que je vous serais très reconnaissante de bien vouloir compléter.

L'objectif de cette thèse est de mieux connaître l'ensemble des caractéristiques des contestations et de suivre leur évolution au fil du temps. A l'issue de ce travail, une restitution vous sera présentée par le Médecin Inspecteur Régional.

Vous remerciant par avance de votre aide, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Bien cordialement, Audrey LEININGER

Dr ...

Salarié : ...

L'avis que vous avez émis en .., concernant Monsieur ..., salarié de ..., a fait l'objet d'une contestation :

1) Connaissez-vous les suites données à cette procédure en termes de devenir du salarié ?

a. ☐ OUI ☐ NON

b. Si oui, le salarié a-t-il,

- ☐ bénéficié d'un aménagement de poste ?
- ☐ été reclassé ?
- ☐ été licencié ?
- ☐ été perdu de vue ?
- autres (formation..)

c. Le salarié licencié a-t-il retrouvé un autre emploi ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

2) Quel a été, en quelques mots, votre vécu de cette procédure de contestation (ressenti de la contestation de votre avis, puis de la procédure en elle-même) ?

Tables des illustrations

Tableaux

I : Répartition au 1^{er} janvier 2007 de la population active en Lorraine selon le département et la catégorie socioprofessionnelle.

II : Répartition des avis émis en 2008 selon le type d'avis et le type de SST

II : Répartition des contestations en %, selon la catégorie socioprofessionnelle et l'année

IV: Répartition des contestations en fonction des secteurs d'activité des salariés

V : Détail de la nature des avis contestés par année

VI: Répartition des contestations en fonction du type d'avis et du contestataire

VII: Répartition des avis contestés selon le type de visite et l'année

VIII: Répartition des contestations selon l'année, le type de SST et la nature de l'avis contesté

IX: Répartition des contestations selon l'année, le type de SST et le contestataire

X : Répartition des contestations en fonction de la pathologie mise en cause

XI: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique), et le sexe des salariés concernés

XII: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique), et le contestataire

XIII: Répartition des contestations selon l'année, la pathologie mise en cause dans l'avis initial (ostéo-articulaire ou psychiatrique) et la nature de l'avis contesté

XIV: Répartition des avis du MIT par année

XV: Répartition des recours contre la décision de l'Inspecteur du Travail et de leurs suites en fonction des années

XVI: Répartition des contestations concernées par les questionnaires aux médecins du travail, selon l'avis contesté et la décision de l'IT

XVII: Devenir des salariés en fonction de l'avis contesté et de la décision de l'IT

Figures

- 1 : Répartition des salariés lorrains en 2008 selon le type de SST
- 2 : Evolution du nombre des médecins du travail en Lorraine entre 2003 et 2009
- 3 : Répartition des avis contestés selon le sexe des salariés et l'année
- 4 : Répartition par tranches d'âge des salariés concernés par les contestations entre 2003 et 2010
- 5: Evolution du nombre de contestations entre 2003 et 2010
- 6 : Répartition en fonction de l'origine de la contestation
- 7: Evolution de la nature des avis contestés par année, entre 2003 et 2010
- 8 : Evolution des contestations d'invalidité en fonction de leur origine
- 9: Evolution des contestations d'avis d'aptitude avec restriction ou aménagement en fonction de leur origine
- 10: Répartition des avis contestés en fonction du type de visite médicale
- 11: Répartition des dossiers étudiés selon le délai entre l'émission de l'avis et sa contestation
- 12: Répartition des contestations en fonction du SST
- 13: Répartition des avis selon le type de SST et le contestataire
- 14: Répartition des contestations en fonction de la localisation géographique du SST
- 15: Evolution par année des contestations pour pathologies ostéo-articulaires et pathologies psychiatriques
- 16: Répartition des contestations dans le cadre de pathologies ostéo-articulaires
- 17: Evolution du nombre d'avis contestés dans le cadre d'une pathologie rachidienne
- 18: Répartition des contestations menées dans le cadre de pathologies psychiatriques
- 19: Les suites possibles des demandes de saisine de l'inspecteur du travail
- 20: Répartition des contestations en fonction de la décision de l'IT
- 21: Vécu de la contestation de leur avis par les médecins du travail

