



HAL
open science

Visites de reprise pour pathologies ostéoarticulaires ou troubles mentaux en Hauts-de-France : populations concernées, actions réalisées et facteurs liés à la décision d'inaptitude

F. Franz, M. Surquin, Sophie Fantoni Quinton, A. Leroyer

► To cite this version:

F. Franz, M. Surquin, Sophie Fantoni Quinton, A. Leroyer. Visites de reprise pour pathologies ostéoarticulaires ou troubles mentaux en Hauts-de-France : populations concernées, actions réalisées et facteurs liés à la décision d'inaptitude. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2021, 82 (4), pp.410-424. 10.1016/j.admp.2021.01.003 . hal-03433122

HAL Id: hal-03433122

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03433122v1>

Submitted on 22 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Visites de reprise pour pathologies ostéo-articulaires ou troubles mentaux en Hauts-de-France : populations concernées, actions réalisées et facteurs liés à la décision d'inaptitude

Reinstatement visit in case of musculoskeletal or mental health disease in Hauts-de-France: relevant population, completed actions and unfit to work decision associated factors

Rubrique : Article original

F Franz¹, M Surquin², S Fantoni Quinton¹, A Leroyer^{3,4}.

¹ Centre de consultations de pathologies professionnelles et environnement, CHU Lille, F-59000 Lille, France

² Institut de Santé au Travail du Nord de la France, F-59000 Lille, France

³ Service de Santé Publique, d'Epidémiologie, d'Economie de Santé et Prévention, CHU Lille, F-59000 Lille, France

⁴ Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1286 - INFINITE - Institute for Translational Research in Inflammation, F-59000 Lille, France

Auteur de correspondance :

Ariane LEROYER

Département Universitaire de Médecine du Travail

Faculté de Médecine, pôle recherche

1, place de Verdun

59045 LILLE Cedex

Mail : ariane.leroyer@univ-lille.fr

Titre courant : Visites de reprise et inaptitudes en Hauts-de-France

Abstract

Introduction: This study objective was to describe, considering the French legal framework and current practices, the completed actions and the occupational health services resources mobilized during the reinstatement visit, and identify the unfit to work decision associated factors, in particular in case of musculoskeletal and mental health diseases.

Method: The data were collected during the « Remain at work » cross sectional study from March to April 2019 in the Hauts-de-France regional occupational health services. The questionnaires were filled by the occupational health doctors for every worker seen in a reinstatement visit after a sick leave absence longer than 30 days.

Results: 5032 questionnaires completed by 208 doctors were analysed. The reinstatement visit after a sick leave absence longer than 30 days concluded to an unfit to work decision for 12,3% of all the workers, but it was 21,7% when the sick leave cause was a mental health problem (16,1% of total sick leave) and 10,5% when it was a musculoskeletal disease (56,3% of total sick leave). Factors significantly associated with inability at work in case of a mental health disease were: being an employment obligation recipient, the disease professional origin, a long term sick leave, working in a 50 or less employees company and being exposed to psychological pressure. In case of musculoskeletal disease, these factors were being 50 years old or more, the 'clerk / service worker' status, a long term sick leave, being an employment obligation recipient, working in the construction industry and time constraints.

Conclusion: The implementation and evaluation of a « return to work plan » are needed to improve job retention.

Key words: return to work, occupational medicine, sick leave

Résumé

Introduction : Cette étude visait à décrire, dans le contexte de la législation et des pratiques actuelles en France, les mesures mises en œuvre et les ressources mobilisées par les services de santé au travail lors des visites de reprise, et à identifier les facteurs en lien avec les décisions d'inaptitudes, en particulier pour les pathologies ostéo articulaires et les troubles mentaux.

Méthode : Les données sont issues de l'étude transversale « Maintien dans l'emploi » s'étant déroulée en mars et avril 2019 dans les services de santé au travail des Hauts-de-France. Le questionnaire était complété par les médecins du travail pour tout salarié vu en visite de reprise après un arrêt de travail d'au moins 30 jours.

Résultats : 5032 questionnaires complétés par 208 médecins du travail ont été analysés. La visite de reprise après un arrêt d'au moins 30 jours se concluait par une inaptitude du salarié au poste de travail dans 12,3% des cas, mais 21,7% en cas d'arrêt de travail pour des troubles mentaux (représentant 16,1% des arrêts) et de 10,5 % en cas d'atteintes du système ostéo articulaire (56,3% des arrêts). Les facteurs associés significativement à une inaptitude faisant suite à un arrêt de travail pour troubles mentaux étaient : être bénéficiaire d'une obligation d'emploi, avoir un trouble d'origine professionnelle, une durée d'arrêt importante, travailler dans une entreprise de moins de 50 salariés et être exposé à la pression psychologique ; lors d'atteintes du système ostéo articulaire, ces facteurs étaient l'âge supérieur ou égal à 50 ans, le statut employé, une durée d'arrêt de travail importante, être bénéficiaire d'une obligation d'emploi, travailler dans le secteur construction et la présence de contraintes horaires.

Conclusion : La mise en place et l'évaluation de plans de retour au travail sont nécessaires pour améliorer le maintien en emploi.

Mots clés : inaptitude, visite de reprise, arrêt de travail

Introduction

Le maintien en emploi est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *un processus d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé avec un retentissement sur leurs capacités de travail, dans le but de les maintenir durablement en emploi (et pas seulement dans leur poste de travail, ni dans la seule entreprise d'origine) dans des conditions compatibles dans la durée avec leur santé* » [1]. Du fait de l'allongement des carrières, de plus en plus de travailleurs sont atteints d'une ou de plusieurs pathologies chroniques, pouvant entraîner des difficultés dans tous les champs de leur vie, privée comme professionnelle. En France, selon l'Enquête Emploi 2015 de la DARES [2], près de 2,7 millions des personnes en âge de travailler seraient en situation de handicap, qu'il s'agisse d'un handicap reconnu administrativement ou d'une perte d'autonomie, et 938 000 personnes avec une reconnaissance administrative d'un handicap occuperait un emploi.

Les politiques nationales de santé ont placé ces dernières années parmi leurs objectifs principaux l'amélioration de la prévention de l'usure professionnelle ainsi que le maintien en emploi. Ainsi le premier axe stratégique du Plan Santé Travail 3 2016-2020 [3] était « *Donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention* » et le deuxième axe « *Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise* ». Dans les Hauts de France, le Plan Régional Santé Travail (PRST3) [4] s'articulait d'ailleurs avec le Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) [5], dont l'axe 4 était « *Rester dans l'emploi* ». Le rapport Lecocq [6] paru en 2018 soulignait également dans ses recommandations l'importance de renforcer le rôle du médecin du travail afin de lutter contre la désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés et de manière globale de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion professionnelle en raison de son état de santé. Enfin, le Code du Travail [7] indique que le médecin du travail est le conseiller

de l'employeur, en particulier concernant « *l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés* ».

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [8] fixait notamment parmi ses objectifs de développer la prévention en milieu professionnel dans une approche globale de la santé, de permettre le suivi de certaines populations atteintes de pathologies ayant un impact sur leur activité professionnelle afin de lutter contre la désinsertion professionnelle, de renforcer le repérage et l'accompagnement des personnes atteintes du syndrome d'épuisement professionnel et enfin d'améliorer la prévention et la prise en charge précoce des troubles musculo squelettiques. Pour l'élaboration des recommandations pour le maintien en emploi [1] parues en février 2019, outre les pratiques applicables de façon générale, les pathologies retenues pour des recommandations spécifiques ont été celles retrouvées le plus fréquemment en population générale, à savoir les pathologies ostéo articulaires, les troubles mentaux dit « courants » (troubles dépressifs et troubles anxieux), les cancers, les pathologies cardiovasculaires et enfin les atteintes neurologiques.

La procédure d'inaptitude est, paradoxalement, l'un des outils du maintien dans l'emploi, en ce qu'elle doit aboutir en théorie au reclassement du salarié. Cette procédure, spécifiquement française, est mise en œuvre par le médecin du travail lorsque celui-ci constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du salarié justifie un changement de poste [9]. Cette situation se produit dans près de 95% des cas lors des visites de reprise de salariés ayant eu un arrêt de travail d'au moins 1 mois [10]. Plusieurs études ont montré une augmentation du nombre d'inaptitudes dans diverses régions en France [11-13] et dans tous secteurs d'activité.

Cette étude s'inscrivait dans une volonté d'amélioration des connaissances autour des situations de retour au travail après un arrêt de travail dans le contexte de la législation et des

pratiques actuelles en France. Nos objectifs étaient d'une part de décrire les actions réalisées par les services de santé au travail lors des visites de reprise et d'autre part d'identifier les facteurs en lien avec les décisions d'inaptitudes, en particulier pour les pathologies ostéo articulaires et les troubles mentaux.

