

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
Séance plénière du 16 mars 2011 à 9 h 30
« Inaptitude, incapacité, invalidité, pénibilité et retraite »

Document N°7
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

**Partir plus tôt à la retraite pour raison de santé : le dilemme
des médecins du travail**

*Fabienne Bardot, Annie Touranchet
Retraite et société 2006/3, N° 49*



Partir plus tôt pour
raisons de santé :
le dilemme des
médecins du travail



Fabienne BARDOT, CIHL, Orléans, groupe Épidémiologie du Cisme ;
Annie TOURANCHET, DRTE des Pays de Loire

Les médecins du travail qui ont participé à l'enquête « Santé et vie professionnelle après 50 ans » (SVP 50) estimaient en 2003 que 10,8% des salariés de 50 ans et plus *devraient cesser de travailler*¹. Pourtant, seulement 1% des quinquagénaires ont fait l'objet d'un avis d'incapacité totale et définitive. Ce décalage est révélateur du rôle particulier que joue le médecin du travail dans la décision et l'organisation d'un retrait anticipé pour raisons de santé: interlocuteur du salarié, il doit intégrer dans sa décision des considérations liées à la santé du salarié (nature, gravité et évolutivité de la ou des pathologies diagnostiquées), des connaissances sur les exigences du poste de travail mais aussi des arguments financiers, et notamment le niveau du revenu de remplacement auquel le salarié concerné pourra prétendre.

L'objectif de cet article est d'explicitier la complexité de la décision de retrait anticipé, décision complexe qui place souvent le médecin du travail face à un dilemme: préserver la santé en prononçant une incapacité ou repousser cette décision pour assurer un départ dans de meilleures conditions psychologiques et financières. Nous rappellerons d'abord la distinction entre les deux principaux dispositifs de sortie pour raisons de santé, avant de préciser les écarts d'indemnisation auxquels conduisent les différents cas de figure. Dans un second temps, la présentation d'un cas concret permettra de situer les enjeux d'une décision d'incapacité en fin de carrière.

■ Les dispositifs de sortie anticipée liés à la santé

Deux dispositifs permettent spécifiquement une sortie anticipée d'activité en cas de problèmes de santé: l'invalidité 2^e catégorie et l'incapacité². Ils correspondent à deux notions différentes et les règles qui régissent ces dispositifs ne répondent pas à la même logique.

¹ Voir l'article de Jean-Louis Pommier et al. dans ce numéro, p. 40-59.

² Il existe des dispositifs non spécifiques (cf. tableau 1 dans l'article d'Annie Jolivet dans ce numéro, p. 103). Le dispositif de retraite anticipée pour longue carrière, créé en 2003, a ainsi permis un grand nombre de départs avant 60 ans depuis 2004.

■ L'invalidité 2^e catégorie³

L'invalidité est appréciée par le médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam). Elle ne fait référence ni à un poste de travail ou une profession donnée, ni à une incapacité purement physique, mais à une réduction de la capacité de travail en appréciant l'état global du patient. L'état d'invalidité est constaté lorsqu'il réduit d'au moins deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'assuré. Une pension est attribuée à l'intéressé si cet état ne lui permet plus de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers 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 que, compte tenu 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. Cependant 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).

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 juillet 1990). La décision de classement en invalidité d'un assuré de la Sécurité sociale n'a donc pas d'incidence directe sur la relation contractuelle entre le salarié (assuré) et son employeur (cf. encadré p. 64).

³ Les invalides sont classés en trois catégories :

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



Arrêt de travail et contrat de travail en cas de classement en invalidité

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.

- 1) 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 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.
 - Si l'employeur ne prend aucune initiative, le contrat de travail reste suspendu.
- 2) 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 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 et 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 (12 mai 1993) a estimé que l'employeur était en droit de rompre le contrat, motif pris du classement en invalidité 2^e 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.
- 3) 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 préreprise 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 du code du travail (un mois pour licencier le salarié) 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.

