

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2005

N°133

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : Médecine du travail

par

Claire MORISE épouse CORMIER

Née le : 04 Octobre 1976, à Paris (19ème)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2005

INAPTITUDES MEDICALES DEFINITIVES DE 2002 A 2004 EN REGION PAYS DE LA LOIRE. Enquête sur 6750 déclarations d'inaptitude.

Président : M Le Professeur GERAUT

Directeur de thèse : MME Le Docteur TOURANCHET

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I : INTRODUCTION	p. 4
CHAPITRE II : APTITUDE ET INAPTITUDE	p. 6
A) DEFINITIONS :	p. 7
1- Aptitude	p. 7
2- Inaptitude	p. 8
B) ASPECTS LEGISLATIFS :	p. 9
1- Evolution de la jurisprudence	p. 9
2- Moment de la délivrance :	p. 10
a- visite d'embauche	
b- visite périodique	
c- surveillance médicale spéciale	
d- visite de reprise	
e- visite de pré reprise	
f- visite à la demande du médecin du travail	
g- visite à la demande de l'intéressé	
h- visite à la demande de l'employeur	
3- Procédure	p. 13
4- Conséquences de l'inaptitude :	p. 14
a- obligation de reclassement	
b- les différentes issues possibles	
c- conséquences financières	
5- Contestation d'un avis :	p. 18
a- initiative	
b- objet de la contestation	
c- procédure	
d- les voies de recours	
6- Cas particuliers :	p. 19
a- invalidité 2° catégorie	
b- inaptitude temporaire	
c- inaptitude et grossesse	
d- inaptitude et CDD	
e- inaptitude chez les salariés de plus de 50 ans	

C) REFLEXIONS SUR LA NOTION D'APTITUDE :	p. 24
1- plusieurs problèmes se posent :	p. 24
a- « aptitude aux risques »	
b- droit au travail, droit à la santé ?	
c- aptitude ou sélection ?	
d- qu'en est-il de la liberté des salariés ?	
2- quelles perspectives ?	p. 26

CHAPITRE III : ETUDES DES INAPTITUDES EN 2002 ET 2003 CHEZ LES SALARIES DE PLUS DE 50 ANS ET CHEZ CEUX DECLARES INAPTES POUR SOUFFRANCE MENTALE :

p. 28

A) METHODE :	p. 29
1- présentation de l'étude	p. 29
2- méthodologie :	p. 29
a- élaboration du formulaire	
b- diffusion des données	
c- recueil des données	

B) RESULTATS :	p. 31
1- Données générales	p. 31
a- les médecins du travail	
b- les fiches d'inaptitude	
2- Données chez les salariés de plus de cinquante ans	p. 31
2-1- caractéristiques socio démographiques	
2-2- les secteurs d'activité	
2-3- les pathologies	
2-4- les facteurs favorisant l'inaptitude	
2-5- conclusion	
3- Données chez les salariés déclarés inaptes pour souffrance mentale	p. 43
3-1- caractéristiques socio démographiques	
3-2- les secteurs d'activité	
3-3- les pathologies	
3-4- les facteurs favorisant l'inaptitude	
3-5- conclusion	

CHAPITRE IV : ETUDE DES INAPTITUDES EN 2004
TOUTES CAUSES ET TOUS AGES CONFONDUS p. 52

A) MATERIEL ET METHODE p. 53

B) RESULTATS : p. 53

- 1- Données générales :
 - a- les médecins du travail
 - b- les fiches d'inaptitude
- 2- Caractéristiques socio démographiques : p. 54
 - 2-1- répartition par sexe
 - 2-2- répartition par classe d'âge
 - 2-3- répartition par âge et par sexe
 - 2-4- caractéristiques de l'emploi
- 3- Etude des pathologies : p. 62
 - 3-1- nombre de pathologies
 - 3-2- principales spécialités médicales
 - 3-3- principales pathologies
- 4- Facteurs ayant favorisés l'inaptitude : p. 78
 - a- contraintes physiques
 - b- contraintes mentales et organisationnelles
 - c- autres
- 5- Données sur les aménagements de postes dans l'entreprise p. 80
- 6- Données sur le statut des salariés déclarés inaptes : p. 81
 - a- l'invalidité
 - b- COTOREP
- 7- Données par secteur d'activité p. 81

CHAPITRE V : DISCUSSION p. 99

- 1- Caractéristiques socio démographiques : p. 100
 - a- le sexe
 - b- l'âge
 - c- les secteurs d'activité
 - d- les postes de travail
- 2- les pathologies p. 102
- 3- les facteurs p. 102
- 4- l'aménagement p. 103
- 5- le statut du salarié déclaré inapte p. 104

CHAPITRE VI : CONCLUSION p. 105

BIBLIOGRAPHIE p. 107

ANNEXES p. 111

I- INTRODUCTION

L'avis d'inaptitude est prononcé par le médecin du travail lorsque l'état de santé d'un salarié n'est pas compatible avec le maintien à son poste de travail du fait d'un danger présent pour-lui même ou pour autrui.

Les conséquences sont lourdes pour le salarié puisque le risque de perte d'emploi est important.

Nous constatons depuis plusieurs années, dans la région Pays de la Loire, une augmentation régulière des inaptitudes définitives à tout poste.

L'objectif de cette étude est donc de caractériser le profil des salariés déclarés inaptés totalement et définitivement à leur poste de travail, d'analyser les pathologies responsables des inaptitudes ainsi que les secteurs d'activité les plus concernés. Ceci afin de mettre en évidence les cibles prioritaires dans l'action de prévention de l'inaptitude.

Nous présenterons, dans une première partie, l'aspect législatif, en nous référant aux textes réglementaires et jurisprudentiels sur l'aptitude et l'inaptitude en médecine du travail.

Dans un second temps, nous présenterons les résultats de la première étude réalisée à partir de 3079 déclarations d'inaptitude prononcées en 2002 et 2003 chez les salariés de plus de 50 ans ainsi que ceux déclarés inaptés pour souffrance mentale ; suivi des résultats de la deuxième enquête réalisée à partir des déclarations d'inaptitude faites en 2004, toutes causes et tous âges confondus.

Puis nous discuterons ces résultats à la lumière d'études antérieurement publiées.

II- APTITUDE ET INAPTITUDE

A- DEFINITIONS :

1- Aptitude :

Selon la définition classique, l'aptitude est la disposition d'une personne à faire quelque chose, à effectuer un geste, un travail ; c'est l'état d'une personne que l'on considère qualifiée pour jouer un rôle, exécuter un acte.

Le code du travail ne donne pas de réelle définition légale de l'avis d'aptitude mais il l'impose, par contre, selon des critères bien définis (R. 241-48).

L'aptitude sera donc déterminée par le médecin du travail par rapport à l'état général du salarié.

Le but recherché est l'orientation qui consiste à [1] :

- rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs,
- vérifier si le poste de travail est bien adapté aux possibilités de l'intéressé,
- proposer éventuellement des adaptations de poste ou une affectation à d'autres postes.

Cette détermination d'aptitude au poste de travail nécessite [2] :

- la connaissance du poste de travail qui s'acquiert par la présentation de ce poste par le salarié lui-même et par l'employeur, par les diverses informations techniques transmises au médecin et surtout par les études de poste réalisées par le médecin du travail lors de son « tiers-temps »,
- la connaissance de l'entreprise en termes socio-économiques,
- la connaissance du sujet d'un point de vue médical (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires), psychologique et socio-économique .

L'avis d'aptitude n'est pas un diagnostic mais il s'agit plutôt d'un pronostic, basé sur la recherche de l'existence de risques pathologiques et de leur évolution en fonction des exigences du poste de travail, et des conséquences que ce risque pourra présenter pour l'individu et son entourage [3].

L'aptitude est donc un acte médical complexe qui suppose l'établissement d'un rapport entre l'état de santé actuel (et son évolution prévisible) et les conditions d'exercice d'une activité professionnelle mais attention alors à ne pas confondre aptitude médicale et aptitude professionnelle (sélection du « meilleur salarié »).

2 – Inaptitude :

L'inaptitude apparaît comme une incompatibilité avérée entre l'état de santé d'un salarié et la charge physique ou mentale inhérente à son emploi, de telle sorte que la relation de travail ne peut plus s'exprimer normalement.

Cette notion est à distinguer :

- de l'**incapacité** au travail qui est une réduction de la capacité de travail de l'assuré social, c'est une notion de sécurité sociale.

- du **handicap** qui est une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales.

- de l'**invalidité** qui est une notion spécifique au droit de la sécurité sociale et qui n'a aucune incidence sur le contrat de travail. La reconnaissance d'un salarié en invalidité 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale signifie que le médecin conseil l'a jugé incapable d'exercer une profession quelconque mais c'est le médecin du travail qui va statuer sur son aptitude à son poste de travail.

L'inaptitude, prononcée par le médecin du travail, est une notion complexe, mélange de notion médicale et de notion juridique, qui n'est pas sans conséquence vis à vis de toutes les personnes concernées :

- pour le salarié : s'ajoute à son problème de santé , la modification de sa situation professionnelle (parfois bénéfique avec adaptation du poste à ses capacités de travail, parfois plus difficile avec apprentissage de nouvelles techniques, changement de méthodes... et surtout risque de licenciement).

- pour l'employeur : recherche active des possibilités de reclassement avec les coûts financiers qu'elles peuvent engendrer, et possibilité de licenciement.

- pour le médecin du travail : poids des conséquences pour le salarié et l'entreprise.

B- ASPECTS LEGISLATIFS :

1- Evolution de la jurisprudence :

Jusqu'en 1973, et depuis 1960, la chambre sociale de la Cour de Cassation admettait que la maladie prolongée du salarié ou l'inaptitude physique constituait un cas de force majeure entraînant la rupture du contrat de travail (sans préavis ni indemnité).

Dans un second temps, elle a distingué initiative et imputabilité de la rupture : l'employeur qui en prenait l'initiative était tenu de respecter la procédure du licenciement (entretien préalable...), mais n'avait pas à verser les indemnités de licenciement, la rupture ne lui étant pas imputable [4].

La loi du 07 janvier 1981 crée l'obligation de reclassement pour les salariés inaptes, victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (art. L. 122-32-5 du Code du Travail).

Il n'y a alors pas de protection si l'inaptitude ne fait pas suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Ce n'est qu'à partir de 1988 que la Cour de Cassation abandonne la distinction entre l'initiative de la rupture et l'imputabilité : elle admet que la maladie, même prolongée, ne fait que suspendre le contrat de travail et que l'employeur qui prend l'initiative de la rupture en prend aussi la responsabilité. Ceci d'abord concernant la maladie prolongée puis, en 1990 (avec l'arrêt du 29/11/1990 PASQUET/ESPOSITO), en matière d'inaptitude physique définitive. Le versement de l'indemnité de licenciement devient alors obligatoire.

Mais il existe toujours une situation de blocage si l'employeur ne prend pas l'initiative de la rupture (pas de salaire, pas d'indemnités journalières).

C'est par la loi du 31 décembre 1992 (art. L. 122-24-4 du CT) que sont précisées les modalités d'obligation de reclassement imposées à l'employeur pour un salarié devenu inapte à son emploi à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie d'origine professionnelle ou non [1r]. Celui-ci a un mois pour reclasser ou licencier le salarié, au delà le salaire est dû.

La loi du 12 juillet 1990 a pour objectif d'éviter toute discrimination en raison de l'état de santé d'un candidat à l'embauche ou d'un salarié d'une entreprise.

Elle a également pour objet de donner un rôle accru au médecin du travail pour se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un candidat ou d'un salarié à occuper un emploi dans l'entreprise [2r].

2- moment de la délivrance [a] :

A l'issue des examens médicaux obligatoires, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude, en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et transmet l'autre à l'employeur qui le conserve pour être présenté à tout moment, sur leur demande à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (art R. 241-57 du CT).

L'inaptitude peut être prononcée lors de toutes ces visites réglementaires :

a- visite d'embauche :

Selon l'article R. 241-48 du Code du Travail, elle doit s'effectuer avant l'embauchage ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai. Les salariés soumis à une surveillance médicale spéciale (art R. 241-50) doivent bénéficier de cette visite avant l'embauchage.

Cet examen a pour but de déterminer :

- si le travailleur n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs,
- s'il est médicalement apte au poste de travail envisagé,
- de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes.

Cette visite permet aussi une première prise de contact avec le salarié permettant de lui expliquer les risques éventuels du poste de travail et les différents moyens de s'en protéger [A].

La décision d'aptitude sera prise selon l'examen clinique et éventuellement selon un bilan paraclinique, soit imposé par les textes pour certains risques, soit laissé au libre choix du médecin du travail.

Le refus du salarié de se rendre aux visites médicales peut constituer un motif réel et sérieux de rupture (cass. Soc. 19 oct 1989 n°3825 D) [5].

b- visite périodique :

La périodicité de ces examens médicaux est passée de un an à 24 mois, sauf pour les salariés faisant l'objet d'une surveillance médicale renforcée, depuis le décret du 28 juillet 2004.

c- les surveillances médicales renforcées (SMR) :

Selon l'article R. 241-50 du CT, une surveillance médicale particulière doit être exercée pour :

- les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux déterminés par arrêtés du ministre chargé du travail (arrêté du 11 juillet 1977),
- les salariés qui viennent de changer d'activité ou de migrer et cela pendant une période de 18 mois à compter de leur nouvelle affectation,
- les handicapés, les femmes enceintes, les mères d'enfants de moins de 6 mois (au lieu de 2 ans depuis le décret du 28 juillet 2004), les femmes qui allaitent, les travailleurs de moins de 18 ans,
- des précisions sur les postes concernés voire des extensions peuvent être déterminées par des accords de branche.

Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale particulière.

Certains risques imposent la réalisation de visites médicales et d'examens complémentaires :

- pour l'exposition à l'amiante, au bruit, au plomb, à la silice, aux substances susceptibles de provoquer des lésions malignes de la vessie, pour le travail sur écran et le travail en milieu hyperbare, des décrets spéciaux fixent la nature et la fréquence de ces examens complémentaires ;
- pour l'exposition au benzène, chlorure de vinyle monomère, aux radiations ionisantes et pour le travail dans les égouts, des décrets prévoient ces examens complémentaires sans en préciser ni la nature, ni la fréquence.

d- visite de reprise :

L'article R. 241-51 du CT prévoit que les salariés doivent bénéficier d'un examen par le médecin du travail après :

- un arrêt de travail de plus de 8 jours suite à un accident de travail,
- un arrêt de travail pour maladie professionnelle,
- un congé maternité,
- un arrêt de travail de plus de 21 jours, consécutif à une pathologie (maladie ou accident) non professionnelle,
- des arrêts répétés pour raison de santé.

Elle constitue une des occasions les plus fréquentes de la mise en inaptitude.

Elle s'effectue à la reprise effective du travail ou dans les 8 jours suivant cette reprise.

Elle a pour objet d'apprécier l'aptitude du salarié à son ancien poste et de déterminer les éventuelles aménagements à réaliser.

L'initiative de la reprise appartient normalement à l'employeur mais elle peut désormais être sollicitée par le salarié, soit auprès de son employeur, soit auprès du médecin du travail en avertissant l'employeur de sa démarche (cass. Soc. 12 nov 1997 bull n°366).

Elle, et elle seule, met fin à la période de suspension du contrat de travail (jurisprudence constante depuis l'arrêt de cass. Soc. du 22 mars 1989) [5].

Si l'employeur ne saisi pas le médecin du travail pour la visite de reprise lorsque le salarié lui en fait la demande son attitude s'analyse en un licenciement sans cause réelle et sérieuse (Cass. Soc. 12 oct. 1999 bull.376).

A l'inverse si le salarié est invité par l'employeur à l'issue de la suspension de son contrat de travail à se présenter à une visite de reprise et qu'il ne s'y rend pas malgré plusieurs injonctions de l'employeur, ce manquement peut constituer une faute présentant un caractère réel et sérieux (cass. Soc. 17 oct 2000 arrêt n°3932 f.d).

e- visite de pré reprise :

Prise à l'initiative du salarié, du médecin du travail ou du médecin conseil de la Sécurité Sociale, son objectif consiste à faciliter la reprise par des recherches de reclassement ou d'adaptation de poste en cas de modification d'aptitude prévisible (art R. 241-51).

Elle s'effectue pendant la période de suspension du contrat de travail et ne saurait en rien dispenser d'une visite de reprise, elle ne peut donc pas correspondre à la première des 2 visites espacées de 15 jours utiles à une déclaration d'inaptitude.

f- visite à la demande du médecin du travail :

Le médecin du travail est libre de faire bénéficier tout salarié d'une visite médicale supplémentaire à sa demande même en dehors des surveillances médicales spéciales.

g- visite à la demande de l'intéressé :

Tout salarié peut bénéficier d'un examen médical à sa demande (art R. 241-49 du CT). L'intérêt de cette visite supplémentaire peut être de signaler une modification de l'état de santé du salarié, de prévenir d'une perturbation des conditions de travail ou de s'entretenir de tout autre motif personnel ou collectif.

h- visite à la demande de l'employeur :

Elle est possible, dans les textes, depuis le décret du 28 juillet 2004.

3- procédure d'inaptitude:

Il est nécessaire que l'inaptitude soit médicalement établie. L'avis du médecin du travail fait autorité à l'égard de tout médecin, traitant ou de la Sécurité Sociale [3r].

L'article R. 241-51-1 du Code du Travail prévoit que, sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise et 2 examens médicaux de l'intéressé espacés de 2 semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires mentionnés à l'article R. 241-52.

Cette exigence du double examen vaut pour toute les déclarations d'inaptitude (même pour les inaptitudes totales : cass. Soc. 16 juillet 1998) qu'elles soient émises en cours d'exécution du contrat de travail (visites périodiques) ou lors de la reprise de travail (cass. Soc. 16 mai 2000 bull. civ. V n°182) [5].

Ce délai a pour but de rechercher des possibilités de reclassement ou d'adaptation de poste afin d'éviter le licenciement.

L'inaptitude ne peut être déclarée après un seul examen médical que si la « situation de danger résulte de l'avis du médecin du travail » (arrêt de la cour de cassation du 4 juin 2002 n°1860).

Le médecin du travail peut, avant d'émettre son avis, consulter le Médecin Inspecteur Régional du travail et de la Main d'œuvre. Les motifs de son avis doivent être consignés dans le dossier médical du salarié.

Il existe plusieurs types d'inaptitude :

- l'inaptitude temporaire si l'état pathologique est réversible,
- l'inaptitude définitive qui résulte d'un handicap dont on ne peut espérer l'amélioration,
- l'inaptitude partielle pouvant déboucher sur une adaptation ou sur un changement de poste de travail,
- l'inaptitude totale, signifie que le salarié ne peut plus accomplir aucune des tâches correspondant à son poste.

4- conséquences de l'inaptitude :

a- obligation de reclassement :

→ *si l'inaptitude est réalisée à l'issue de la visite de reprise :*

D'après l'article L. 124-24-4 du CT : « à l'issue de périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou à un accident, si le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi approprié à ses capacités. Le choix de cet emploi doit prendre en compte les conclusions écrites par le médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations ou transformations de postes de travail ».

L'article L. 122-32-5 du CT relatif à l'inaptitude faisant suite à une maladie professionnelle ou un accident du travail est le même avec seulement quelques obligations supplémentaires :

- prendre l'avis des délégués du personnel sur les propositions de l'employeur,
- obligation pour l'employeur de faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent au reclassement,
- l'employeur ne peut prononcer le licenciement que s'il justifie, soit de l'impossibilité où il se trouve de proposer un emploi dans les conditions prévues ci-dessus, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions.

→ Si l'inaptitude est réalisée en dehors de la visite de reprise (art. L. 241-1-1), le médecin du travail peut 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 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.

Cette obligation de reclassement doit être réalisée même si :

- le poste a été supprimé pendant l'arrêt,
- le médecin du travail n'a pas fait de propositions de reclassement (cass. Soc. 19 juillet 1995) : l'employeur doit alors solliciter le médecin du travail,
- le médecin du travail délivre un avis d'inaptitude à tout emploi.

L'employeur doit tout mettre en œuvre pour tenter de reclasser le salarié.

La jurisprudence relative à l'application de l'article L. 241-10-1 du CT précise les obligations de l'employeur à l'égard des salariés dont l'inaptitude est reconnue par le médecin du travail :

- la recherche de reclassement doit s'étendre à l'ensemble des activités de l'entreprise,
- l'obligation de reclassement peut conduire à une transformation de poste ou à une mutation, soit dans un autre établissement, soit dans une autre société du groupe,
- le reclassement peut consister en un aménagement du temps de travail.

b- Les différentes issues possibles :

L'employeur dispose d'un délai d'un mois (à compter de la date du deuxième examen selon la jurisprudence actuelle et ce depuis Cass. Soc. du 28 janv. 1998, n°95-44.301, P+B+R) pour reclasser ou licencier le salarié (art. L. 122-24-4 et L. 122-32-5 du CT). Si, à l'expiration de ce délai, aucune décision n'a été prise (reclassement ou licenciement), l'employeur devra reprendre le versement du salaire antérieur à l'inaptitude.

L'employeur a donc un mois pour étudier les possibilités de reclassement ; à l'issue de ce délai, deux cas sont possibles :

- pas de reclassement possible : le salarié est alors licencié ; l'employeur peut aussi opter pour le paiement du salaire sans travail effectué (cette situation peut être moins onéreuse que le licenciement d'un salarié en fin de carrière qui travaille depuis de nombreuses années dans l'entreprise).

- propositions de reclassement : soit le salarié accepte, il reprend donc son poste aménagé ; soit il refuse, il y a alors reprise du versement de salaire en attendant d'autres propositions ou licenciement.
- la mise en retraite du salarié déclaré inapte à son emploi reste admise (arrêt du 29 janv. 2002).

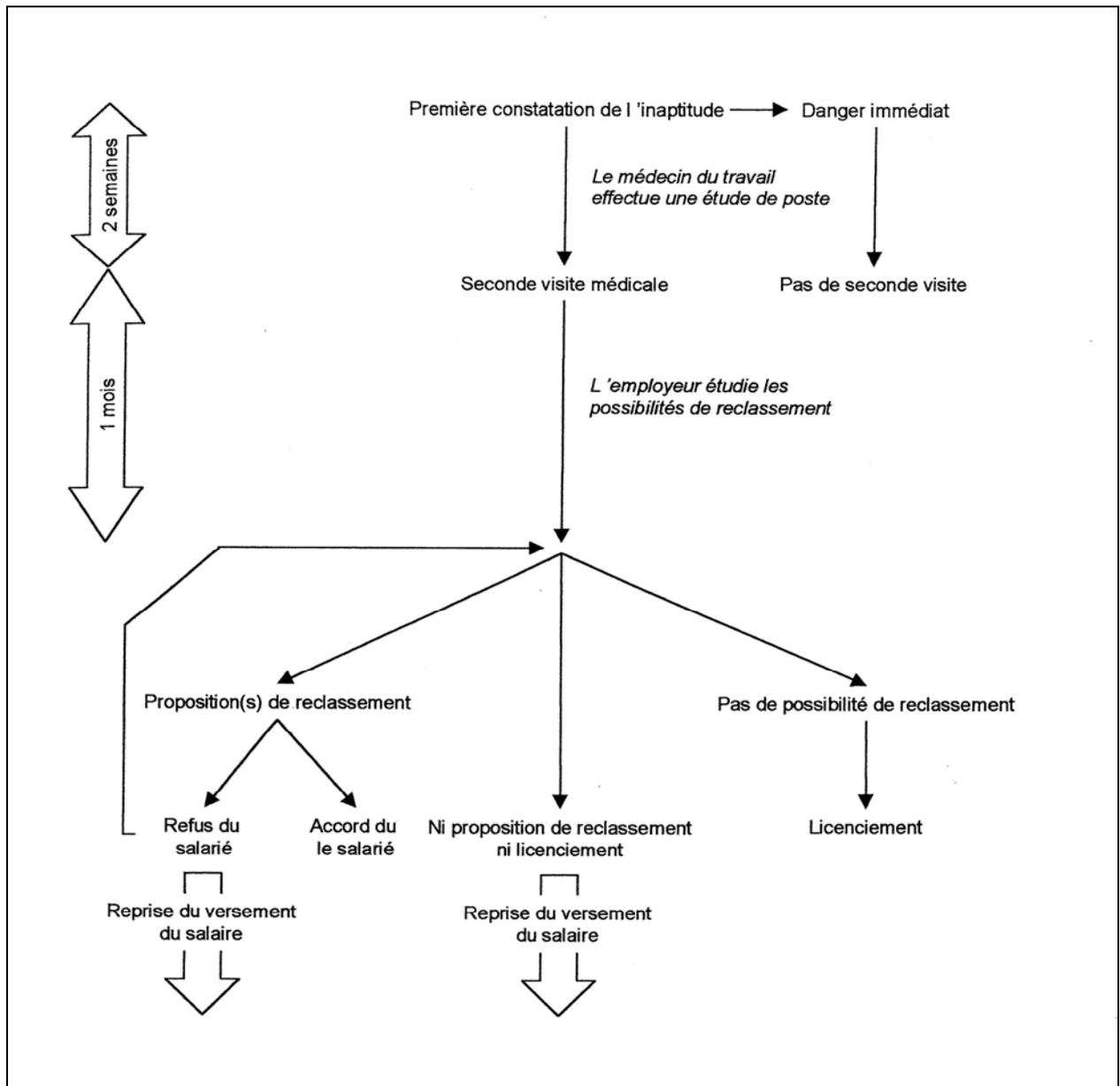


figure 1 : conséquences de l'inaptitude

c- conséquences financières :

En cas d'inaptitude faisant suite à une maladie professionnelle ou à un accident de travail, le licenciement ouvre droit à :

- une indemnité compensatrice (de préavis) d'un montant égal à celui de l'indemnité prévue à l'article L. 122-8,
- une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale ou à l'indemnité conventionnelle si elle est plus favorable (art. L. 122-32-6 du CT) ; le doublement de l'indemnité n'est pas dû si le licenciement fait suite à un refus abusif du salarié d'accepter une offre de reclassement.

En cas d'inaptitude sans origine professionnelle, le licenciement ouvre droit à :

- une indemnité légale de licenciement ou, si elle est plus favorable et si la convention collective applicable ne l'exclue pas, l'indemnité conventionnelle.
- l'indemnité compensatrice n'est pas due sauf disposition de la convention collective.

Que se passe-t-il entre les deux examens espacés de quinze jours ?

Dans le décret (art. R. 241-51-1) la rémunération du salarié entre les deux visites n'est pas prévue.

→ La cour de cassation a tranché : le contrat de travail se poursuit normalement tant qu'une inaptitude définitive du salarié n'a pas été constatée conformément aux dispositions de l'article R. 241-51-1 et à moins d'une situation contraignante délivrant l'employeur de son obligation de trouver du travail : l'employeur n'est donc pas dispensé de payer la rémunération du salarié qui se tient à sa disposition (cass. Soc. 15 juil. 1998 bull n°390).

→ En pratique, ce n'est pas toujours le cas : une étude sur les inaptitudes au poste en Bretagne [C] montre que 45% des salariés sont en congé maladie (sauf lors des deux jours de visite puisque le contrat ne doit pas être suspendu), 20% n'ont pas de prise en charge, 17% sont en congés payés, 10.8% ont un maintien du salaire en restant dans l'entreprise et 7% ont un maintien du salaire sans présence dans l'entreprise.

