

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année : 2021

2021 TOU3 1522

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par **Stéphanie DIETSCH**

Le 9 avril 2021

**L'analyse des inaptitudes ne permet pas d'avoir une vision globale
du maintien en emploi. Analyse de bases de données de l'ASTIA.**

Directeur de thèse : Dr Michel Niezborala

JURY

Monsieur le Professeur	Jean-Marc SOULAT	Président
Madame la Professeur	Isabelle BALDI	Assesseur
Monsieur le Professeur	Michel DRUET-CABANAC	Assesseur
Madame la Docteur	Yolande ESQUIROL	Assesseur
Monsieur le Docteur	Fabrice HERIN	Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZÈRES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONRIZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVALLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUHOUER Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SU C Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVD Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELSLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emerites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELSLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZÈRES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADQUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RALZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHALVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cardiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Bio-statistiques et informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cardiologie
Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENNE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAVRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janica	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRJ-DELAHAYE Mictoko

Mme BONGARD Valérie	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Ataxie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuël	Pédiatrie
M. OLVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Mejer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Ermanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Arne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéricque	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Aux membres du jury

A Monsieur le **Professeur Jean-Marc SOULAT**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect. Je vous remercie pour le temps consacré à notre formation.

A Monsieur le **Docteur Michel NIEZBORALA**, je te remercie de m'avoir proposé ce sujet. Merci de ta disponibilité, et de la qualité de ton encadrement tout au long de ce travail.

A Madame la **Professeur Isabelle BALDI**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de me faire l'honneur de juger cette thèse.

A Monsieur le **Professeur Michel DRUET-CABANAC**, je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

A Madame la **Docteur Yolande ESQUIROL**, je vous remercie de votre investissement pour la formation des internes et d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

A Monsieur le **Docteur Fabrice HERIN**, je vous remercie de votre implication dans la formation des internes et d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

A ma famille

Papa, Maman, Hélène, Arnaud : Merci de votre soutien et de votre amour inconditionnel. Vous êtes mes piliers.

A mon club Viet :

Merci d'avoir pimenté mon internat, de l'Asie à la Réunion, de Strasbourg à Toulouse, en passant par Tarbes et la Guadeloupe.

Merci d'être venu me voir dans chacun de mes périple.

Sophie : de la P2 à aujourd'hui, on ne compte plus les années d'amitiés.

Merci pour ces 5 magnifiques mois passés à randonner, bivouaquer et danser à la Réunion. Il me tarde de t'y retrouver ! Et un énorme merci pour ton soutien en D4.

Juliette : Cette très bonne amie, prête à déplacer des montagnes pour qu'on soit réuni. C'est ton short à TarbeS en plein mois de mars qui restera pour moi le témoin de ta détermination.

Louis : De guide au Vietnam, à organisateur de la fondue de Noël annuel, merci de nous réunir. Surtout merci à ton look, grâce à toi, j'ai échappé au fameux titre.

Benjamin : Ma (notre) plus belle rencontre de voyage. De Madonna à cafrine de miel, du sac à dos roots à notre valise XL, des transports en night bus à la balade à dos de canasson, c'est le même plaisir à chaque retrouvaille.

Yannis : A ce Pho vietnamien fait de carcasse de poulet qui nous a fait tant rire.

Julie : Ma blonde, des jeux de tarot à l'escalade, c'est en tant qu'enquêtrices qu'on s'amuse le plus.

Christian : Certes tu n'envoies pas de SMS mais tu réponds toujours présent aux soirées alsaciennes. Vive le poulpe et la fête de la bière.

Sans oublier Pauline, Margot, Fabien, Margaux et Jean-Baptiste.

Aux Alsaciens :

A Pauline, Elodie et Anastasie, merci pour ce soutien sans faille, de me prouver encore et encore que l'amitié sincère ne change pas malgré la distance. Merci à Pauline d'avoir passé tous ces dimanche soir avec moi.

A Sophie G : merci de m'avoir conseillé, guidé, et tant inspiré à voyager.

A Hugo, Antoine, Benoît, Arnaud, Mickaël et François.

Aux Toulousains :

Grâce à vous, Toulouse est devenu ma maison, et vous ma 2^e famille.

A Lamia : mon binôme d'internat, de sport (ahah), à tous ces levers matinaux pour aller nager à Nakache, à cette expédition mythique à la fête du jambon de Bayonne, j'en ri encore.

A Juliette : mon coup de cœur amical du 1^{er} jour d'internat. A toutes nos randonnées dans les Pyrénées, c'est un plaisir de partager cette passion avec toi.