■ L'inaptitude

L'inaptitude traduit 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 deux autres liées au droit de la Sécurité sociale: l'incapacité au travail (réduction de la capacité de travail de l'assuré social) et l'invalidité. La reconnaissance d'un salarié en invalidité 2^e 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 constatations médicales et de notions juridiques, qui n'est pas sans conséquences pour toutes les personnes concernées. Pour le salarié, s'ajoute à son problème de santé la modification de sa situation professionnelle (parfois bénéfique avec l'adaptation du poste à ses capacités de travail, parfois plus difficile avec l'apprentissage de nouvelles techniques, le changement de méthodes et surtout le risque de licenciement). Pour l'employeur, la décision d'inaptitude implique une recherche active des possibilités de reclassement, avec les coûts financiers qu'elles peuvent engendrer, et un possible licenciement. En effet, l'employeur n'est exonéré du versement de la contribution Delalande⁴ que 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 code du travail). Quant au médecin du travail, il doit tenir compte des conséquences pour le salarié et l'entreprise. Le code de la santé publique l'oblige également à informer le salarié sur ce qui est le plus avantageux pour lui.

⁴ La rupture du contrat de travail d'un salarié de plus de 50 ans entraîne, pour l'employeur, le versement d'une contribution 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. Le Plan pour l'emploi des seniors présenté le 6 juin 2006 prévoit la suppression progressive de cette contribution.



■ Les incohérences de l'indemnisation après 50 ans

S'il n'y a aucune possibilité de reclassement dans l'entreprise, l'inaptitude médicale d'un salarié se termine toujours par un licenciement, quel que soit son âge⁵. Or, depuis l'accord sur l'assurance chômage du 20 décembre 2002, la diminution des durées d'indemnisation pour les 50 ans et plus limite très fortement les marges de manœuvre des médecins du travail dans le cas de salariés atteints de pathologies ne relevant pas de l'invalidité mais qui, pourtant, ne leur permettent plus de travailler dans leur métier ou à leur poste de travail antérieur. Auparavant, pour les plus de 55 ans qui pouvaient justifier de vingt-sept mois d'affiliation au cours des trente-six derniers mois, un licenciement ouvrait droit à soixante mois d'indemnisation, autrement dit jusqu'à l'âge minimum de la retraite à taux plein. Désormais, un licenciement à 55 ans n'ouvre droit qu'à trente-six mois d'indemnisation et ne permet pas d'atteindre la retraite. En revanche, si la personne a 57 ans et plus, elle bénéficie de quarante-deux mois d'indemnisation. L'inaptitude de préservation n'est plus alors synonyme de problème financier. Il faut donc ruser pour maintenir au travail ceux qui sont trop diminués ou trop usés mais qui n'ont pas atteint 57 ans. Un salarié déclaré inapte est donc licencié avec des indemnités journalières et des indemnités de chômage. S'il a au moins 57 ans et 6 mois, en l'état actuel de la législation⁶, la pension de retraite prendra le relais des indemnités de chômage, sans coupure. En revanche, s'il a moins de 57 ans, après ses indemnités de chômage (trente-six mois), il n'aura rien, sauf le RMI. Les médecins du travail voient ainsi des travailleurs vieillissants licenciés pour inaptitude reprendre leur ancienne activité (pour laquelle ils avaient été déclarés inaptes par le médecin du travail) au détriment de leur santé ou aller vers l'intérim dont on connaît les conditions de travail difficiles.

De plus, le niveau des indemnités de licenciement n'est pas le même selon l'origine (reconnue) des problèmes de santé et le contexte de leur apparition. 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 du code du travail, ou à une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale ou à l'indemnité conventionnelle si elle est plus favorable (art

5 Les procédures sont d'ailleurs très encadrées par le droit du travail depuis la loi du 31 décembre 1992. Auparavant, l'employeur n'était pas obligé de licencier un salarié déclaré inapte. Il lui interdisait seulement l'entrée dans l'entreprise et certains salariés se sont ainsi retrouvés sans salaire, sans revenus et sans aucune couverture sociale pendant de longues périodes.

6 Depuis janvier 2006, la durée d'indemnisation a été abaissée à 36 mois à partir de 50 ans. Pour une synthèse des durées et des filières d'indemnisation depuis 1992, voir www.assedic.fr, rubrique « UNJuridis » (évolution des paramètres).