Matériel et méthodes

Contexte

Depuis 1998, les professionnels de santé au travail des Hauts-de-France se sont regroupés au sein du réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME). Ce réseau, porté par l'Institut Santé Travail du Nord de la France (ISTNF), a pour objectif le maintien en emploi et la lutte contre la désinsertion professionnelle des salariés confrontés à un problème de santé. Au-delà de favoriser les liens entre les équipes santé-travail, ce réseau facilite les liens avec les différents acteurs partenaires du maintien dans l'emploi et favorise la mobilisation des mesures de prévention. De 2006 à 2018, l'ISTNF a développé un suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes médicales. Depuis 2019, ce dispositif a évolué vers un recueil annuel d'indicateurs de « Maintien dans l'emploi » concernant tous les salariés vus en visite de reprise, après un arrêt de travail d'au moins 30 jours. Il s'agit de collecter, dans une base commune unique aux différents services de santé au travail de la région, des données anonymes à propos des salariés concernés, de la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail, de quelques caractéristiques de l'entreprise dans laquelle ils sont salariés, des contraintes de travail, des mesures mises en œuvre pour la reprise et des conclusions du médecin à l'issue de la visite de reprise. Les équipes de santé au travail participent sur la base du volontariat, et font alors un recueil exhaustif pour tous les salariés concernés au sein de leur effectif pendant une période de deux mois consécutifs chaque année.

Type d'étude et population

Ce travail se base sur les données de l'étude transversale « Maintien dans l'emploi », menée par le Réseau STME en Haut-de-France, s'étant déroulée du 1^{er} mars au 30 avril 2019. Le questionnaire (en Annexe), anonyme, était renseigné par les médecins du travail pour tout salarié vu en visite de reprise après un arrêt de travail d'au moins 30 jours, à l'exception des reprises après un congé maternité.

Variables étudiées

Les données suivantes ont été exploitées : informations socio démographiques (genre, âge), socioprofessionnelles (niveau de formation, catégorie socioprofessionnelle (code PCS), secteur d'activité (code NAF), effectif de l'entreprise et contraintes de travail présentes au poste), médicales (organe en cause, origine professionnelle ou non de la pathologie, durée de l'arrêt de travail), sollicitation de ressources internes (intervenants propres au service de santé au travail) ou externes (Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), CAP Emploi, service social de la CARSAT, cellule PDP (Prévention de la désinsertion professionnelle), organisme de bilan de compétence ou de formation professionnelle) et enfin conclusion de la visite de reprise (qui pouvait être soit une reprise sans problème particulier, soit une reprise avec aménagements, soit une inaptitude).

Considérations éthiques

Le traitement des données personnelles de l'enquête « Maintien dans l'emploi » était conforme à la méthodologie de référence MR-004 et a été déclaré à la CNIL.

Méthodes statistiques

Dans un premier temps, des analyses descriptives (effectifs et pourcentages) ont été menées, d'une part pour l'ensemble de la population étudiée, d'autre part pour les deux sous-groupes

principaux de causes d'arrêt de travail : les troubles mentaux et du comportement (nommés par la suite TMC), et les pathologies ostéo articulaires, musculaires et du tissu conjonctif (nommées POAM). Les mesures mises en œuvre dans l'entreprise ont été décrites pour les situations de reprises avec préconisations. Les ressources mobilisées ont été décrite séparément selon le devenir du salarié (préconisations d'aménagement ou inaptitude).

Dans un deuxième temps, la recherche des facteurs liés à l'inaptitude a été réalisée séparément pour chacun des deux sous-groupes de salariés. Dans ces analyses, du fait d'effectifs très réduits, les salariés du secteur de l'agriculture n'ont pas été pris en compte, de même que les salariés appartenant à la catégorie sociale « Agriculteurs » ou « Artisans / commerçants ». Tout d'abord une analyse univariée a permis le repérage des facteurs liés à l'inaptitude. Les facteurs pour lesquels un lien existait avec une valeur de $p < 0,15$ ont été conservés pour réaliser un modèle de régression logistique pas-à-pas descendant, systématiquement ajusté sur le genre et l'âge. Le degré de signification retenu pour le modèle final était de 0,05.

Les analyses descriptives univariées ont été réalisées sous EpiInfo V7.2 .3.1, la régression logistique sous R V3.6.2.

Résultats

En deux mois, 5032 questionnaires ont été recueillis, complétés par 208 médecins du travail participants et leurs équipes, exerçant au sein de 16 services de santé au travail de la région Hauts-de-France.

Population étudiée

L'échantillon de salariés vus en visite de reprise après un arrêt de travail d'au moins 30 jours était composé de 52% d'hommes (tableau I). Plus de la moitié de ces salariés avaient un âge supérieur ou égal à 45 ans, un tiers avaient le statut « employé » et 45% le statut « ouvrier », et près de 2/3 un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Les principales causes de l'arrêt de travail étaient, par ordre de fréquence décroissante, les pathologies du système ostéo articulaire (56%), les troubles mentaux et du comportement (16%), puis des pathologies de l'appareil génito-urinaire (6%), de l'appareil digestif (5%) et circulatoire (5%). Les pathologies motivant l'arrêt de travail étaient d'origine professionnelle dans 30% des cas. Pour 55% des salariés, la durée de l'arrêt de travail était comprise entre 30 jours et 3 mois. Dans 28% des cas, au moins une visite de pré reprise avait eu lieu. Au moment de la visite de reprise, 13% bénéficiaient de l'obligation d'emploi au sens de l'article L5212-13 du code du travail. Les salariés étaient issus des secteurs d'activité « commerce-transport-restauration-hébergement » et « administration publique-santé-enseignement-action sociale » dans près de la moitié des cas. Ils travaillaient dans des entreprises de moins de 50 salariés dans 42% des cas. Les contraintes de travail les plus fréquentes étaient la manutention (56% des cas), la station debout prolongée (44%) et les gestes répétitifs (34%). A la suite de la visite de reprise 53% des salariés ont pu reprendre leur poste sans préconisation, 34% ont repris avec des préconisations et 12% (618 salariés) ont été déclarés inaptes à leur poste de travail.

Le sous-groupe des salariés vus en visite de reprise suite à un arrêt pour des troubles mentaux et du comportement était composé majoritairement de femmes (60%). Il s'agissait de salariés d'âge intermédiaire (25-54 ans), plutôt diplômés, plus de la moitié d'entre eux ayant le baccalauréat ou plus. La pathologie en lien avec l'arrêt de travail était considérée comme d'origine professionnelle dans un quart des cas. La durée de l'arrêt de travail était supérieure à 3 mois dans plus de 56% des cas, et une ou plusieurs visites de pré reprises avaient eu lieu dans un peu plus de 4 cas sur 10. Ils ne bénéficiaient généralement pas d'une obligation

d'emploi (91%). Un tiers d'entre eux travaillaient dans le secteur « administration publique-enseignement-santé-action sociale ». Ils occupaient des postes présentant notamment comme contraintes de la pression psychologique (48%) ainsi que des contacts avec un public (39%). Enfin, la conclusion de la visite de reprise était une reprise sans préconisation particulière dans 48% des cas, une reprise avec préconisations dans 30% des cas et une inaptitude pour 22% d'entre eux.

Le sous-groupe des salariés vus en visite de reprise suite à un arrêt pour une pathologie du système ostéo articulaire était principalement composé d'hommes (55%) et près de 20% de ces salariés avaient 55 ans ou plus. Ils étaient peu diplômés, 2/3 d'entre eux n'ayant pas le baccalauréat. La pathologie en lien avec l'arrêt de travail était considérée comme d'origine professionnelle dans plus de 40% des cas. La durée de l'arrêt de travail était comprise entre 30 jours et 3 mois dans plus de la moitié des cas. Ils bénéficiaient de l'obligation d'emploi dans près de 14% des cas. Ces salariés occupaient des postes présentant comme contraintes les plus fréquentes la manutention et les postures pénibles (67%), la station debout prolongée (50%) ainsi que les gestes répétitifs (41%). La conclusion de la visite de reprise était une reprise sans préconisation particulière dans 51% des cas, une reprise avec préconisations dans 39% des cas et enfin une inaptitude pour 10% d'entre eux.

Mesures mises en œuvre et ressources mobilisées

Toutes pathologies confondues, parmi les situations s'étant conclues par une préconisation d'aménagement, une ou plusieurs visites de pré reprises a ou ont eu lieu dans 42% des cas, un aménagement organisationnel a été réalisé dans 80% des cas, des adaptations techniques dans 24% des cas et une affectation à un autre poste dans 10% des cas (tableau II). Des ressources internes ou externes au service de santé au travail ont été mobilisées dans respectivement 11% et 12% des cas. Dans les situations s'étant conclues par une inaptitude, une ou plusieurs visites de pré reprise ont eu lieu dans les 3/4 des cas, et des ressources internes ou externes au

service de santé au travail ont été mobilisées dans respectivement 29% et 38% des cas – il s'agissait dans ce cas le plus souvent de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Lorsque l'arrêt était lié à des troubles mentaux, parmi les situations s'étant conclues par une préconisation d'aménagement, une ou plusieurs visites de pré reprises ont eu lieu dans près de 6 cas sur 10, un aménagement organisationnel a été réalisé dans plus de 9 cas sur 10 et une affectation à un autre poste dans près de 14% des cas. Parmi les situations s'étant conclues par une inaptitude médicale au poste de travail, une ou plusieurs visites de pré reprise ont eu lieu 81% des cas, les ressources internes au service de santé au travail (SST) étaient mobilisées une fois sur 5 et les ressources externes moins d'une fois sur 6.