Que se passe-t-il pendant le délai d'un mois ?

Rien n'est prévu par la législation, le plus souvent le salarié est en congé ou non rémunéré.

Il existe une possibilité de réparation judiciaire (indemnités) si le licenciement n'est pas justifié ou ne respecte pas la procédure.

5- contestation d'un avis :

Selon l'article L. 241-10-1 alinéa 3 du CT : « en cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail ».

a- Initiative :

Si l'intervention de l'inspecteur du travail sur le fondement de ce texte semblait ne viser que le cas d'un différend entre le médecin du travail et l'employeur, la jurisprudence a admis que l'intervention de l'inspecteur du travail n'était pas limitée à ces seuls cas de désaccords et qu'il pouvait, en conséquence, être saisi par le salarié lorsque ce dernier contestait l'appréciation sur son aptitude par le médecin du travail (CE 6/04/01 n°217895) [5].

b- objet de la contestation :

L'inspecteur du travail doit se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié à occuper son poste ou un poste proposé.

Il ne peut se prononcer sur l'aptitude du salarié à occuper un poste alors que le médecin du travail ne s'est pas prononcé sur ce poste, ni se prononcer sur l'aptitude du salarié à occuper le poste de reclassement proposé par l'employeur, ni apprécier la validité d'un licenciement consécutif à l'inaptitude.

c- procédure :

Seul l'inspecteur du travail est compétent en cas de contestation de l'avis du médecin du travail.

Aucune expertise médicale judiciaire n'est possible (cass. Soc. 12 mars 1987).

L'avis du médecin du travail ne peut être contesté devant le juge judiciaire (cass. Soc. 08 nov. 1994 et 10 janv. 1997) [1r].

La saisine de l'inspecteur du travail n'a pas de caractère suspensif pour le délai de 15 jours prévu par l'article R. 241-51-1, ni pour le délai d'un mois prévu par la loi du 31 déc. 1992.

Aucune décision de délai n'est prévue entre l'avis d'aptitude du médecin du travail et la saisine de l'inspecteur du travail ; elle doit seulement avoir lieu après le deuxième examen et avant la rupture du contrat de travail (date de notification du licenciement).

Mais l'inspecteur du travail n'est pas médecin et n'a donc pas les compétences ni les possibilités d'accès au dossier médical pour pouvoir statuer sur l'état de santé du travailleur et donc sur son aptitude au poste de travail.

C'est donc le médecin inspecteur du travail qui, après avoir examiné le salarié, donne son avis à l'inspecteur du travail sur l'aptitude du salarié au poste de travail.

La décision de l'inspecteur du travail s'effectue alors sur l'adéquation entre un poste de travail qu'il a analysé et l'avis émis par le médecin du travail sur l'aptitude du salarié à ce poste, avis qu'il n'est pas obligé de respecter.

La décision de l'inspecteur du travail s'impose alors à l'employeur.

d- les voies de recours :

Il existe 2 possibilités :

- le recours hiérarchique, auprès du ministre, est instruit par la direction des relations du travail (bureau de médecine du travail). Cette instruction se fait de façon administrative à partir des éléments donnés par le médecin inspecteur du travail et par l'inspecteur du travail.

- le recours contentieux auprès du tribunal administratif.

Ces recours sont rares : depuis 1982 ont été enregistrés, en région Pays de la Loire, trois recours hiérarchiques et deux recours contentieux sur environ 380 contestations réalisées selon l'article L.240-10-1.

6- cas particuliers :

a- invalidité 2^{ème} catégorie :

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie. Il n'est pas reconnu par rapport à un poste de travail ou une profession donnés, ni par rapport à une incapacité purement physique, mais par rapport à une réduction de la capacité de travail en appréciant l'état global du patient ; il est constaté lorsqu'il réduit d'au moins des 2/3 la capacité de travail ou de gain de l'assuré.

Une pension est donc attribuée à l'intéressé si cet état ne lui permet plus de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au 1/3 de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité.

Par cette décision, la CPAM entend simplement indiquer qu'au regard de la situation de l'intéressé (reconnaissance d'une déficience physique ou mentale et d'un handicap socioprofessionnel consécutif à cette déficience), il lui sera difficile de trouver un emploi mais elle ne lui interdit nullement de travailler. Cette éventualité est d'ailleurs admise puisque le classement peut-être révisé si l'assuré vient à exercer une activité salariée (la pension sera supprimée ou réduite).

Les invalides sont classés en 3 catégories :

- 1^{ère} catégorie : le sujet peut exercer une activité partielle adaptée,
- 2^{ème} catégorie : le sujet est incapable d'exercer une activité quelconque,
- 3^{ème} catégorie : le sujet est incapable de travailler et nécessite la présence d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie ordinaire.

L'invalidité et l'inaptitude sont donc deux notions de nature différente et les deux législations ont des logiques différentes.

L'avis du médecin conseil de la CPAM, qui classe un salarié en invalidité, ne s'impose pas au médecin du travail qui reste maître de son diagnostic et de l'appréciation qu'il peut faire de l'état de santé du salarié par rapport au poste de travail.

La circulaire DRT n° 94-13 du 21 novembre 1994 [b] rappelle l'indépendance des notions d'invalidité et d'inaptitude et propose des solutions aux diverses situations possibles. Elle insiste sur le fait que le licenciement du salarié en raison de son seul classement en invalidité est prohibé (loi du 12/07/90).

La décision de classement en invalidité d'un assuré de la sécurité sociale n'a pas d'incidence directe sur la relation contractuelle entre le salarié (assuré) et son employeur. Le salarié classé en invalidité peut continuer à fournir des arrêts de travail : la situation antérieure à son invalidité n'est pas modifiée. Toutefois, diverses situations peuvent résulter de cette décision :

- le salarié ne se présente pas dans l'entreprise à l'expiration des arrêts de travail et n'informe pas son employeur de l'octroi de la pension d'invalidité :

L'employeur peut lui demander de justifier de son absence. Si le salarié ne répond pas à cette demande, il peut le licencier pour faute (absence injustifiée) mais il ne peut en aucun cas le considérer comme démissionnaire.

L'employeur ne peut prendre aucune initiative : le contrat de travail reste suspendu.

- le salarié informe son employeur de son admission au bénéfice d'une pension d'invalidité sans exprimer le souhait de reprendre son travail :

L'employeur peut considérer que le salarié a justifié son absence et ne prendre aucune décision : le contrat de travail reste suspendu.

L'employeur peut demander au salarié de reprendre le travail et de passer la visite médicale de reprise à laquelle le médecin du travail est tenu de procéder.

→ si le salarié accepte, lors de la visite de reprise, le médecin du travail s'assure du maintien de son aptitude ou le déclare inapte à son poste et formule des propositions de reclassement, ou le déclare inapte à tout poste dans l'entreprise.

→ si le salarié refuse, ce refus de se soumettre à la visite médicale peut constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement.

L'employeur peut décider de rompre le contrat de travail. Il peut alors décider de licencier le salarié en raison des perturbations dans le fonctionnement de l'entreprise, qu'entraîne son absence prolongée, et de la nécessité de son remplacement définitif. Il appartient à l'employeur d'apporter la preuve de ces perturbations et de cette nécessité. Un arrêt de la cour de cassation (du 12 mai 1993) avait estimé que l'employeur était en droit de rompre le contrat, motif pris du classement en invalidité 2^{ème} catégorie du salarié, sans demander l'avis du médecin du travail.

Cependant, selon le code du travail (art L. 122-45), l'employeur est dans l'obligation d'organiser la visite de reprise auprès du médecin du travail.

- le salarié souhaite mettre fin à la période de suspension de contrat de travail :

Le salarié peut demander une visite de reprise et éventuellement de pré reprise au médecin du travail qui se prononcera sur l'aptitude.

Si le salarié se présente devant son employeur, ce dernier est tenu de lui organiser la visite médicale de reprise. En cas d'inaptitude, la procédure prévue par l'article L.122-24-4 devra s'appliquer. Si l'employeur fait obstacle à l'accès dans l'entreprise ou à la visite de reprise, le salarié peut demander au juge du contrat de travail de constater la rupture du contrat.

b- Inaptitudes temporaires :

Il y a inaptitude temporaire lorsque le médecin du travail estime à l'issue d'une visite médicale que le salarié n'est pas en état momentanément de tenir son poste.

Cette décision est une cause de suspension du contrat de travail mais le médecin du travail doit orienter le salarié vers son médecin traitant, seul habilité à prescrire un arrêt de travail ouvrant droit aux indemnités journalières et à la protection du salarié [A].

c- Inaptitude et grossesse :

Selon l'article L. 122-25, l'employeur ne doit pas prendre en considération l'état de grossesse d'une femme pour refuser de l'embaucher, pour résilier son contrat de travail au cours d'une période d'essai ou, sous réserve des dispositions de l'article L. 122-25-1, pour prononcer une mutation d'emploi.

L'article L. 122-25-1 précise que les dispositions de l'article L. 122-25 ne font pas obstacle à l'affectation temporaire dans un autre emploi de la salariée en état de grossesse, à son initiative ou à celle de l'employeur, si l'état de santé médicalement constaté de la salariée l'exige.

En cas de désaccord entre l'employeur et la salariée ou lorsque le changement intervient à l'initiative de l'employeur, la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé ne peuvent être établies que par le médecin du travail.

Le changement d'affectation ne doit entraîner aucune diminution de rémunération.

Prenons l'exemple d'une entreprise qui emploie une salariée déclarée par le médecin du travail inapte (temporairement) à son poste de travail avec nécessité d'un reclassement à un poste aménagé en raison de sa grossesse. L'employeur ne pouvant pas proposer de poste compatible, a demandé à la salariée de rester chez elle dans l'attente d'un reclassement, sans la payer. La cour de cassation s'est prononcée sur le paiement des rappels de salaire de la période d'attente de reclassement en se référant à l'article L. 122-25-1 (cass. Soc. déc. 1997, S.A. Perrin/Zicollilo).

d- Inaptitude en CDD [c]:

Selon l'article L. 122-32-9 du CT, si l'employeur justifie qu'il se trouve dans l'impossibilité de proposer un emploi, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 122-32-5, au salarié titulaire d'un CDD, ou si le salarié refuse un emploi offert dans ces conditions, l'employeur est en droit de demander la résolution judiciaire du contrat.

La juridiction saisie prononce la résolution après vérifications des motifs invoqués et fixe le montant de la compensation financière due au salarié.

L'inaptitude ne pouvant constituer un cas de force majeure, la rupture d'un contrat à durée déterminée est illicite ; seule peut être sollicitée la résiliation judiciaire de l'accord (Cass. Soc. 23 mars 1999).

Une récente décision de la cour de cassation (Arrêt du 18 nov. 2003) précise qu'une rupture anticipée d'un CDD pour inaptitude est fautive, mais que l'inaptitude et l'impossibilité de reclassement

« n'ouvrent pas droit au paiement des salaires restant à courir jusqu'au terme du contrat... » :
« lorsqu'un salarié n'est pas en mesure de fournir la prestation inhérente à son contrat de travail, son employeur ne peut être tenu de lui verser un salaire sauf disposition légale, conventionnelle ou contractuelle particulière ».

e- inaptitude des plus de 50 ans [c]:

La rupture d'un contrat de travail d'un salarié de plus de 50 ans entraîne pour l'employeur, le versement d'une contribution (contribution Delalande) à l'Etat (aux ASSEDIC) ; son montant varie en fonction de la taille de l'entreprise et de l'âge du salarié à la date de la fin du contrat de travail.

L'employeur est exonéré du versement de cette cotisation sociale s'il justifie par écrit de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de donner suite aux propositions de reclassement du médecin du travail ou lorsque l'inaptitude à tout poste dans l'entreprise a été constatée par le médecin du travail (art. L. 321-13 du CT).

C) REFLEXIONS SUR LA NOTION D'APTITUDE :

Depuis longtemps, l'aptitude pose question et elle est actuellement de plus en plus remise en cause. De plus, à l'heure de l'ouverture sur l'Europe, on peut se poser la question de la pertinence de cette aptitude qui reste une spécificité française. En effet, dans beaucoup de pays européens, la visite médicale d'embauche et les visites ultérieures ne sont pas obligatoires. Il appartient à l'employeur de faire examiner ses salariés ou non, seules certaines catégories de salariés exposés à des risques particuliers y sont soumises. Les examens périodiques ne débouchent pas systématiquement sur l'évaluation de l'aptitude, l'inaptitude étant éventuellement déterminée par des médecins extérieurs à l'entreprise [6].

1- plusieurs problèmes se posent :

a-« aptitude aux risques » :

Le médecin du travail doit déterminer l'aptitude d'un salarié à occuper un poste de travail défini dans l'entreprise. Ce poste de travail peut comporter des risques chimiques, physiques, biologiques ou de charge mentale élevée [7]. Comment peut-on demander à un médecin du travail (médecin avant tout) de permettre l'exposition d'un salarié à ces risques tout en lui demandant en même temps d'agir dans « l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs » (décret du 28 juillet 2004) : c'est paradoxal.

Le décret du 01/02/01 sur les produits cancérigènes mutagènes et toxiques pour la reproduction en est un parfait exemple : « un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude, [...] atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux ».

Ce décret a d'ailleurs beaucoup fait réagir et le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé a été saisi par le syndicat national professionnel des médecins du travail en octobre 2002.

Cette aptitude au risque est aussi un décalage entre le laissez passer que représente l'avis d'aptitude et la prévention primaire [8].

b- droit au travail, droit à la santé ?

A l'heure où le chômage est un problème omniprésent, cette question du droit au travail et droit à la santé n'échappe pas au médecin du travail.

Le médecin du travail ne fonde pas sa décision d'aptitude ou d'inaptitude simplement sur l'état de santé du salarié, mais il prend en compte le danger de la perte d'emploi que cette décision pourrait entraîner notamment au niveau de la santé [9].

Que privilégier parmi ces 2 droits fondamentaux : le droit au travail ou le droit à la santé ? Le choix est parfois très difficile, et la décision, prise au cas par cas, dépend alors de la formation du médecin du travail et de son éthique personnelle.

c- aptitude ou sélection ? [10]

A sa création, au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'aptitude avait une double fonction : l'orientation et la sélection de la main-d'œuvre. Ces objectifs, admissibles dans l'urgence de la reconstruction du pays, ne vont pas sans poser de question aujourd'hui [11].

S'agit-il de sélectionner un personnel dont l'adaptation aux postes de l'entreprise va assurer la rentabilité de celle-ci, ou s'agit-il d'évaluer des capacités à accomplir une tâche ou simplement de tolérer un risque acceptable ? [8]

La détermination de l'aptitude et celle de sélection reposent l'une comme l'autre sur la confrontation de caractéristiques physiques et psychiques d'un individu (examen médical) aux contraintes d'un poste de travail (étude du poste) ; mais c'est la logique de la démarche qui diffère [12] :

- dans le premier cas, le médecin du travail, pour garantir la santé du travailleur, fait des aménagements pour adapter au mieux le poste au salarié en fonction de ses déficiences,
- dans le second cas, c'est le contraire : le poste existe et les sujets les plus adaptés au poste sont sélectionnés.

Mais, en pratique, cette distinction, aptitude médicale - aptitude professionnelle, est-elle toujours aussi claire ?

Par exemple, la situation n'est pas la même pour un salarié atteint d'une affection psychiatrique non stabilisée à un poste de responsabilité administrative ou de comptabilité et à un poste de commandement sur chantiers. Dans le second cas, le médecin du travail devra rechercher l'existence d'un danger pour le sujet ou les tiers, évaluer le risque de décompensation et, en cas de décompensation, le risque réel.

d- qu'en est-il de la liberté du salarié ?

Du point de vue de la déontologie médicale, il n'est pas possible de prendre en charge la santé de quelqu'un contre sa volonté ; mais, en droit, il est légitime que le médecin du travail formule des avis qui aillent contre la volonté et l'intérêt du malade [13].

Ainsi, selon l'article 36 du code de déontologie « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. [...] Le malade a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin lui propose et non lui impose. Cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information [...] L'information du malade est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information. »

A chaque avis du médecin du travail, le salarié donne-t-il son consentement libre et éclairé ?

Une enquête sur les inaptitudes réalisée en 1992-93 [7] a montré qu'à la question : « lorsque vous avez été déclaré inapte par le médecin du travail, avez vous été informé que vous pouviez être licencié ? » 29 ont répondu oui, 8 ont répondu non, 4 n'ont pas donné de réponse.

A la question : « si vous aviez eu connaissance des conséquences de cette décision, l'auriez-vous acceptée ? 21 auraient accepté cette inaptitude tout en sachant qu'ils seraient licenciés, 10 ne l'auraient pas acceptée, 10 ne répondent pas à la question.

Le médecin du travail devrait toujours obtenir le consentement libre et éclairé du salarié avant de le déclarer inapte (sauf s'il existe un danger pour les autres ou un danger grave et imminent pour lui) après l'avoir informé des conséquences de cet avis (risques de licenciement, difficultés du reclassement professionnel, conséquences pour sa santé de la poursuite de son travail...) [14]

C'est d'ailleurs au nom de la liberté individuelle que certains pays européens contestent cette notion d'aptitude au travail du salarié [15].

2- quelles perspectives ?

Certains pensent que le certificat d'aptitude devrait être supprimé, et pourrait être remplacé par une fiche de consultation, remise au salarié et à l'employeur, qui témoignerait de la rencontre avec le médecin du travail et qui indiquerait si besoin et avec l'accord du salarié les recommandations du médecin du travail [16]. L'avis d'inaptitude, quant à lui, nécessaire dans certaines situations pour protéger le salarié, pourrait être donné à l'agent, mais toujours avec son consentement éclairé.

Le médecin du travail deviendrait son « conseiller » et le salarié serait maître de la gestion de sa santé au travail [11].

En attendant des réponses par la voie du droit, une réflexion éthique, face à chaque situation particulière est nécessaire ainsi qu'une pratique coopérative.

Des groupes de travail peuvent s'organiser. Un exemple avec l'APMT-BTP Paris [17] où les médecins du travail mettent en commun leurs expériences, expriment leur doute et argumentent leurs opinions ; ils organisent la discussion autour de la grille d'observation mise au point par le GREMQ (Groupe de Réflexion sur l'Éthique Médicale au Quotidien).

Enfin, la question de l'aptitude, aussi difficile qu'elle soit, ne doit pas faire écran à la véritable mission d'un service de santé au travail : la prévention primaire.

**III- ETUDE DES INAPTITUDES EN 2002 ET 2003
CHEZ LES SALARIES DE PLUS DE 50 ANS ET
CHEZ CEUX DECLARES INAPTES POUR
SOUFFRANCE MENTALE**

A- MATERIEL ET METHODE :

1- présentation de l'étude :

Cette étude a été réalisée à l'initiative des Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail qui avaient constaté sur les rapports annuels une augmentation des inaptitudes définitives :

année	2000	2001	2002
% visite	0.3	0.4	0.5

Après entretien avec les médecins du travail de la région, des problèmes plus importants de reclassement pour les salariés de plus de cinquante ans et pour les salariés en souffrance mentale sont ressortis.

L'objectif de cette étude est donc

→ pour les salariés de plus de 50 ans, de recenser les principales causes et les principaux facteurs des inaptitudes en fonctions des secteurs professionnels,

→ pour les salariés en souffrance mentale, de recenser des données démographiques et professionnelles (secteur d'activité) ainsi que les principales pathologies et facteurs déclenchant.

Et ceci afin de pouvoir en déduire des actions de prévention et des données sur le vieillissement au travail.

2- méthodologie :

a- élaboration du formulaire :

Il a été élaboré par les médecins inspecteurs du travail afin d'être facile et rapide à compléter.

b- diffusion des données :

Un courrier (annexe 1) a été envoyé à tous les médecins du travail des cinq départements de la région Pays de la Loire (Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée) et aux médecins du travail du service interentreprises de Redon (rattachés au département de la Loire

Atlantique) le 17 février 2003, qui présentait l'étude et demandait aux médecins du travail d'y participer en renvoyant à l'aide des formulaires (annexe 1) les cas d'inaptitudes définitives qu'ils avaient constatés durant l'année 2002 et chaque nouveau cas à partir de 2003.

Y étaient bien sûr joints les formulaires simplifiés d'inaptitudes.

Le suivi des dossiers envoyés par les médecins du travail a été fait par courrier et téléphone pour les demandes de précisions ou de renseignements complémentaires ultérieurs.

c- recueil des données :

Les formulaires ont été renvoyés à la Direction Régionale du Travail et de l'Emploi à Nantes (DRTEFP).

Ont été exclues les fiches d'inaptitude temporaire.

Les internes de médecine du travail en stage à la DRTEFP à cette période ont codé les pathologies avec la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies), c'est un code qui comporte 1 lettre et 3 chiffres : la lettre indique la spécialité médicale, les 2 premiers chiffres une première catégorie de pathologie et le dernier chiffre une sous catégorie. Par exemple pour G56-0=syndrome du canal carpien, le G signifie pathologie neurologique, G50 à G59 signifie affections des nerfs et racines et plexus nerveux, G56 mononévrite du membre supérieur et G56-0 syndrome du canal carpien.

Les secteurs d'activité ont été codés par code Naf (premières divisions de la Nomenclature d'Activité Française en annexe 2) qui comporte 3 chiffres et 1 lettre : les 2 premiers chiffres indiquent la première division du secteur d'activité, le 3^{ème} chiffre, un groupe plus précis et la lettre renseigne sur les différentes classes. Par exemple Naf 45 = construction, 45-4 = travaux de finition et 45-4A = plâtrerie.

Les données ont été saisies par un informaticien avec le logiciel Epi info.

Elles ont ensuite été analysées.

B- RESULTATS :

1- données générales :

a- les médecins du travail :

379 médecins du travail (sur 438) soit 86%, ont répondu dont 29 n'avaient aucune inaptitude. Leur répartition par département se présentait ainsi :

départements	35	44	49	53	72	85
Nb médecins	3	141	83	37	56	59
Nb d'inaptitudes chez > 50 ans	26	970	615	194	310	442
Nb d'inaptitudes pour SM	12	338	209	70	90	126

b- les fiches d'inaptitudes :

3069 fiches d'inaptitude ont été reçues durant les années 2002-2003 :

- 2557 concernaient des salariés de plus de 50 ans (83.3%) dont 334 souffrances mentales.
- 846 concernaient la souffrance mentale dont 334 chez les plus de 50 ans.

2- données chez les salariés inaptes de plus de 50 ans :

2-1-caractéristiques SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

a- Répartition par SEXE :

→ 1464 hommes (57.3%)

→ 1093 femmes (42.7%)

b- Répartition par AGE :

âge	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	5	7	8	8	9	13	15	13.5	12	7	2.5

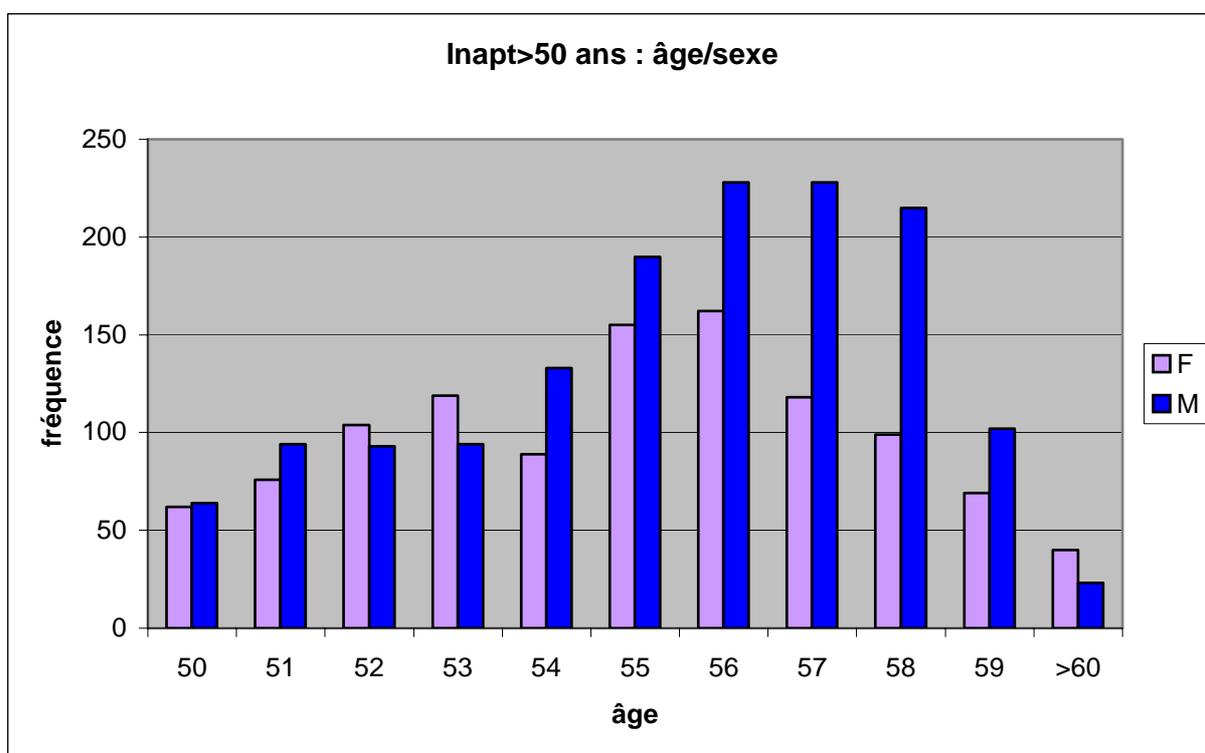
On constate que 61% des salariés déclarés inaptés ont entre 55 et 59 ans, 36% entre 50 et 54 ans et 2,5% ont plus de 60 ans.

La moyenne d'âge est à 55 ans avec un écart type de 3 ans ; la médiane est à 56 ans avec un minimum à 50 et un maximum à 56 ans.

c- Répartition par âge et par sexe :

Les hommes inaptés sont plus nombreux à 56, 57 et 58 ans.

La moyenne d'âge est identique pour les hommes et les femmes à 55 ans.