L. 122-32-6 du code du travail). Ce 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'exclut pas, à l'indemnité conventionnelle. L'indemnité compensatrice n'est pas due sauf disposition de la convention collective.

En cas de maladie professionnelle, l'indemnisation dépend d'abord de la reconnaissance par la Cnam de l'affection au titre des maladies professionnelles. Pour ce faire, deux enquêtes sont réalisées : l'une médicale, l'autre administrative. La maladie doit être inscrite dans l'un des tableaux énumérant avec précision la liste des maladies considérées comme professionnelles et indiquant l'ensemble des critères médicaux et administratifs. S'il est reconnu atteint d'une maladie professionnelle, le salarié peut bénéficier d'un taux d'incapacité partielle permanent (IPP) qui lui permettra d'avoir une rente mensuelle⁷ si ce taux est supérieur à 10 %, ou un capital si le taux est inférieur à 10 %. Le taux d'IPP est déterminé par le médecin-conseil à partir d'un barème strict et restrictif qui doit prendre en compte le préjudice professionnel subi par le salarié à la suite de sa maladie professionnelle. De fait, les taux d'IPP pour une maladie professionnelle sont très bas car ils sont fondés sur les séquelles physiques. Le niveau de rente est donc très faible. Si la maladie est guérie ou stabilisée sans séquelles, le taux d'IPP et celui de la rente sont nuls. Le salarié peut donc être déclaré inapte à son travail à la suite d'une maladie professionnelle (par le médecin du travail), ne pas être reclassé, et être licencié sans un taux d'IPP puisqu'il est guéri. Dans le cas des dermatoses allergiques, par exemple, le salarié qui a quitté son travail est guéri. Il se retrouve donc au chômage sans rente ou au mieux avec une rente extrêmement faible. Après 50 ans, il est donc préférable d'opter pour l'invalidité, plus avantageuse compte tenu de l'âge et de l'ancienneté, que pour une reconnaissance au titre des maladies professionnelles⁸.

En cas de classement en invalidité 2^e catégorie par le médecin-conseil de la Sécurité sociale, puis de déclaration d'inaptitude par le médecin du travail, le salarié pourra jusqu'à sa retraite bénéficier d'une rente de la Sécurité sociale correspondant à la moitié de son salaire (jusqu'au

7 Évaluée à partir du salaire annuel du salarié, la rente versée est égale à la moitié du taux d'IPP.

8 Même si elle est plus élevée que pour la maladie professionnelle, la rente pour accident du travail est en général extrêmement faible (sauf faute inexcusable de l'employeur). Une forte demande sociale existe en faveur d'une amélioration de la réparation des victimes d'AT-MP, par l'instauration d'une réparation intégrale. En raison d'un désaccord entre les organisations syndicales et patronales, les négociations actuelles n'ont pas abouti sur ce point.



maximum de la Sécurité sociale). À l'âge de la retraite, le salarié bénéficiera d'une retraite complète au titre de la pension pour invalidité⁹. C'est le cas le plus favorable pour le salarié au niveau social et médical. Cependant cette invalidité est révisable. Par ailleurs, rien ne transparaît alors de la cause du départ anticipé, en particulier de la relation entre la ou les pathologies invalidantes et le travail, passé ou présent.

Pour un salarié en fin de carrière qui a des problèmes de santé, la meilleure solution au plan social dépend donc de son âge. S'il a au moins 57 ans, il peut être déclaré inapte donc être licencié et recevoir des indemnités de chômage, relayées ensuite par la pension de retraite. Ces revenus peuvent être cumulés avec une rente de la Sécurité sociale (pour maladie professionnelle, accident du travail ou invalidité). S'il a moins de 57 ans, le moins désavantageux est d'être classé en invalidité 2^e catégorie, puis déclaré inapte, donc licencié. Le salarié percevra ainsi une rente d'invalidité jusqu'à sa retraite. En revanche, la pire des solutions sociales est la déclaration en maladie professionnelle qui entraîne une rente très basse, et en cas de licenciement un certain nombre de périodes non validées, donc une retraite partielle. Les situations les plus dramatiques sont sans doute engendrées par les séquelles d'accidents du travail très invalidantes touchant des personnes qui n'ont d'autres ressources que leur corps-outil. Elles résultent aussi de certaines maladies professionnelles, comme les pathologies de l'épaule elles aussi très excluantes. Certains salariés ne s'en remettent pas et ne retravaillent jamais. Des maladies comme les asthmes professionnels (dans la boulangerie), les eczémas professionnels (dans la coiffure) conduisent souvent le médecin, après avoir obtenu l'expertise de la consultation de pathologies professionnelles, puis après avoir fait la déclaration de la maladie professionnelle, à aider à la réorientation *via* la Cotorep.