Lorsque l'arrêt était lié à une pathologie du système ostéo articulaire, parmi les situations s'étant conclues par une préconisation, une ou plusieurs visites de pré reprise ont eu lieu dans plus de 1/3 des cas, un aménagement organisationnel a été mis en place dans 76% des cas, des adaptations techniques dans 29% des cas et d'une affectation à un autre poste dans près de 10% des cas. Parmi les situations s'étant conclues par une inaptitude médicale au poste de travail, une ou plusieurs visites de reprises ont eu lieu dans plus de ¾ des cas, les ressources internes au SST étaient mobilisées dans plus d'un tiers des cas et des ressources externes dans plus de la moitié des cas. Concernant les ressources externes mobilisées, il s'agissait essentiellement de la MDPH et du service social de la CARSAT.

Facteurs associés à l'inaptitude

Les facteurs associés à l'inaptitude lors de la visite de reprise sont décrits dans le tableau III (analyses univariées).

Parmi les salariés vus en visite de reprise après un arrêt pour troubles mentaux et du comportement, une inaptitude médicale au poste était significativement plus fréquente chez

les salariés âgés de plus de 50 ans, chez ceux ayant le statut employé ou ouvrier, lorsque la durée de l'arrêt était supérieure à 6 mois, et lorsque les salariés bénéficiaient d'une obligation d'emploi ou avaient une demande en cours. Le risque d'inaptitude était plus élevé pour les salariés des secteurs « commerce-hébergement-transport-restauration », « services divers » et « construction », et pour les salariés travaillant dans une entreprise de moins de 50 salariés. Enfin, le risque d'inaptitude était plus important chez les salariés dont la pathologie était d'origine professionnelle et pour ceux exposés à la pression psychologique.

Parmi les salariés vus en visite de reprise après un arrêt pour une atteinte du système ostéo articulaire, une inaptitude médicale au poste était significativement plus fréquente chez les femmes, chez les salariés de 50 ans et plus, chez ceux ayant un niveau inférieur au baccalauréat, et chez ceux au statut « employé » ou « ouvrier ». Le risque d'inaptitude augmentait avec la durée de l'arrêt de travail, et lorsque les salariés bénéficiaient d'une obligation d'emploi ou avaient une demande en cours. Le fait de travailler dans les secteurs « construction », « administration publique-enseignement-santé-action sociale » et d'être dans une entreprise de moins de 10 salariés était également lié à un risque plus élevé d'inaptitude au poste. Enfin l'inaptitude était plus fréquente chez les salariés ayant un poste exposant à des contraintes horaires, à des risques biologiques, de la manutention ou des postures pénibles, des vibrations ou encore des gestes répétitifs, et moins fréquente chez ceux exposés au travail sur écran.

Dans ces deux contextes, aucun lien significatif n'était observé entre le risque d'inaptitude et les contraintes de travail telles que l'exposition aux intempéries, à la chaleur et/ou au froid, aux produits chimiques, au public, à la conduite routière prolongée, à la station debout prolongée, au bruit et au travail en hauteur.

Les facteurs associés à l'inaptitude lors de la visite de reprise, après prise en compte simultanée de toutes les variables pertinentes, sont décrits dans le tableau IV.

Le risque d'inaptitude médicale au poste suite à un arrêt pour troubles mentaux et du comportement différait significativement selon la catégorie socio professionnelle (le risque étant, comparativement aux ouvriers, plus important chez les employés et moins important chez les cadres et professions intermédiaires). Le risque d'inaptitude était plus important chez les salariés bénéficiant d'une obligation d'emploi (OR=3,24 IC95% [1,56-6,68]) et en cas d'origine professionnelle du trouble (OR= 2,21 IC95% [1,37-3,58]). Ce risque augmentait de façon très importante avec la durée de l'arrêt de travail (OR= 10,27 IC95% [5,37-20,14]) pour les arrêts de plus de 1 an comparativement aux arrêts de moins de 3 mois). Des différences étaient observées selon le secteur d'activité, le risque étant, comparativement à l'industrie, plus important dans le secteur « commerce-hébergement-transport-restauration », et moins important dans les secteurs « construction » et « administration publique- enseignement-santé et action sociale ». Le risque d'inaptitude diminuait lorsque la taille de l'entreprise augmentait. Enfin le risque d'inaptitude était plus important lorsque le poste de travail exposait à la pression psychologique (OR=1,60 IC95% [1,02-2,52]).

Lorsque l'arrêt était lié à une pathologie du système ostéo articulaire, le risque d'inaptitude médicale au poste, après prise en compte simultanée de tous les facteurs, était significativement augmenté chez les salariés de 50 ans ou plus comparativement à ceux de moins de 35 ans. Ce risque augmentait avec la durée de l'arrêt de travail, en particulier lorsque celle-ci était supérieure ou égale à 1 an (OR=40,97 IC95% [26,08-66,05]) comparativement à ceux ayant eu un arrêt de moins de 3 mois, et chez les salariés bénéficiant d'une obligation d'emploi (OR=3,89 IC95% [2,64-5,74]) ou avec une demande en cours (OR=4,16 IC95% [2,15-7,91]) comparativement à ceux n'en n'ayant pas. Des différences étaient observées selon les secteurs d'activités, le risque le plus important étant observé dans le secteur « construction ». Travailler sur un poste comportant une contrainte horaire était également lié de façon significative au risque d'inaptitude (OR= 1,53 IC95% [1,00-2,30]).

Enfin, travailler dans une entreprise de 50 salariés ou plus et être exposé au travail sur écran étaient des facteurs protecteurs vis-à-vis de l'inaptitude.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de risque d'inaptitude entre hommes et femmes que ce soit dans le cadre des troubles mentaux et du comportement ou des problèmes au niveau du système ostéo articulaire.

Discussion

Dans cette étude la visite de reprise après un arrêt d'au moins 30 jours se concluait par une inaptitude du salarié au poste de travail dans 12,3% des cas. Ce pourcentage était de 21,7% dans le cas des salariés en arrêt de travail pour des troubles mentaux (représentant 16,1% des arrêts) et de 10,5 % en cas d'arrêt pour ceux ayant des atteintes du système ostéo articulaire (56,3% des arrêts).

Les facteurs associés significativement à une inaptitude faisant suite à un arrêt de travail pour troubles mentaux étaient le fait d'être bénéficiaire d'une obligation d'emploi, d'avoir un trouble d'origine professionnelle, une durée de l'arrêt importante, de travailler dans une entreprise de moins de 50 salariés et d'être exposé à la pression psychologique.

Les facteurs associés significativement à une inaptitude lors d'atteintes du système ostéo articulaire étaient l'âge supérieur ou égal à 50 ans, le statut « employé », une durée d'arrêt de travail importante, le fait d'être bénéficiaire d'une obligation d'emploi ou d'avoir une demande en cours, de travailler dans le secteur de la construction et la présence de contraintes horaires.

Nous avons ciblé notre étude sur deux pathologies à l'origine des arrêts de travail, les pathologies ostéoarticulaires et les troubles mentaux. Ces deux pathologies sont celles qui

sont le plus souvent en cause à de nombreux égards en santé au travail. En effet, il s'agit des deux types de plaintes les plus souvent signalées par les salariés, d'après le dispositif Evrest [14]. Il s'agit également des pathologies les plus observées dans le cadre des maladies à caractère professionnel : les quinzaines des maladies à caractère professionnel (MCP), réalisées en France depuis 2006 dans les régions volontaires, ont observé que les troubles musculo squelettiques et les souffrances psychiques étaient les pathologies les plus rapportées [15]. Enfin, ces deux pathologies ont été retrouvées dans de nombreuses études comme étant les principales causes d'inaptitudes [11,12,16-20].

S'il existe peu d'études internationales publiées sur le devenir des salariés à l'issue des visites de reprise faisant suite à un arrêt de travail (inscrites dans un contexte réglementaire spécifiquement français), il existe en revanche de nombreux articles dans la littérature internationale sur les facteurs associés à la reprise ou non du travail lorsque les salariés sont en arrêt de travail. La non reprise du travail est une situation qui peut être assimilée à l'inaptitude, les salariés déclarés inaptes à leur poste ayant environ 95% de risque de perdre leur emploi [10].

A la suite de la visite de reprise, nous avons observé que plus de la moitié des salariés ont pu reprendre leur poste sans préconisation, plus d'un tiers a repris avec préconisations et 12% ont été déclarés inapte à leur poste de travail. Pélissier et al. ont observé, en 2013, une distribution très similaire du devenir des salariés dans leur population vue en reprise après un arrêt d'au moins 21 jours : 65% des salariés ont pu reprendre leur poste sans préconisation, 24% ont pu reprendre avec des aménagements et 11% n'ont pu réintégrer leur poste de travail [21]. De même, dans l'étude MAPOST, les auteurs ont observé à l'issue de la visite de reprise que la moitié des agents pouvaient reprendre sans préconisations, 40% pouvaient reprendre avec un aménagement, 6% étaient reclassés à un autre poste et 4% ne pouvaient pas reprendre le

travail [22]. Nos résultats globaux concernant les conditions de reprise après un arrêt de travail semblent donc comparables à la littérature existante.