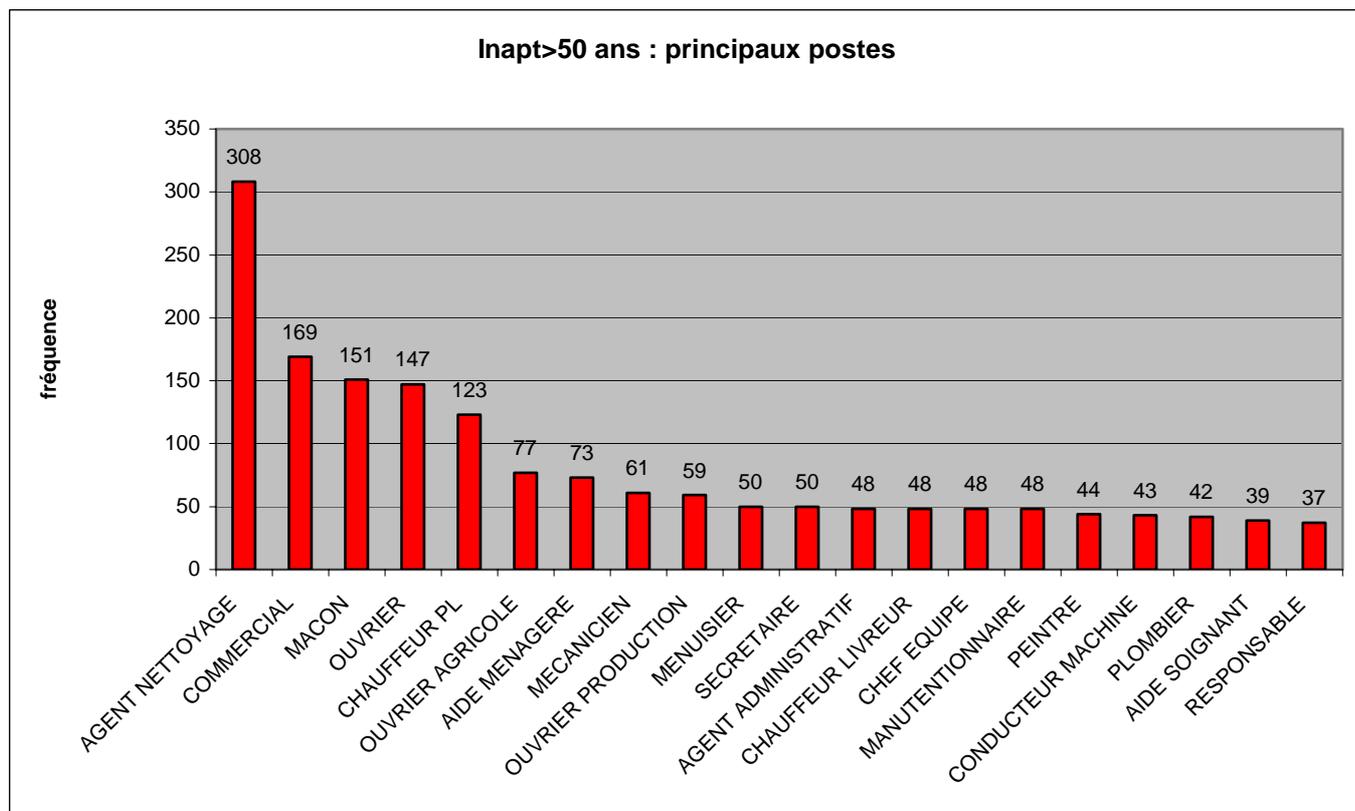


d- postes de travail :

Plusieurs regroupements ont été réalisés pour faciliter et améliorer l'analyse :

- les postes de travail et les professions ont été rassemblées car une adéquation a été retrouvée entre ces 2 rubriques de la fiche d'inaptitude.
- les postes de travail équivalents ont de mêmes été regroupés, on est ainsi passé de 562 libellés de poste à 77. Par exemple ont été rassemblés les 3 dénominations boulanger, boulanger-pâtissier et boulangerie.

Voici les 20 premiers postes retrouvés, ce qui correspond à 65% des salariés :



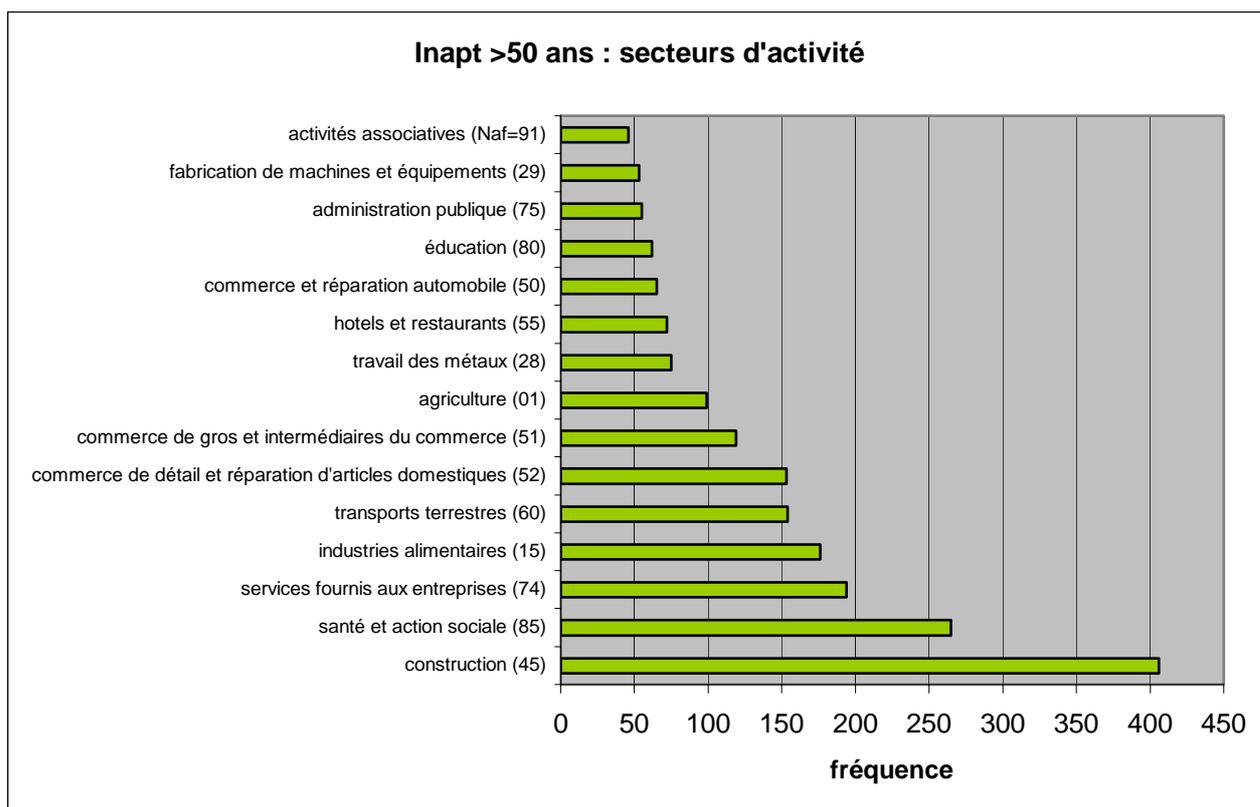
On remarque que :

- 12% des salariés de plus de 50 ans déclarés inaptes travaillent comme agents de nettoyage,
- 7% comme commerciaux
- 6% comme maçons
- 6% sont ouvriers
- 5% sont chauffeurs poids lourds.

2-2- les SECTEURS D'ACTIVITE :

Pour faciliter l'analyse, seuls les deux premiers chiffres du code Naf ont été pris en compte dans un premier temps.

Les quinze premiers secteurs d'activité sont représentés ci-dessous qui correspondent à 78% des salariés.



Les données de l'Unedic ne renseignent que sur l'effectif des salariés par sexe et par secteur d'activité mais pas par âge. Nous n'avons donc pas de chiffre de comparaison aux pourcentages d'inaptitude que nous avons retrouvé chez les salariés de plus de 50 ans par secteur d'activité.

a- le secteur CONSTRUCTION (Naf 45) est le premier secteur concerné, il représente **16%** des inaptitudes.

→ On compte principalement :

- les travaux de maçonnerie générale (23%)
- la construction de bâtiment (8%)
- la menuiserie, bois et matières plastiques (6%)
- les travaux d'installation électrique (6%)
- la peinture (5%)

→ AGE : la tranche d'âge la plus atteinte (68%) est la tranche [55-59 ans] et plus particulièrement les salariés de 57 et 58 ans :

Age	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	3	5	7	6	9	13	13	17	18	8	1

→ SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	96	90
Femmes	4	10

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire **tout âge confondu**.

b- le secteur SANTE ET ACTION SOCIALE (Naf 85) est le deuxième secteur concerné, il représente **10%** des salariés inaptes.

→ Et plus précisément :

- les aides à domicile (19%)
- l'accueil des personnes âgées (14%),
- les activités hospitalières (19%)
- les autres formes d'action sociales (13%).

→ AGE : 53% des inaptitudes sont réalisées chez les [55-59 ans]

Age	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	7	7	10	10	9	12	14	9	10	8	4

→ SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	16	20
Femmes	84	80

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire tout âge confondu.

c- le secteur des SERVICES AUX ENTREPRISES (Naf 74) entraînent **8%** des inaptitudes ; et principalement les activités de nettoyage (47%).

→ AGE : on compte 58% des inaptitudes entre 55 et 59 ans.

Age	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	5	10	10	10	5	13.5	16.5	11	11	6	2

→ SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	33	53
Femmes	67	47

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire tout âge confondu.

d- le secteur de l'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (Naf 15) = **7%** des salariés inaptes ;

→ et particulièrement :

- la production de viandes de volaille (13%)
- la production de viandes de boucherie (11%)
- la boulangerie et boulangerie-pâtisserie (10%)
- la biscotterie, biscuiterie, pâtisserie de conservation (8%)
- la fabrication de lait liquide et de produits frais (8%)

→ AGE : 63% des salariés inaptes ont entre 55 et 59 ans

Age	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	6	4	10	6	10	9.5	17.5	18	13	5	1

→ SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	54.5	58
Femmes	45.5	42

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire tout âge confondu

e- le secteur des TRANSPORTS TERRESTRES (Naf 60) = **6%** d'inaptitudes

→ principalement au niveau :

- des transports routiers de marchandises interurbains (27%)
- des transports routiers réguliers de voyageurs (16%)
- des transports urbains de voyageurs (15.5%)
- des transports routiers de marchandises de proximité (15%)

→ AGE : 60.5% des salariés inaptes ont entre 55 et 59 ans

Age	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
pourcentage	6.5	9	6	12	6	14	14.5	13	12	7	0

→ SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	84	84
Femmes	16	16

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire tout âge confondu

f- les secteurs de COMMERCE DE DETAIL (Naf 52) et DE GROS (Naf 51) représentent à eux deux **11%** des salariés inaptes ;

→ on retrouve principalement :

- les hypermarchés (23.5% du secteur 52)
- les supermarchés (12%)
- le commerce de détail d'habillement (10%)
- le commerce de gros de matériaux de construction et d'appareils sanitaires (9% du secteur 51)
- le commerce de gros de boisson (7.5%)
- le commerce de gros de combustible (7.5%)

→ AGE : 61.5% des salariés inaptes travaillant dans le commerce de détail et 66.5% des salariés inaptes travaillant dans le commerce de gros ont entre 55 et 59 ans.

âge	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	>60
Pourcentage Naf 52	1.5	5	12	10	7	12.5	17	17	9	6	3
Pourcentage Naf 51	5	8	4	3.5	9	20	11	13	14	8.5	4

→ SEXE : dans le secteur 52, on retrouve une prédominance féminine à 65% et dans le secteur 51 on retrouve une prédominance masculine à 71%.

	Naf 51		Naf 52	
	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	71	69	35	44
Femmes	29	31	65	66

*D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire tout âge confondu

2-3- les PATHOLOGIES :

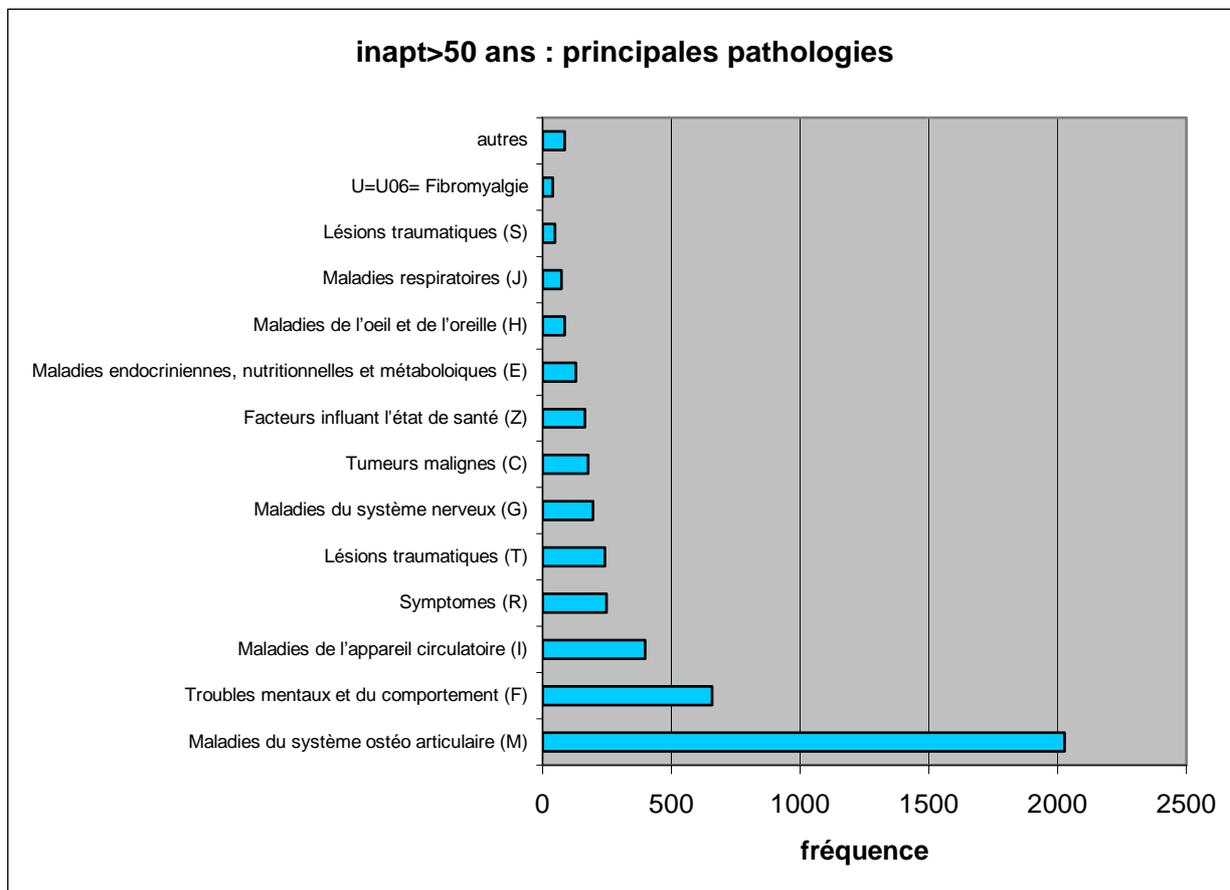
a- Nombre de pathologies en cause :

Les médecins du travail pouvaient inscrire de 1 à 3 pathologies responsables de l'inaptitude chez le salarié.

On retrouve dans 54% des cas (n=1394) une association de plusieurs pathologies : association de 2 pathologies dans 808 cas (31%) et de 3 pathologies dans 586 cas (23%).

b- Principales pathologies responsables des inaptitudes :

L'ensemble des pathologies (soit au total 4570) a été regroupé en spécialités médicales (codage avec la CIM10 par 1 lettre) sur le graphique ci-dessous :



Pour étudier la répartition par âge et par sexe, nous n'avons pris en compte que la première pathologie parmi les trois possiblement inscrites sur la fiche d'inaptitude.

→ pathologies RHUMATOLOGIQUES (CIM 10= M) :

- 44% des pathologies sont des maladies rhumatologiques, principalement :
 - des problèmes de rachis (43%) qui comprennent majoritairement des dorsalgies (22%), des atteintes des disques intervertébraux (10%) et des spondylarthroses (7%).
Le terme « dorsalgies » dans la CIM 10 est très général et comprend les panniculites du cou et du dos, les radiculopathies, les cervicalgies, les sciatiques, les lombosciatiques, les lombalgies basses, les rachialgies dorsales et des dorsalgies sans précision.
 - des lésions de l'épaule (19%)
 - des enthésopathies (membre supérieur et pied) (7%)
 - de l'arthrose (13%) qui touche le genou (5%), la hanche (3%), plusieurs articulations (3%) ou autre.

- 79 % des salariés ont un problème ostéo articulaire, on observe :
 - une légère prédominance masculine (55%)
 - un plus grand nombre de salariés entre 55 et 59 ans (58%)

→ pathologies PSYCHIATRIQUES (F) :

- 14% sont des troubles mentaux et du comportement dont 47% de syndrome dépressif, 22% de syndrome anxieux et 8% d'alcoolisme (classé en psychiatrie dans la CIM 10).
 - 26% des patients ont au moins un problème psychiatrique.
- On note une légère prédominance féminine (55%) ainsi que dans la tranche d'âge [55-59] ans (55%).

→ pathologies CARDIOVASCULAIRES (I)

- 9% sont des pathologies cardiovasculaires dont des infarctus dans 23% des cas, de l'hypertension artérielle dans 17% des cas, des séquelles d'accidents vasculaires cérébraux dans 11% des cas.
 - 15.5% des patients ont une affection de l'appareil circulatoire.
- Ces salariés sont majoritairement des hommes (80%) entre 55 et 59 ans (61%).

→ les SYMPTOMES (R) = 5% :

Les plus fréquents sont la fatigue et les malaises (48%).
10% des salariés souffrent d'un « symptôme » et particulièrement les hommes (59%) entre 55 et 59 ans (67%).

→ les LÉSIONS TRAUMATIQUES (T) = 5 %

Dans la CIM 10, elles correspondent aux polytraumatismes, aux brûlures, aux intoxications et aux complications de lésions traumatiques.

Ce sont surtout des séquelles de lésions traumatiques au niveau des membres supérieurs et inférieurs (45.5%).

9% des salariés sont concernés, majoritairement des hommes (71%) sans prédominance d'âge.

→ pathologies NEUROLOGIQUES (G) = 4% :

84% sont des mononévrites du membre supérieur (dont 84% des syndromes du canal carpien).
8% des patients sont touchés, plutôt des femmes (56%) de 56 ans (30%).

→ les TUMEURS MALIGNES (C) = 4% :

Parmi celles-ci, on observe 21% de cancers du sein.

7% des patients sont atteints, plutôt des hommes (56%) de 56 ans (23%).

→ facteurs influant l'état de santé (Z)= 4%

on compte 82% de difficultés liées à l'emploi et au chômage qui comprend les « désaccords avec les supérieurs et les collègues » et ce que l'on a appelé « l'usure professionnelle ».

6% des patients sont concernés, en particulier les hommes (61%) entre 55 et 59 ans (73%).

→ pathologies ENDOCRINIENNES (E) = 3%

principalement l'obésité (25%), le diabète insulino dépendant (25%), le diabète non insulino dépendant (18%) et le diabète sucré sans précision (19%).

5% des patients sont concernés, particulièrement les hommes (71%) entre 55 et 59 ans (75%).

→ pathologies ORL et OPHTALMOLOGIQUES (H) = 2%

On compte 21% de cécité et de baisse de la vision.

3% des salariés sont touchés, à savoir 83% d'hommes sans prédominance d'âge.

→ pathologies de l'appareil RESPIRATOIRE (J) = 1.5%

On observe 32% d'asthme.

3% des salariés ont un problème pneumologique, particulièrement les hommes (74%) entre 55 et 59 ans.

→ Lésions TRAUMATIQUES (S) = 1%

Dans la CIM 10, elles correspondent aux lésions traumatiques à type de plaie, fracture, entorse...de divers parties du corps.

Il n'y a pas de prédominance de pathologies, on retrouve des lésions traumatiques du thorax, du membre supérieur et du membre inférieur.

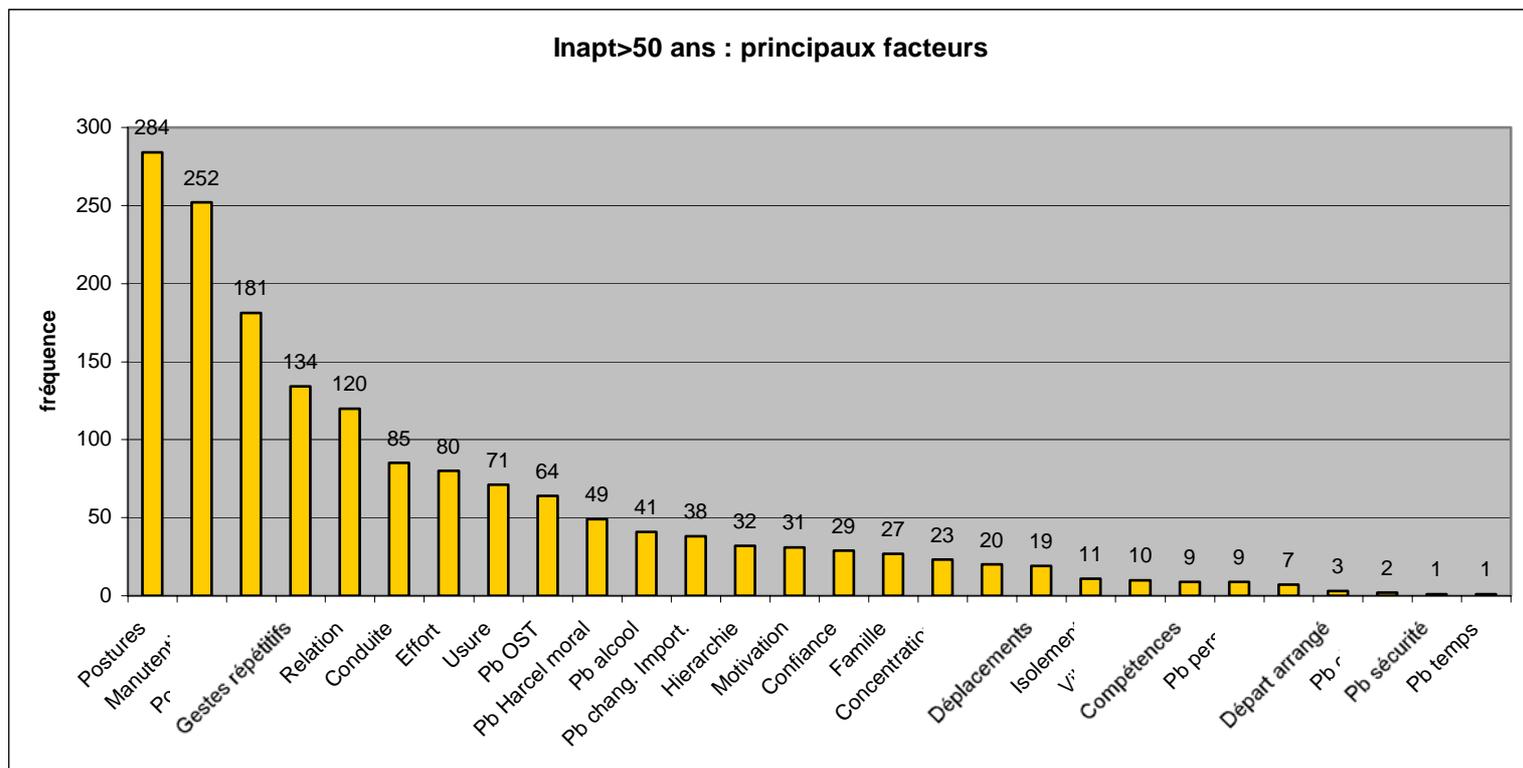
On compte 2% de salariés atteints de lésions traumatiques dont 68% d'hommes, 59% ont entre 55 et 59 ans.

→ FIBROMYALGIE (U) = 1%

Elle concerne 1.5% des salariés dont 79% de femmes.

2-4-FACTEURS favorisant l'inaptitude :

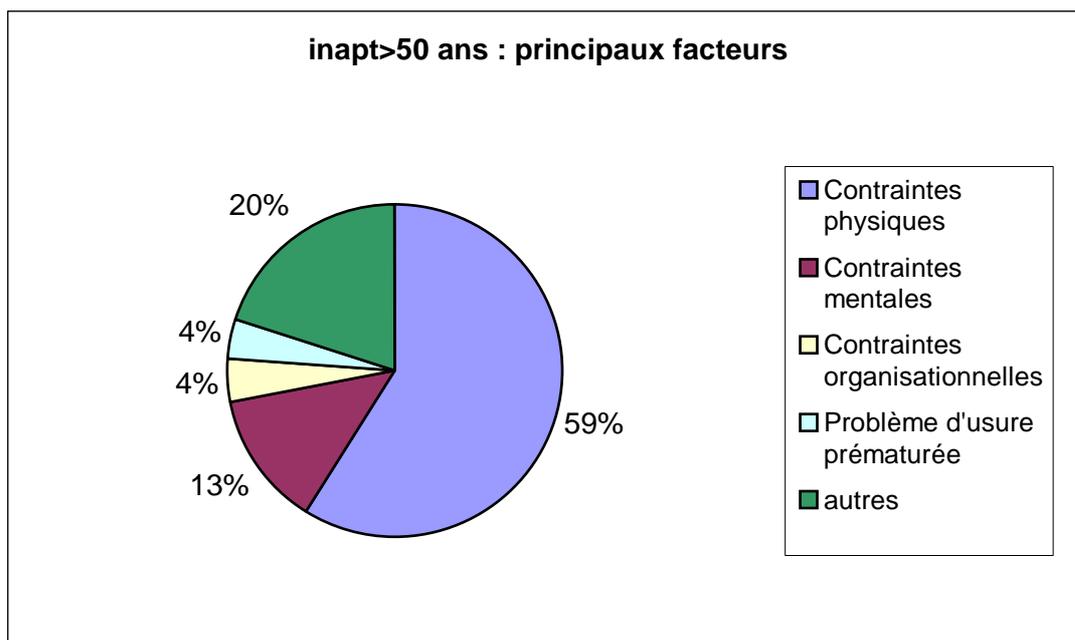
Les « facteurs » regroupent toutes les données recueillies dans la case « causes de l'inaptitude ». Ils ont été cumulés puisque plusieurs facteurs influençaient l'inaptitude pour un salarié. Ils ont aussi été regroupés lorsqu'ils étaient équivalents.



Ce graphique montre donc qu'on retrouve des problèmes de posture dans 11% des cas d'inaptitude, de manutention dans 10% des cas, de port de charges dans 7%, de gestes répétitifs dans 5% et des problèmes relationnels dans 4.5% des cas.

Un deuxième regroupement a été réalisé :

- les contraintes physiques (59%) qui associent les postures, la manutention, le port de charge, les gestes répétitifs, les efforts, les déplacements, les vibrations, les problèmes de climat.
- Les contraintes mentales (13%) qui associent les problèmes relationnels, de harcèlement moral, de changement important, hiérarchique, de motivation, de confiance, de concentration, d'isolement, de compétence, de travail de nuit, de sécurité, de temps.
- Les contraintes organisationnelles (4%)
- L'usure prématurée (4%)
- Autres (20%) : départ arrangé, problème d'âge, problème d'alcool, problème familial, problème personnel.



On remarque que la répartition de ces quatre catégories varie en fonction des secteurs d'activité :

	Naf 45 (construction)	Naf 85 (santé)	Naf 74 (serv. aux entre.)	Naf 60 (transport)	Naf 15 (ind. alimentaire)
c. physiques	64%	49%	66%	41%	60%
c. mentales	15%	31%	19%	20%	16%
c. organisationnelles	6%	1%	4%	5%	3%
usure	8%	3%	5%	2%	10%
autres	7%	16%	6%	32% (pb conduite)	11%

2-5- conclusion :

Le risque le plus élevé pour un salarié de plus de 50 ans d'être confronté à une inaptitude définitive se situe chez un homme entre 55 et 59 ans qui travaille dans le bâtiment, le secteur de la santé ou celui des services fournis aux entreprises, comme ouvrier, agent de nettoyage ou commercial.