Liste des abréviations

Art.	Article
AVP	Accident de la Voie Publique
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CCPP	Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEE	Communauté Economique Européenne
CHSCT	Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail
CMR	Cancérogène, Mutagène, Reprotoxique
CSP	Catégorie Socio Professionnelle
CT	Code du Travail
DGT	Direction Générale du Travail
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRT	Direction des Relations de Travail
EDF	Electricité de France
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
IC	Intervalle de Confiance
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IT	Inspecteur du Travail
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIT	Médecin Inspecteur du Travail
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NAF	Nomenclature des Activités Françaises
OR	Odds Ratio
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer
SST	Service de Santé au Travail
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

Bibliographie

1. **LEGIFRANCE.** <http://www.legifrance.gouv.fr/>. Le service public de la diffusion du droit.
2. **DAVEZIES P.** L'aptitude, handicap congénital de la médecine du travail. Santé et Travail, décembre 2005, n°53, 3p.
3. **ABECASSIS P.** La détermination de l'aptitude médicale des salariés: l'historique de la notion d'aptitude médicale du travail en droit français. Les actes de l'INTEFP. Journée d'étude des 3 et 4 décembre 1998, 1998, p. 15-20.
4. **BURET E.** De la misère des classes ouvrières en Angleterre et en France. Paulin, 1840.
5. **BOUCHET H.** La médecine du travail au XIXème siècle. La revue du praticien, 2000, n°50(3): p. 241-243.
6. **VILLERME LR.** Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, 1840. Etudes et Documentation Internationale, 1989.
7. **HENNEBELLE D.** Etat des lieux des contestations d'avis d'aptitude du médecin du travail : cadre juridique et étude de dossiers en 2003-154p. Th.D.: Médecine du travail: Paris: 2006.
8. **DAVEZIES P.** Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. Médecine et Travail, 2000, n°183: p. 38-41.
9. **BUZZI S, ROSENTHAL PA, DEVINCK JC.** La santé au travail, 1880-2006. Editions la Découverte, 2006. 128p.
10. **LECLERCQ J, MAZEL P, DUJARRIC DE LA RIVIERE R.** Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientations et utilisations physiologiques de l'ouvrier. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1917, n°27(6): p. 369-390.
11. **ROSENTHAL PA, OMNES C.** L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de santé au travail. Revue d'histoire moderne et contemporaine, 2009, n°56(1): p. 5-11.
12. **ABECASSIS P et al.** L'aptitude médicale en questions. Santé et Travail, 2002, n°38: p. 54-56.
13. **BUZZI S, DEVINCK JC, ROSENTHAL PA.** Entre fragilité et ambiguïté : la médecine du travail au XXème siècle. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale, 2002, n°63(3-4): p. 134-136.

14. **DESOILLE H, SCHERRER J, TRUHAUT R.** Précis de médecine du travail. 4ème édition, Masson, 1984.
15. **ALBOUY J et al.** Définition de l'aptitude-Evolution de la notion d'aptitude. Dans Réflexions et propositions sur l'aptitude en médecine du travail. Rapport du groupe de réflexion de l'Inspection médicale du travail, 2000. p. 6-15.
16. **GOSSELIN H.** Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007. 149p.
17. **GROS A, MENETRIER J.** La médecine du travail. Paris: Bernard Frères, 1941.
18. **WARNEZ S.** Santé au travail en Lorraine : Evolution et état des lieux à partir des rapports d'activité des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008-157p. Th.D.: Médecine du travail: Nancy: 2010.
19. **BERTRAN J, BARRE P, PETIET G.** Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale, 1991. n°52(2): p. 78-79.
20. **DOMONT A.** Aptitude médicale en santé au travail: aspects éthiques et médico-légaux. Consultable sur <http://infodoc.inserm.fr/>. 2005.
21. **BUZZI S, DEVINCK JC, ROSENTHAL PA.** L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale, 2002. n°63(5): p. 355-363.
22. **JOIN-LAMBERT O, MACHU L, VINCENT C.** Mars 1975 : premier accord sur la santé au travail. Santé et Travail, 2007. n°60: p. 48.
23. **AUBIN C et al.** Bilan de la réforme de la médecine du travail. Rapport pour le ministre chargé de la santé et de la solidarité et les ministres délégués aux relations du travail et à l'enseignement supérieur et à la recherche, 2007. 140p.
24. **AIZICOVICI F.** Mauvais bulletin de santé pour les conditions de travail. Dans Le Monde, 2000.
25. **DERIOT G, GODEFROY JP.** Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information n°37 (2005-2006), fait au nom de la mission commune d'information, déposé au sénat le 20 octobre 2005. Consultable sur <http://www.senat.fr/>.
26. **DIRECTIVE 89/391/CEE**, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la sécurité et la santé des travailleurs au travail, parue au Journal Officiel n°L183 du 29 juin 1989.
27. **LECLERCQ G.** Réussir la réforme de la médecine de santé au travail-De la médecine du travail à la santé au travail. Consultable sur <http://www.campi.info/>.2010.