A Emily : mon repère alsacien dans ce monde toulousain. Merci encore d'avoir décroché le téléphone ce fameux jour de septembre, sans toi je ne serais jamais venue à Toulouse.

A Charlène : notre amitié est née sous les tropiques, et c'est à Toulouse qu'elle se bonifie. Merci de m'avoir accueilli à bras ouvert chez toi.

A Thibault : merci de nous avoir fait découvrir le bivouac dans les Pyrénées. Vive l'étang de la Couillade !

A Florian : à tous ces castings, ces shows télévisés passés ensemble, puis à notre passion commune pour le roller. Merci d'avoir rendu ce dernier semestre à Toulouse plus épique, plus drôle, plus ludique. J'en ai presque oublié le confinement.

A Antoine : à mon partenaire d'escalade, à ces soirées passées à jouer à 7 wonders (où j'ai bien sûr gagné).

Merci à Mathilde, Federico, Armando, grâce à vous j'ai passé un super semestre en épidémiologie.

A Julie : merci pour la formation en allergologie.

Aux autres belles rencontres durant cet internat : Laetitia, Marion, Alizée, Flora, Manu, Samuel et Laure.

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques ou mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AETH : Attribution de l'aide à l'emploi

ALD : Affection longue durée

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

ASTIA : Association de santé au travail interentreprises et de l'artisanat

AT : Accident du Travail

BTP : Le bâtiment et travaux publics

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CRP : Centre de rééducation professionnelle

EPI : Equipement de protection individuelle

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPP : Incapacité permanente partielle

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MP : Maladie professionnelle

MSA : Mutualité santé agricole

NAF : Nomenclature d'activités française

OETH : L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

OR : Odds-ratio

PCS : Nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles

PME : Petite et moyenne entreprise

RPS : Risques psychosociaux

RQTH : Reconnaissance qualité travailleur handicapé

SSTI : Service de santé au travail interentreprises

TPE : Très petite entreprise

TMS : Trouble musculo-squelettique

Table des matières

I.	INTRODUCTION :	1
1.	Enjeu de santé publique	1
2.	La réglementation	2
a.	Rôle des services de santé au travail	2
b.	Loi relative à la modernisation de la médecine du travail	2
c.	Quelles sont les conséquences d'une déclaration d'inaptitude ?	3
3.	Les pratiques actuelles de maintien en emploi	4
a.	Visite de pré-reprise	4
b.	RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)	4
c.	L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)	5
d.	L'AGEFIPH	5
e.	Invalidité	6
f.	Rente d'incapacité permanente ou indemnité en capital forfaitaire	6
g.	Formation dans un centre de rééducation professionnelle (CRP)	6
h.	Reconnaissance de la lourdeur du handicap	7
4.	Les connaissances sur le maintien en emploi	7
a.	Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés déclarés inaptes et leur devenir	7
b.	Nature des aménagements de poste et caractéristiques socioprofessionnelles des salariés en bénéficiant	16
5.	Les principales recommandations de la Haute Autorité de santé	19
6.	Problématique	20
II.	MATERIEL ET METHODE	21
1.	Objectifs principaux de l'étude	21
2.	Objectifs secondaires	21
3.	Etude	21

4. Population.....	21
5. Déroulement de l'étude	22
6. Les données recueillies.....	23
a. Les caractéristiques socio-professionnelles	23
b. La base de données « aménagement de poste »	24
c. La base de données « inapte ».....	25
d. La base de données « population de l'ASTIA ».....	26
e. Le devenir à un an des salariés déclarés inaptés	26
7. Méthode statistique.....	26
III. RESULTATS	27
1. Analyses descriptives	27
a. Description des caractéristiques sociales de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et de la population générale de l'ASTIA.....	27
b. Description de la répartition des incapacités dans l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte »	27
c. Description des caractéristiques professionnelles des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste, des salariés déclarés inaptés et de la population générale de l'ASTIA	28
2. Devenir à un an des salariés déclarés inaptés	32
3. Description de la nature des aménagements de poste proposés par les médecins du travail de l'ASTIA en 2018	35
4. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste avec celles des salariés déclarés inaptés au sein de l'ASTIA	37
5. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste à celles à de la population générale des salariés suivis par l'ASTIA	43
6. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés déclarés inaptés à celles à de la population générale des salariés suivis par l'ASTIA	49