Les principales pathologies sont les affections ostéo-articulaires et en particulier les dorsopathies ainsi que les troubles mentaux (syndrome dépressif).

3- données chez les salariés déclarés inaptes pour souffrance mentale :

3-1- données SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

a- Répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs salariés (%)*
Hommes	31	58
Femmes	69	42

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

On remarque qu'il y a beaucoup plus de femmes déclarées inaptes pour souffrance mentale proportionnellement au nombre de femmes salariées.

b- Répartition par AGE :

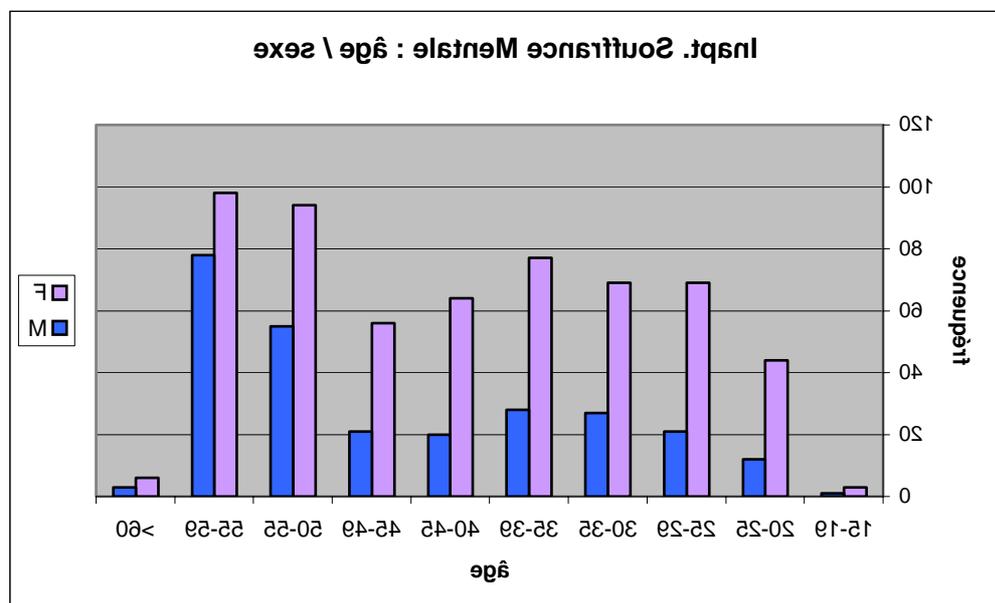
âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	7	11	11	12	10	9	18	21	1

Les âges sont assez bien répartis avec une prédominance entre 50 et 59 ans (40%).

La moyenne d'âge est de 42.6 ans avec un écart type de 11.7 ans ; la médiane est à 43 ans avec un minimum à 18 ans et un maximum à 64 ans.

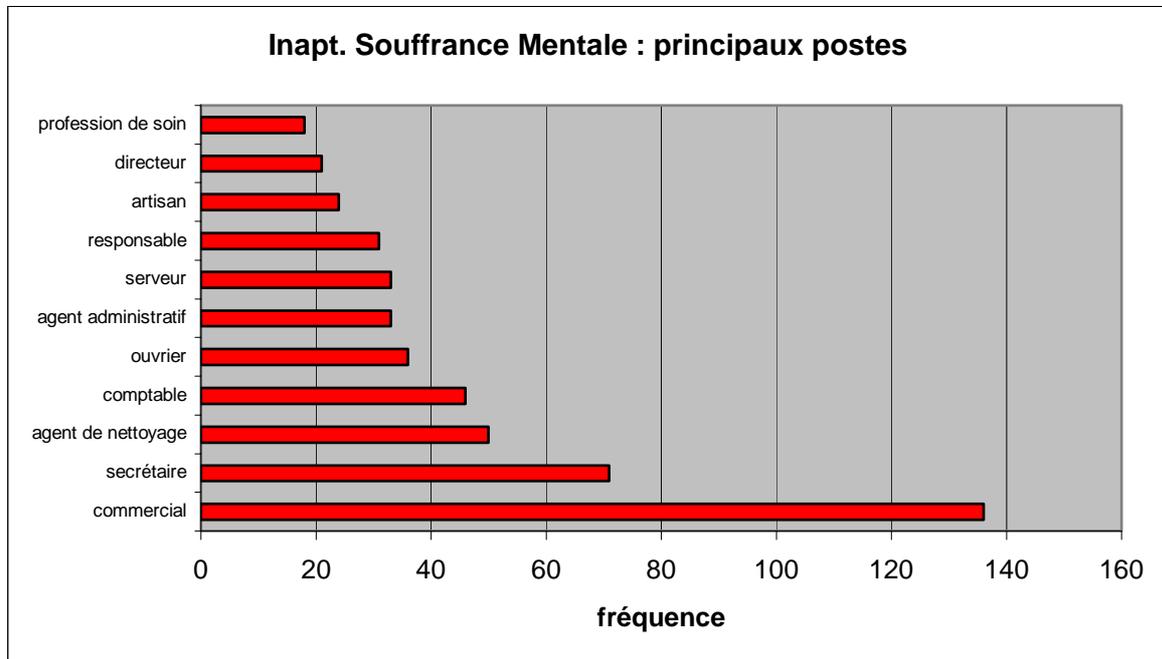
c- Répartition par âge et par sexe :

La moyenne d'âge pour les hommes est à 45 ans, avec une médiane à 50 ; pour les femmes, la moyenne est de 41.5 ans avec une médiane à 42 ans.



d- les POSTES de TRAVAIL :

Voici les onze premiers postes de travail après regroupement, ce qui correspond à 59% des salariés :

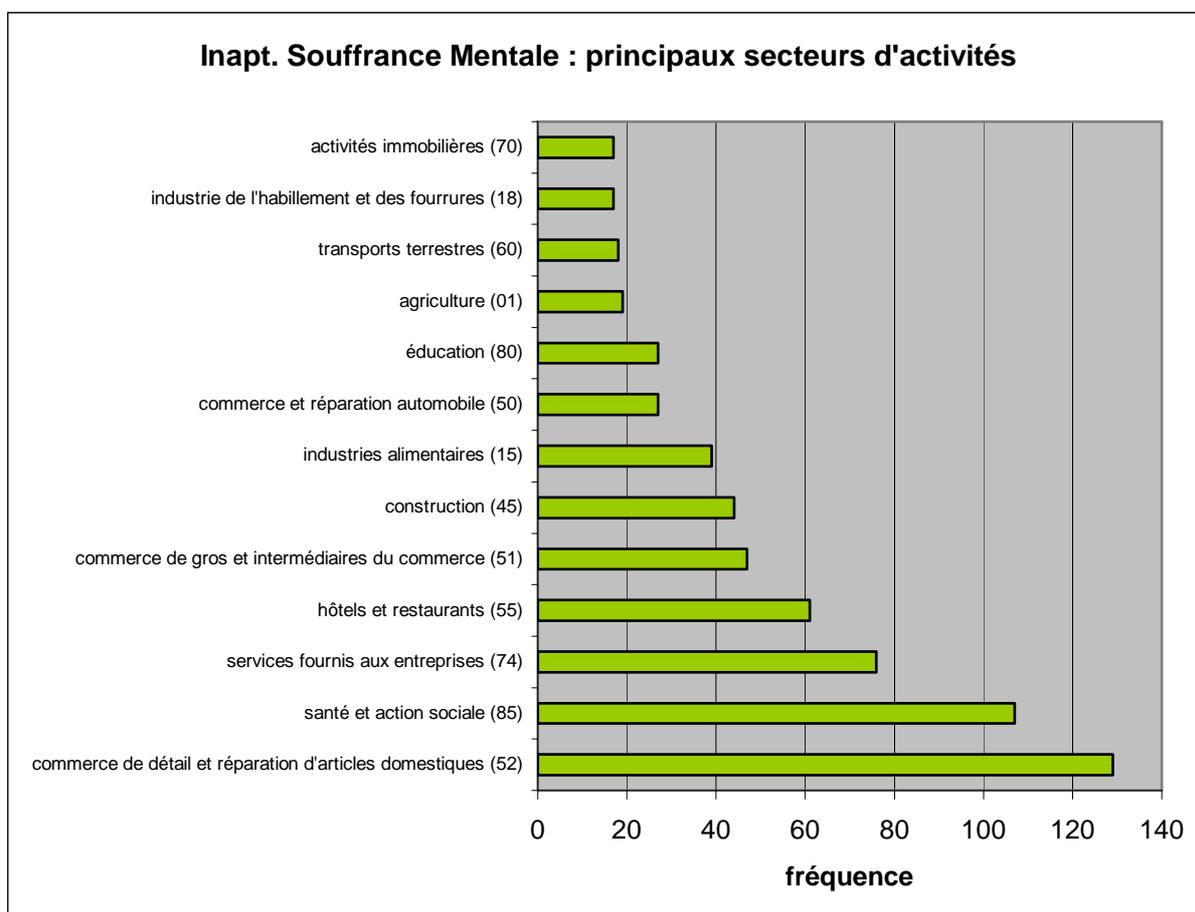


On remarque que les inaptitudes pour souffrance mentale sont les plus fréquentes chez :

- les commerciaux (16%),
- les secrétaires (8%),
- les agents de nettoyages (6%),
- les comptables (5%),
- les ouvriers, les agents administratifs, les serveurs et les responsables (4%),
- les artisans (3%),
- les directeurs (2.5%)
- et les professions de soin (2%).

3-2- les SECTEURS D'ACTIVITE :

Voici les treize premiers secteurs d'activité concernés qui représentent 74% des salariés déclarés inaptes :



a- le secteur du COMMERCE DE DETAIL ET REPARATION D'ARTICLES DOMESTIQUES

C'est le premier secteur concerné avec **15%** des salariés déclarés inaptes pour souffrance mentale que l'on peut rapporter au 9% de salariés travaillant dans ce secteur en 2002.

→ Les secteurs plus précisément touchés sont les supermarchés (15%), les hypermarchés (13%), et le commerce de détail et d'habillement (12%).

→ répartition par AGE : 60% ont entre 20 et 39 ans

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	2	12.5	12.5	17	18	9	10	9	10	0

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	19	34
Femmes	81	66

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

b- le secteur SANTE ET ACTIONS SOCIALES (85) :

Il entraîne **13%** des inaptitudes pour souffrance mentale.

→ 24% des salariés déclarés inaptés travaillent dans les activités hospitalières et 13% dans les centres d'aide par le travail ou atelier protégé.

→ répartition par AGE : 47% des salariés ont entre 50 et 59 ans

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	1	8.5	6.5	11	12	13	20	27	1

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	13	19
Femmes	87	81

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

c- les SERVICES FOURNIS AUX ENTREPRISES (74) :

Ils sont la cause de **9%** d'inaptitudes.

→ Les activités les plus touchées sont les activités de nettoyage (22%) et les activités juridiques (16%).

→ répartition par AGE : la répartition des âges est assez homogène.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	5	9	16	17	12	5	20	16	0

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	25	53
Femmes	75	47

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

d- le secteur HOTEL RESTAURANT (55) :

Il représente **7%** des inaptitudes.

→ La restauration de type traditionnelle (31%) et les hôtels touristiques avec restaurants (15%) sont les plus concernés.

→ répartition par AGE : 39% des salariés ont entre 20 et 29 ans

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	2	21	18	10	10	13	3	10	13	0

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	20	41
Femmes	80	59

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

e- le COMMERCE DE GROS ET INTERMEDIAIRES DU COMMERCE (51) :

Il entraînent **6 %** d'inaptitudes.

→ On compte 32% de salariés travaillant dans le commerce de gros de biens de consommation non alimentaires et 19% dans les intermédiaires du commerce de gros et 15% dans le commerce de gros de produits intermédiaires non agricoles.

→ répartition par AGE : on remarque un pic entre 25 et 29 ans puis entre 50 et 54 ans

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	8.5	25.5	10.5	13	2	10.5	17	13	0

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	20	69
Femmes	80	31

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

f- le secteur de la CONSTRUCTION (45) :

est responsable de **5%** d'inaptitudes.

→ Les activités principales sont la construction d'ouvrage de bâtiment (en particulier les travaux de maçonnerie générale) et les travaux de finition (la menuiserie bois et matières plastiques).

→ répartition par AGE : 41% ont entre 55 et 59 ans

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	2	5	14	9	7	11	11	41	0

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	70	90
Femmes	30	10

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

g- le secteur des INDUSTRIES ALIMENTAIRES (15) :

Il est responsable de **5%** des inaptitudes.

→ les activités principales sont : les boulangeries et boulangerie-pâtisseries (33%) et les industries des viandes (23%).

→ répartition par AGE :

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60
pourcentage	0	8	10	18	13	5	5	15	23	3

→ répartition par SEXE :

	Inaptitudes déclarées (%)	Effectifs (%)*
Hommes	37	59
Femmes	63	41

* D'après les données Unedic 2002 pour la région Pays de la Loire

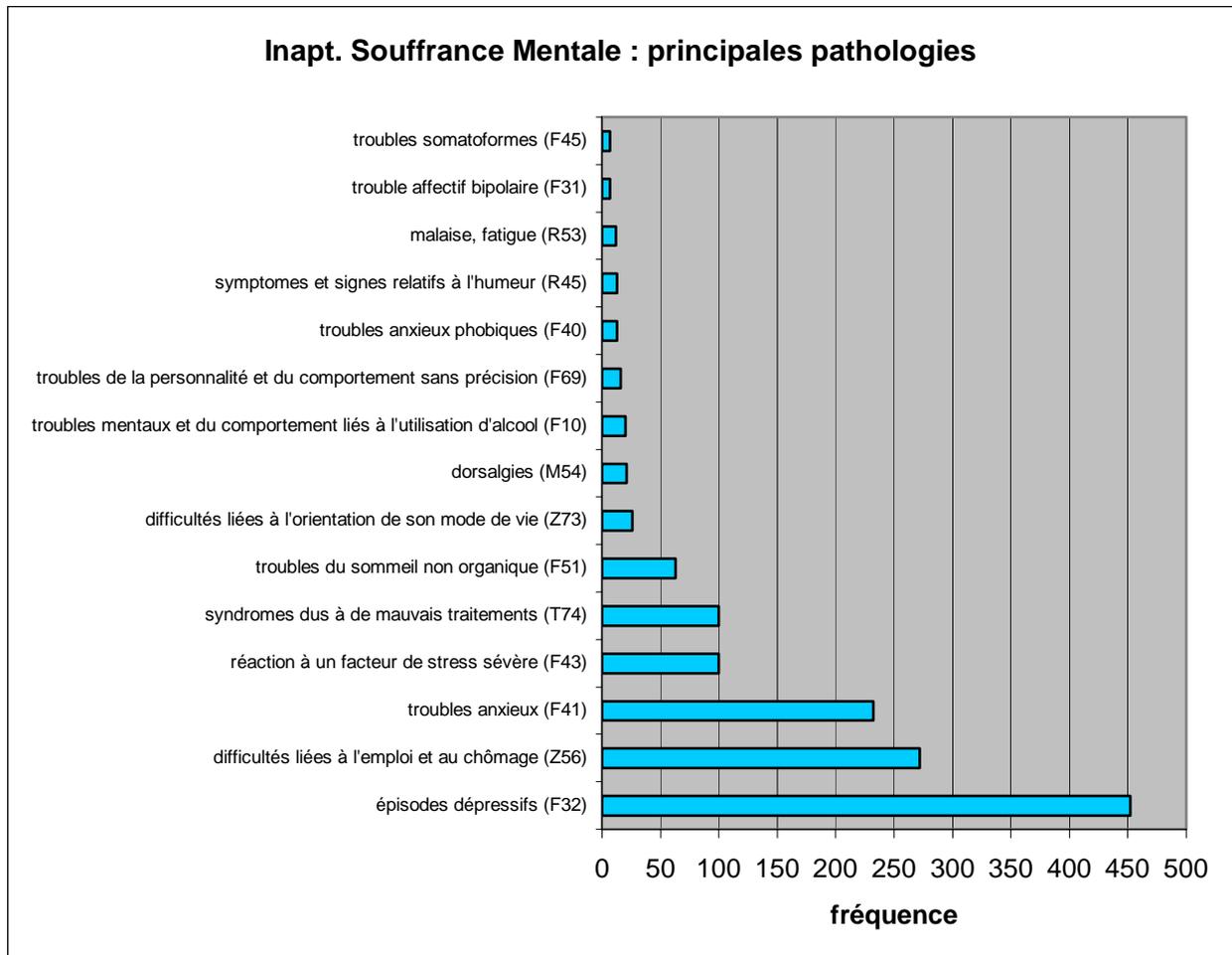
3-3- les PATHOLOGIES :

a- nombre de pathologies :

39% des salariés n'ont qu'une pathologie, 46.5% en ont deux et 14.5% en ont trois.

b- principales pathologies :

Voici les quinze premières pathologies qui correspondent à 91% du total des pathologies (soit 1482) :



→ Les EPISODES DEPRESSIFS (F32)

30% des pathologies sont des épisodes dépressifs

Dans 82% des cas, il est indifférencié (F32.9) c'est à dire que la sévérité n'est pas précisée (léger, moyen, ou sévère), dans 16% il est spécifié sévère.

Ils touchent 53.4% des salariés.

→ Les DIFFICULTES LIEES A L'EMPLOI (Z56) : 18%

92% sont codées Z56-4 c'est à dire un « désaccord avec le supérieur et les collègues »

Elles touchent 32% des patients.

→ Les TROUBLES ANXIEUX (F41) : 16%

On observe principalement des troubles anxieux et dépressifs mixtes (81%) et des troubles anxieux sans précision (15%). Ils touchent 27% des salariés.

→ Les REACTIONS A UN FACTEUR DE STRESS (F43) : 7%

Ils ont tous été codé F43-1 qui signifie dans la CIM 10 « état de stress post traumatique » et que nous avons intitulé « souffrance mentale ».

12% des salariés sont concernés.

→ Les SYNDROMES DUS A DE MAUVAIS TRAITEMENTS (T74) :7%

Ils sont dans 97% des cas des « sévices psychologiques ».

Ils touchent 12% des salariés.

→ Les TROUBLES DU SOMMEIL NON ORGANIQUES (F51) : 4%

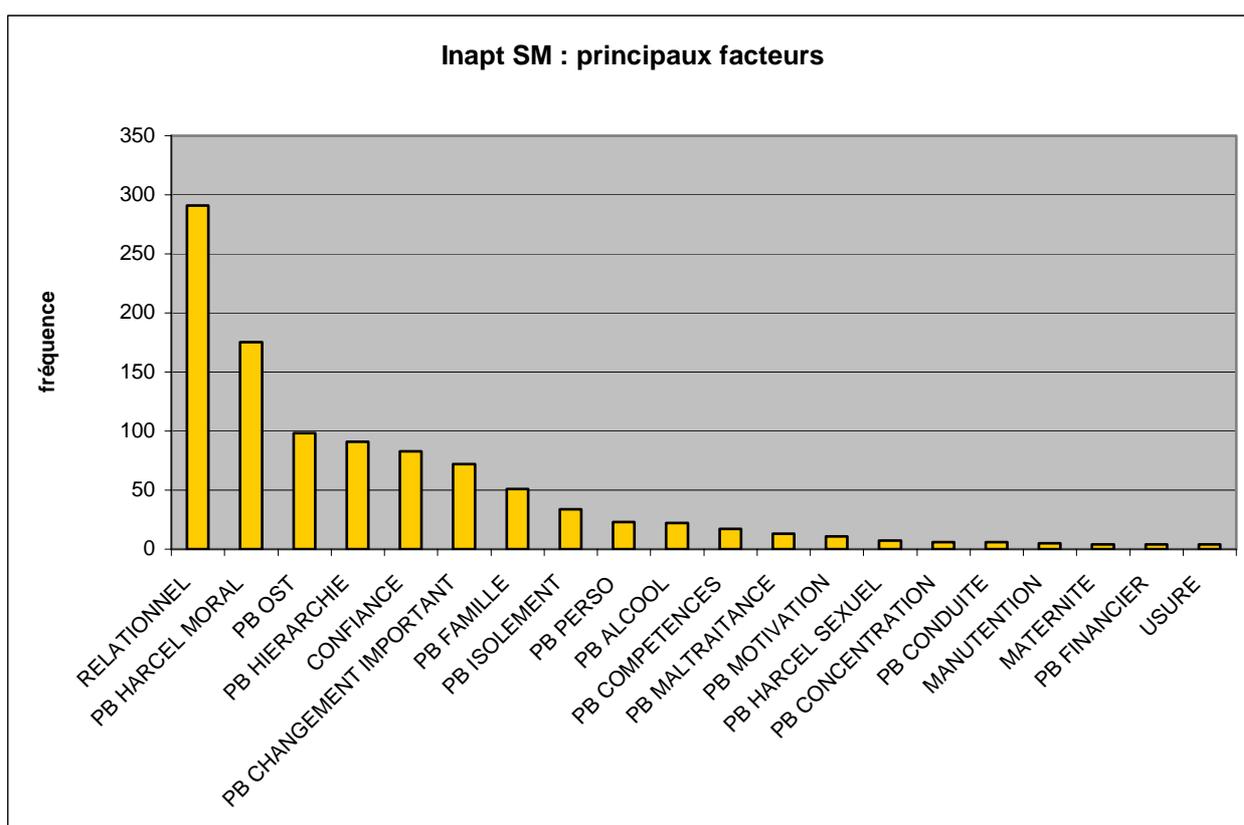
Ils correspondent à des insomnies non organiques dans 98% des cas.

Ils touchent 7% des salariés.

3-4- FACTEURS favorisant l'inaptitude:

Les facteurs les plus fréquents sont les problèmes relationnels (28%) et les problèmes de harcèlement moral (17%) qui à eux deux sont présents chez 55% des salariés.

Viennent ensuite les problèmes d'organisation du travail (9%), les problèmes de hiérarchie (9%), les problèmes de confiance (8%), les problèmes de changements importants (7%) et les problèmes familiaux (5%).



3-5- conclusion :

Le risque le plus élevé pour un salarié d'être déclaré inapte pour souffrance mentale se situe chez une femme entre 55 et 59 ans qui travaille dans le commerce de détail, le secteur de la santé ou celui des services fournis aux entreprises, comme commerciale, agent de nettoyage ou secrétaire.

Les principales causes sont les syndromes dépressifs mixtes et les problèmes relationnels avec les supérieurs ou les collègues.

**IV- ETUDE DES INAPTITUDES EN 2004
TOUTES CAUSES ET TOUS AGES
CONFONDUS**

A- MATERIEL ET METHODE :

Pour l'année 2004, il a été décidé d'approfondir l'étude sur les inaptitudes définitives en l'élargissant à toutes les causes d'inaptitude et quelque soit l'âge du salarié.

Un courrier a donc été envoyé le 26 février 2004 (annexe 3) pour en informer tous les médecins du travail de la région Pays de la Loire et ceux du service inter entreprises de Redon.

Trois séries de mail ont été envoyées pour rappeler aux médecins de renvoyer leurs inaptitudes, puis des précisions ont été demandées par courriers et téléphone.

Comme pour les années précédentes, les déclarations d'inaptitude ont été renvoyées à la Direction Régionale du Travail où elles ont été codées par les internes de médecine du travail puis saisies et analysées avec le logiciel EPI Info.

Le codage des postes a été réalisé avec la nomenclature des Professions et Catégories Socio professionnelles (PCS) (annexe 4), et celui des facteurs favorisant l'inaptitude grâce au codage des « agents » (annexe 5) utilisé dans l'enquête SUMMER (enquête périodique diligentée par le ministère du travail sur les conditions de travail des salariés).

B- RESULTATS :

1- Données générales :

a- les médecins du travail :

426 médecins du travail ont répondu (sur 510 médecins) soit 83%.

27 n'avaient aucune inaptitude.

Leur répartition par département se présentait ainsi :

départements	35	44	49	53	72	85
Nb de médecins	3	141	84	34	58	79
Médecin sans inaptitude	0	13	2	2	4	6

b- les fiches d'inaptitude :

3687 fiches d'inaptitudes définitives ont été reçues durant l'année 2004 au niveau de la région Pays de La Loire, 6 fiches n'ont pas pu être exploitées.

départements	35	44	49	53	72	85
Nb d'inaptitudes	38	1360	759	265	573	686

37% des inaptitudes ont été réalisées en Loire Atlantique.

	Effectif des Salariés (n)*	Effectif salarié* %	Inaptitudes Déclarées (n)	Inaptitudes Déclarées (%)
Loire Atlantique	334 374	37	1360	37
Maine et Loire	193 851	21.5	759	21
Mayenne	75 253	8	265	7
Sarthe	141 269	16.5	573	16
Vendée	156 782	17	686	19
Région	901 529	100	3643	100

* D'après les données Unedic provisoires 2004 Région Pays de la Loire

On constate que dans les 5 départements la proportion de déclarations d'inaptitude par rapport à l'effectif des salariés est sensiblement identique.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

2-1- Répartition par SEXE :

→ 1867 hommes (51%) (7 fiches où le sexe manque)

→ 1807 femmes (49%)

D'après les données provisoires Unedic de l'année 2004, la population active en région Pays de la Loire compte 57% d'hommes et 43% de femmes.

On constate donc que les femmes sont proportionnellement plus confrontées au problème d'inaptitude que les hommes.

2-2- Répartition par classe d'AGE :

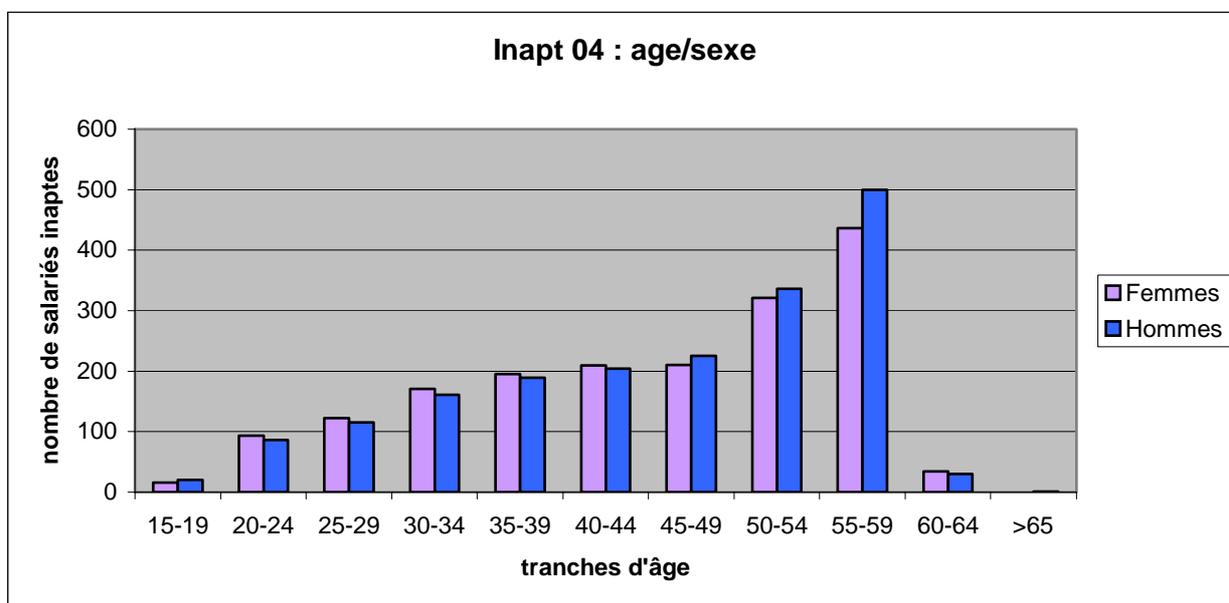
Age	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	5	6	9	10.5	11	12	18	25.5	2	0

La moyenne d'âge de l'ensemble des salariés inaptes est de 44.9 ans avec un écart type de 11.3 ans, et une médiane de 48 ans avec un minimum de 16 ans et un maximum de 69 ans.

