

Peut-on accepter d'abandonner les travailleurs malades au bord de la route ?

Le souci de favoriser le maintien de l'emploi des salariés en évitant leur désinsertion professionnelle semble avoir frappé simultanément le MEDEF, la CNAMts, et les gouvernements successifs de Sarkozy puis Hollande. C'est pourtant une idée vieille comme les luttes syndicales que d'éviter que les salariés malades, accidentés ou handicapés ne soient doublement pénalisés en perdant de ce fait leur emploi. Et cela est d'autant plus injuste lorsqu'il s'agit d'une atteinte à la santé causée par les conditions de travail. Pour ce faire, la réglementation, les structures, les acteurs existent : nous les rencontrons quotidiennement. La protection renforcée légale et réglementaire de l'emploi des handicapés, ou des victimes d'AT-MP, de leurs droits au maintien dans leur poste, de leur emploi, de leur activité ou de leur formation et reconversion, est abondante. Les structures et les acteurs dans ou hors l'entreprise qui y contribuent sont nombreux (SAMETH, AGEFIPH, MDPH, PDITH etc.). Pourtant, deux acteurs principaux sont en situation stratégique :

1. Le médecin du travail est le seul professionnel en mesure d'identifier ce qui fait obstacle à ce qu'un salarié puisse garder son poste de travail sans risquer d'altérer davantage sa santé, comme de déterminer les conditions du maintien de son activité professionnelle du fait qu'il connaît à la fois le salarié, le poste et l'entreprise. En outre, la loi l'institue comme seul professionnel en droit de prononcer un avis sur ces questions, s'imposant à l'employeur et engageant sa responsabilité. L'avis d'aptitude est en effet le moyen légal de signaler à l'employeur que la mise en œuvre du contrat de travail doit être modifiée. Les restrictions d'aptitude, les inaptitudes relatives, temporaires ou totales, sont faites pour être levées par des améliorations des conditions de travail, voire des mutations de poste, des formations de reconversion dans l'établissement, l'entreprise ou le groupe.

2. L'employeur reste celui qui décide des conditions de travail, donc de leurs effets sur la santé. Il est seul à même de les modifier pour réduire le handicap professionnel^[1] en cause. Car le handicap perdure et s'aggrave lorsque l'employeur ne tient pas compte du déficit dont souffre le salarié malade ou accidenté. C'est donc à l'employeur de permettre un nouvel apprentissage professionnel sans perte d'emploi et/ou de salaire. C'est aussi lui qui doit, dans les cas où le maintien dans l'entreprise n'est pas possible, et que le licenciement pour inaptitude médicale au poste est prononcé, permettre au salarié inapte de jouir de ses droits par des mesures d'orientation, de formation et de reconversion rapides et efficaces. Quant à ceux dont l'état de santé fait perdre l'emploi et ne leur permet plus d'en retrouver, ils doivent bénéficier d'un revenu de substitution (invalidité de sécurité sociale, retraite, ARE).

Mais qu'en est-il aujourd'hui de la réalité de ces dispositions ?

Dans les services de santé au travail, notamment interentreprises (SIST), les médecins du travail sont de plus en plus sollicités pour des visites à la demande (des salariés, des médecins traitants ou des employeurs) afin de déterminer l'aptitude. Le CISME^[2] relève que 50% des visites sont « *non périodiques : visites de pré-reprise, visites de reprise, visites à la demande salariés-employeurs, visites d'embauche* ». Le même document prévoit que l'ensemble des visites de pré-reprise, reprises et à la demande, qui constitue en 2013 environ 35% des motifs de visite médicale du travail, passera à 42% en 2015, 60% en 2017 et 82% en 2019, date de la disparition des visites périodiques². Contrairement aux annonces dithyrambiques concernant la soi-disant priorité donnée par la nouvelle loi à la prévention primaire, l'activité du médecin du travail est donc prévue pour être essentiellement dédiée à la détermination des inaptitudes.

La comparaison,^[3] entre 2010 et 2011, des pourcentages des visites de reprise qui donnent lieu à une inaptitude fait plus que doubler (passant de 5% à 12%). Celui des visites à la demande fait plus que tripler (de 4% à 13%). Plus de 97% des avis d'inaptitude définitive sont délivrés lors d'une de ces visites^[4]. La grande majorité des décisions d'inaptitude est suivie d'un licenciement. Les 596 avis d'inaptitude définitive prononcés à l'ACIST (55 667 salariés suivis) de 2006 à 2008, ont abouti à 4% d'accès à la retraite, 7% de reclassement et 89% de licenciement. Parmi l'ensemble des salariés reconnus inaptes, 27% avaient de 40 à 49 ans, 38% plus de 50 ans, 25 % plus de 55 ans. En 2007, une étude a porté sur le devenir, 5 ans après l'avis d'inaptitude, de 269 cas prononcés entre 2000 et 2004 par les médecins d'un SIST d'Ile de France^[5]. Seuls 174 salariés ont été retrouvés (les plus jeunes). Parmi eux, le quart était encore en activité (1 seul de plus de 55 ans). 42,5 % étaient chômeurs.