■ Décider une inaptitude totale et définitive en fin de carrière

L'inaptitude médicale, qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, est toujours longue et difficile à gérer et à accompagner tant la question de l'emploi devient alors centrale, surtout en période de chômage massif. Les difficultés s'accroissent évidemment avec l'avancée en âge et se cumulent à l'usure professionnelle, provoquant des problèmes de reclassement ou limitant les possibilités de sortie de l'emploi avec un minimum de ressources. La période la plus compliquée et la plus incertaine en terme de réemploi se situe entre 50 et 57 ans, période durant laquelle il faut tout faire pour préserver l'emploi.

■ L'exemple de Claude¹⁰

Le cas de Claude est assez exemplaire de toutes les pièces du puzzle qu'il faut assembler pour repousser l'échéance de l'inaptitude chez les plus âgés.

Claude va avoir 56 ans et il est actuellement plombier chauffagiste dans une toute petite entreprise employant cinq salariés. Il a passé son CAP dans un lycée technique et, de ce fait, est entré dans la vie active à 17 ans passés. Il est marié, n'a pas d'enfant et son épouse n'a jamais travaillé.

Il commence sa carrière chez son père, artisan plombier. À sa première consultation de médecine du travail, en 1967 (il a alors 18 ans), un souffle systolique de pointe est signalé, étiqueté « souffle anorganique probable ». Il s'agit d'un problème cardiaque bénin et très limité. À partir de 1972, il est signalé avec beaucoup plus d'insistance « à tous les foyers ». Un rhumatisme articulaire aigu est évoqué dans le dossier médical. Puis, il n'en est plus question. Le souffle est nouveau inscrit dans le dossier à partir de 1986. Il est toujours entendu à tous les foyers mais en plus un souffle carotidien gauche est repéré cette année-là.

Un bilan cardiaque est demandé en 1987 mais le médecin du travail n'obtiendra le compte rendu qu'en fin d'année 1989. Le cardiologue lui écrit alors : *« En septembre 1987, Claude avait un léger souffle protosystolique de base, en dédoublement de B1 à la pointe et un aspect à la limite de l'hypertrophie ventriculaire gauche. Je devais contrôler ce patient une fois par an, mais il n'est jamais revenu me voir depuis. »*

Claude ne se fait pas suivre jusqu'à 44 ans. En juin 1993, il accepte de subir un électrocardiogramme dans le service de médecine du travail. Une valvulopathie est évoquée, de type rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale. Il consulte un nouveau cardiologue (le précédent étant parti en retraite) qui confirme un rétrécissement aortique congénital, modéré et parfaitement toléré à cette date, mais ayant déjà, néanmoins, entraîné une hypertrophie ventriculaire gauche. À part une prophylaxie de l'endocardite, aucun traitement, aucune restriction d'activité ne sont d'actualité. Un suivi annuel est suggéré pour surveiller l'évolution de la sténose; suivi auquel Claude ne se soumettra pas. En juin 2004, malgré le conseil insistant et répété du médecin du travail, il refuse toujours de reprendre cette surveillance cardiaque.

¹⁰ Les parcours, professionnels et médicaux d'autres salariés âgés ont été analysés pour préparer l'enquête SVP50. Ils sont présentés dans Bardot (2004) ou dans Volkoff et Bardot (2004).