43.5% des salariés inaptes en 2004 ont entre 50 et 59 ans.

âge	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Hommes	49	63	56	73	95	104	120	128	104	44
Femmes	63	61	65	57	75	97	99	106	86	48
Total (n)	112	124	121	130	170	201	219	234	190	92

2-3- Répartition par âge et par sexe :

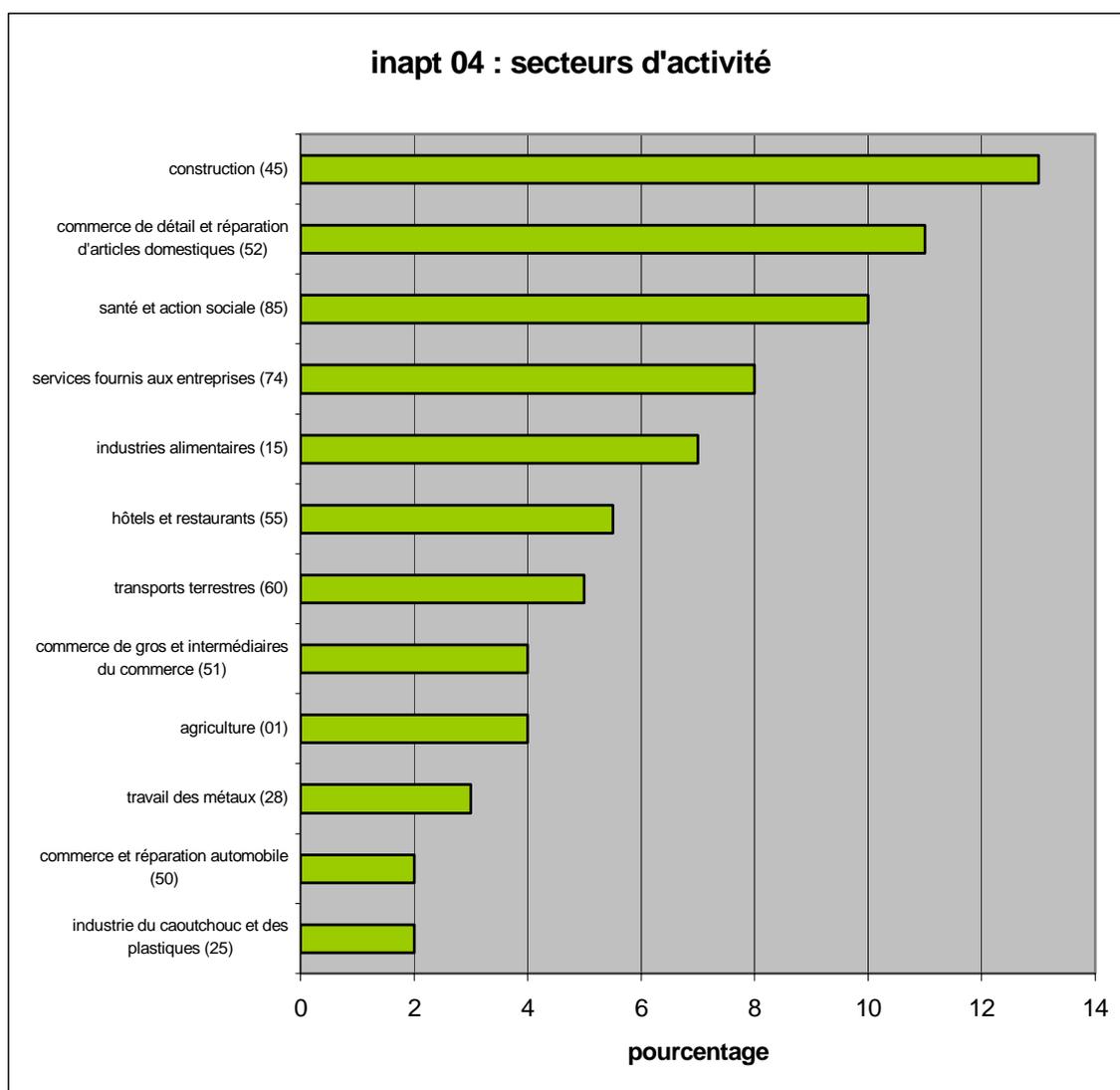


On n'observe pas de différence entre les hommes et les femmes déclarés inaptes suivant la classe d'âge.

2-4- Caractéristiques de l'emploi :

a- Les SECTEURS d'ACTIVITE :

Les secteurs d'activité dans lesquels au moins 80 salariés ont été déclarés inaptes sont les suivants :



On constate que :

- **13%** des inaptitudes ont été réalisées chez des salariés travaillant dans la **CONSTRUCTION (45)**, alors que **9%** travaillent dans ce secteur d'activité au niveau de la Région Pays de la Loire d'après les données provisoires Unedic 2004.

- **11%** des inaptitudes ont été réalisées chez des salariés travaillant dans le COMMERCE DE DETAIL ET LA REPARATION D'ARTICLES DOMESTIQUES (52) ; proportion plus élevée comparée aux 8% de salariés travaillant dans ce secteur d'activité.

- **10%** des inaptitudes ont été réalisées chez des salariés travaillant dans le secteur de la SANTE et des ACTIONS SOCIALES (85) ; on compte 8% de salariés travaillant dans ce secteur.

- **8%** des inaptitudes ont été réalisées chez des salariés travaillant dans le secteur des SERVICES FOURNIS AUX ENTREPRISES (74) ce qui est très inférieur aux 14% de salariés de la région travaillant dans ce secteur.

- **7%** des inaptitudes sont réalisées chez les salariés travaillant dans l'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (15) que l'on peut comparer aux 6% de salariés de ce secteur d'activité.

- **5.5%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur des HOTELS ET RESTAURANTS ce qui est sensiblement identique au 4% de salariés exerçant dans cette branche.

- **5%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur des TRANSPORTS TERRESTRES (60), ce qui est comparable aux 3 % de salariés qui travaillent dans ce secteur.

- **4%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur du COMMERCE DE GROS ET INTERMEDIAIRES DU COMMERCE (51), ce qui est comparable aux 6% de salariés de cette branche.

- **4%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur de l'AGRICULTURE.

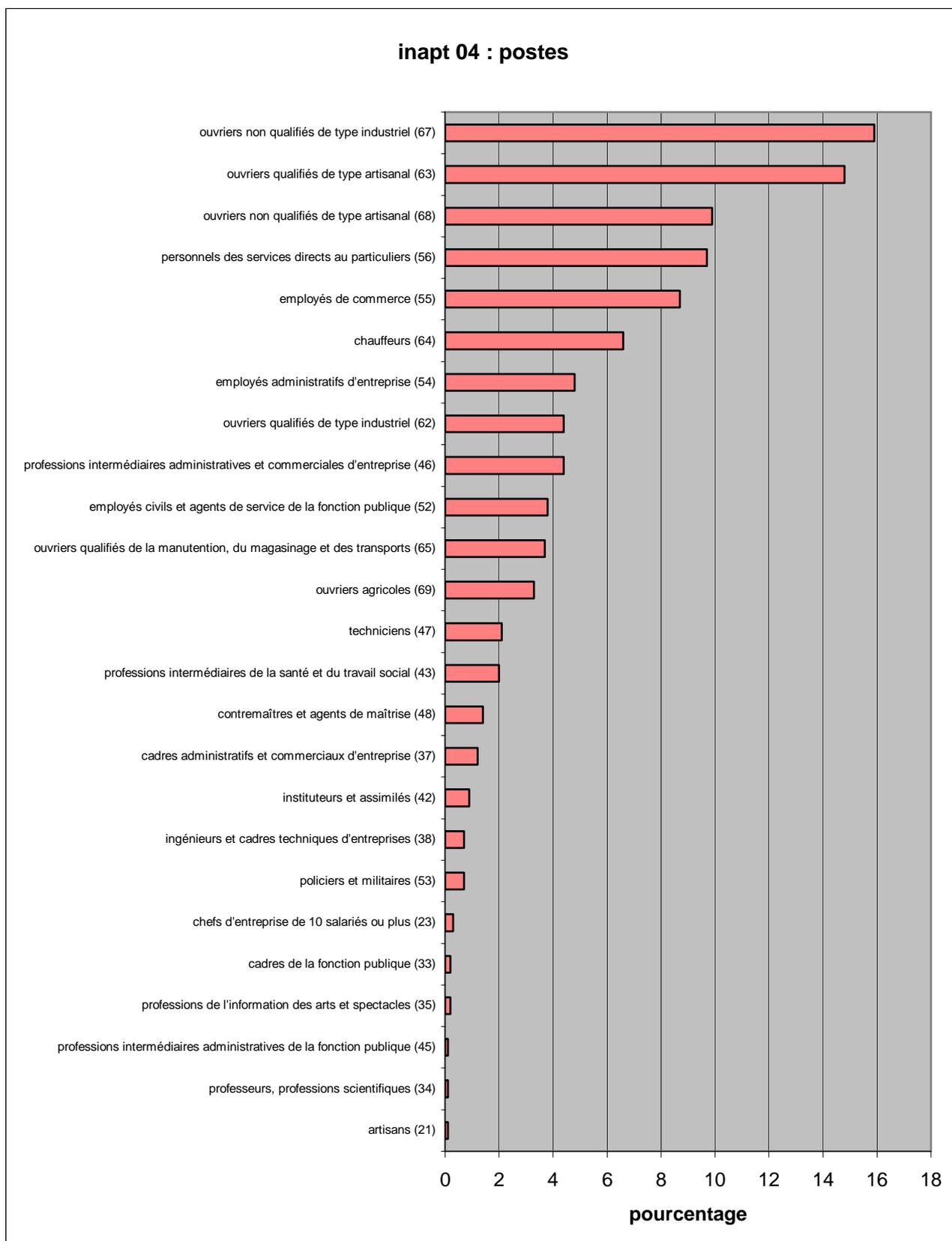
- **3%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur du TRAVAIL DES METAUX ce qui correspond aux 3% de salariés travaillant dans ce secteur.

- **2%** des inaptitudes ont été réalisées dans le secteur du COMMERCE ET REPARATION AUTOMOBILE, ce qui est comparable aux 3% de salariés exerçant dans ce secteur.

On observe donc que dans les secteurs de la construction et du commerce de détail, les inaptitudes sont, comparativement au nombre de salariés travaillant dans ces secteurs, plus importantes alors qu'elles le sont beaucoup moins dans le secteur des services fournis aux entreprises.

b- Les POSTES de TRAVAIL :

Les professions libérales, les enseignants ne sont pas ou peu suivis par la médecine du travail et sont donc très peu représentés.



Parmi les ouvriers non qualifiés de type industriel (67) on retrouve principalement :

- la classe est indifférenciée dans 90% des cas.
- des manutentionnaires, agents non qualifiés des services d'exploitation des transports (6%).

Parmi les ouvriers qualifiés de type artisanal (63), on retrouve :

- des maçons qualifiés (32%)
- des peintres et ouvriers qualifiés des finitions du bâtiment (13%)
- des menuisiers qualifiés du bâtiment (9%)
- des mécaniciens qualifiés d'automobiles (8%)

Parmi les ouvriers non qualifiés de type artisanal (68), on retrouve :

- des nettoyeurs (83%)
- des ouvriers non qualifiés du gros œuvre du bâtiment (8%)

Parmi les personnels de services directs aux particuliers (56), on retrouve :

- des employés de maison et femmes de ménages chez des particuliers (34%)
- des serveurs et commis de restaurant ou de café (25%)
- des employés de services divers (17%)

Parmi les employés de commerce (55) :

- des vendeurs en gros de biens d'équipement, biens intermédiaires (29%)
- des employés de libre-service (28%)
- des caissiers de magasins (13%)
- des vendeurs en alimentation (11%)

Parmi les chauffeurs, on dénombre :

- des conducteurs routiers (57%)
- des conducteurs livreurs, coursiers (30%)

Parmi les employés administratifs d'entreprise (54) :

- des secrétaires (34%)
- des employés des services comptables ou financiers (21%)

Parmi les ouvriers qualifiés de type industriel (62) :

- des soudeurs qualifiés sur métaux (23%)
- des mécaniciens qualifiés d'entretien d'équipement industriel (10%)
- des chaudronniers, tôliers industriels qualifiés (9%)
- des ouvriers de l'impression (9%)
- des mécaniciens, ajusteurs qualifiés (8%)

Parmi les professions intermédiaires, administratives et commerciales d'entreprise (46) :

- personnel de secrétariat de niveau supérieur, secrétaires de direction (22%)
- chefs de petites surface de vente (17%)

Parmi les employés civils et agents de service de la fonction publique (52):

- des agents de service hospitaliers (46%)
- des aides-soignants (21%)
- des ambulanciers salariés (18%)

Parmi les ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et des transports :

- des magasiniers (38%)
- des conducteurs de chariot élévateur, caristes (32%)

Parmi les ouvriers agricoles :

- des ouvriers de l'élevage (35%)

Parmi les professions intermédiaires de la santé et du travail social (43) :

- des éducateurs spécialisés (23%)
- des infirmiers spécialisés (25%)

Parmi les instituteurs et assimilés (42) :

- conseillers d'éducation et surveillants (41%)
- moniteurs et éducateurs sportifs, sportifs professionnels (38%)

Parmi les 10 chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus (23), 6 sont des chefs d'entreprise du BTP de 10 à 49 salariés.

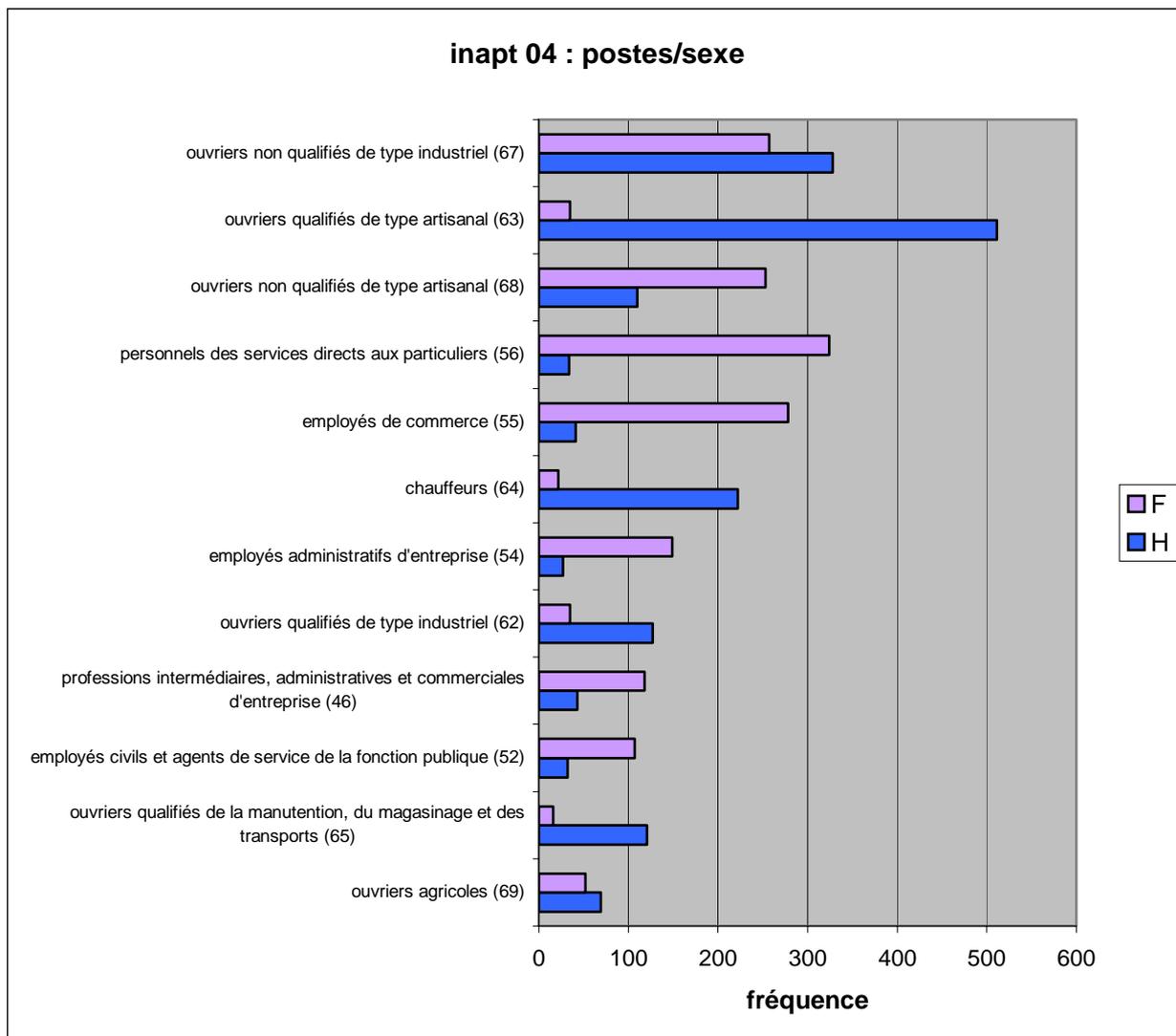
Parmi les 7 cadres de la fonction publique (33), 6 font partis du personnel de direction.

Parmi les 6 salariés exerçant une profession de l'information des arts et spectacles, 4 sont des professeurs d'art.

Parmi les 4 salariés exerçant une profession intermédiaire administrative de la fonction publique (45), 3 sont contrôleurs des PTT et assimilés.

Les 2 artisans (21) mis inaptes sont un teinturier et un blanchisseur.

Voici les postes où au moins 80 salariés ont été déclarés inaptes, ventilés par sexe.



Les hommes sont les plus nombreux dans les professions d'ouvriers qualifiés artisanaux (62) et industriels (63), chez les chauffeurs (64) et chez les ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et des transports (65).

Tandis que les femmes sont plus nombreuses dans les professions d'ouvriers non qualifiés artisanaux (68), chez le personnel de services directs aux particuliers (56), chez les employés de commerce (55), les employés administratifs d'entreprises (54).

On peut regrouper ces différents postes en 4 grandes catégories :

	Total (n)	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
ouvriers	2162	58.7	1492 (69%)	670 (31%)
employés	1019	27.7	153 (15%)	866 (85%)
Professions intermédiaires	398	10.8	171 (43%)	227 (57%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98	2.7	57 (58%)	41 (42%)

3- Etude des PATHOLOGIES :

Dans ce chapitre, nous étudierons l'ensemble des pathologies (au total 5794), c'est à dire le cumul des 3 pathologies possiblement indiquées par le médecin du travail sur la fiche d'inaptitude.

3-1- nombre de pathologies :

→ Parmi les 3681 déclarations d'inaptitude :

- 2071 (56%) étaient dues à une seule pathologie
- 1107 (30%) à 2 pathologies
- 503 (14%) à 3.

→ suivant le sexe :

Il n'existe pas de différence, quant au nombre de pathologies, entre les hommes et les femmes :

sexe	Nombre de pathologies		
	1	2	3
Hommes	56%	31%	13%
Femmes	57%	29%	14%

→ suivant l'âge :

Par contre, il existe des différences suivant les classes d'âge :

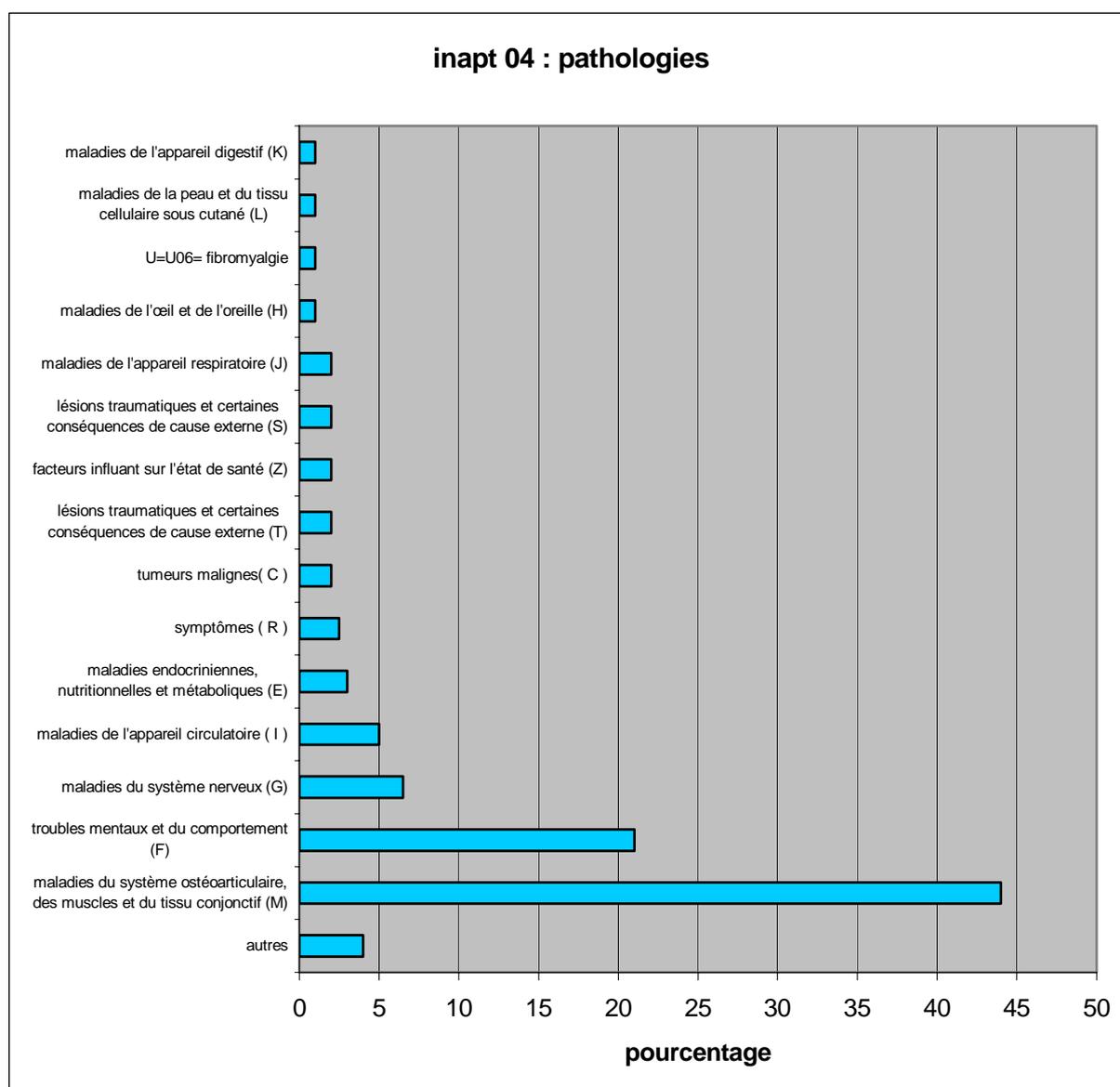
Classes d'âge											
Nb de pathologies	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
1	92%	71%	69%	62%	65%	61%	59%	49%	47%	36%	100%
2	5%	26%	25%	30%	27%	30%	31%	30%	33%	41%	0
3	3%	3%	6%	8%	8%	9%	10%	21%	23%	23%	0

On remarque que plus l'âge du salarié augmente, plus le nombre de pathologies par salarié est grand.

Les plus de 65 ans ne sont pas représentatifs puisqu'il n'y a qu'un seul cas.

3-2- principales spécialités médicales :

Elles correspondent aux pathologies codées avec la CIM 10 par une seule lettre :



On remarque que :

→ 44% des pathologies sont d'ordre RHUMATOLOGIQUE (M) :

- les dorsopathies sont les plus fréquentes (48%) et en particulier les dorsalgies (**28%** des pathologies rhumatologiques), les atteintes de disques intervertébraux (DIV) sauf cervicaux (**10%**) et les spondylarthroses (**3%**).
- les lésions de l'épaule représentent **18%** des pathologies rhumatologiques.
- les enthésopathies exceptées celles du membre inférieur (**8%**).
- les « autres affections articulaires » (dont 92% sont des douleurs articulaires) représentent **5%** des pathologies rhumatologiques.
- l'arthrose est présente dans 11.5% des cas et majoritairement la gonarthrose (**4%**) mais aussi la coxarthrose, l'arthrose de la première articulation carpo-métacarpienne et les polyarthroses.

→ 21% sont des AFFECTIONS MENTALES (F) et plus particulièrement des épisodes dépressifs (50%), des troubles anxieux (21%), des réactions à un facteur de stress sévère (7%) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (5%).

→ 6.5% sont des PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES (G) ; principalement des mononévrites du membre supérieur (46%), des troubles du sommeil organiques (13%), des épilepsies (7%), des séquelles d'affections inflammatoires du SNC (5%).

→ 5% sont des MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (I) : hypertension artérielle (21%), angine de poitrine (15%), cardiopathies ischémiques chroniques (15%), des maladies vasculaires périphériques (7%), des arythmies cardiaques (6%) et des séquelles d'accidents vasculaires cérébraux.

→ 3% sont des MALADIES ENDOCRINIENNES (E) : diabète insulino-dépendant (35%), obésité (23%) et diabète non insulino-dépendant (21%).

→ 3% sont des SYMPTOMES (R) : malaise et fatigue (31%), douleur (19%), étourdissement, vertige (13%) et anomalies respiratoires (principalement dyspnée) (7%).

→ 2% sont des TUMEURS MALIGNES (C) et particulièrement celles du sein (34%) ; 36 autres tumeurs sont causes d'inaptitude, de répartition en nombre homogène.

→ 2% sont des LÉSIONS TRAUMATIQUES codées T à savoir : séquelles de lésions traumatiques au niveau du membre supérieur (24%), séquelles de lésions traumatiques au niveau du membre inférieur (23%), syndrome dû à de mauvais traitements qui comprend le

« harcèlement moral » (9%) et des séquelles de lésions traumatiques de parties du corps multiples.

→ 2% sont des FACTEURS INFLUANT l'état de santé (Z) : 28% de difficultés liées à l'emploi et au chômage, code dans lequel est aussi intégrée l'usure professionnelle ; 25% de mise en place de prothèse externe.

→ 2% de LÉSIONS TRAUMATIQUES codées S : des fractures de jambe et de cheville (11%), des fractures de poignet et de main (9%), des amputations traumatiques du poignet et de la main (8%) et des fractures du pied (7%).

→ 2% sont des PATHOLOGIES RESPIRATOIRES (J) : asthme (51%), des maladies pulmonaires obstructives chroniques non précisées (15%).