Concernant les actions mises en œuvre, toutes pathologies confondues, 75% des salariés déclarés inaptes à leur poste de travail ont bénéficié, dans notre étude, d'une ou plusieurs visites de pré reprise. L'objectif de ces visites est d'anticiper le retour au travail du salarié, et d'échanger avec l'employeur si nécessaire pour rechercher les aménagements possibles. La complexité des situations aboutissant à une décision d'inaptitude médicale au poste peut expliquer que l'on ait plus fréquemment observé dans ces situations, la réalisation d'au moins une visite de pré reprise. Ces visites ont permis d'envisager toutes les possibilités de maintien en emploi compatibles avec l'état de santé du salarié, ses compétences ainsi que ses capacités restantes. Dans une étude récente, il a été constaté que la conclusion de la visite de reprise était significativement différente en fonction de la présence ou non de préconisations faites par le médecin du travail lors de visites de pré reprise, soulignant ainsi son importance [23]. En 2007, Manet a observé que 72% des salariés inaptes en avait bénéficié (hors secteurs BTP) [24], tandis que ce chiffre était de 84% dans une enquête du PRITH Pays de la Loire en 2017 [25]. Les ressources mobilisées chez les salariés déclarés inaptes après un arrêt pour TMC étaient des ressources internes au service dans 21% des cas et externes dans 17% des cas. Lors d'inaptitude chez les salariés atteints de POAM, ces mêmes ressources étaient nettement plus souvent mobilisées, ressources internes dans 36% et externes dans 51% des cas (principalement la MDPH). Une enquête sur les inaptitudes définitives en Bretagne en 2009 avait observé qu'environ 1/3 des salariés déclarés inaptes (toutes causes confondues) étaient orientés vers la MDPH [26], ce qui nous laisse entrevoir des marges d'amélioration possibles.

Dans notre étude, que l'arrêt soit lié à des troubles mentaux ou du comportement ou à une atteinte du système ostéoarticulaire, le genre n'était pas lié de façon significative à la survenue d'une inaptitude. Dans la littérature, Lesage et al. ont constaté que le risque d'inaptitude

médicale était plus important chez les femmes, toutes causes confondues [27] . Les enquêtes menées sur les inaptitudes à la Réunion entre 2008 et 2010 [28], en Bretagne en 2009 [26] et en Hauts-de-France en 2018 [19] ont constatés que les salariés inaptés pour TMC étaient majoritairement des femmes, et ceux inaptés du fait d'une POAM majoritairement des hommes. Toutefois, ces résultats ne peuvent être directement comparés aux nôtres, qui s'intéressent aux populations en arrêt de travail. Et ces salariés en arrêt de travail sont en effet plus souvent des femmes lorsque l'arrêt est lié à un TMC et plus souvent des hommes lorsque l'arrêt est lié à une POAM. Ainsi, si les femmes sont plus nombreuses à être inaptés du fait d'un TMC et les hommes plus nombreux à être inapte du fait d'une POAM, c'est probablement plus lié à la fréquence respective de ces pathologies chez les hommes et les femmes qu'à une différence dans le risque d'inaptitude selon le genre. Cependant, Koopmans et al. ont observés aux Pays-Bas que chez les salariés en arrêt depuis plus de 6 semaines, les femmes étaient plus à risque de non reprise du travail [29].

Nous avons constaté que la conclusion de la visite de reprise après un arrêt d'au moins de 30 jours pour des atteintes du système ostéo articulaire était significativement plus souvent une inaptitude médicale pour les salariés de 50 ans ou plus que pour ceux de moins de 30 ans. Les différences observées chez les salariés atteints de TMC n'étaient pas significatives. Une étude menée en 2007 en Meurthe et Moselle observait que les salariés inaptés toutes causes confondues et parmi eux, ceux inaptés suite à une pathologie musculo-squelettique ou un trouble psychopathologique, étaient en moyenne plus âgés que les salariés suivis par le service de santé au travail [24]. Le rapport « Inaptitudes 2018 » de l'ISTNF rapportait que les salariés inaptés du fait d'une POAM étaient plus âgés que ceux de la population salariée en général, tandis que la répartition par âge des salariés inaptés du fait d'un TMC était proche de celle de la population générale [19]. Par ailleurs, toutes pathologies confondues, Pélissier et

al. ont constaté que l'âge plus élevé était négativement associé au retour au travail au même poste sans préconisation [21].

Nos observations sont ainsi globalement cohérentes avec une revue systématique récente portant sur le retour au travail après arrêt pour lombalgies. Steenstra et al. [30] ont conclu avec un niveau de preuve élevé que le genre n'était pas associé à la reprise du travail lors des douleurs subaiguës et un niveau de preuve modéré que les hommes reprenaient moins le travail lors de douleurs chroniques, et un niveau de preuve modéré concernant un meilleur taux de reprise avec l'âge quel que soit le délai depuis l'arrêt de travail.

Chez les salariés ayant été en arrêt du fait d'une POAM ou d'un TMC, nous avons observé que le risque d'inaptitude était moindre chez les cadres et professions intermédiaires, et plus élevés chez les ouvriers et surtout chez les employés. Lesage et al., en 2014, ont observé une surreprésentation des employés dans leur population de salariés déclarés médicalement inaptes, toutes pathologies confondues [27]. Il existe en fait, dans nos populations d'étude, une surreprésentation importante des employés chez les salariés en arrêt pour TMC, et des ouvriers chez les salariés en arrêt pour POAM, comparativement à la population salariée régionale (données Insee) [31]. A ce premier effet se surajoute ainsi une moindre chance de pouvoir reprendre son poste de travail chez les salariés généralement moins diplômés que les cadres et professions intermédiaires.

Chez les salariés ayant été en arrêt de travail du fait d'un trouble mental, le fait que le trouble soit d'origine professionnelle était, dans notre étude, significativement associé à l'inaptitude. Il peut sembler logique que mettre le salarié en inaptitude soit alors préférable à le laisser sur le même poste de travail, notamment dans un contexte de TMC en lien avec le travail ce qui a également été observé dans plusieurs études régionales en France [17,22,24].

Nous avons observé que le risque d'inaptitude augmentait significativement avec l'allongement de la durée de l'arrêt, chez les salariés ayant été en arrêt de travail pour TMC ou pour POAM. Une étude aux Pays Bas a observé en 2008 que, sans distinction des pathologies causales, des antécédents de multiples arrêts de travail ou un arrêt de travail prolongé augmentait nettement le risque d'incapacité au travail, et que le risque de perte d'emploi était augmenté chez les salariés en arrêt par rapport à ceux n'ayant pas eu d'arrêt [29]. L'enquête menée par le PRITH en 2017 retrouvait que, de façon globale, lorsque l'inaptitude avait lieu à l'occasion d'une visite de reprise, l'arrêt ayant précédé cette visite avait duré 3 mois ou plus dans 90% des cas [25]. L'étude de Pélissier et al. constatait également qu'un arrêt de travail prolongé était associé négativement au retour au travail sans adaptation de poste [21].

Lors de la reprise après un arrêt de travail pour TMC ou pour POAM, le fait d'être bénéficiaire d'une obligation d'emploi (ou d'avoir une demande en cours) était, dans notre étude, significativement associé à une inaptitude médicale au poste. Devant de telles observations, il n'est évidemment pas question d'en conclure qu'il serait préférable de ne pas être bénéficiaire de l'obligation d'emploi afin de limiter le risque d'inaptitude, puisque l'obtention de ce statut permet d'apporter une protection au salarié (doublement de la durée du préavis de licenciement, le cas échéant) et de faciliter son maintien ou retour à l'emploi. Il s'agit sans doute d'un indicateur d'une certaine gravité et surtout d'une longévité certaine de la pathologie, ce qui a un effet direct sur le risque d'inaptitude.

Nous avons observé que les salariés du secteur de la construction vus en visite de reprise suite à une pathologie ostéo-articulaire étaient plus souvent déclarés inaptes que dans les autres secteurs d'activité. Ceci est à rapprocher de ce qu'a observé Manet en 2007 : comparativement aux inaptitudes constatées dans les services inter entreprise ayant répondu, il y avait plus d'inaptitude chez les salariés travaillant dans le secteur du BTP [24]. De

manière globale, les enquêtes régionales sur les inaptitudes ont observé une sur représentation du secteur du BTP parmi les salariés déclarés médicalement inaptes [19,26,28]. Dans notre population de sujets vus en visite de reprise après un arrêt de plus de 30 jours, seuls 8% travaillent dans le secteur du BTP (le BTP employant 6% des salariés de la région). En revanche, le maintien au poste dans ce secteur est moins aisé dans un contexte de POAM, du fait notamment de l'importance des contraintes physiques de travail et du caractère mobile du lieu de travail, rendant plus aléatoires certaines adaptations de poste – ce que nous objectivons par un sur-risque d'inaptitude dans ce secteur.