7.	Analyses multivariées.....	55
a.	Analyses multivariées des variables de l'échantillon « aménagement de poste » et de l'échantillon « inapte »	55
b.	Analyses multivariées des variables de l'échantillon « aménagement de poste » et de la population de l'ASTIA.....	58
c.	Analyses multivariées des variables de l'échantillon « inapte » et de la population de l'ASTIA	61
IV.	DISCUSSION.....	65
1.	Résultats principaux	65
a.	Nature des aménagements de poste	65
b.	Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés	65
c.	Devenir des salariés déclarés inapte à un an.....	69
d.	Analyses bivariées.....	70
e.	Analyses multivariées	77
2.	Avantages et limites de l'étude.....	77
V.	CONCLUSION :	80
	Références bibliographiques.....	82
	Annexe 1 : Code NAF.....	86
	Annexe 2 : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise	88

ILLUSTRATION DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau récapitulatif des articles	13
Tableau 2 : Proportion de salariés ayant une préconisation écrite	24
Tableau 3 : Répartition de l'âge, du sexe et de la taille de l'établissement chez les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et parmi la population de l'ASTIA	27
Tableau 4 : Répartition des incapacités chez les salariés de l'échantillon « aménagement de poste » et « inaptitude »	28
Tableau 5 : Répartition des professions et catégories socioprofessionnelles parmi les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et la population de l'ASTIA	28
Tableau 6 : Répartition des professions selon la nomenclature d'activités française parmi les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et la population de l'ASTIA	30
Tableau 7: Description des caractéristiques sociales de l'échantillon des salariés déclarés inaptes et recontacté un an après et le motif médical de l'inaptitude	33
Tableau 8 : Répartition des professions selon la nomenclature d'activités française parmi les salariés de l'échantillon « salariés déclarés inaptes et recontacté à un an » par ordre décroissant	34
Tableau 9 : Description de la situation professionnelle à un an des salariés de l'échantillon « salariés déclarés inapte et recontacté à un an »	34
Tableau 10 : Description des préconisations	35
Tableau 11: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	37
Tableau 12: Comparaison de la répartition par sexe des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.	37
Tableau 13: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	38
Tableau 14: Comparaison de la répartition par incapacité des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	38

Tableau 15 : Comparaison de la répartition par code PCS des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	39
Tableau 16: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	40
Tableau 17: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	43
Tableau 18: Comparaison de la répartition par sexe des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	43
Tableau 19: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	44
Tableau 20: Comparaison de la répartition par code PCS des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	44
Tableau 21: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	46
Tableau 22: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	49
Tableau 23: Comparaison de la répartition par sexe des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	50

Tableau 24: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.	50
Tableau 25: Comparaison de la répartition par code PCS des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.	51
Tableau 26: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.	53
Tableau 27: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste (qui constitue la référence) comparativement à ceux déclarés inaptes en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».	55
Tableau 28: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste (qui constitue la référence) comparativement à ceux de la population de l'ASTIA en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».	58
Tableau 29: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés déclarés inaptes (qui constitue la référence) comparativement à ceux de la population de l'ASTIA en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».	61

I. INTRODUCTION :

1. Enjeu de santé publique

La population française vieillit avec une accélération depuis 2011 du fait de l'arrivée à 65 ans des générations nées après-guerre. Les 60 ans et plus représentent 27% de la population française. A l'horizon 2050, 1 habitant sur 3 sera âgé de 60 ans et plus. (1)

Le taux d'emploi des 50-64 ans s'élève à 62,1% en 2018, gagnant 0,9 point par rapport à 2017. Il a été dynamique ces dernières années en lien avec les différentes mesures portant sur la durée de la vie active : recul à 62 ans de l'âge légal de départ à la retraite, augmentation de la durée de cotisation pour accéder au taux plein et restrictions aux dispositifs de cessation anticipée d'activité. Le taux d'emploi des 60-64 ans (31%) reste nettement en deçà de celui des 55-59 ans (72,1%). Le taux d'emploi des 55-64 ans s'établit à 52,1%. Il reste inférieur à la moyenne de l'Union européenne (58,7%) et bien en deçà de celui de la Suède (77,9%) ou de l'Allemagne (71,4%).(2)

Avec l'avance en âge s'accroît la probabilité que survienne un amoindrissement des capacités fonctionnelles, dans des domaines comme la force musculaire maximale, l'amplitude des mouvements des articulations, la vue et l'audition, la régulation du sommeil, les performances relevant de la mémoire immédiate ou de la prise de décisions nombreuses en temps limité.