→ 1% sont des pathologies ORL et OPHTALMOLOGIQUES (H) : perte de l'audition (29%), cécité et baisse de la vision (17%).

→ 1% de fibromyalgie (U06).

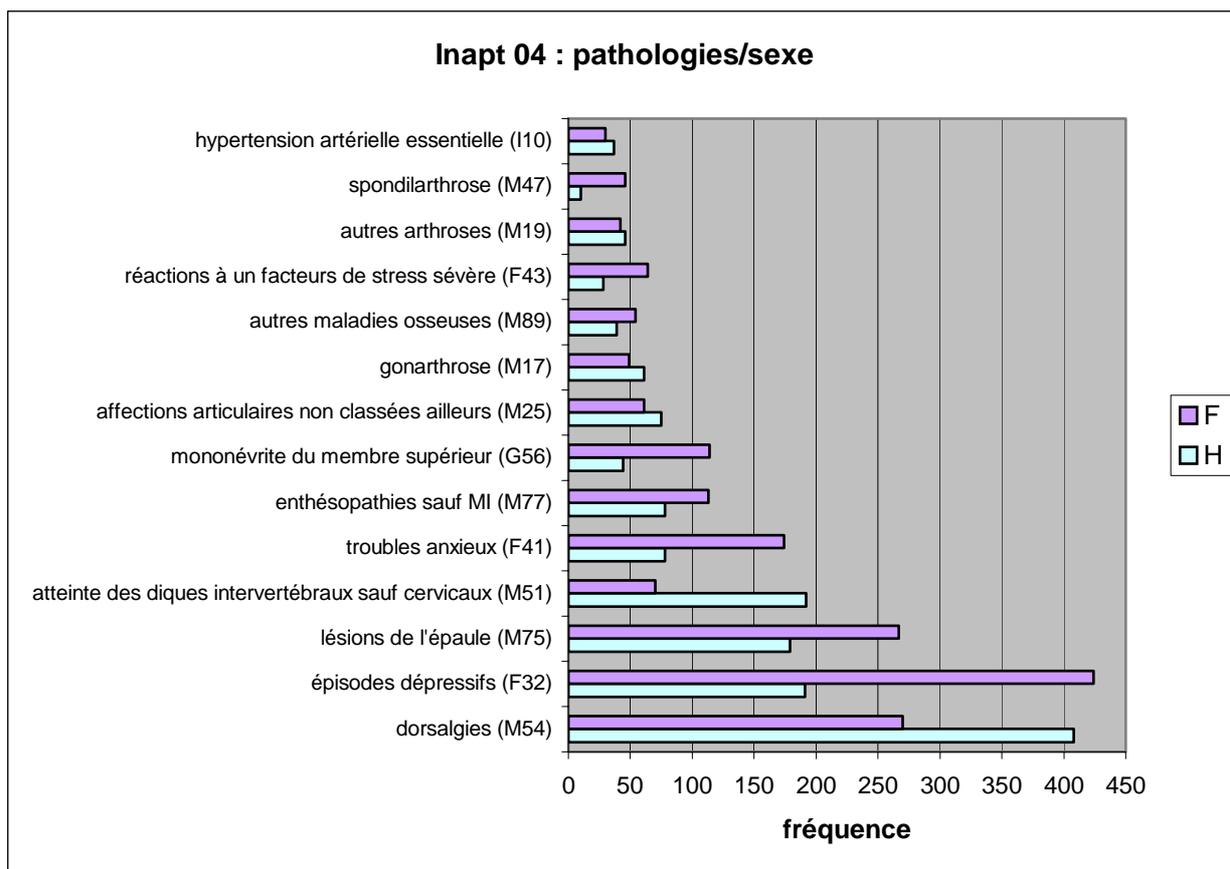
→ 1% sont des PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES (L) et particulièrement les dermatites allergiques de contact (88%).

→ 1% sont des PATHOLOGIES DE L'APPAREIL DIGESTIF (K) : hernies abdominales (17%), maladies de Crohn et rectocolite hémorragique (11% chacune), hernie inguinale (9%).

3-3- Principales pathologies :

Elles correspondent aux pathologies codées avec la CIM 10 par une lettre et deux chiffres. Nous détaillerons les quatorze premières qui correspondent à 60% du total des pathologies. Le graphe ci dessous nous montre la répartition de ces pathologies par sexe.

On constate que les premières pathologies chez l'homme sont en premier lieu les dorsalgies, puis les atteintes des disques intervertébraux, les syndromes dépressifs et les lésions de l'épaule alors que pour la femme ce sont les syndromes dépressifs qui prédominent suivis des dorsalgies et des lésions de l'épaule.



3-3-a- Etude des dorsalgies (M54) :

→ principales pathologies :

Parmi ces dorsalgies, on dénombre :

- 56% de lombalgies basses (M54-5)
- 31% de lumbago avec sciatique (M54-4)
- 7% de cervicalgies (M54-2)

→ Répartition par sexe : - Hommes : 60%
 - Femmes : 40%

→ Répartition par âge :

Age	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	4.5	7	10	11	12	11	16	25.5	2	0

→ répartition selon les principaux secteurs d'activité :

Code Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	5	6	3	17	2	4	10	5	7	7	10	24

→ répartition selon les principaux postes :

Postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	2.5	5	1	7.5	8	5	17	9	6	16	17	5	1

→ étude des facteurs (seul le premier facteur est pris en compte) :

Les principales nuisances signalées sont : la manutention manuelle de charge (49%), les contraintes posturales (27%) et la conduite (7%) ; il n'y a pas de facteur dans 10% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour des dorsalgies (principalement des lombalgies) est « un homme âgé de 55 à 59 ans travaillant dans le bâtiment comme ouvrier non qualifié de type artisanal ou industriel ou qualifié de type artisanal ».

3-3-b-Etude des épisodes dépressifs (F32):

→ principales pathologies :

97% de ces épisodes dépressifs ont été codés F32-9, c'est à dire épisode dépressif sans précision de la gravité.

→ répartition par sexe :
 - homme : 31%
 - femmes : 69%

→ répartition par âge :

Âges	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0.5	5	6	11	13	15	13	16	18.5	2	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	2	5	2	5.5	3	4	18.5	7	2	8	13	30

→ répartition par poste :

Postes	43	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	4	9	4.5	10	14	11	4	9	3	2	11	6	1	11.5

→ étude des facteurs :

On note 39% de problème de management et de collectif de travail et 18% de violence psychologique qui comprend la « mise au placard », le harcèlement moral et sexuel, les agressions verbales, les conflits interpersonnels...Aucun facteur n'est signalé dans 18% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour un épisode dépressif est « une femme âgée de 40 à 59 ans qui travaille dans le commerce de détail ainsi que dans le secteur de la santé à des postes qui peuvent être variés ».

3-3-c- Etude des lésions de l'épaule (M75) :

→ principales pathologies :

on compte : - 79% de syndromes de la coiffe des rotateurs (M75-1)
- 14% de capsulites rétractiles de l'épaule (M75-0)
- 5% de tendinites calcifiantes de l'épaule (M75-3)

→ répartition par sexe : - hommes :40%
- femmes : 60%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	1	2	3	6	8	9	25	43	3	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	4	11	4.5	13	1	3	9	5	3	10	10.5	27

Le secteur du bâtiment est le premier concerné suivi de ceux de l'industrie alimentaire, dans lesquels on retrouve des métiers qui nécessitent la manutention de charges lourdes, les gestes répétés et le maintien de posture des bras au-dessus de 90°.

→ répartition par poste :

postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	0	6	1	7	10	4	17	4	4	24	14.5	3	5.5

→ étude des facteurs :

On retrouve 64% de contraintes posturales (comprenant le maintien de bras en l'air et la répétitivité de gestes), 24% de manutention de charges. Aucune nuisance n'est signalée dans 10% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour une lésion de l'épaule (un syndrome de la coiffe des rotateurs en majorité) est « une femme de 50 à 59 ans travaillant dans l'industrie alimentaire, la

construction, la santé ou dans le secteur de services fournis aux entreprises (nettoyage) et qui occupe un poste d'ouvrier ».

3-3-d- Etude des atteintes des disques intervertébraux sauf cervicaux (M51) :

→ principales pathologies :

89% ont été codées M51-9 c'est à dire atteinte d'un disque intervertébral sans précision et 9% M51-1, atteinte d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathies.

→ répartition par sexe : - hommes : 73%
 - femmes : 27%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	3.5	6.5	14	12	1	14	19	18	2	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	4	6	2	21	4	5	7	3	9	6	10	23

→ répartition par poste :

Postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	2	3	3	5	8	5	23	12.5	6	12.5	8	3	9

→ étude des facteurs :

On compte 53% de port de charges et 21% de contraintes posturales. Dans 20% des cas il n'y a pas de facteur favorisant.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour une hernie discale est « un homme travaillant dans le secteur de la construction principalement en tant qu'ouvrier qualifié artisanal mais aussi comme chauffeur ou comme ouvrier non qualifié industriel ».

→ répartition par sexe : - hommes : 41%
 - femmes : 59%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0.5	3	5	6	14.5	12	11	21	26	1	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	5	17	6	11	2	5	8	6	1	6	4	29

→ répartition par poste :

Postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	1	2	2	6	10	4	16	2	3	38	6	4	6

→ étude des facteurs :

La pathologie professionnelle du coude est souvent observée chez les travailleurs effectuant des mouvements de préhension prolongée, des mouvements en supination et pronation ainsi que des mouvements répétitifs d'extension des poignets.

On retrouve en effet 70% de contraintes posturales et articulaires et seulement 24% de port de charges lourdes.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour une enthésopathie (et particulièrement une épicondylite) est « plutôt une femme de 35 à 59 ans travaillant dans l'industrie alimentaire ou dans la construction comme ouvrière non qualifiée industrielle ou ouvrière qualifiée artisanale ».

3-3-g- Etude des mononévrites du membre supérieur (G56) :

→ principales pathologies :

On dénombre 85% de syndrome du canal carpien et 13% d'atteinte du nerf cubital.

→ répartition par sexe : - hommes : 28%
 - femmes : 72%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	2	3.5	5.5	9	10	15	24	29	2	0

→ étude des facteurs :

On retrouve 41% de contraintes posturales et 24% de port de charges et on ne retrouve pas de facteur dans 33% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour des douleurs articulaires est « un homme ou une femme, qui travaille dans le secteur des services fournis aux entreprises, celui de la construction ou de l'agriculture et qui occupe un poste d'ouvrier non qualifié industriel ou artisanal ».

3-3-i- Etude des gonarthroses (M17):

→ Elles ont été codées dans 90% des cas M17-9 c'est à dire gonarthrose sans précision.

→ répartition par sexe : - hommes : 55%
 - femmes : 45%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	2.5	0	4.5	4.5	2	4.5	23	57	1	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	25	28	45	50	51	52	55	60	74	85	autres
pourcentage	5	6	5	4.5	17	2	6	4	7	4	8	10	21.5

→ répartition par poste :

Postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	2	1	3	3	13	6	22	6	4	15	14	4.5	8.5

→ étude des facteurs :

On compte 40% de contraintes articulaires et 27% de manutention. Dans 27% des cas, il n'y a pas de nuisance signalée.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour de la gonarthrose est « un homme ou une femme âgé de 50 à 59 ans travaillant dans la construction ainsi que dans le secteur de la santé et qui occupe un poste d'ouvrier qualifié artisanal ».

3-3-j- Etude de maladies osseuses (M89) :

→ principales pathologies :

On retrouve dans 96% des cas une algoneurodystrophie.

→ répartition par sexe : - hommes : 42%
 - femmes : 58%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	0	7.5	5	5.5	7.5	19.5	19.5	35.5	0	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	63	74	85	autres
pourcentage	3	10	2	9	0	4	12	7.5	6.5	4	6.5	11	24.5

Naf 63 = services auxiliaires des transports

→ répartition par poste :

postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	4	3	2	13	10	6	11	10	3	21.5	13	0	3.5

→ étude des facteurs :

On retrouve 44% de contraintes posturales et articulaires, 8% de manutention et de conduite. On en compte aucun dans 41% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour une algodystrophie est « plutôt une femme âgée de 45 à 59 ans qui peut travailler dans des secteurs différents principalement en tant qu'ouvrière non qualifiée de type industriel ».

3-3-k- Etude des réactions à un facteur de stress sévère (F43):

→ principales pathologies :

La souffrance mentale (99%) a été codée F43-1 ; elle correspond au syndrome de stress post-traumatique.

→ répartition par sexe : - hommes : 30%
 - femmes : 70%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	2	4	13	20	16	10	11	10	14	0	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	45	50	51	52	55	60	74	85	93	autres
pourcentage	1	4	6.5	6.5	8	26	4	3	6.5	8	4	22.5

Naf 93 = services personnels

→ répartition par poste :

postes	37	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	4	16	5	14	18.5	11	3	8	2	2	3	2	0	11.5

PCS 37 : cadres administratifs et commerciaux d'entreprise

→ étude des facteurs :

Comme dans toutes affections mentales, on retrouve des problèmes de collectif de travail et de dysfonctionnement managérial (62.5%). Dans 14% des cas, il n'y a pas de facteurs.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour de la souffrance mentale est « une femme sans prédominance d'âge qui travaille dans le secteur du commerce de détail et de la réparation d'articles domestiques comme employée de commerce ou exerçant une profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise ou encore en tant qu'employée administrative d'entreprise ».

3-3-I- autres arthroses (M19) :

→ principales pathologies :

Elles ont été codées dans 97% des cas M19-9, c'est à dire arthrose sans précision.

→ répartition par sexe : - hommes : 52%
 - femmes : 48%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	1	1	3.5	2	1	9	31	44.5	7	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	28	45	50	51	52	55	60	74	80	85	autres
pourcentage	7	7	3	23	2	2	4.5	2	1	10	4.5	6	28

→ répartition par poste :

postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	1	4.5	0	1	7	7	24	3	2	22	20	6	2.5

→ étude des facteurs :

On compte autant de contraintes posturales (34%) que de port de charges (32%) et pas de facteurs dans 18% des cas.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour de l'arthrose est « un homme ou une femme âgé de 50 à 59 ans qui travaille dans la construction comme ouvrier qualifié artisanal ou comme ouvrier non qualifié industriel ou artisanal ».

3-3-m- Etude des spondylarthroses (M47):

→ principales pathologies :

56% des spondylarthroses ont été codées M47-9 c'est à dire spondylarthrose sans précision et 31% « autres spondylarthroses » c'est à dire spondylarthrose sans myélopathie ni radiculopathie.

→ répartition par sexe : - hommes : 46.5%
 - femmes : 53.5%

→ répartition par âge :

Agés	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	0	2	3.5	6	5	10.5	16	55	2	0

→ répartition par secteurs d'activité :

Naf	01	15	45	50	51	52	55	60	74	75	85	autres
pourcentage	1	3.5	17	1	5	7	6	6	5	5	24	19.5

Naf 75 = administration publique

→ répartition par postes :

postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	2	3.5	3	1	24	5	15	8	3.5	9	15	3.5	7.5

→ facteurs :

Comme dans toutes les atteintes rachidiennes, on retrouve principalement de la manutention manuelle de charges (42%) puis des contraintes posturales (30%) ; 22% n'ont pas signalé de facteur favorisant.

→ au total :

Un salarié déclaré inapte pour une spondylarthrose est « un homme ou une femme âgé de 50 à 59 ans travaillant dans le secteur de la santé et de l'action sociale en tant que personnel des services directs aux particuliers ou comme ouvrier qualifié ou non qualifié de type artisanal ».

3-3-n- Etude des hypertensions artérielles essentielles (I10) :

→ Il n'existe pas de sous catégorie pour cette pathologie.

→ répartition par sexe : - hommes : 55%
 - femmes : 45%

→ répartition par âge :

Ages	15-19	20-24	24-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	0	0	0	3	4.5	7.5	22.5	55	7.5	0

→ répartition par secteur d'activité :

Naf	01	15	45	50	51	52	55	60	74	75	85	autres
pourcentage	0	4.5	10	4.5	1	6	6	6	19	4.5	9	29.5

→ répartition par poste :

postes	46	52	53	54	55	56	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	1.5	3	4.5	3	1.5	12	0	7.5	7.5	4.5	19	24	0	12

Pcs 53 = policiers et militaires

→ étude des facteurs :

Chez 68% des salariés inaptes du fait d'hypertension artérielle, il n'y a pas de facteur signalé. Dans les 32% restant les facteurs sont bien répartis.

→ au total :

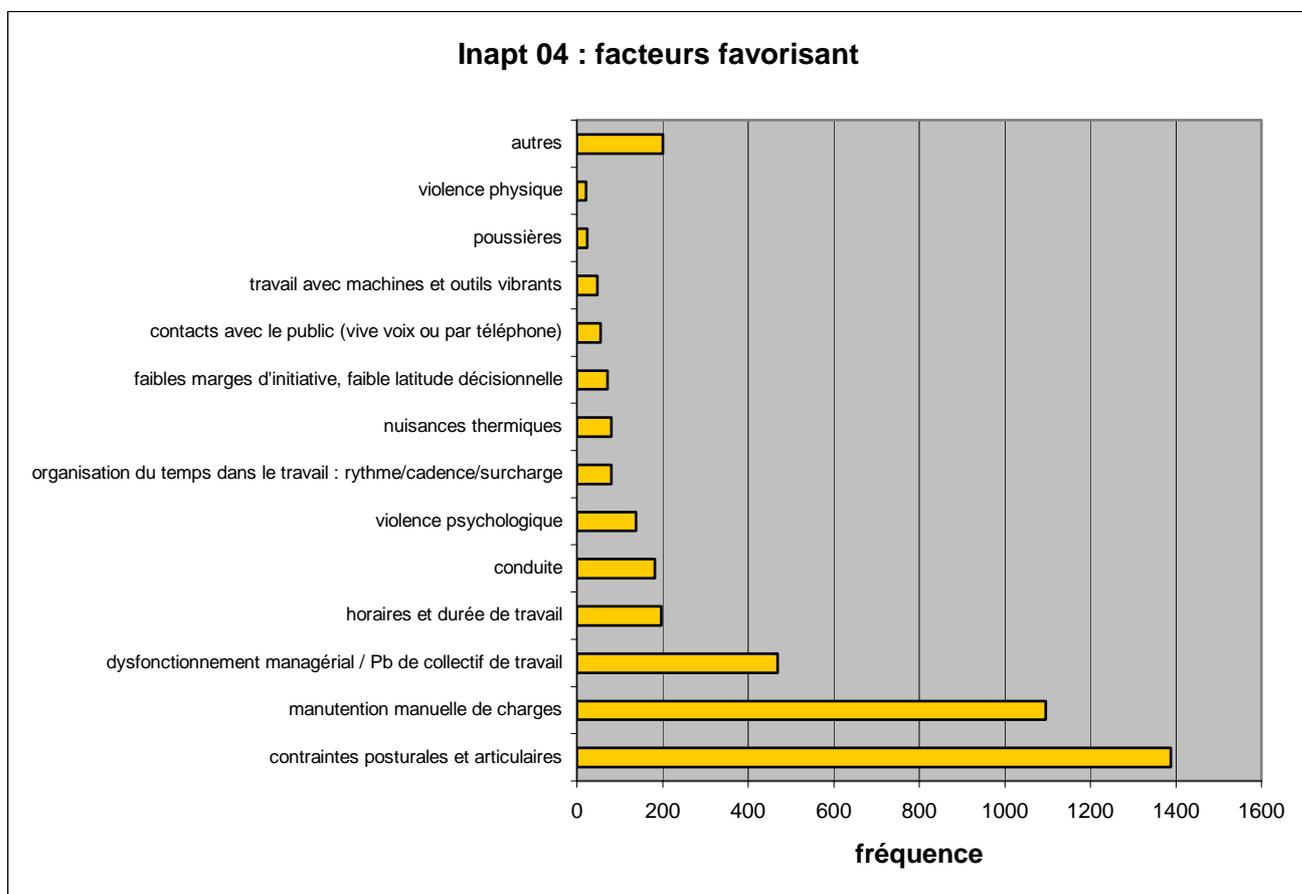
Un salarié déclaré inapte pour une hypertension artérielle est « un homme ou une femme de 50 à 59 ans qui travaille dans le secteur des services fournis aux entreprises comme ouvrier non qualifié artisanal ou industriel ».

4- Données sur les FACTEURS ayant favorisés l'inaptitude :

Dans 38% des cas, on ne compte qu'un facteur ayant favorisé l'inaptitude.

Nb de facteurs	Fréquence	pourcentage
0	1046	28.5
1	1403	38
2	1049	28.5
3	183	5

Sur le graphique ci dessous sont indiqués l'ensemble des facteurs (au total 4050) c'est à dire le cumul des 3 facteurs possiblement inscrits par le médecin du travail.



Pour l'étude de la répartition par sexe, âge, secteur d'activité et postes de ces facteurs nous ne prendrons en compte que le premier des trois facteurs.

a- contraintes physiques :

69% du total des facteurs sont des problèmes d'ambiance et des contraintes physiques, majoritairement des contraintes posturales et articulaires (particulièrement les gestes répétés) et le port de charges lourdes.

76% des salariés inaptes ont eu des contraintes physiques qui ont contribué à leur inaptitude. Ce sont plutôt des hommes (54%), de 55 à 59 ans (30%) qui travaillent dans la construction (16%) en tant qu'ouvrier qualifié artisanal et non qualifié industriel.

80% des salariés inaptes pour des problèmes ostéo-articulaires se plaignent de contraintes physiques dont 40% de contraintes posturales et articulaires et 35% de manutention manuelle de charges.

b- contraintes mentales et organisationnelles:

Parmi les 26% de facteurs organisationnels et relationnels, on retrouvait pour près de la moitié des problèmes de management et de collectif de travail et dans presque 20% des problèmes d'horaire et de durée de travail.

28% des salariés sont concernés et plus souvent les femmes (67%) entre 30 et 45 ans, les employés de commerce, dans le commerce de détail et réparation d'articles domestiques.

Ces nuisances sont retrouvées chez 70% des salariés inaptes du fait d'affections mentales, en majorité des dysfonctionnement managériaux (40%), des sévices psychologiques (14%) et des problèmes d'horaire et de durée de travail (8%).

c- autres :

- 3% sont des expositions à des agents chimiques
- 0.4% sont des expositions à des agents biologiques
- (1.6% : erreur de codage)

5- données sur les AMENAGEMENTS de poste dans l'entreprise :

Un aménagement aurait été possible dans 675 cas c'est à dire dans 18% des cas :

- 51% d'aménagement de poste
- 8% d'aménagement d'horaire
- 14.5% de formation
- 0% (2 cas) d'abattement de salaire
- 26.5% d'autres types :
 - 79% de changement de poste
 - 7% de changement de site
 - 2% de changement de l'organisation du travail

L'aménagement de poste n'a pas été réalisé du fait :

- du refus du salarié dans 49% des cas
- du refus de l'employeur dans 35% des cas
- d'une autre raison dans 16% des cas :
 - 25.5% pas de poste disponible
 - 8% d'échec de l'aménagement
 - 8% de pathologie trop lourde ou d'invalidité 2^{ème} catégorie
 - 7% réalisation d'une formation
 - 7% mauvaise volonté de la part de l'employeur ou pas de réelle motivation du salarié
 - 4% âge trop avancé du salarié
 - 4% relation conflictuelle avec l'employeur
 - 3% accord commun employeur-salarié pour le départ
 - 3% inaptitude professionnelle

Cet aménagement concerne majoritairement les hommes (56%), de 55 à 59 ans (19%), le secteur de la construction (12%), les ouvriers.

6- données sur le STATUT des salariés déclarés inaptes:

a- l'invalidité :

- 21% des salariés déclarés inaptes sont en invalidité catégorie 2.

Ce sont plutôt des hommes (56%), de plus de 50 ans (71%), 17% travaillent dans le secteur de la construction, 51% sont des ouvriers, 38% d'entre eux ont des problèmes rhumatologiques mais c'est chez les inaptes atteints de tumeurs que l'on compte le plus de mise en invalidité (64% des patients cancéreux).

- 5% sont en invalidité catégorie 1
- 74% ne sont pas en invalidité.

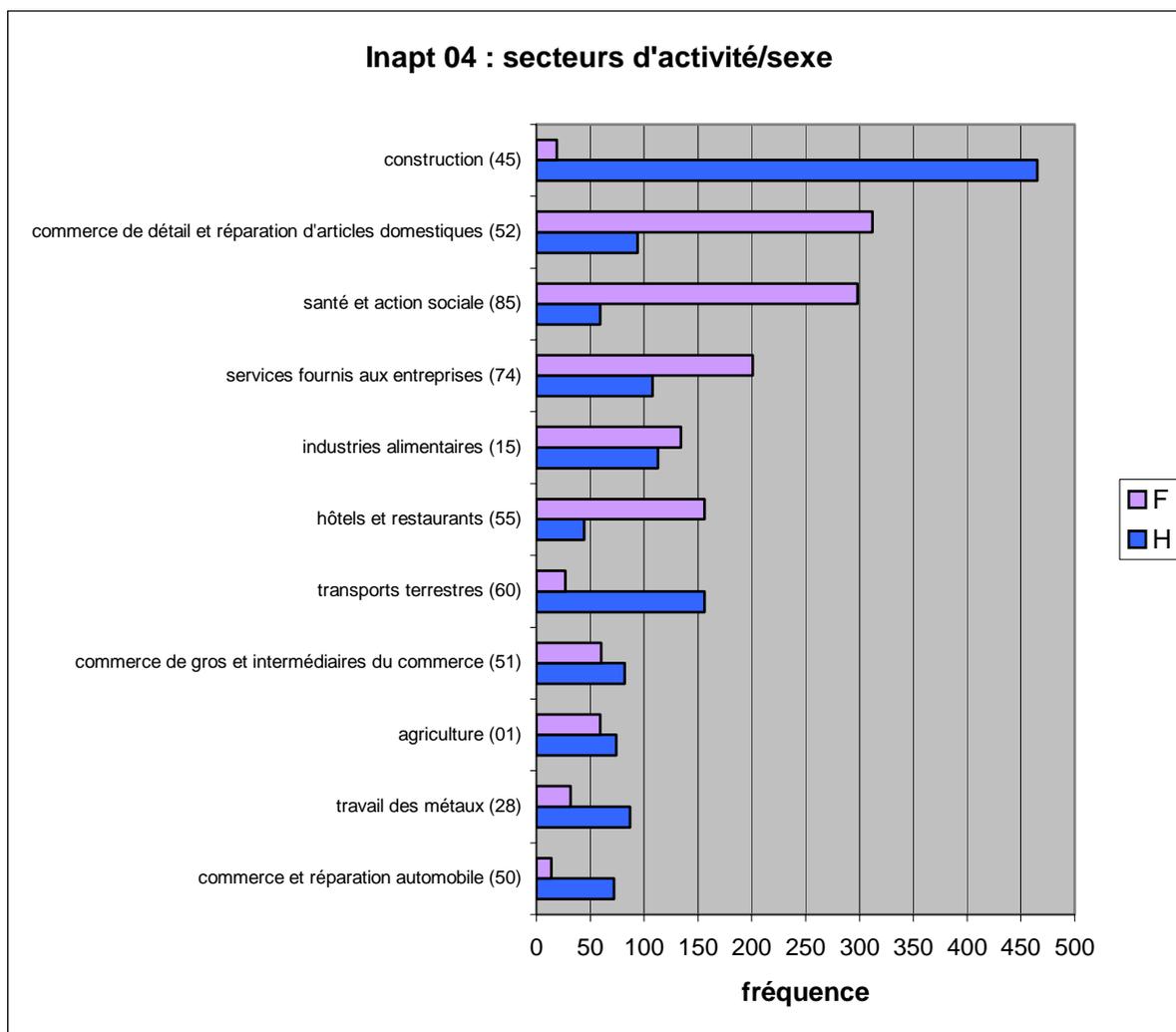
b- COTOREP :

28% des salariés déclarés inaptes sont reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP.