Dans notre étude, le risque d'inaptitude lors de la visite de reprise après un arrêt est plus important chez les salariés atteints de TMC faisant partie d'une entreprise de moins de 50 salariés, et moins de 10 salariés pour ceux atteints de POAM. Il a en effet été constaté, dans plusieurs régions françaises, que les salariés inaptes sont plus fréquemment issus d'entreprises de petite taille que de grandes entreprises [17,28,32,33]. Ceci pourrait donc, au moins en partie, être dû au fait que sur le terrain, il y ait moins de possibilités d'aménagement dans les entreprises de petite taille. Il est également possible que, dans les entreprises de plus grande taille, un changement de poste ait lieu sans passer par une procédure d'inaptitude, contrairement à la définition de l'inaptitude dans le code du travail.

Concernant les contraintes présentes au poste, nous avons constaté que dans un contexte d'arrêt de travail pour TMC, la présence d'une « pression psychologique » était significativement liée à l'inaptitude. Il est en effet probable que dans ce contexte, il soit plus difficile pour le salarié concerné de reprendre son activité au même poste de travail, ce qui motive alors la décision d'inaptitude médicale au poste. Il faut préciser que, dans cette enquête, la pression psychologique au poste de travail a été évaluée par le médecin du travail, et définie comme une charge mentale élevée au poste considéré.

Dans un contexte d'arrêt de travail pour POAM, nous avons observé que la présence de contraintes horaires et l'absence de travail sur écran étaient liées significativement au risque d'inaptitude. L'explication de ces relations n'apparaît cependant pas évidente de prime abord. La relation entre l'inaptitude et l'absence de travail sur écran constatée pourrait signifier qu'il s'agit en fait de postes de travail présentant plus de contraintes physiques ou de tâches pénibles. Une étude britannique a observé un risque plus important de perte d'emploi chez les salariés présentant comme contrainte la «manutention lourde» chez les salariés atteints de POAM [34]. Vlasveld et al. ont mis en évidence que les postes avec une demande physique importante était un facteur associé à un arrêt de travail plus long avant une reprise chez les salariés en arrêt depuis plus de 4 semaines [35]. La notion de contrainte horaire ou de travail sur écran n'a cependant pas été rapportée dans ces études. De notre côté, nous n'avons pas observé de risque différent d'inaptitude pour les salariés exposés à des contraintes physiques. Ceci pourrait être lié à la prise en compte des secteurs d'activité dans notre modèle, les secteurs étant très liés à la présence ou non de ces contraintes de travail.

Cette étude présente certaines faiblesses. Tout d'abord, le fait qu'elle soit basée sur le volontariat des services et des médecins du travail y exerçant pourrait entraîner un biais de sélection. Cependant, le taux de participation à l'étude est relativement important (environ 41%) et presque tous les SST de la région ont participé, permettant une représentation satisfaisante des situations professionnelles sur le territoire étudié. Ensuite, le recueil des données a eu lieu pendant une période de 2 mois, ne couvrant ainsi pas l'ensemble d'une année. Cependant, les pathologies à l'origine d'inaptitude ne présentent a priori pas de saisonnalité pouvant générer un biais de sélection dans les dossiers pris en compte durant la période retenue. L'enquête n'ayant eu lieu que dans une seule région, certains secteurs d'activités n'ont pas la même représentativité qu'au plan national. Ainsi, nos résultats ne sont potentiellement pas extrapolables à la France entière. Cette enquête présente également un

certain nombre d'atouts. Tout d'abord, il s'agit de la première étude de ce type menée en région Hauts-de-France. Les données sont de bonne qualité car il s'agit d'informations classiquement recueillies. Enfin, cette étude se base sur un nombre important de salariés vus en visite de reprise après un arrêt d'au moins 30 jours, plus de 5000, dont plus de 800 pour des troubles mentaux et plus de 2800 pour une pathologie du système ostéoarticulaire. Dans la région Hauts-de-France, les enquêtes de suivi d'indicateurs d'inaptitude réalisées précédemment par le réseau STME [19] retrouvaient que les décisions d'inaptitudes faisaient suite à un arrêt de travail dans 96% des cas – 98% de ces arrêts étant de plus d'un mois. En étudiant les salariés vus en visite de reprise après un arrêt d'au moins 30 jours, nous touchons donc la très grande majorité des salariés déclarés médicalement inaptes au poste.

Ce travail a permis de mettre en évidence des facteurs liés à l'inaptitude en contexte de reprise après un arrêt d'au moins 30 jours, qui permettraient d'identifier les personnes les plus à risques d'être déclarées inaptes. Cependant, il ne permet pas de mettre en évidence de support irréfutable pour limiter les inaptitudes.

De nombreuses pistes ont été explorées dans la littérature concernant le retour au travail des salariés en arrêt. Ainsi, en Finlande, une étude rétrospective a cherché à savoir si une nouvelle législation obligeant les employeurs à notifier les salariés en arrêt prolongé permettait ou non d'améliorer leur retour en emploi de façon durable, montrant une légère amélioration après la nouvelle législation, sans toutefois pouvoir décrire les mesures qui ont pu être mises en œuvre suite au signalement des salariés concernés [36,37]. D'autres études ont montré qu'un programme multidisciplinaire permettait d'améliorer le retour à l'emploi en contexte de pathologies chroniques [38], et ceci plus spécifiquement après une pathologie ostéo articulaire ou un trouble mental ou du comportement [39]. Néanmoins, plusieurs revues de littératures concernant les interventions multidisciplinaires [40,41], les prises en charges type réadaptation au travail [42], ou les interventions en milieu de travail [43-47] que ce soit en

contexte de TMC ou de POAM, ont globalement soulignés l'hétérogénéité de celles-ci, et le faible niveau de preuve de ces interventions à ce jour.

L'implication et le ressenti des différents acteurs semble jouer un rôle dans le processus de maintien en emploi. Ainsi, plusieurs études ont montré que la perception que les salariés ont de leur propre santé et de leur capacité à travailler influe sur leur maintien ou leur retour au travail [38,48,49], de même que le soutien des collègues ou employeurs [48-50]. Il en va de même concernant l'équipe en santé travail : lors d'une enquête qualitative menée en Maine et Loire [51], les entretiens avec les médecins du travail participants ont montrés que les situations de troubles musculo squelettiques et de troubles psychiatriques étaient vécues comme étant les plus complexes à résoudre, et que la sortie de l'emploi était souvent jugée plus thérapeutique que le retour au travail.

Conclusion

Ce travail a montré que les situations de troubles mentaux et du comportement et de pathologies ostéo articulaires, musculaires et du tissu conjonctif continuent d'être les deux principales causes d'arrêt de travail prolongé (au moins 30 jours) et d'inaptitude. Un recours plus important aux ressources internes et externes au service de santé au travail pourrait permettre de favoriser le maintien dans l'emploi de certains de ces salariés. De même, la réalisation plus systématique de visites de pré reprise serait potentiellement intéressante pour éviter une inaptitude, en permettant de renforcer les actions en amont de la visite de reprise [1,52]. La coopération entre les différents acteurs doit être renforcée, en particulier avec la mise en place d'un « plan de retour au travail » élaboré avec le travailleur, le service de santé au travail et les employeurs. Parmi les mesures possibles dans le cadre de ce plan, les « essais encadrés » peuvent permettre au salarié, durant son arrêt de travail, de tester ses capacités à reprendre son poste antérieur (avec ou sans aménagement), voire d'essayer un autre poste de travail ou de préparer une reconversion professionnelle, le maintien en emploi ne se limitant

ni au poste ni à l'entreprise d'origine du salarié [53]. Des études évaluatives portant sur le plan de retour à l'emploi et l'accompagnement de l'entreprise et du travailleur dans cette démarche par les services de santé au travail, seraient nécessaires.