28. **DAVEZIES P.** L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail: origine, interrogations et débats. *Médecine du travail et ergonomie*, 2007. n°94: p. 73-82.
29. **TORRES C, DAVEZIES P.** Le nouveau décret sur les produits CMR. Aspects éthiques et déontologiques suscités par l'application de l'article 12. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale*, 2002. n°63(8): p. 655-657.
30. **COMITE NATIONAL CONSULATIF D'ETHIQUE.** Orientation des travailleurs vers un poste comportant un risque. Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude. *Avis n°80*, 2003.
31. **PLAN SANTE AU TRAVAIL 2005-2009.** Ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale, 2005.
32. **SAVATIER J.** Aptitude et Inaptitude au travail. Nouvelles réflexions. *Droit social*, 2010. n° 1 Janvier 2010: p. 80-83.
33. **LOI n° 2011-867 DU 20 JUILLET 2011** relative à l'organisation de la médecine du travail parue au Journal Officiel du 24 juillet 2011. Consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>. 2011.
34. **VERGER C.** Le recours à la notion d'aptitude dans le droit positif français. Les actes de l'INTEFP. Journée d'étude des 3 et 4 décembre 1998, 1998: p. 21-28.
35. **SANDRET N.** Aptitude et Inaptitude-Maintien dans l'emploi. Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Actes du colloque Handitec, 1996.
36. **TORRES C.** Le concept d'aptitude et d'inaptitude: quels problèmes éthiques? Journée du 28 mai 2009 "Ethique et Santé au travail". Société de Médecine et de Santé au Travail de Strasbourg, 2009.
37. **VERKINDT PY.** Le médecin du travail et la décision relative à l'aptitude médicale du salarié. Les actes de l'INTEFP. Journée d'étude des 3 et 4 décembre 1998, 1998: p. 29-35.
38. **BAUDILLON M et al.** L'aptitude. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale*, 1999. n°58(6): p. 50-53.
39. **BARDOT F, BERLIN C, RENOU-PARENT D.** La consultation de médecine du travail. Journées d'étude d'avril 2001, Les cahiers SMT, 2001. n°16: p. 1-5.
40. **BARDOT F.** Aptitude et éthique. Compte rendu des débats du Congrès des 8 et 9 décembre 2001, Les cahiers SMT, 2002. n°17: p. 17-21
41. **VENJEAN J.** Réflexions sur l'aptitude. Compte rendu de la réunion de la Société de Médecine du Travail du Dauphiné Savoie du 7 novembre 2008, 2008.
42. **TORRES C, DAVEZIES P.** L'aptitude à la lumière de l'éthique. Les cahiers SMT, 2004. n°19: p. 74-77.

43. **SANDRET N.** Sélection, handicap, inaptitude. Etats généraux de la santé de juin 1996, 1996.
44. **CARRE A.** Absence de contre-indication d'aptitude. Responsabilité et professionnalité. Les cahiers SMT, 2001. n°16: p. 46-48.
45. **DIRECCTE PAYS DE LOIRE.** Aptitude et Inaptitude médicale au poste de travail. Fiche juridique DIRECCTE Pays de Loire, Avril 2010.
46. **BARRY P et al.** Le guide aptitude-inaptitude. Association Interprofessionnelle de Santé au Travail (63), juin 2003.
47. **CZUBA C.** La procédure d'aptitude/d'inaptitude du salarié: comment faire face à la complexité des procédures? Le point sur le cadre juridique relatif à la gestion d'un dossier d'inaptitude pour mieux appréhender les enjeux et les risques. Consultable sur <http://www.istnf.fr/>. 2010.
48. **INRS.** Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin conseil et du médecin traitant. Documents pour le médecin du travail, 2005. n°104.
49. **SAVATIER J.** Aptitude et Inaptitude au travail. Chronique de jurisprudence. Droit social, 2009. n°3 Mars 2009: p. 257-264.
50. **KAPP T.** La contestation de l'avis du médecin du travail devant l'inspecteur du travail. Droit social, 2011. n°2 Février 2011: p. 159-168.
51. **ASTRI MC et al.** Aptitude et Inaptitude: la contestation de l'avis du médecin du travail. Horizons DIRECCTE Ile de France, 2005. n°55: 45p.
52. **BOURGEOIS S.** Le salarié peut contester l'avis d'inaptitude même après son licenciement. Liaisons Sociales Quotidien, n°15903, 2011.
53. **FICHE DRT n°20/2002.** Collection "Références juridiques DRT", Conditions de travail, 2002.
54. **DUMORTIER G.** L'appréciation de l'inspecteur du travail sur l'aptitude du salarié se substitue rétroactivement à celle du médecin du travail. Conclusions du Conseil d'Etat du 16 avril 2010, Droit Social, 2010. n°6 Juin 2010: p. 629-633.
55. **BOURGEOIS S.** Inaptitude physique du salarié: à propos du recours par le salarié en application de l'article L.241-10-1, dernier alinéa, du Code du travail. Revue de jurisprudence sociale, 2004. n°6: p. 435-438.
56. **DUPLAT J.** Inaptitude: la portée de la décision de l'inspecteur du travail. Semaine Sociale Lamy, 2004. n°1165: p. 6-11.
57. **RAMACKERS P, VILBOEUF L.** L'Inspection du travail. Statut, missions, moyens et fonctionnement. Les cahiers de l'INTEFP, 2004: p. 8-9.
58. **DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL.** Bilans et rapports: l'Inspection du Travail en France en 2009. Rapport au BIT du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2010: p. 113-150.