Ce sont majoritairement des hommes (61%), 70% ont moins de 50 ans, 18% travaillent dans la construction (c'est le secteur proportionnellement le plus concerné : 38%), 53% sont des ouvriers, 56% ont des atteintes rhumatologiques.

7- données par secteur d'activité :

Dans ce chapitre sur les secteurs d'activité, nous ne prendrons en compte, pour l'analyse des pathologies, que la première pathologie sur les 3 possiblement déclarées par le médecin du travail.



a- construction (Naf 45) :

→ principaux sous secteurs :

- 25% de travaux de maçonnerie générale
- 9% de travaux de peinture
- 7% dans la construction de bâtiments divers

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	465	96	90
Femmes	19	4	10

→ ventilation par âge :

On retrouve une moyenne d'âge de 46 ans chez les hommes et chez les femmes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	6	6	8	8	10	9	21	29	2	0

→ ventilation par poste :

Postes	46	48	54	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	1	4	2	2.5	68	2.5	6	5	7	2

68% des salariés déclarés inaptés dans le bâtiment sont des ouvriers qualifiés artisanaux.

→ principales pathologies :

On retrouve principalement des dorsalgies (17%), des lésions de l'épaule (9.5%), des atteintes des DIV sauf cervicaux (8%), des épisodes dépressifs (5%), des enthésopathies (3%), des dermites allergiques de contact (2%) et des séquelles de lésions traumatiques du membre inférieur (2%).

→ étude des facteurs :

Les principales nuisances sont bien évidemment : le port de charges (30%), les contraintes articulaires et posturales (21%) mais aussi les problèmes de management (4%) ; dans 30% des cas il n'y avait pas de facteur favorisant.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 16.5% des cas à savoir :

- 43.5% d'aménagement de poste
- 5% d'aménagement d'horaire
- 30.5% de formation
- 1% d'abattement de salaire
- 20% d'aménagements d'autres types

On remarque qu'un plus grand nombre de formations auraient été possible comparé à l'ensemble des salariés inaptés.

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 40% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 44% des cas
- pour une autre raison dans 16% des cas

Les refus de l'employeur sont plus nombreux.

→ statut du salarié :

- invalidité : 4% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 27% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 38% sont reconnus travailleurs handicapés, 10% de plus que la moyenne des salariés.

b- commerce de détail et réparation d'articles domestiques (Naf 52) :

→ principaux sous secteurs :

- 18% dans les hypermarchés
- 13% dans les supermarchés
- 10% dans le commerce de détail d'habillement

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	94	23	38
Femmes	312	77	62

On remarque que les femmes sont proportionnellement plus inaptées que les hommes dans ce secteur d'activité.

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 41 ans chez les hommes comme chez les femmes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	9	10	13.5	14	14	8	12	17	1.5	0

→ ventilation par poste :

Postes	46	54	55	56	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	9	4	60	3	0	4	2	3	4	3	8

60% sont des employés de commerce.

→ principales pathologies :

On retrouve en premier lieu des épisodes dépressifs (22%) puis des dorsalgies (14%), des troubles anxieux (11%), des lésions de l'épaule (7%), de la souffrance mentale (5%) et des atteintes des disques intervertébraux (2.5%).

→ étude des facteurs :

On retrouve des contraintes mentales et physiques : de la manutention manuelle (23%), des dysfonctionnement managériaux (22%), des contraintes posturales et articulaires (15%) et de la violence psychologique (8%) ; on ne retrouve pas de facteur dans 18% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 22% des cas à savoir :

- 46% d'aménagement de poste
- 7% d'aménagement d'horaire
- 12% de formation
- 1% d'abattement de salaire
- 34% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 54% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 37% des cas
- pour une autre raison dans 9% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 3% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 15% en invalidité catégorie 2.

On observe qu'il y a peu de salarié en invalidité ; en effet seul 14% des salariés inaptes du fait de troubles mentaux, très présents dans ce secteur, sont en invalidité.

- COTOREP : 25% sont reconnus travailleurs handicapés.

c- santé et action sociale (Naf 85) :

→ principaux sous secteurs :

- 24.5% d'aides à domicile
- 17% dans l'accueil des personnes âgées
- 14% dans les activités hospitalières

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	59	16.5	19
Femmes	298	83	81
Non renseigné	2	0.5	

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 47 ans, chez les femmes de 48 ans et chez les hommes de 45 ans.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0.5	2	7	6	9.5	11	8	19	34	3	0

→ ventilation par poste :

Postes	43	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	12	31	6	0	33	1	3	1	0	3	5	5

Les principaux postes sont : les personnels des services directs aux particuliers (33%), les employés civils et agents de service de la fonction publique (31%) et les professions intermédiaires de la santé et du travail social (12%).

→ principales pathologies :

On retrouve des épisodes dépressifs (16%), des dorsalgies (13%), des lésions de l'épaule (10%), des atteintes des disques intervertébraux (5%), des troubles anxieux (4%), des spondylarthroses (4%) et des fibromyalgies (3%).

→ étude des facteurs :

Chez 24% des salariés il y a de la manutention manuelle, pour 23% des contraintes posturales et 8% de problèmes de management. Aucune nuisance n'est citée dans 33% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 18% des cas à savoir :

- 46% d'aménagement de poste
- 10% d'aménagement d'horaire
- 20% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 24% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 43% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 37% des cas
- pour une autre raison dans 20% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 7.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 28% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 26% sont reconnus travailleurs handicapés.

d- services fournis aux entreprises (Naf 74) :

→ principaux sous secteurs :

- 48% dans les activités de nettoyage

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	108	35	53
Femmes	201	64.5	47
Non renseigné	2	0.5	

On note que les femmes sont proportionnellement plus inaptes que les hommes.

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 45.5 ans ; 47 ans chez les femmes et 43.5 chez les hommes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0.5	3.5	6	7	12.5	12	13.5	18	23.5	3.5	0

→ ventilation par poste :

Postes	46	53	54	55	56	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	8	6	9	3	4	2	3	1	1	8	49	6

49% travaillent comme ouvriers non qualifiés de type artisanal.

→ principales pathologies :

On retrouve des épisodes dépressifs (11%), des lésions de l'épaule (11%), des dorsalgies (9%), des troubles anxieux (4.2%), des atteintes des DIV (4%), des douleurs de l'épaule (3.5%) et des mononévrites du MS (3.5%).

→ étude des facteurs :

Les principales nuisances sont : les contraintes posturales et articulaires (31%), le port de charge (16%), les problèmes de management (11%) et la conduite (5%). Il n'y a pas de facteur dans 28% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 16% des cas à savoir :

- 58% d'aménagement de poste
- 9% d'aménagement d'horaire
- 6.5% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 26.5% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 48% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 33% des cas
- pour une autre raison dans 19% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 5.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 22% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 30.5% sont reconnus travailleurs handicapés.

e- industries alimentaires (Naf 15) :

→ principaux sous secteurs :

- 21% dans la production de viandes de volaille
- 14.5% dans la production de viandes de boucherie
- 12.5% dans les boulangeries et boulangeries-pâtisseries

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	113	46	58
Femmes	134	54	42

Les femmes sont proportionnellement plus inaptées que les hommes.

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 45 ans chez les hommes et chez les femmes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	2	5	4	11	10	9.5	13.5	16	26	3	0

→ ventilation par poste :

Postes	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	0	4	9	0	5	5	2	5	58	4.5	7.5

58% des salariés travaillent comme ouvriers non qualifiés de type industriel.

→ principales pathologies :

On retrouve des lésions de l'épaule (15%), des dorsalgies (10%), des épisodes dépressifs (9%), des enthésopathies du MS (7%) des mononévrites du MS (6%), des atteintes des DIV (4.5%), des troubles anxieux (4%).

→ étude des facteurs :

37% des salariés ont des contraintes posturales et articulaires, 15% de la manutention manuelle et 7% des problèmes de management ; 23% n'ont pas de nuisance.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 22% des cas à savoir :

- 47% d'aménagement de poste
- 6% d'aménagement d'horaire
- 8.5% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 26.5% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 48% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 33% des cas
- pour une autre raison dans 19% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 5.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 22% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 30.5% sont reconnus travailleurs handicapés.

f- Hôtels et restaurants (Naf 55) :

→ principaux sous secteurs :

- 39% de restauration de type traditionnel
- 16% d'hôtels avec restaurant
- 12% de cantines et restaurants d'entreprise
- 10% de restauration de type rapide

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	44	22	41
Femmes	156	77.5	58
Non renseigné	1	0.5	

Les femmes sont proportionnellement plus inaptées que les hommes.

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 40 ans, chez la femme de 40.5 ans et chez l'homme de 38 ans.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	3	12	9.5	13.5	11	11.5	12	10	16	1.5	0

→ ventilation par poste :

Postes	46	52	54	55	56	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	3.5	1	1	6	54	0	8	1.5	0.5	1	20	3.5

54% des salariés travaillent en tant que personnels des services directs aux particuliers.

→ principales pathologies :

On retrouve des épisodes dépressifs (15%), des troubles anxieux (10%), des lésions de l'épaule (9%), des dorsalgies (8%), des mononévrites du MS (3.5%), des enthésopathies du MS (3.5%).

→ étude des facteurs :

On observe des contraintes physiques, mentales et organisationnelles : contraintes posturales et articulaires (27%), port de charges lourdes (18%), dysfonctionnement managérial (15%) et contraintes d'horaires et de durée de travail (6%). Dans 22% des cas, il n'y a pas de facteur.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 12.4% des cas à savoir :

- 65% d'aménagement de poste
- 24% d'aménagement d'horaire
- 0% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 1% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 43% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 33% des cas
- pour une autre raison dans 24% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 5.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 8.5% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 24% sont reconnus travailleurs handicapés.

g- transports terrestres (Naf 60) :

→ principaux sous secteurs :

- 38% dans les transports routiers de marchandises interurbains
- 22% dans les transports routiers de marchandises de proximité
- 11% dans les transports routiers réguliers de voyageurs
- 9% dans les transports urbains de voyageurs

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	156	85	83
Femmes	27	15	17

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 47 ans, 43 ans chez les femmes et 47.5 chez les hommes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	1	6	7	14	8	16	21	24.5	2	0.5

→ ventilation par poste :

Postes	52	54	55	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	1	3	0	2	1	79	5.5	3	0.5	5

On retrouve, naturellement, 79% de chauffeurs.

→ principales pathologies :

On retrouve des dorsalgies (20%), des atteintes des DIV (7%), des lésions de l'épaule (6%), des angines de poitrine (4%), des épisodes dépressifs (3%).

→ étude des facteurs :

Les principales nuisances sont : la manutention manuelle de charges (21%), les contraintes posturales et articulaires (10%) et la conduite (10%) ; dans 46% des cas il n'y a pas de facteurs.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 16% des cas à savoir :

- 54% d'aménagement de poste
- 3% d'aménagement d'horaire
- 11% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 32% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 63% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 26% des cas
- pour une autre raison dans 1% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 7% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 20% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 35.5% sont reconnus travailleurs handicapés.

h- commerce de gros et intermédiaires du commerce (Naf 51) :

→ il n'y a pas de secteur particulier qui ressort au niveau de ce secteur d'activité.

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	82	58	69
Femmes	60	42	31

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 45 ans ; 42 ans chez les femmes et 47 ans chez les hommes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	2	8	10	14	11	11	13	30	1	0

→ ventilation par poste :

Postes	46	47	52	54	55	62	63	64	65	67	68	autres
pourcentage	13	6	0	10	8	3	1	23	13	11	3	9

23% des salariés occupent un poste de chauffeurs et 13% a une profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise.

→ principales pathologies :

On retrouve des dorsalgies (15%), des épisodes dépressifs (13%), des troubles anxieux (7%), des lésions de l'épaule (7%), des atteintes des DIV (6%), des gonarthroses (4%), des enthésopathies des MS (4%).

→ étude des facteurs :

On retrouve des contraintes physiques : manutention manuelle de charges (29%), des contraintes posturales et articulaires (17%) et la conduite (6%) ; et des contraintes mentales et organisationnelles : dysfonctionnement managérial (13%). Il n'existe pas de facteur dans 24% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 19% des cas à savoir :

- 43.5% d'aménagement de poste
- 0% d'aménagement d'horaire
- 17.5% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 39% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait::

- d'un refus du salarié dans 33.5% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 48% des cas
- pour une autre raison dans 18.5% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 3.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 20% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 24% sont reconnus travailleurs handicapés.

i- agriculture (Naf 01) :

→ principaux sous secteurs :

- 23% de culture de légume, maraîchage
- 19% dans l'élevage de volaille
- 11% dans la réalisation et l'entretien de plantations ornementales

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)
Hommes	74	56
Femmes	59	44

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 45 ans, chez les femmes de 44 ans et chez les hommes de 45.5 ans.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	3	7	13	12	11	12	18	23	1	0

→ ventilation par poste :

Postes	52	54	55	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	0	0	1	1	9	1	1.5	7	1	73	5.5

73% sont ouvriers agricoles

→ principales pathologies :

On retrouve des dorsalgies (18%), des lésions de l'épaule (11%), des atteintes articulaires (douleur) (7.5%), des épisodes dépressifs (7.5%), des atteintes des DIV (7%), des enthésopathies des MS (4%), des troubles anxieux (4%) et des asthmes (4%).

→ étude des facteurs :

Les contraintes sont principalement physiques : contraintes posturales et articulaires (35%), port de charges (21%). Il n'y a pas de nuisance dans 20% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 17% des cas à savoir :

- 65% d'aménagement de poste
- 10% d'aménagement d'horaire
- 5% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 20% d'aménagements d'autres types

Un aménagement de poste aurait souvent été possible mais peu de formation aurait pu être proposées.

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 43% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 35% des cas
- pour une autre raison dans 22% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 3% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 13.5% en invalidité catégorie 2.

Il y a peu de salarié mis en invalidité dans ce secteur.

- COTOREP : 27% sont reconnus travailleurs handicapés.

j- travail des métaux (Naf 28) :

→ principaux sous secteurs :

- 16% dans la fabrication de constructions métalliques
- 13% dans la mécanique générale
- 12% dans la chaudronnerie-tuyauterie

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	87	73	84
Femmes	32	27	16

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 44 ans, 46 ans chez les femmes et 43 ans chez les hommes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	0	5	6	9	13	17	16	14	20	0	0

→ ventilation par poste :

Postes	48	52	54	55	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	3	0	2	1	34	8	2	7	38	2.5	0	2.5

Les principaux postes sont : les ouvriers non qualifiés de type industriel (38%) et les ouvriers qualifiés de type industriel (34%).

→ principales pathologies :

On retrouve des lésions de l'épaule (13%), des dorsalgies (12%), des épisodes dépressifs (11%), des enthésopathies des MS (6%), des atteintes des DIV (5%), et des troubles anxieux (4%).

→ étude des facteurs :

On observe surtout des contraintes physiques : contraintes posturales et articulaires (31%) et de la manutention (18%) mais aussi des contraintes mentales : la violence psychologique (8%) et les problèmes de management (7%). On ne compte aucune nuisances dans 27% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 22% des cas à savoir :

- 36.5% d'aménagement de poste
- 0% d'aménagement d'horaire
- 27% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 36.5% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 50% des cas,

- d'un refus de l'employeur dans 29% des cas,
- pour une autre raison dans 21% des cas.

→ statut du salarié :

- invalidité : 2.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 13% en invalidité catégorie 2.
- COTOREP : 36% sont reconnus travailleurs handicapés.

k- commerce et réparation automobile (Naf 50) :

→ principaux sous secteurs :

- 39% dans l'entretien et la réparation de véhicules automobiles
- 29% dans le commerce de véhicules automobiles
- 14% dans le commerce de gros d'équipements automobiles.

→ ventilation par sexe :

	Inaptitudes déclarées (n)	Inaptitudes déclarées (%)	Effectif salariés (%)
Hommes	72	84	79
Femmes	14	16	21

→ ventilation par âge :

La moyenne d'âge est de 43 ans, 41 ans chez les femmes et 43 ans chez les hommes.

âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65
pourcentage	1	10.5	3.5	9	10.5	13	16.5	22	12	2	0

→ ventilation par poste :

Postes	47	52	54	55	62	63	64	65	67	68	69	autres
pourcentage	5	0	9	13	2	45	1	2	10.5	7	0	5.5

→ principales pathologies :

On retrouve des épisodes dépressifs (19%), des dorsalgies (12%), des atteintes des DIV (9%), de la souffrance mentale (6%), des troubles anxieux (5%) et des lésions de l'épaule (5%).

→ étude des facteurs :

On retrouve des contraintes physiques posturales et articulaires (22%) ainsi que de manutention (15%) et des contraintes organisationnelles avec un dysfonctionnement managérial dans 16% des cas. Il n'y a pas de facteurs dans 27% des cas.

→ aménagement :

Il aurait été possible dans 22% des cas à savoir :

- 29% d'aménagement de poste
- 12% d'aménagement d'horaire
- 18% de formation
- 0% d'abattement de salaire
- 41% d'aménagements d'autres types

Cet aménagement n'a pas été réalisé du fait :

- d'un refus du salarié dans 42% des cas
- d'un refus de l'employeur dans 32% des cas
- pour une autre raison dans 26% des cas

→ statut du salarié :

- invalidité : 3.5% des salariés sont en invalidité catégorie 1 et 13% en invalidité catégorie 2.

Peu de salariés sont en invalidité.

- COTOREP : 22% sont reconnus travailleurs handicapés.

V- DISCUSSION

L'objet de cette enquête est de décrire la population des inaptes définitifs afin de dégager des axes de réflexion visant à améliorer le maintien dans l'emploi.

En 2002 et 2003 nous n'avons inclus dans l'étude que les salariés de plus de 50 ans et les salariés déclarés inaptes pour souffrance mentale, cibles qui nous semblaient prioritaires. Nous avons ainsi pu établir la faisabilité de l'étude ainsi que les « imperfections » que nous avons tenter de corriger lors de l'enquête réalisée en 2004.

Au vu des résultats de l'enquête de 2004, nous avons pu constater que les deux types de populations ciblées dans l'étude préliminaire étaient pertinents.

Nous nous attarderons donc à l'étude réalisée en 2004.

1- Caractéristiques socio démographiques :

a- le sexe :

Les enquêtes réalisées dans le Puy de Dôme [18] de 1993 à 1996, dans la région Midi Pyrénées [B] en 1994 et 1995, en Bretagne [C] en 1996 et 1997 et dans la région Nord Pas de Calais en 1994 [19] retrouvent des chiffres équivalents :

- 63% d'hommes en Auvergne,
- 65.7% d'hommes dans la région Midi Pyrénées (56.4% d'hommes salariés dans cette région),
- 68% d'hommes en Bretagne (population salariée à 56% d'hommes),
- 68% d'hommes dans la région Nord Pas de Calais (contre 58% d'hommes actif dans la région).

Nos résultats diffèrent puisque nous retrouvons 51% d'hommes (pour une population active à 57% d'hommes).

On peut rapprocher ces résultats à une enquête, plus récente que celles citées ci-dessus, réalisée en 2003 en région Aquitaine [D] et qui observe une répartition des sexes avec 55.2% d'hommes (pour une population active à 52% d'hommes).

On constate donc que les femmes sont de plus en plus concernées par les problèmes d'inaptitude au poste de travail (49% dans notre étude et 44.8% dans l'étude réalisée en région Aquitaine).

Une des explications peut être l'augmentation des affections mentales responsables d'inaptitude (21% dans notre étude) qui sont plus souvent rencontrées chez les femmes.

b- l'âge :

Les études réalisées en Auvergne [18] et en Aquitaine [D] retrouvent des chiffres identiques : les inaptes ont 45 ans en moyenne (avec une population témoin à 39 ans de moyenne pour l'étude réalisée en Aquitaine).

L'enquête réalisée dans le Var [20] observe une moyenne à 47 ans (l'âge moyen étant de 35 ans dans la population générale surveillée par le service interentreprises).

Notre enquête retrouve, de même, une moyenne d'âge à 45 ans (avec un écart type de 11 ans) et particulièrement des salariés de plus de 50 ans (45.5% ont plus de 50 ans) avec un pic entre 55 et 59 ans.

Cet âge avancé des inaptes est confirmé par l'étude réalisée en Midi Pyrénées [B] qui retrouve 42.5% de salariés inaptes de plus de 50 ans avec une prévalence des salariés de plus de 55 ans et par l'enquête d'Aquitaine qui note 44.76% des inaptitudes chez les plus de 50 ans.

Ceci s'explique en partie du fait du vieillissement de la population active et de l'allongement de la durée de travail.

Il nous semble aussi que, après 57 ans, le versant social est pris en compte par le médecin du travail. En effet, à l'heure actuelle, le maintien des indemnités chômage à un « taux satisfaisant » ne se fait plus qu'à partir de 57 ans. C'est pourquoi on remarque un nombre plus important de salariés inaptes à 57 ans.

c- les secteurs d'activité :

Les trois enquêtes réalisées en Auvergne [18], Bretagne [C] et Aquitaine [D] retrouvent trois secteurs prédominants : la construction, le commerce et les services ; ce qui est corroboré par nos résultats.

Nous retrouvons en plus le secteur de la santé et des industries alimentaires.

d- les postes de travail :

On note une nette prédominance des ouvriers parmi les salariés inaptes dans les différentes études : 65.4% dans l'enquête bretonne, 60% dans celle du Nord Pas de Calais [19], 56% dans celle réalisée en Aquitaine (contre 30% dans la population témoin) et 47% en Auvergne (alors qu'ils ne représentent que 21% des salariés suivis dans le service).

Nos chiffres qui s'élevaient à 59% pour les ouvriers corroborent ces résultats.

Leur faible niveau de formation et l'exigence physique des postes limitent les possibilités de reclassement dans l'entreprise.

2- les pathologies :

Les problèmes ostéo-articulaires (associant pathologies rhumatologiques et lésions traumatiques) prédominent nettement dans toutes les études, de 50 à 70%, avec en premier lieu la pathologie rachidienne.

Cette tendance a largement été étudiée dans la région Pays de la Loire avec des enquêtes sur les maladies professionnelles et sur les maladies à caractère professionnel qui retrouvaient toutes, comme premières pathologies, les troubles musculo-squelettiques (principalement ceux du rachis et des membres supérieurs). Ce qui peut s'expliquer par l'existence d'un grand nombre d'entreprises dans les secteurs de l'agroalimentaire et de la construction qui sont très pourvoyeurs de contraintes physiques.

On retrouve en deuxième place les pathologies psychiatriques et en particulier les syndromes dépressifs, mais dans des proportions différentes. En effet, lors des études réalisées il y a une dizaine d'années, on retrouvait de 7 à 14% de troubles mentaux alors que l'enquête réalisée en 2003 en Aquitaine [D] retrouvait 24.5% d'affections mentales tout comme notre étude qui en retrouve 21%.

On assiste à une dégradation des conditions de travail et donc de la santé mentale des salariés du fait de changements organisationnels et de problèmes relationnels de plus en plus fréquents.

3- les facteurs :

Les contraintes physiques sont les plus fréquentes, comme dans l'enquête réalisée en Aquitaine [D]. Ces facteurs (répétitivité, force, postures, vibrations) favorisent l'apparition de troubles musculo-squelettiques.

Malgré l'évolution vers l'amélioration des conditions de travail, on observe encore un grand nombre de contraintes physiques.

Les contraintes mentales sont aussi très présentes, principalement associées aux pathologies psychiatriques mais aussi aux affections ostéo-articulaires. Elles génèrent de la

« souffrance psychique » au travail qui peut aussi aggraver des pathologies existantes. Il est donc très important de les rechercher activement car leur pérennisation est délétère pour la santé de tout travailleur.

On remarque aussi que c'est entre 55 et 59 ans que les contraintes d'horaires et de durée de travail ainsi que celles dues à l'organisation du temps dans le travail (rythme, cadence, surcharges) sont les plus fréquentes. En effet, le dossier « pénibilité au travail » du Conseil d'Orientation des Retraites indique que les horaires atypiques ont des répercussions sur la qualité du sommeil (diminué du fait du vieillissement) et sur le niveau de vigilance et les contraintes temporelles suppriment les marges de manœuvre indispensables à la mise en place de mesure d'anticipation sur ce que les salariés vont avoir à faire [e].

4- Aménagement de poste :

Un aménagement aurait été possible dans 18% des cas avec un refus de l'employeur dans 35% des cas. Un certain nombre d'inaptitude aurait donc pu être évité.

Peut être l'employeur méconnaît-il les aides au reclassement professionnel existantes.

La COTOREP propose de nouvelles formations, l'AGEFIPH aide à l'aménagement de postes de travail et peut fournir des aides financières directes.

Les Programmes Départementaux d'Insertion animés par des conseillers départementaux particulièrement efficaces sont au service des personnes handicapées pour favoriser leur insertion au sein des entreprises.

Le maintien dans l'emploi est très important d'autant plus que le salarié est âgé car on sait qu'il aura alors plus de difficultés à retrouver un emploi.

On compte 49% de refus du salarié d'aménagement de son poste c'est à dire qu'un salarié sur deux se trouve trop « usé » pour continuer son travail.

35% des refus sont réalisés par des salariés de plus de 50 ans.

La proportion de « refus par le salarié » est à peu près équivalente dans les différentes classes d'âge, avec toutefois une petite prédominance entre 55 et 59 ans.

5- Statut du salarié déclaré inapte :

a- invalidité :

26% des salariés déclarés inaptes sont en invalidité catégorie 1 ou 2.

Cette proportion est plus importante que dans l'étude Midi-Pyrénées (18.5%) et Aquitaine (19.7%).

Ce qui tendrait à montrer que les salariés mis en inaptitude dans la région des Pays de la Loire souffrent de pathologies importantes.

b- COTOREP :

Les démarches vers la COTOREP sont peu nombreuses, elles concernent 28% des salariés inaptes (25.9% dans l'enquête d'Aquitaine).

Les femmes sont moins orientées vers la COTOREP (22%) que les hommes (34%) ce qui confirme les études réalisées en Aquitaine [D] et en Midi-Pyrénées [C].

Seulement 18% des inaptes de plus de 50 ans sont reconnus travailleurs handicapés contre 35.5% des moins de 50 ans ; ces chiffres vont dans le sens des études d'Aquitaine [D] où 81% des salariés inaptes de plus de 55 ans n'étaient pas orientés vers la COTOREP et 80.4% des plus de 50 ans dans l'enquête Midi-Pyrénées [C].

50% des salariés souffrant de lésions traumatiques sont orientés vers la COTOREP et par contre seulement 9% des salariés souffrant d'affections mentales le sont.