Quel peut être l'avenir de ces chômeurs dont la perte d'emploi est due à un problème de santé et qui doivent trouver à s'employer passé 55 ans ? Alors que selon la Dares^[6] à la fin 2012, le nombre de chômeurs âgés de 55 ans ou plus a augmenté de 157% contre 22% pour les chômeurs plus jeunes. Même s'ils sont pris en charge comme travailleurs handicapés, il est quasi certain qu'ils ne retrouveront aucun emploi. La dispense de recherche d'emploi (DRE) accessible aux chômeurs âgés de plus de 57,5 ans a disparu définitivement en 2010. A l'exception de l'Allocation de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (ACAATA), il n'y a plus de dispositif de préretraite. L'invalidité ne peut pas s'obtenir pour des affections professionnelles (AT-MP). La pension de 1^{ère} catégorie (30% du salaire de référence) ne permet pas de subsister ; celle de 2^{ème} non plus pour les petits salaires, ou les personnes ayant travaillé à temps partiel (le plus souvent des femmes). Les dispositions scandaleuses de la soi-disant retraite « anticipée » (à 60 ans) pour « pénibilité » (en fait pour les accidents du travail et maladies professionnelles graves) n'ont pas été amendées. Le report à 65 ans de l'âge de départ à la retraite et à 67 ans sans décote introduit par la loi de 2010 conduit donc la grande majorité des salariés inaptes au travail de plus de 50 ans et tous ceux de 55 ans à ne pouvoir subsister jusqu'à leur retraite qu'avec le RSA ou l'AAH. Est-ce une fin de carrière acceptable ?

Pour aggraver cela la loi du 20 juillet 2011 organise la chasse aux arrêts de travail. « *En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de pré reprise **est organisée** par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié.* » (Article R.4624-20). La circulaire du 9/11/2012 en rajoute en précisant : « *Un examen de pré reprise **est obligatoirement organisé** pour le salarié placé en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois* ». Cette visite, bien que dépourvue de tout fondement légal, s'applique obligatoirement par voie de circulaire. Le médecin conseil qui repère le malade sur le simple critère de la durée de son arrêt, le convoque et organise par là-même son licenciement express. Le plus souvent, il prend directement le rendez-vous de pré-reprise en médecine du travail, et informe le malade et son médecin traitant de sa décision de consolider (l'AT-MP) ou de décréter l'arrêt de travail non justifié médicalement dans le mois qui suit la pré-reprise. Du fait de l'arrêt des Indemnités Journalières qui en découle, la reprise est décidée. Elle a lieu dans le mois qui suit la pré-reprise. Lors de la reprise, le nouvel Article R4624-31 peut s'appliquer^[7], l'inaptitude en une seule visite est prononcée et le malade se trouve licencié dans le mois qui suit. Ces dispositions sont valorisées par la COG au point d'en faire un critère individuel d'appréciation des médecins conseils^[8]. Elles mettent le médecin du travail dans une situation d'incapacité à l'exercice de sa fonction médicale. En effet, en précipitant l'avis d'inaptitude définitive sur des critères administratifs, elles contribuent à jeter précocement sur le « marché du travail » des salariés encore médicalement inaptes à leur poste.

Entre les plans sociaux qui multiplient les licenciements, y compris ceux des plus fragiles, les avis d'inaptitude sans maintien dans l'emploi des plus de 50 ans et les licenciements express des malades, les médecins du travail doivent-ils se résoudre à regarder passer « les futurs laissés pour compte ». Ceux qui dans 3 ans se retrouveront sans ressources et sans solutions, travailleurs malades, sans emploi, pas encore retraités et inemployables.

Ce ne sont pas les « comptes de prévention de la pénibilité », reportés *sine die*, et dont les décrets d'application sont en attente^[9] qui régleront ces questions urgentes. Des propositions concrètes existent (les 10 propositions du SLMT^[10]).

C'est maintenant que le gouvernement doit agir pour rétablir la DRE, ouvrir sans conditions l'accès à la retraite à 60 ans à taux plein à toutes les victimes d'AT-MP dont l'IP cumulée atteint 10%, imposer des mesures de maintien dans l'emploi ou de réelles formations de reconversion pour ceux qui ne peuvent plus pour des raisons de santé rester dans l'entreprise ou le groupe.

Le 16 février 2014

Groupe national Sauvons la médecine du travail

<http://www.slmt.fr>

contact@slmt.fr

^[1] Le handicap professionnel résulte de l'inadéquation entre les caractéristiques d'un poste de travail et l'état de santé actuel ou futur du salarié qui l'occupe. Contrairement aux idées reçues l'une et l'autre de ces deux contraintes peuvent subir des modifications susceptibles de résoudre totalement ou partiellement l'inadéquation.

^[2] Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (Données qualitatives et quantitatives à prendre en compte en vue de l'élaboration des décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 Oct. 2011)

^[3] Evolution des avis d'inaptitude – bilan des conditions de travail 2008-2012

^[4] Bilan 2011 des services de santé au travail interentreprises et autonomes en PACA - V. Finguer et M.H.Cervantes

^[5] Inaptitude totale permanente au poste de travail, devenir des salariés - enquête médico-sociale sur 5 ans - J. Alcouffe et col. (<http://www.camip.info/IMG/pdf/Inaptitude5ans2007-3.pdf>)

^[6] Dares Analyse n°083 décembre 2013

^[7] Ce qui ne dispense le médecin du travail ni de l'étude du poste ni de celle des conditions de travail dans l'entreprise.

^[8] « Taux de visites de pré-reprise réalisées par rapport au nombre de signalements des médecins conseils » (Programme 6 COG 2009-12)

^[9] Loi du 20 janvier 2014

^[10] SLMT 10 propositions <http://www.slmt.fr/SLMTnew/index.php#haut>