Remerciements

L'enquête régionale « Maintien dans l'emploi » a été réalisée grâce au soutien financier de la Direccte Hauts-de-France et du Conseil Régional des Hauts-de-France. Cette enquête a été organisée par l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France et l'Université de Lille avec l'appui du réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) Hauts-de-France et des services de santé au travail des Hauts-de-France. Nous remercions particulièrement les référents du réseau STME dans les services de santé au travail et l'ensemble des médecins qui ont participé à l'enquête régionale Hauts-de-France.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Références

1. Haute Autorité de Santé. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs . 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/fs_sante_maintien_emploi_v1.pdf
2. Ministère du travail. Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? . Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-032.pdf>
3. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Plan Santé Travail 2016-2020 . Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

4. Direccte Hauts de France. Le Plan Régional santé au travail (PRST) 2016-2020 en Hauts de France . Disponible sur: http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst_3_reduit.pdf
5. Direccte Hauts de France. Plan Régional d’insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH) 2016-2020 des Hauts de France . Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/005160696b74ff245046a>
6. Charlotte Lecocq. Rapport de Mme Charlotte Lecocq sur la santé au travail . Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf
7. Code du travail - Article R4623-1 | Legifrance . Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033769577&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20170101>
8. Ministère des solidarités et de la santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 . Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
9. Code du travail - Article L4624-4. Code du travail.
10. Issindou M, Ploton C, Quinton-Fantoni S, Ensadon AC, Gosselin H. Aptitude et médecine du travail . Inspection générale des affaires sociales; 2015 . Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_aptitude_medecine_du_travail_2014-142R_.pdf
11. Ronzi Y, Petit A, Roquelaure Y. Affections de l’appareil locomoteur d’origine professionnelle. EMC - Appar Locomoteur. 2016;11(2):1-15.
12. Baju-Deniaud A, Viola A, Charpentier P, Dussarat M. Inaptitudes définitives dans le var : quelle évolution en 20 ans ? Arch Mal Prof Environ. 2018;79(3):455.
13. Landi A, Bellagamba G, Metge H, Dubois A, Alcaraz-Mor R, Lehucher-Michel M-P. Étude des causes d’inaptitude médicale en région PACA. Arch Mal Prof Environ. 2018;79(3):254.
14. Rollin L, Leroyer A. Evolutions et Relations en Santé au Travail, Rapport Descriptif national 2017-2018 . Disponible sur: <http://evrest.istnf.fr/page-35-0-0.html#menu>
15. Institut de veille sanitaire. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France Résultats des Quinzaines MCP de 2008 à 2011.
16. Lesage F-X, Divies A. Analyse de l’incidence des inaptitudes et des facteurs socioprofessionnels associés dans une population de salariés du bassin d’emploi de Montpellier. Arch Mal Prof Environ. 1 sept 2015;76(4):397.
17. Buchet C, Col A, de Labrusse B, Rigaut H, Masse A-M, Faivre-Dupaigre M. Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004. Arch Mal Prof Environ. 2010;71(2):108-16.

18. Martin-Saint-Laurent A, Donne JP. Quarante ans d'inaptitude définitive du personnel navigant commercial. *Médecine Aéronautique Spatiale*. 2003;44(163):6-10.
19. Buewaert V, Leroyer A, Surquin M. Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en région Hauts de France Résultats année 2018 . 2019. Disponible sur: https://istnf.fr/_docs/actus/Fichier-232-2-133454.pdf
20. Vilaine C, Kesselring C, Gal A. Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'un avis médical d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail. Présentation du protocole et premiers résultats. *Arch Mal Prof Environ*. 2004;65(2):228-228.
21. Péliissier C, Fontana L, Chauvin F. Factors influencing return to work after illness in France. *Occup Med Oxf Engl*. janv 2014;64(1):56-63.
22. Duburcq A, Courouve L, Havette P, Dab W. Facteurs associés au maintien dans le poste de travail après un épisode d'absence : résultats de l'étude MAPOST des médecins du travail du groupe La Poste. *Arch Mal Prof Environ*. 2018;79(6):705-16.
23. Pires S, Tone F, Wloch K, Fantoni Quinton S. Utilisation et intérêt de la visite de préreprise : enquête réalisée auprès de médecins du travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2016;77(6):949-60.
24. Manet C. L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe-et-Moselle en 2007 Thèse de médecine. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732881/document>
25. PRITH Pays de la Loire. Devenir des salariés déclarés inaptes à leur poste par le mdédecin du travail . 2017. Disponible sur: http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/enquete_devenir_salaries_inaptes_poste_travail__prithPDL_oct2017.pdf
26. DIRECCTE Bretagne, GREF Bretagne. Inaptitudes totales et définitives en région Bretagne. Données 2009 . Disponible sur: http://bretagne.direccte.gouv.fr/sites/bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/inapt_nov10.pdf
27. Lesage F-X, Dutheil F, Godderis L, Divies A, Choron G. Incidence of ill-health related job loss and related social and occupational factors. The "unfit for the job" study: a one-year follow-up study of 51,132 workers. *PeerJ*. 2018;6:e5073.
28. DIECCTE La Réunion. Les inaptitudes médicales au poste de travail. Indicateurs et analyses. . 2011 août. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Reunion_Les_inaptitudes_medicales_au_poste_de_travail.pdf
29. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):494-9.
30. Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, et al. Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. *J Occup Rehabil*. 2017;27(3):369-81.
31. Insee. Statistiques locales Insee. Carte interactive . Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#view=map1&c=indicator>

32. Deveaux B. Caractéristiques des situations conduisant à l'inaptitude médicale . .
Disponible sur: <http://gnmstbtp.free.fr/DEAUVILLE07/Pdf/7-CASIM-Devaux.pdf>
33. Viola A, Metayer L. Portrait type des inaptes définitifs dans le Var en 1996. Arch Mal Prof Médecine Trav. 1999;60(8):760-7.
34. Solomon C, Poole J, Palmer KT, Coggon D. Health-related job loss: findings from a community-based survey. Occup Environ Med. 2007;64(3):144-9.
35. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, Beekman ATF, van Mechelen W, Hoedeman R, et al. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. J Occup Rehabil. 2012;22(1):118-26.
36. Halonen JI, Solovieva S, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J, Viikari-Juntura E. Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. Occup Environ Med. 2016;73(1):42-50.
37. Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo K-P, Hiljanen I, et al. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. Scand J Public Health. 2018;46(19 suppl):65-73.
38. Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, Silvaggi F, Foucaud J, Lamore K, et al. Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(10): 1864.
39. Berglund E, Anderzén I, Andersén Å, Carlsson L, Gustavsson C, Wallman T, et al. Multidisciplinary Intervention and Acceptance and Commitment Therapy for Return-to-Work and Increased Employability among Patients with Mental Illness and/or Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(11), 2424.
40. Varatharajan S, Côté P, Shearer HM, Loisel P, Wong JJ, Southerst D, et al. Are work disability prevention interventions effective for the management of neck pain or upper extremity disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) collaboration. J Occup Rehabil. 2014;24(4):692-708.
41. KI Cullen, E Irvin, A Collie, F Clay, U Gensby, Pa Jennings, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. J Occup Rehabil. 2018;28(1): 1-15.
42. Wh Hou, Cc Chi, Hl Lo, Kn Kuo, Hy Chuang. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12(12): CD010002.
43. Oakman J, Keegel T, Kinsman N, Briggs AM. Persistent musculoskeletal pain and productive employment; a systematic review of interventions. Occup Environ Med. 2016;73(3):206-14.

44. Vargas-Prada S, Demou E, Lalloo D, Avila-Palencia I, Sanati KA, Sampere M, et al. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(4):261-72.
45. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, DeRango K, et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil*. 2012;22(3):312-21.
46. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD006237.
47. Van Vilsteren M, Van Oostrom SH, De Vet HCW, Franche R-L, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD006955.
48. Somville PR, Mairiaux P. Incapacité de travail prolongée. Revue des facteurs de risque professionnels et des stratégies d'intervention. *Arch Mal Prof Environ*. 2015;76(5):458-67.
49. Facteurs prédictifs d'une restriction d'aptitude ou d'une inaptitude au poste de travail antérieur en visite de reprise : élaboration d'un score - Article de revue - INRS . Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20234>
50. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occup Rehabil*. 2019;29(4):679-700.
51. M. Kergresse, S. Fanello, I. Delahaye, Q. Durand-Moreau, D. Pellé-Duporté, Y. Roquelaure. Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire. *Arch Mal Prof Environ*. 2013;74(6):630-7.
52. Wurtz E, Fantoni Quinton S. La place du médecin du travail dans le processus de reclassement du salarié déclaré inapte à son poste de travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2015;76(3):279-83.
53. Haute Autorité de Santé. Santé et maintien en emploi: prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Synthèse de la recommandation de bonne pratique . 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/fs_sante_maintien_emploi_v1.pdf

Tableau I. Description de la population étudiée, au global et selon la cause de l'arrêt (effectifs (%)).

	Ensemble	Troubles mentaux	Système ostéo articulaire
	N=5032	N=812	N=2835
Genre			
Homme	2614 (51,9)	326 (40,2)	1572 (55,5)
Femme	2418 (48,1)	486 (59,8)	1263 (44,6)
Age			
≤24 ans	213 (4,2)	30 (3,7)	137 (4,8)
25-34 ans	921 (18,3)	161 (19,8)	526 (18,6)
35-44 ans	1310 (26,0)	241 (29,7)	755 (26,6)
45-54 ans	1591 (31,6)	261 (32,1)	867 (30,6)
55 ans et plus	997 (19,8)	119 (14,6)	550 (19,4)
Catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteurs/artisans/commerçants	17 (0,3)	2 (0,2)	8 (0,3)
Cadre	208 (4,1)	53 (6,6)	77 (2,8)
Professions intermédiaires	773 (15,6)	184 (23,0)	356 (12,7)
Employés	1735 (34,9)	342 (42,8)	928 (33,2)
Ouvriers	2238 (45,0)	219 (27,4)	1429 (51,1)
Niveau de formation			
Aucun/certificat d'études	966 (21,7)	125 (17,4)	597 (23,7)
CAP/BEP	1857 (41,7)	230 (31,9)	1119 (44,5)
Baccalauréat	837 (18,8)	157 (21,8)	453 (18,0)
Etudes supérieures	796 (17,8)	208 (28,9)	346 (13,7)
Pathologie motivant l'arrêt de travail			
Système ostéo articulaire	2835 (56,3)	–	–
Troubles mentaux et du comportement	812 (16,1)	–	–
Appareil génito-urinaire	304 (6,0)	–	–
Appareil digestif	276 (5,5)	–	–
Appareil circulatoire	254 (5,1)	–	–