VI- CONCLUSION

Au terme de cette enquête, nous avons pu faire les constatations suivantes :

- les salariés de plus de 50 ans sont les plus concernés par les inaptitudes,
- la pathologie ostéoarticulaire reste prédominante avec toutefois une nette progression des affections mentales, principalement dépressives, depuis une dizaine d'années,
- les secteurs d'activité les plus concernés sont la construction pour les hommes et le commerce de détail pour les femmes,
- les postes de travail à composante manuelle (ouvriers en général) sont les plus représentés ; si on rentre dans le détail, les hommes occupent les postes d'ouvriers qualifiés de type artisanal et les femmes de personnels de services directs aux particuliers.

Au total, les salariés les plus concernés par l'inaptitude en Pays de la Loire sont les hommes de plus de 55 ans, qui travaillent dans la construction comme ouvriers et les femmes de plus de 55 ans, travaillant dans le commerce comme employées.

On sait que les conséquences de cet avis d'inaptitude sont lourdes puisqu'il engendre un risque très important de perte d'emploi.

Il est donc essentiel de bien connaître la population à risque afin de pouvoir réagir tôt et faire intervenir les différents acteurs du maintien dans l'emploi précocement. De nombreux intervenants peuvent aider au reclassement : le médecin traitant, le médecin conseil, le médecin du travail, la COTOREP, la CRAM, l'AGEFIPH...

L'implication de l'employeur dans ces démarches en l'informant sur tout les outils existants est nécessaire et permettra un meilleur « maintien dans l'emploi ».

Au vu de la réforme des retraites, qui amènera le salarié à travailler jusqu'à 65 ans, il paraît primordial d'améliorer les conditions de travail, tant physiques qu'organisationnelles ainsi que la formation professionnelle. Ceci afin de préserver l'état de santé du salarié vieillissant sans altérer celle du plus jeune sur qui pourrait glisser un certain nombre de contraintes, physiques en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **PARANT Ch, LARCHE-MOCHEL M, BENEZEC M.** La notion d'aptitude médicale en médecine du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°1, 54-56.
- 2- **SIGNOURET M.** L'avis d'aptitude. *Arch. Mal. Prof.*, 1992, 53, n°1, 30-31.
- 3- **LARCHE-MOCHEL M, PARANT Ch, BENEZEC M, DOIGNON J.** Les conséquences pour le salarié et pour l'employeur de l'avis formulé par le médecin du travail sur la « fiche d'aptitude ». *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°1, 56-58.
- 4- **BLAIZOT M, BONNIN C.** A propos des inaptitudes. Une conférence du doyen Henry Blaise. *Revue de Médecine du Travail*, tome XIX, n°5, 1992, 239-245.
- 5- **BOURGEOT S.** Les avis sur l'aptitude du salarié délivrés par le médecin du travail. *Cahiers de Médecine Interprofessionnelles*, 2002-2, 181-192.
- 6- **SAUX M, BANIERE J, GUIU J, BROCHARD P.** Considérations sur le concept d'aptitude des salariés hors de l'hexagone. *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°2, 90.
- 7- **LARCHE-MOCHEL M, DALM C, EVALDRE-ESPAGNO M.** L'aptitude en question ? *Arch. Mal. Prof.*, 1994, 55, n°8, 625-634.
- 8- **BOURDILLON F, DOMERGUE J.M., PASCUAL M, SANDRET N.** L'aptitude. *Arch. Mal. Prof.*, supplément 1 déc 1997, 58, 50-53.
- 9- **LARCHE-MOCHEL M.** Le métier de médecin du travail et l'éthique. *Arch. Mal. Prof.*, 1997, 58, n° 1-2, 2-4.
- 10- **SEILLAN H.** La médecine du travail peut-elle être une médecine d'exclusion ? *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°1, 51-54.
- 11- **ABECASSIS P, BROM M, CREN S, SANDRET N.** L'aptitude en question. *Les Cahiers S.M.T.*, mai 2002, n°17, 29-31.

- 12- BOSCHER A, LEBAUPAIN C, LOIZEAU M, MACE M, VANHAELEWYN M.**
Aptitude ou sélection : quels moyens pour quelle logique ? *Revue de médecine du travail*, 1997, tome XXIV, n°1, 18-20.
- 13- DAVEZIES P.** Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Revue de médecine du travail*, 2000, tome XXVII, n°3, 104-108.
- 14- LARCHE-MOCHEL M, DOIGNON J, BENEZECH M, PARANT Ch.** La notion de consentement éclairé peut-elle être appliquée par le médecin du travail lors de l'avis d'inaptitude ? *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°1, 58.
- 15- PARANT C.** L'aptitude : conception uniciste ou conception pluraliste. *Arch. Mal. Prof.*, 1994, 55, n°8, 625-627.
- 16- DAVEZIES P, DULERY J.P., HUEZ D, PASCUAL M, SANDRET N.** Pour en finir avec l'aptitude médicale. *Santé et Travail*, avril 1998, n°23, 61-63.
- 17- LEPORS N, FUMERY B, BONNIN C.** Groupe de travail « Aptitude - Ethique » de l'APMT-BTP Paris. *Revue de Médecine du Travail*, 1995, tome XXII, n°3, 167-169.
- 18- GOURDON M, REGEARD E.** Devenir socio-professionnel des salariés déclarés inaptes par le médecin du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1999, 60, n°2, 136-138.
- 19- FIENGO T, HENNION T, HIAULT A, MONIEZ A, EDME J.L. :** Evaluation des conséquences des inaptitudes au poste de travail dans la Région Nord-Pas-de-Calais. Thème n°1 des XXIVèmes journées nationales de médecine du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1997, vol 58, supplément 1, 215-216.
- 20- VIOLA A, METAYER L. :** Portrait des inaptes définitifs dans le Var en 1996. *Arch. Mal. Prof.*, 1999 ; 60, n°8, 760-767.

Revues :

1r- TRANS-IT : Le point sur l'inaptitude médicale, DRTEFP des Pays de la Loire, mars 1998.

2r- circulaire DRT n° 93/11 du 17/03/93 concernant le contrat de travail, la maladie et l'inaptitude physique du salarié.

3r- Cahiers Prud'homaux de 01/98 : L'incidence de l'inaptitude médicale à l'emploi sur le contrat de travail

Thèses et mémoires :

A- **HOLVOET J.** : Les salariés déclarés "apte avec réserve" dans les Pays de la Loire en 1995 et leur devenir en 1997. A propos de 741 cas.

B : **MOULENE G.** : Inaptitude totale et définitive : Enquête transversale dans la région Midi-Pyrénées portant sur 230 salariés : évaluation des critères et de la pertinence du questionnaire. Thèse de médecine du travail, 1996, Toulouse 3.

C- **LAVENAIRE E.** : Inaptitude médicale : à propos d'une enquête sur 671 déclarations d'inaptitude par les médecins du travail. Mémoire de Médecine du travail, 1999, Rennes.

D- **EXNER C.** : Inaptitudes médicales totales et définitives en 2003 en région Aquitaine : enquête portant sur 1754 déclarations d'inaptitudes. Mémoire de Médecine du travail, 2004, Bordeaux 2.

Références de sites internet :

a- la délivrance de l'avis d'aptitude et d'inaptitude

<http://www.inrs.fr>

b- invalidité et inaptitude, circulaire DRT n° 94-13 du 21 novembre 1994

<http://juristprudence.online.fr>

c- L'inaptitude

<http://www.cmti06.com>

d- statistique annuelle par zone géographique Unedic 2004

<http://unistatis.orsid.com>

e- pénibilité au travail

<http://www.cor-retraites.fr>

ANNEXES

Annexe 1 : 1^{er} courrier associé aux fiches de déclarations d'inaptitude, adressés aux médecins du travail en 2003

Annexe 2 : les divisions des secteurs d'activité (NAF 60)

Annexe 3 : 2^{ème} courrier associé à la fiche de déclaration d'inaptitude 2004.

Annexe 4 : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS).

Annexe 5 : code des agents

Annexe 6 : Abréviations

Annexe 1



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité



Direction
régionale du travail,
de l'emploi
et de la formation professionnelle
des Pays-de-la-Loire

Inspection Médicale Régionale
du travail et de la Main d'Oeuvre

Atlantica II,
26 boulevard Vincent-Gâche
B.P. 46339
44263 Nantes cedex 2

Téléphone 02 40 41 72 39
Télécopie 02 40 89 22 44

Internet : www.drtefp-paysdelaloire.travail.gouv.fr

Services d'information
du public :
Info Emploi : 0 825 347 347
(0,99 F/min)
3615 Emploi
(1 F/min, Modulo : 0,50 F/min)
Internet : www.travail.gouv.fr

Les Médecins Inspecteurs Régionaux
du Travail et de la Main-d'œuvre

A l'attention des médecins du travail

Nantes, le 17/02/03

Cher Confrère,

Les évolutions à attendre de la santé au travail (démographie des salariés, vieillissement de la population, émergence de nouvelles pathologies) nous amènent à nous interroger sur les causes d'**inaptitude** prononcées par les médecins du travail dans deux situations particulièrement préoccupantes :

1. l'inaptitude chez les **travailleurs de plus de 50 ans** (toutes causes confondues).
2. l'inaptitude prononcée dans le cadre d'une **souffrance mentale au travail**.

Pour ce faire, nous vous demandons de nous communiquer, à l'aide des « formulaires simplifiés » joints :

- les cas d'inaptitude constatés durant l'année 2002.
- **chaque nouveau cas** à partir de 2003.

relatifs à l'un des cas précédemment décrits.

Nous vous remercions de nous retourner ces questionnaires avec la mention « 0 » cas, si vous n'avez eu aucune inaptitude à prononcer, ceci afin de nous permettre une approche statistique pertinente ; les résultats annuels de ce travail vous seront bien évidemment communiqués.

Comptant sur votre bienveillante collaboration, nous vous prions de croire, Cher Confrère, à notre sincère considération.

Les Médecins Inspecteurs Régionaux
du Travail et de la Main-d'œuvre

Annexe 1

DECLARATION D'INAPTITUDE.

AGE > 50 ANS

Age : <input type="text"/>
SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
SECTEUR D'ACTIVITE (Code NAF)
PROFESSION :
POSTE :
PATHOLOGIE – SIGNES CLINIQUES :
CAUSES DE L'INAPTITUDE :

MEDECIN DU TRAVAIL :

Annexe 1

DECLARATION D'INAPTITUDE.

SOUFFRANCE MENTALE

Age : <input type="text"/>
SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
SECTEUR D'ACTIVITE (Code NAF)
PROFESSION :
POSTE :
PATHOLOGIE – SIGNES CLINIQUES :
FACTEURS FAVORISANTS :

MEDECIN DU TRAVAIL :

Annexe 2

- 01 Agriculture, chasse, services annexes
- 02 Sylviculture, exploitation forestière, services annexes
- 05 Pêche, aquaculture, services annexes
- 10 Extraction de houille, de lignite et de tourbe
- 11 Extraction d'hydrocarbures ; services annexes
- 12 Extraction de minerais d'uranium
- 13 Extraction de minerais métalliques
- 14 Autres industries extractives
- 15 Industries alimentaires
- 16 Industrie du tabac
- 17 Industrie textile
- 18 Industrie de l'habillement et des fourrures
- 19 Industrie du cuir et de la chaussure
- 20 Travail du bois et fabrication d'articles en bois
- 21 Industrie du papier et du carton
- 22 Edition, imprimerie, reproduction
- 23 Cokéfaction, raffinage, industries nucléaires
- 24 Industrie chimique
- 25 Industrie du caoutchouc et des plastiques
- 26 Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques
- 27 Métallurgie
- 28 Travail des métaux
- 29 Fabrication de machines et d'équipements
- 30 Fabrication de machines de bureau et de matériel informatique
- 31 Fabrication de machines et appareils électriques
- 32 Fabrication d'équipements de radio, télévision et communication
- 33 Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique et d'horlogerie
- 34 Industrie automobile
- 35 Fabrication d'autres matériels de transport
- 36 Fabrication de meubles ; industries diverses
- 37 Récupération
- 40 Production et distribution d'électricité, de gaz et de chaleur
- 41 Captage, traitement et distribution d'eau
- 45 Construction
- 50 Commerce et réparation automobile
- 51 Commerce de gros et intermédiaires du commerce
- 52 Commerce de détail et réparation d'articles domestiques
- 55 Hôtels et restaurants
- 60 Transports terrestres
- 61 Transports par eau
- 62 Transports aériens
- 63 Services auxiliaires des transports
- 64 Postes et télécommunications
- 65 Intermédiation financière
- 66 Assurance
- 67 Auxiliaires financiers et d'assurance
- 70 Activités immobilières
- 71 Location sans opérateur
- 72 Activités informatiques
- 73 Recherche et développement
- 74 Services fournis principalement aux entreprises
- 75 Administration publique
- 80 Education
- 85 Santé et action sociale
- 90 Assainissement, voirie et gestion des déchets
- 91 Activités associatives
- 92 Activités récréatives, culturelles et sportives
- 93 Services personnels
- 95 Activités des ménages en tant qu'employeur de personnel domestique
- 99 Activités extra-territoriales

Annexe 3



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail
et de la Main d'œuvre

à

Monsieur le

Nantes, le 26 février 2004

Objet : Etude « Inaptitudes »

Chers Confrères,

Merci à tous pour votre participation à l'Etude « Inaptitudes 2002-2003 ». Grâce à vous, 3060 fiches ont été saisies : 2218 inaptitudes de salariés de plus de 50 ans , 842 pour souffrance mentale, provenant de 340 médecins du travail.

L'analyse statistique a commencé pour les sujets de plus de 50 ans. Les pathologies responsables de l'Inaptitude selon les premières approches sont les maladies rhumatologiques dont beaucoup de TMS, suivies des troubles anxieux et/ou dépressifs, du diabète et des maladies cardiovasculaires comme l'HTA ou les séquelles d'infarctus.

Nous vous présenterons des résultats plus documentés au Congrès de La Rochelle en Avril prochain.

Par ailleurs, une analyse particulière sera faite pour le BTP, qui sera présentée à la Commission de Contrôle de l'AMEBAT en mai.

Nous avons décidé de poursuivre ce travail en l'élargissant.

En 2004, nous attendons la déclaration de toutes vos inaptitudes définitives, quelles qu'en soient les causes et quel que soit l'âge des patients.

Voici la nouvelle fiche de déclaration, simplifiée afin de ne pas induire pour vous un travail supplémentaire.

Faites en dès aujourd'hui des photocopies, afin de pouvoir l'utiliser aussitôt que vous en aurez besoin.

Il est inutile de refaire une déclaration pour les patients dont nous vous avez déjà envoyé la fiche depuis début 2004, ces données seront prises en compte.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des remarques ou des questions.

Merci encore, nous comptons sur vous.

Bien fraternellement,

Dr Annie TOURANCHET

Dr Jean Yves DUBRE

Claire CORMIER et Catherine VRCHOVSKY, internes

Annexe 3

DECLARATION D'INAPTITUDE DEFINITIVE

ANNEE 2004

(Toutes causes - Tous âges)

Age :	
SEXE :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
SECTEUR D'ACTIVITE (Code NAF)	
POSTE DE TRAVAIL :	
PATHOLOGIES SIGNES CLINIQUES (en lien avec l'inaptitude, à hiérarchiser) :	
1/.....	
2/.....	
3/.....	
CONDITIONS DE TRAVAIL AYANT FAVORISE L'INAPTITUDE :	
1/.....	
2/.....	
3/.....	
AMENAGEMENT DE POSTE DE TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE :	
Aurait-il été possible ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI : quel type ?	<input type="checkbox"/> Aménagement de poste <input type="checkbox"/> Aménagement d'horaires <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Abattement de salaire <input type="checkbox"/> Autre :.....
Pourquoi cela n'a-t-il pas été réalisé ?	<input type="checkbox"/> Refus de l'employeur <input type="checkbox"/> Autre raison, préciser :
INVALIDITE :	<input type="checkbox"/> 1° Catégorie <input type="checkbox"/> 2° Catégorie
RECONNAISSANCE TH COTOREP :	<input type="checkbox"/>

MEDECIN DU TRAVAIL : NOM ET CACHET

DATE DE L'INAPTITUDE :

Annexe 4

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles

Niveau 4 postes		Niveau détaillé	
Cadres et professions intellectuelles supérieures		23	Chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus
		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 d'entreprises
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises
		42	Instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
Professions intermédiaires		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		47	Techniciens
		48	Contrôleurs, agents de maîtrise
		52	Employés civils et agents de services de la fonction publique
		53	policiers et militaires
Employés		54	Employés administratifs d'entreprises
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
		62	Ouvriers qualifiés de type industriel
Ouvriers		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

Annexe 5

Codes des agents

Facteurs organisationnels et relationnels (01 – 06 et 35 – 36)		
01	Horaires et durée de travail	Durée variable de travail hebdomadaire, Travail posté, Travail dimanche et jours fériés (même occasionnellement), Travail samedi (même occasionnellement), Travail la nuit (même occasionnellement), Choix ou non des horaires, Repos ou non d'au moins 48 heures consécutives, Connaissance ou non des horaires de travail des jours ou semaines à venir, Travail plus longtemps que l'horaire officiellement prévu, Astreintes, Temps partiel imposé.
02	Organisation du temps dans le travail : rythme / cadence / surcharge ≠ des gestes répétitifs (contraintes articulaires)	Rythme de travail imposé par <ul style="list-style-type: none"> - le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, - la cadence automatique d'une machine, - d'autres contraintes techniques, - la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, - des normes de production ou des délais, à respecter - une demande extérieure, - les contrôles ou surveillances permanents, - un contrôle ou un suivi informatisé, Pas de possibilité d'interrompre momentanément le travail quand on le souhaite, Surcharge de travail, Etre obligé de se dépêcher, Occuper différents postes ou fonctions (polyvalence), Devoir emporter du travail chez soi en raison de la charge de travail, Devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue, Ne pas avoir la possibilité de faire varier les délais fixés.
03	Faibles marges d'initiative Faible latitude décisionnelle	Ne pas pouvoir régler personnellement un incident survenu au cours du travail, Ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches à accomplir pour mener à bien le travail, Conséquences importantes des erreurs dans son travail (en termes de qualité du produit ou du service, de coûts financiers, de sécurité, de sanctions à son égard), Devoir rendre compte de son activité par écrit.
04	Dysfonctionnement managérial / Problème de collectif de travail	Défaut d'encadrement ou de soutien social, Défaut de communication, Management par le stress, Ne pas pouvoir discuter facilement avec ses supérieurs hiérarchiques ou ses collègues, Ne pas avoir des informations claires et suffisantes pour effectuer le travail, Ne pas avoir un nombre suffisant de collègues ou de collaborateurs,

Annexe 5

		Ne pas avoir la possibilité de coopérer, Ne pas avoir des moyens matériels suffisants et adaptés, Ne pas avoir une formation suffisante et adaptée.
05	Contacts avec le public en cas de contacts de vive voix ou par téléphone avec le public (exclure les malades si l'on est soignant)	Vivre des situations de tension dans ses rapports avec le public, Etre exposé à un risque d'agression verbale de la part du public, Etre exposé à un risque d'agression physique de la part du public.
06	Facteurs économiques et sociaux	Restructuration de l'entreprise / Changement d'organisation Difficultés liées à un changement d'emploi Difficultés liées à la menace de perte d'emploi Conflits sociaux majeurs Fusion / Rachat / Changement de poste / Grève
35	Violence psychologique	Critiques permanentes, Harcèlement moral invoqué, Mise au placard, Ordres contradictoires, Non reconnaissance du travail, Agressions verbales répétées, Conflit interpersonnel, Harcèlement sexuel et harcèlement sexuel invoqué.
42	Violence physique	Coups et menaces de coups Hold-up, Braquage.

Annexe 5

Ambiances et contraintes physiques (07 – 15)		
07	Nuisances sonores	Bruit de niveau supérieur à 85 décibels ; Bruit comportant des chocs, des impulsions ; Autre bruit gênant pour le salarié ; Ultra - sons.
08	Nuisances thermiques	Travail à l'extérieur, exposé aux intempéries ; Travail au froid (< +15° C) ; Travail au chaud (> +24° C) ; Travail en milieu humide.
09	Radiations / rayonnement	Radiations ionisantes ; Radiations non ionisantes.
10	Travail en air et espace contrôlés	Salle blanche ; Ambiance hyperbare ; Locaux climatisés ; Espace confiné.
11	Contraintes visuelles	Travail sur écran ; Travail avec appareils optiques (binoculaire, microscopique, autres) ; Autre travail de précision associant contraintes visuelles et posturales.
12	Manutention manuelle de charges	Cf. définition européenne
13	Contraintes posturales et articulaires	Position debout ou piétinement ; Déplacement à pied dans le travail ; Position à genoux ; Position fixe de la tête et du cou ; Maintien de bras en l'air ; Autres contraintes posturales (posture accroupie, en torsion ; Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée.
14	Travail avec machines et outils vibrants	Outils transmettant des vibrations aux membres supérieurs (tronçonneuse, meuleuse, clef à choc, marteau piqueur etc.) ; Vibrations créées par des installations fixes (concasseur, table vibrante, presse, malaxeur).
15	Conduite	Conduite de machine mobile sur le lieu de travail (engin de chantier, chariot automoteur) ; conduite sur la voie publique (automobile, camion, autocar, autobus, ambulance, etc.)

Annexe 5

Exposition à des agents biologiques (17)	
17 Exposition à des agents biologiques	<ul style="list-style-type: none">▪ Agents biologiques à la base du processus : Micro-organismes naturels ; micro-organismes génétiquement modifiés ; risque infectieux ; risque toxinique, risque immuno-allergique ;▪ Travail en milieu de soins, en secteur social ou au contact d'un réservoir humain : possibilité de contamination respiratoire par aérosol ; exposition à des liquides et tissus biologiques ;▪ Travail en contact d'un réservoir animal : contact direct avec animaux, risque de morsure, blessure, griffure ; exposition par gestes invasifs, exposition aux déjections, aérosols, exposition aux liquides ou tissus biologiques :▪ Secteur de l'assainissement et de la maintenance : Élimination des déchets, station d'épuration, égouts et fosses septiques, maintenance de climatisation, tours réfrigérantes, laboratoires d'analyses environnementales▪ Processus industriels associant production de poussières organiques et humidification (textile, papier, bois)▪ Professions exposant aux risques biologiques liés à des poussières végétales▪ Agroalimentaire Laboratoire d'agroalimentaire, industrie agroalimentaire.

Annexe 5

Exposition aux agents chimiques (18 – 33)		
18	Acides	Acide cyanhydrique et dérivés minéraux ; acides minéraux (chlorhydrique, sulfurique, nitrique, phosphorique, fluorhydrique...) ; acides organiques (acétique, formique, maléique, lactique...).
19	Bases	Bases fortes (notamment exposition à des vapeurs de soude, de potasse...) ; ammoniac et solutions aqueuses).
20	Carburants	Essence automobile et autres carburants (fuel, gazole, kérosène...).
21	Composés organiques volatils	Aldéhydes (formaldéhyde, glutaraldéhyde, aldéhyde acétique, acroléine...). Amines (aliphatiques, aromatiques) Dérivés halogénés et/ou nitrés (sauf produits phytosanitaires) (hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés ; phénols et dérivés halogénés et/ou nitrés ; polychlorobiphényles (PCB) et polybromodiphényles (PBB). Nitrosamines (sauf fumées de vulcanisation)
22	Fibres	Amiante, fibres céramiques, autres fibres minérales artificielles (verre, roche, laitier, carbone...)
23	Fluides de lubrification et de refroidissement	Fluides aqueux (émulsions, solutions) ; huiles entières minérales ; huiles entières synthétiques.
24	Gaz et fumées	Matières plastiques / caoutchouc Fumées de dégradation thermique des matières plastiques, fumées de vulcanisation Métalliques (fumées de soudage d'éléments métalliques) Moteurs thermiques (gaz d'échappement) Fumées dégagées par les procédés dans la métallurgie et l'électrometallurgie. Fumées dégagées par la combustion de végétaux
25	Halogènes	Brome, chlore, iode, fluor...
26	Matières plastiques	Plastifiants, résines acryliques, résines aminoplastes et phénoplastes, résines époxydiques, résines polyesters, résines polyuréthannes, résines diverses
27	Médicaments (usage et fabrication)	Cytostatiques Médicaments allergisants pour les salariés les manipulant
28	Métaux, métalloïdes, dérivés	Métalloïdes (arsenic et dérivés) Métaux (cadmium et dérivés, carbures métalliques frittés, chrome et dérivés, cobalt et dérivés, nickel et dérivés, nickel et dérivés, oxyde de fer, plomb et dérivés, autres métaux et dérivés (mercure, vanadium, aluminium, béryllium...))
29	Oxydants	Oxyde d'éthylène, ozone, persulfates de sodium et d'ammonium (notamment dans les produits capillaires), oxydants autres (eau oxygénée, eau de javel, peroxyde de benzoyle, de méthyléthylcétone...)
30	Poussières	Poussières animales (cuir, laine, plumes, duvet...) Poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...) Poussières végétales (coton, cisa, compost, tourbe, céréales, farine...) Silice cristalline Autres poussières minérales (engrais, terres rares...)
31	Produits phytosanitaires	Fongicides Herbicides Insecticides
32	Solvants	Alcools, Cétones

Annexe 5

		éthers de glycol, Hydrocarbures aliphatiques Hydrocarbures aromatiques Hydrocarbures chlorés Hydrocarbures pétroliers Hydrocarbures terpéniques Autres solvants
33	Agents chimiques SP	
34	Liants	ciment
36	Produits carbonés	goudrons de houille et dérivés, bitumes et brais de pétrole
37	tensioactifs	anioniques, cationiques et non ioniques

Annexe 6

AGEFIPH: Agence nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés

CIM 10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes – dixième révision

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CT : Code du Travail

DIV : disque intervertébral

DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

NAF : Nomenclature d'Activité Française

PCS : Professions et Catégories Socio-professionnelles

TMS : Troubles musculo-squelettiques

UNEDIC : Union Nationale pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce

NOM : **MORISE** épouse CORMIER

PRENOM : **CLAIRE**

Titre de thèse : Inaptitudes médicales définitives de 2002 à 2004 en région Pays de la Loire : enquête sur 6750 déclarations d'inaptitude.

RESUME

L'objectif de cette thèse est de décrire les principales caractéristiques des salariés inaptes en région Pays de la Loire, afin de dégager des axes de réflexion pour le maintien dans l'emploi.

Pour cela une première enquête a été réalisée en 2002 et 2003 à propos des inaptitudes chez les salariés de plus de cinquante ans et chez les salariés déclarés inaptes pour souffrance mentale, cibles qui nous paraissaient prioritaires. En 2004, nous avons étendu l'étude à toutes les inaptitudes (toutes causes et tous âges confondus).

Au total, les salariés les plus concernés par l'inaptitude sont d'une part les hommes entre 55 et 59 ans travaillant dans le secteur de la construction comme ouvriers, et d'autre part les femmes âgées de 55 à 59 ans, employées dans le commerce.

MOTS-CLES

INAPTITUDE MEDICALE DEFINITIVE - LEGISLATION - ENQUETE -
AGE - MAINTIEN DANS L'EMPLOI