Lorsque le médecin du travail le revoit, début 2005, il sort d'un arrêt de travail de quatre mois pour « *un remplacement valvulaire aortique par valve X, remplacement de l'aorte ascendante par tube X et mono-pontage aorto-IVP* » qui a été réalisé trois mois après la dernière consultation du médecin du travail ! La reprise est décidée contre l'avis du cardiologue, qui affirme qu'il y a de gros risques à le laisser effectuer un travail manuel lourd, et avec les réserves du médecin traitant qui, appuyant pourtant cette reprise, suggère un aménagement du poste de travail. Il estime en effet que l'inactivité entraîne Claude vers une dépressivité tout aussi préjudiciable à sa santé. À ce contexte se greffent en plus d'importants problèmes financiers car Claude n'est plus rémunéré qu'à mi-temps. Son épouse semble le pousser très fortement à la reprise.

Il reprend donc son travail, mais avec une activité un peu protégée puisque le médecin du travail lui interdit les travaux de force et les opérations demandant des efforts soutenus. Le praticien décide de le voir à un rythme un peu plus rapproché que celui des consultations réglementaires. Six mois plus tard, en juillet 2005, il va assez bien. On lui trie le travail : il évite les grosses manutentions et réalise plutôt les installations de chauffage.

Début 2006, il demande à rencontrer le médecin du travail : il est à nouveau en arrêt de travail depuis un mois. Il a été hospitalisé en urgence pour un abcès anal non diagnostiqué par son médecin traitant : « *tu as mal au cul, que veux-tu que j'y fasse ?* », s'est-il entendu dire ; le médecin en était resté à une poussée hémorroïdaire puisqu'il souffre de cette pathologie veineuse depuis 1998. Il confie que son médecin est réticent à lui accorder des arrêts de travail. Il ajoute que, depuis six mois, il « *n'arrête pas d'avoir des ennuis de santé, le dos, les hémorroïdes... la fatigue* ». À ce moment, le médecin du travail lui fait remarquer que, suite à l'intervention chirurgicale lourde qu'il a subie, il a fini par payer une reprise trop précoce, physiquement mal supportée, et par manifester un affaiblissement de ses défenses. De plus, il perd trois jours de salaire à chaque arrêt de travail¹¹.

Le cardiologue confirme pourtant que Claude doit avoir une activité limitée car il n'a pas qu'une simple valve comme « réparation » cardiaque. Cependant, il dit n'avoir aucune raison médicale de prescrire ces arrêts de travail. Il renvoie cela vers le médecin traitant. Il pense qu'une invalidité serait tout à fait justifiée et une des moins mauvaises solutions. Or, généralement, une invalidité est octroyée à l'issue d'au

¹¹ Ce sont les trois jours de carence que la Sécurité sociale ne rembourse pas toujours dans le secteur privé.

moins deux années d'arrêt de travail (le plus souvent continues) sauf si une demande argumentée est faite par un des thérapeutes au médecin-conseil. Finalement, après intervention de l'assistante sociale de la Cram, le médecin traitant fait la demande d'invalidité tout en prolongeant, avec réticence, les arrêts de travail jusqu'au 2 mai 2006.

Claude reprend donc le 2 mai à temps plein car l'avis de mise en invalidité n'est pas encore officiellement rendu. Il va mieux, n'a plus de douleurs. Le médecin du travail formule ainsi sa feuille de consultation : *« avis favorable à une tentative de reprise d'un travail sans efforts physiques, avec des possibilités de pauses »*. Évidemment, l'employeur s'interroge sur une telle restriction et requiert des explications, demande au médecin du travail quelle va être la durée de cette réserve et si Claude pourra un jour reprendre son poste sans réserve. Lorsque le médecin du travail reçoit l'avis officiel de mise en invalidité, il répond à l'employeur :

« Du fait de son état de santé, M. C. a une réduction de sa capacité de travail des deux tiers, selon les critères de la Sécurité sociale.

Lorsque je l'avais vu le 2 mai dernier, il était en attente d'une décision de la Sécurité sociale pour sa reconnaissance en invalidité. Sans ressources financières suffisantes, il lui fallait donc reprendre son travail qui était à plein temps. C'est pourquoi j'avais parlé de "tentative de reprise". C'était une sorte de test, en réel, pour évaluer ses capacités de résistance. Mais il fallait malgré tout modérer le risque d'accident; j'avais donc suggéré cela en mettant quelques réserves sur la pénibilité et la nécessité de pauses.