Système nerveux	142 (2,8)	–	–
Peau et tissu cellulaire sous cutané	140 (2,8)	–	–
Endocrinien, nutrition et métabolique	96 (1,9)	–	–
Appareil respiratoire supérieur ou inférieur	92 (1,8)	–	–
Sang et organes hématopoïétiques	33 (0,7)	–	–
L'œil et ses annexes	27 (0,5)	–	–
L'oreille et apophyse mastoïde	21 (0,42)	–	–
Origine de la pathologie motivant l'arrêt			
Professionnelle	1410 (30,1)	194 (25,7)	1157 (43,4)
Non professionnelle	3272 (69,9)	561 (74,3)	1506 (56,6)
Durée de l'arrêt			
≥30 jours et ≤3 mois	2772 (55,1)	355 (43,7)	1593 (56,2)
≥3 mois et ≤6 mois	1161 (23,1)	227 (27,9)	662 (23,4)
≥6 mois et ≤1 an	525 (10,4)	129 (15,9)	276 (9,7)
≥1 an	574 (11,4)	101 (12,4)	304 (10,7)
Visite de pré reprise			
Non	3585 (71,2)	461 (56,8)	2052 (72,4)
Oui	1447 (28,8)	351 (43,2)	783 (27,6)
Obligation d'emploi*			
Oui	559 (12,7)	56 (7,9)	339 (13,7)
Non	3733 (84,7)	638 (90,6)	2046 (82,9)
En cours	113 (2,6)	10 (1,4)	81 (3,3)
Secteur d'activité de l'entreprise			
AZ Agriculture	47 (0,9)	5 (0,6)	28 (0,9)
BE Industrie	1072 (21,3)	120 (14,8)	646 (22,8)
FZ Constructions	419 (8,3)	43 (5,3)	267 (9,4)
GI Commerces-resto	1262 (25,1)	179 (22,0)	739 (26,1)
OQ Administration-enseignement			
-santé-action sociale	1228 (24,4)	271 (33,4)	641 (22,6)
JU Services divers	1004 (19,9)	194 (23,9)	514 (18,1)

Effectifs de l'entreprise

1-9 salariés	573 (11,6)	99 (12,4)	286 (10,3)
10-49 salariés	1508 (30,6)	228 (28,6)	864 (31,2)
50-199 salariés	1677 (34,0)	263 (33,0)	973 (35,1)
200 salariés et plus	1171 (23,7)	207 (25,9)	649 (23,4)

Contraintes du poste avant l'arrêt

Pression temporelle	1130 (22,5)	245 (30,2)	599 (7,5)
Pression psychologique	1042 (20,7)	392 (48,3)	402 (14,2)
Contraintes horaires	934 (18,6)	158 (19,5)	519 (18,3)
Contraintes climatiques	413 (8,2)	37 (4,5)	285 (10,1)
Travail <10° et >28°	306 (6,1)	32 (3,9)	204 (7,2)
Exposition à des risques chimiques	494 (9,8)	67 (8,3)	296 (10,4)
Exposition à des risques biologiques	360 (7,2)	65 (8,0)	212 (7,5)
Travail sur écran ≥4h par jour	718 (14,3)	187 (23,0)	270 (9,5)
Contact avec du public	1459 (28,9)	316 (38,9)	734 (25,9)
Conduite routière prolongée	658 (13,1)	62 (7,6)	404 (14,3)
Station debout prolongée	2256 (44,8)	257 (31,7)	1432 (50,5)
Manutention/postures pénibles	2850 (56,6)	297 (36,6)	1888 (66,6)
Bruit	808 (16,1)	83 (10,2)	523 (18,4)
Vibrations	662 (13,2)	55 (6,8)	444 (15,7)
Travail en hauteur	290 (5,8)	29 (3,6)	201 (7,1)
Gestes répétitifs	1742 (34,6)	180 (22,2)	1155 (40,7)

Conclusion de la visite de reprise

Reprise sans préconisations	2682 (53,3)	393 (48,4)	1445 (50,9)
Reprise avec préconisations	1732 (34,4)	243 (29,9)	1093 (38,6)
Inaptitude	618 (12,3)	176 (21,7)	297 (10,5)

**Au sens de l'article L5212-13 du code du travail*

Tableau II. Mesures mises en œuvre et ressources mobilisées, au global et pour les deux pathologies les plus fréquemment responsables d'une visite de reprise, selon le devenir du salarié (effectifs (%)).

	Global		Troubles mentaux		Système ostéo articulaire	
	N=5032		N= 812		N=2835	
	Préconisations N=1732	Inaptitude N=618	Préconisations N=243	Inaptitude N=176	Préconisations N=1093	Inaptitude N=297
Visite de pré reprise						
Non	1009 (58,3)	152 (24,6)	98 (40,3)	33 (18,7)	679 (62,1)	68 (22,9)
Oui (une ou plusieurs)	723 (41,7)	466 (75,4)	145 (59,7)	143 (81,3)	414 (37,9)	229 (77,1)
Mesures mises en œuvre dans l'entreprise						
Aménagements organisationnels	1337 (80,2)	-	216 (91,1)	-	798 (76,4)	-
Horaires	719 (53,8)	-	170 (78,7)	-	356 (44,6)	-
Répartition des tâches	839 (62,7)	-	77 (35,6)	-	583 (73,1)	-
Adaptations techniques	386 (23,9)	-	13 (5,6)	1 (0,7)	292 (29,1)	20 (7,8)
Affectation à un autre poste	154 (9,6)	-	32 (13,8)	7 (4,8)	100 (9,9)	13 (5,1)
Ressources mobilisées pour le maintien en emploi						
Mobilisation d'intervenants internes	178 (11,0)	156 (28,9)	34 (14,4)	32 (21,1)	113 (11,2)	96 (36,1)
Mobilisation d'intervenants externes	192 (11,9)	208 (38,2)	23 (9,8)	25 (16,6)	127 (12,7)	140 (51,5)
Détails des intervenants externes mobilisés						

MDPH	139 (8,0)	140 (22,6)	7 (2,9)	8 (4,5)	98 (8,9)	108 (36,4)
CAP Emploi	35 (2,0)	48 (7,8)	4 (1,6)	4 (2,3)	28 (2,6)	33 (11,1)
Service social CARSAT	27 (1,6)	81 (13,1)	7 (2,9)	8 (4,5)	16 (1,5)	55 (18,5)
Cellule PDP	11 (0,6)	16 (2,6)	4 (1,6)	3 (1,7)	7 (0,6)	9 (3,0)
Organisme de bilan de compétence/ Formation professionnelle	25 (1,4)	37 (5,9)	10 (4,1)	6 (3,4)	10 (0,9)	28 (9,4)

Tableau III. Facteurs associés à l'inaptitude lors de la visite de reprise (analyse univariée).

Variables	Troubles mentaux			Système ostéoarticulaire		
	N= 805			N= 2799		
	n	% inaptes	p	n	% inaptes	p
Genre			0,69			0,03
Femme	481	20,8		1251	11,8	
Homme	324	22,2		1548	9,3	
Âge			0,08			< 10 ⁻⁴
<35 ans	190	22,1		655	6,1	
35-49 ans	379	18,2		1166	9,2	
50 ans et +	236	25,8		978	14,8	
Catégorie socioprofessionnelle			0,03			< 10 ⁻⁴
Cadres	52	13,5		77	2,6	
Profession intermédiaire	184	16,3		355	4,2	
Employés	341	25,8		927	13,5	
Ouvriers	216	20,8		1404	10,5	
Niveau de formation			0,26			< 10 ⁻⁴
Aucun/CEP/BEPC/BDC	125	24,0		588	12,6	
CAP/BEP	227	24,22		1104	11,6	
Baccalauréat	157	20,4		448	7,4	
Etudes supérieures	205	17,1		340	4,1	
Durée de l'arrêt de travail			< 10 ⁻⁴			< 10 ⁻⁴
<3 mois	351	9,11		1575	2,3	
≥ 3 mois et ≤ 6 mois	226	19,5		656	6,1	
≥ 6 mois et ≤ 1 an	128	32,0		273	16,5	
≥ 1 an	100	55		295	57,9	
Obligation d'emploi*			0,002			< 10 ⁻⁴
Non	634	20,0		2019	6,1	
Oui	55	38,2		332	31,3	
En cours	9	44,4		80	37,5	
Origine de la pathologie motivant l'arrêt			0,0005			0,22
Non professionnelle	597	18,1		1633	9,85	
Professionnelle	204	29,9		1151	11,4	
Secteur d'activité de l'entreprise			< 10 ⁻⁴			0,0003
Industrie	120	15,8		642	7,9	
Construction	43	25,6		266	17,3	