59. **KAPP T, RAMACKERS P.** Le système d'inspection du travail en France. Missions, statut, moyens et fonctionnement. Les cahiers de l'INTEFP, 2009.
60. **CATALA S et al.** Médecine du travail: outils d'aide au contrôle ou à la décision-Contestation auprès de l'inspecteur du travail des avis émis par le médecin du travail. Collection "Les Notes Techniques", Avril 2001.
61. **COMBREXELLE JD.** Circulaire DRT n°2004-06 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. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Mai 2004.
62. **STRUILLOU Y.** L'articulation entre les procédures de contestation de l'avis d'inaptitude établi par le médecin du travail et de licenciement du salarié protégé. Conclusions du Conseil d'Etat du 7 octobre 2009. Droit social, 2010. Février 2010: p. 168-173.
63. **BOURGEOT S.** Les avis d'aptitude du médecin du travail. Liaisons Sociales Quotidien, 2004. n°14193.
64. **INSEE.** Présentation de la région Lorraine et de ses départements, <http://www.insee.fr/fr/regions/lor/>.
65. **DIRECCTE AQUITAINE.** Analyse des dossiers de contestation d'avis d'aptitude en Aquitaine- Années 2008 et 2009, 2010. 5p.
66. **MANET C.** L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe et Moselle en 2007-158p. Th.D.: Médecine du travail: Nancy: 2008.

VU

NANCY, le **19 septembre 2011**

Le Président de Thèse

NANCY, le **22 septembre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur C. PARIS

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3754

NANCY, le 26/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le recours auprès de l'inspecteur du travail lors de difficultés ou désaccords avec l'avis d'aptitude émis par le médecin du travail, possibilité offerte à l'employeur comme au salarié depuis la recodification du Code du travail par l'article L.4624-1, est une procédure qui semble en recrudescence depuis quelques années en Lorraine. Un bilan des contestations des avis des médecins du travail a été dressé en reprenant les lois et la jurisprudence récente entourant la procédure de saisine de l'inspecteur du travail, puis en réalisant une étude en plusieurs étapes : étude rétrospective des dossiers des contestations survenues en Lorraine entre 2003 et 2010, complétée d'un questionnaire adressé aux médecins du travail concernés par ces recours entre 2008 et 2010. Les contestations en Lorraine sont en nombre croissant mais restent peu fréquentes au regard du nombre d'avis émis chaque année par les médecins du travail de la région. Elles concernent de façon prédominante des avis d'inaptitude émis au cours de visites de reprise et contestés par les salariés. Les pathologies rhumatologiques et psychiatriques sont retrouvées dans 80% des recours. L'intérêt de ce travail réside dans une approche élargie (historique, juridique, devenir des salariés, vécu des médecins) d'une question spécifique de la médecine du travail peu abordée dans la littérature et permet d'en discerner les enjeux, les motivations et les conséquences.

TITRE EN ANGLAIS: Claims about notifications of work ability by the occupational health physician: historical, legal and epidemiological approaches based on a survey of claims in Lorraine (2003-2010).

THÈSE : MÉDECINE DU TRAVAIL – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : aptitude, inaptitude, contestation, inspecteur du travail, médecin inspecteur du travail, médecin du travail

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