Il est maintenant reconnu en invalidité 1^{re} catégorie, ce qui lui donne la qualité de travailleur handicapé. Cette reconnaissance a l'avantage de compenser (un peu) financièrement ses incapacités de ressources productives.

L'essai de reprise à temps plein a confirmé ce que je soupçonnais: il avait beaucoup de difficultés à soutenir ce rythme.

C'est pourquoi je vous propose de ne le faire travailler que trois jours par semaine, ce qui équivaut, pour moi, médecin, à un temps partiel thérapeutique. La condition est qu'il modère évidemment les efforts (ne pas soulever de gros radiateurs en fonte par exemple, des chaudières trop lourdes, etc.). Lui-même est tout à fait capable de juger de ce qu'il pourra faire sans risques.

Gérer un emploi du temps de trois jours par semaine pour un salarié que vous rémunérez en conséquence sera sans doute plus simple pour vous. »

L'employeur, inquiet, appelle tout de même le médecin du travail après ce courrier. Il faut signaler que cet artisan a racheté l'entreprise du père de Claude voici maintenant onze ans. Il a donc repris aussi le seul salarié de l'époque qui se trouvait être le fils du vendeur. Les liens entre eux sont



donc un peu particuliers et ce petit patron n'a pas envie d'en arriver à un licenciement. Cependant il précise qu'il a besoin d'un ouvrier qui accomplit le travail commandé par ses clients. Le médecin du travail lui explique donc que ce « montage socioprofessionnel » présente le double avantage :

- de permettre à Claude de métaboliser la réalité de sa diminution physique et de faire le deuil d'un travail qu'il aimait vraiment (c'est pourquoi, au cours de sa dernière rencontre avec le médecin du travail, il lui avoue : « [Être] *obligé de m'arrêter parce que je suis malade, c'est tout... ça me fait drôlement cogiter!* ») ;
- de gagner du temps jusqu'à son 57^e anniversaire, échéance à laquelle une inaptitude médicale ne sera plus un problème médical doublé d'un problème social ; il sera en effet assuré d'avoir des revenus décents, grâce aux Assedic, jusqu'à l'ouverture de ses droits à la retraite.

L'employeur comprend bien tout cela, est rasséréiné et adhère à ce projet. Il va donc organiser les trois journées hebdomadaires de travail de Claude.

■ Un processus complexe pour les médecins du travail

L'inaptitude médicale est toujours un problème difficile à traiter par le médecin du travail car la perte de l'emploi qu'elle provoque a rarement des effets positifs sur la santé si cette décision n'est pas longuement travaillée et finalement acceptée par l'intéressé. Même dans les cas où elle est demandée et vivement souhaitée, ce qui est assez fréquent dans les conflits majeurs au travail, il est nécessaire de clarifier avec le salarié les enjeux sous-jacents afin de sortir d'une victimisation qui rend extrêmement passifs des salariés englués dans ces rapports.

Claude est un homme pour qui l'activité a toujours été centrale dans sa vie, il y était engagé corps et âme mais surtout corporellement, car dans ce métier il fallait de la force. Et les radiateurs en fonte ne lui faisaient pas peur, avait-il assuré un jour au médecin du travail. Sa pathologie cardiaque, connue de longue date mais peu alarmante au début, devient plus présente à dater du jour où on lui annonce qu'un suivi d'observation est nécessaire. Il ne s'y pliera pas car il a un corps d'athlète qu'il utilise comme tel, sans le ménager. C'est la raison pour laquelle, pendant de longues années, il viendra consciencieusement à ses consultations de médecine du travail, en homme bourru, parlant peu, toujours très poliment, mais en évacuant du mieux qu'il le pouvait la prise en compte de cette faiblesse latente.