Commerces-restauration	179	31,3	737	9,4	
Services divers	193	25,4	514	9,5	
Administration-enseignement-santé-action sociale	270	13,7	640	12,0	
Effectifs de l'entreprise			< 10 ⁴		0,07
1-9 salariés	98	32,6	273	13,9	
10-49 salariés	227	28,2	854	10,8	
50-199 salariés	258	15,1	968	11,2	
200 salariés et +	207	15,9	641	8,3	
Contraintes horaires			0,64		0,08
Non	649	20,9	2286	9,9	
Oui	156	23,1	513	12,7	
Exposition à des risques biologiques			0,49		0,01
Non	741	21,7	2589	10,0	
Oui	64	17,2	210	15,7	
Travail sur écran			0,22		< 10 ⁻⁴
Non	620	22,4	2529	11,3	
Oui	185	17,8	270	2,2	
Pression psychologique			0,14		0,65
Non	417	19,2	2397	10,3	
Oui	388	23,7	402	11,2	
Manutention/posture pénible			0,92		< 10 ⁻⁴
Non	510	21,6	932	6,3	
Oui	295	21,0	1867	12,4	
Vibrations			0,55		0,03
Non	750	21,1	2361	9,9	
Oui	55	25,4	438	13,5	
Gestes répétitifs			0,61		< 10 ⁻⁴
Non	627	20,9	1664	8,4	
Oui	178	23,0	1135	13,5	
Intempéries			0,11		0,40
Non	769	20,8	2517	10,3	
Oui	36	33,3	282	12,1	
Exposition à la chaleur / au froid			1,00		0,43
Non	773	21,34	2596	10,3	
Oui	32	21,9	203	12,31	
Exposition aux produits chimiques			0,85		0,54

Non	739	21,5	2506	10,6
Oui	66	19,7	293	9,2
Contact avec le public			0,14	0,25
Non	491	19,6	2067	10,0
Oui	314	24,2	732	11,61
Conduite routière prolongée			0,17	0,55
Non	743	20,7	2405	10,3
Oui	62	29,0	394	11,42
Station debout prolongée			0,71	0,08
Non	550	20,9	1385	9,4
Oui	255	22,4	1414	11,45
Exposition au bruit			0,53	0,66
Non	722	21,7	2279	10,6
Oui	83	18,1	520	9,8
Travail en hauteur			0,55	0,49
Non	776	21,1	2601	10,3
Oui	29	27,6	198	12,1

**Au sens de l'article L5212-13 du code du travail*

Tableau IV. Facteurs associés à l'inaptitude lors de la visite de reprise, selon la pathologie ayant motivé l'arrêt de travail (analyse multivariée ajustée sur le genre et l'âge).

Variables	Troubles mentaux		Système ostéo-articulaire	
	OR	p	OR	p
Sexe		0,95		0,24
Femme	1 [ref]		1 [ref]	
Homme	1,02 [0,62-1,66]		0,79 [0,52-1,18]	
Âge		0,53		0,07
<35 ans	1 [ref]		1 [ref]	
35-49 ans	0,74 [0,43-1,29]		1,31 [0,79-2,19]	
50 ans et +	0,87 [0,49-1,58]		1,72 [1,05-2,87]	
Catégorie socioprofessionnelle		0,008		0,01
Cadres	0,42 [0,12-1,24]		0,73 [0,09-3,54]	
Profession intermédiaire	0,58 [0,28-1,18]		0,66 [0,32-1,29]	
Employés	1,40 [0,75-2,62]		1,78 [1,11-2,87]	
Ouvriers	1 [ref]		1 [ref]	
Durée de l'arrêt de travail		<0,0001		<0,0001
<3 mois	1 [ref]		1 [ref]	
≥ 3 mois et ≤ 6 mois	2,62 [1,48-4,70]		2,54 [1,54-4,20]	
≥ 6 mois et ≤ 1 an	6,32 [3,45-11,81]		6,65 [3,97-11,19]	
≥ 1 an	10,27 [5,37-20,14]		40,97 [26,08-66,05]	
Obligation d'emploi*		0,003		<0,0001
Non	1 [ref]		1 [ref]	
Oui	3,24 [1,56-6,68]		3,89 [2,64-5,74]	
En cours	3,63 [0,68-18,79]		4,16 [2,15-7,91]	
Origine de la pathologie motivant l'arrêt		0,001		
Non professionnelle	1 [ref]		—	
Professionnelle	2,21 [1,37-3,58]		—	
Secteur d'activité de l'entreprise		0,006		0,03
Industrie	1 [ref]		1 [ref]	
Construction	0,49 [0,14-1,60]		2,49 [1,30-4,78]	
Commerces-restauration	1,61 [0,75-3,58]		1,03 [0,60-1,78]	
Services divers	1,22 [0,54-2,82]		1,47 [0,84-2,61]	
Admin-santé**	0,61 [0,27-1,41]		0,96 [0,52-1,76]	

Effectifs de l'entreprise		0,007	<0,0001
1-9 salariés	1 [ref]		1 [ref]
10-49 salariés	0,97 [0,51-1,88]		0,52 [0,30-0,91]
50-199 salariés	0,47 [0,24-0,94]		0,38 [0,22-0,67]
200 salariés et +	0,42 [0,21-0,86]		0,36 [0,19-0,67]
Contraintes horaires			<0,05
Non	—		1 [ref]
Oui	—		1,53 [1,00-2,30]
Travail sur écran			0,0001
Non	—		1 [ref]
Oui	—		0,16 [0,05-0,44]
Pression psychologique		0,04	
Non	1 [ref]		—
Oui	1,60 [1,02-2,52]		—

* Au sens de l'article L5212-13 du code du travail

** Administration-enseignement-santé-action sociale

Annexe : le questionnaire

ARRET DE TRAVAIL D'AU MOINS 30 JOURS ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI 2019

La fiche est à conserver dans le dossier du salarié

Partie à remplir par la personne qui saisit

Code médecin du travail |_|_|_|_|

Code du service de santé au travail : |_|_|_|

Mois et année de la visite de reprise : -- / ----

1) Le salarié

Date de naissance (mois/année) : __ / ____ Sexe : M F

Code PCS - ESE : |_|_|_|_| Poste de travail : _____

Niveau de formation : Aucun / certif. d'étude / BEPC/brevet
 CAP/BEP BAC Etudes supérieures

Le salarié bénéficiait-t-il déjà de l'obligation d'emploi (loi du 11 février 2005) avant la visite de reprise ?
 Oui Non En cours

2) L'entreprise (ou établissement)

Code NAF 2008 : |_|_|_|_|_| Effectif : |_|_|_|_|_| Département : |_|_|

Quelles étaient les contraintes du poste avant l'arrêt de travail ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pression temporelle | <input type="checkbox"/> Conduite routière prolongée (hors trajet domicile-travail) |
| <input type="checkbox"/> Pression psychologique | <input type="checkbox"/> Station debout prolongée/ Déplacements prolongés à pied |
| <input type="checkbox"/> Contraintes horaires | <input type="checkbox"/> Manutention / Postures pénibles |
| <input type="checkbox"/> Contrainte climatique | <input type="checkbox"/> Bruit |
| <input type="checkbox"/> Travail < 10° et > 28° | <input type="checkbox"/> Vibrations |
| <input type="checkbox"/> Exposition à des risques chimiques | <input type="checkbox"/> Travail en hauteur |
| <input type="checkbox"/> Exposition à des risques biologiques | <input type="checkbox"/> Gestes répétitifs |
| <input type="checkbox"/> Travail sur écran ≥ 4 h/jour | |
| <input type="checkbox"/> Contact avec du public | |

3) La pathologie en cause

a) Appareil ou organe en cause de l'arrêt de travail (1 seul) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sang et organes hématopoïétiques | <input type="checkbox"/> Appareil circulatoire |
| <input type="checkbox"/> Endocrinien, nutritionnel et métabolique | <input type="checkbox"/> Appareil respiratoire supérieur ou inférieur |
| <input type="checkbox"/> Système nerveux | <input type="checkbox"/> Appareil digestif |
| <input type="checkbox"/> L'œil et de ses annexes | <input type="checkbox"/> Peau et tissu cellulaire sous-cutané |
| <input type="checkbox"/> L'oreille et apophyse mastoïde | <input type="checkbox"/> Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif |
| <input type="checkbox"/> Troubles mentaux et du comportement | <input type="checkbox"/> Appareil génito-urinaire |
- Si oui, s'agit-il d'une souffrance au travail ?
 Oui Non

b) Cette pathologie principale est-elle d'origine professionnelle ?

- Oui → AT ou MP ou MCP
 Non → accident ou maladie

8) Les difficultés rencontrées pour le maintien dans l'entreprise

- Etat de santé du salarié dégradé
- Motivation du salarié
- Contexte de rupture conventionnelle (refusée ou en cours)
- Manque d'anticipation (absence visite de pré reprise, VPR trop tardive, congés, ...)
- Echange médecin du travail / médecin conseil
- Echange médecin du travail / employeur
- Echange médecin du travail / médecin traitant
- Motivation de l'entreprise
- Contexte économique / difficultés financières de l'entreprise
- Réorganisation de l'entreprise
- Spécificité de l'entreprise (TPE, activité unique, ...)
- Autres, précisez _____