Il est donc presque certain que l'activité physique continue et intense a accentué la dégradation de l'appareil cardiovasculaire qui a été trop sollicité alors qu'il était fragilisé par l'anomalie anatomique. S'est donc produite une décompensation prématurée où le travail a, du point de vue médical, une part active et dont, pourtant, le rôle ne sera jamais reconnu en terme de co-facteur causal. Cette décompensation est prématurée car elle survient à un âge où aucun dispositif social ne permet de vivre décemment si une inaptitude est prononcée brutalement par le médecin du travail. Médicalement, pourtant, le cardiologue l'a bien dit à plusieurs reprises, c'est ce qui paraissait assez justifié pour Claude. Dans son cas, à 56 ans, l'allocation chômage versée par les Assedic l'aurait laissé sans ressources pendant de longs mois avant qu'il n'atteigne l'âge de l'ouverture des droits à la retraite. Il n'était pas question, pour le médecin du travail, d'imposer une telle « sanction » dans ces conditions. Son objectif était de se donner du temps à la fois pour préparer le salarié à sortir de son activité *via* l'inaptitude, mais une inaptitude demandée, souhaitée par le travailleur et non pas imposée de l'extérieur, mais aussi pour atteindre l'âge à partir duquel l'indemnisation est suffisante.

Négociations avec les thérapeutes, avec le médecin-conseil, avec l'assistante sociale de la Cram, avec l'employeur mais aussi avec l'intéressé lui-même font partie des activités qu'il faut ajuster pour que la sortie d'activité pour raisons de santé devienne la moins douloureuse possible.

Cependant une autre épreuve se profile. Si toutefois il fallait en arriver à l'inaptitude de Claude, le coût du licenciement poserait un grave problème financier à l'employeur: il aurait à verser des indemnités substantielles de licenciement puisqu'elles couvriraient la carrière complète de ce salarié. S'il n'est pas assuré contre ce risque (comme beaucoup d'entreprises du bâtiment), une telle somme peut provoquer un dépôt de bilan. Même si cela ne regarde pas le médecin du travail, cette dimension économique ne peut être totalement évacuée.



■ Conclusion

Les écarts d'indemnisation existant entre les différentes combinaisons de dispositifs mettent en lumière les inégalités entre les salariés quant à leur possibilité de sortir en fin de carrière dans de bonnes conditions. Pour une même pathologie, l'âge auquel surviennent des difficultés à travailler et l'origine de cette pathologie (accident du travail, maladie professionnelle ou non) affectent le niveau du revenu de remplacement accessible. Choisir la « bonne » façon de partir devient alors d'autant plus stratégique qu'il n'y a pas de réversibilité de la décision. En créant, dans la mesure de ses moyens, les conditions nécessaires au report de l'âge de sortie, le médecin « oriente » le salarié vers la trajectoire la plus favorable ou la moins désavantageuse. Reste que de fortes inégalités proviennent également de la taille de l'entreprise : les inaptitudes sont fortement concentrées sur les petites et moyennes entreprises, les grandes entreprises ayant en principe plus de possibilités de reclassement et offrant (encore) pour certaines d'entre elles des indemnisations complémentaires.

Si elle contribue fortement au traitement social des problèmes de santé en fin de carrière, cette orientation des salariés présente deux inconvénients majeurs. Tout d'abord elle contribue à laisser largement invisibles les liens entre inaptitude et travail, présent et passé. En informant le salarié sur la meilleure prise en charge pour lui, le médecin tend en particulier à sous-déclarer les pathologies relevant de causes professionnelles. En conséquence, elle conforte la tendance à sous-estimer l'importance de la prévention et les enjeux de santé au travail, d'autant que les parcours professionnels et de santé sont rarement analysés.

■ Bibliographie

BARDOT F., 2004, « Les évolutions du travail et de la santé après 55 ans: quels constats et quelles actions pour le médecin du travail? », in Créapt-EPHE, *Conditions de travail, santé et aspirations à la retraite*, Actes du Séminaire Vieillesse-Travail 2003, Rapport de recherche n° 18, Centre d'études de l'emploi, p. 157-173.

VOLKOFF S., BARDOT F., 2004, « Départs en retraite, précoces ou tardifs: à quoi tiennent les projets des salariés quinquagénaires? », *Gérontologie et société*, n° 111, p. 71-94.