Le travail joue un rôle dans l'expression des effets du vieillissement. Les déclin qu'on vient d'évoquer peuvent être pour partie induits par le travail. À l'inverse, des conditions et une organisation de travail bien adaptées peuvent avoir un effet protecteur vis-à-vis de certaines dégradations de la santé. (3)

De plus, une part croissante de salariés travaillent avec une santé altérée. Ce constat s'explique par une augmentation dans la population de diverses maladies chroniques telles que diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, ou à des phénomènes d'usure prématurée au poste de travail.(4) Selon l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ce sont 5,7 millions de personnes de 15 à 64 ans qui soit souffrent d'une maladie chronique, soit ont une reconnaissance administrative liée à un handicap ou une perte d'autonomie. Mais seules 45 % d'entre elles sont en emploi.(5)

D'une manière générale, la maladie chronique est associée à un risque accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte/changement d'emploi, d'absentéisme au travail. Le risque de désinsertion professionnelle est accru en cas d'association de deux ou plusieurs facteurs parmi (6) :

âge > 50 ans ; faible niveau d'études ; isolement social ou un manque de soutien social/familial ; capacité physique limitée ; mauvaise santé perçue ; symptôme de détresse ; symptomatologie anxieuse et/ou dépressive ; surpoids ; arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois).

Devant une évolution des caractéristiques des salariés (vieillesse, augmentation des maladies chroniques), et la persistance de la pénibilité de certains postes, les services de santé au travail ont un rôle central dans le maintien en emploi.

2. La réglementation

a. Rôle des services de santé au travail

Les missions des services de santé au travail sont définies dans le code du travail (article L. 4622-2 du code du travail) (7). Ces missions sont exclusivement préventives : « les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Elles comprennent explicitement le maintien dans l'emploi : « les services de santé au travail conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir ou de réduire la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ».

Le maintien dans l'emploi est un des axes prioritaires du 3^e Plan santé au travail (PST3) de 2016-2020 (8). Le maintien en emploi inclut le maintien dans l'emploi (maintien sur le poste, grâce à des aménagements ou sur un autre poste dans l'entreprise, par reclassement interne) et le maintien en emploi proprement dit (grâce à un reclassement externe). Le travail est un déterminant majeur de la santé (8).

b. Loi relative à la modernisation de la médecine du travail

La loi du 27 décembre 2016 (Article L.4624-1 à 10) a modifié la législation en ce qui concerne les inaptitudes. Cette loi met l'accent sur les préconisations d'aménagements de poste avant d'envisager l'inaptitude. (9)

L'inaptitude est une particularité propre à notre système français (10). L'article R4624-42 du Code du Travail définit l'inaptitude de façon très précise (11). L'inaptitude est prononcée par le médecin du travail lorsque l'état de santé mental ou physique du salarié est devenu incompatible avec le poste qu'il occupe. Cet avis d'inaptitude peut être envisagé par le médecin du travail à l'occasion de toutes les visites dont bénéficie le salarié : lors d'une visite obligatoire de suivi, à l'occasion d'une visite de reprise du travail ou lors d'une visite à la demande.

Avant de déclarer un salarié inapte, le médecin du travail doit réaliser au moins un examen médical du salarié et procéder à une étude de son poste de travail. Donc le médecin du travail se rend sur le lieu de travail, afin d'analyser le poste du salarié, son environnement ainsi que ses capacités (12). Puis le médecin du travail propose des mesures individuelles telles que la mise à dispositions de matériels, une réorganisation du travail, un mi-temps thérapeutique, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à l'état de santé physique et mentale des salariés. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions, et en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Lorsque les mesures d'aménagement de poste ne permettent de maintenir le salarié à son poste, on aboutit à une inaptitude.

c. Quelles sont les conséquences d'une déclaration d'inaptitude ?

L'avis d'inaptitude oblige l'employeur à rechercher un reclassement pour le salarié. Néanmoins, il peut procéder à son licenciement s'il est en mesure de justifier de son impossibilité à lui proposer un emploi compatible avec son état de santé, ou du refus par le salarié de l'emploi proposé.

L'employeur peut également licencier le salarié si l'avis d'inaptitude mentionne expressément que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

Cependant, l'obligation de reclassement présente des limites (13) : certains employeurs peuvent adroitement démontrer qu'ils ont bien rempli cette obligation sans avoir jamais fait le moindre effort réel de reclassement mais simplement en alignant des éléments de formes pouvant leurrer les juges.(14)

A l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'inaptitude, si le salarié n'a été ni reclassé, ni licencié par son employeur, ce dernier doit lui verser le salaire correspondant

à l'emploi occupé précédemment. Ce versement se poursuivra tant qu'un poste de reclassement n'aura pas été trouvé ou qu'un licenciement n'aura pas été prononcé(15).

3. Les pratiques actuelles de maintien en emploi

a. *Visite de pré-reprise*

Le Code du travail prévoit un dispositif ayant pour but de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié, en envisageant précocement des éventuelles mesures pour faciliter le retour en entreprise. Il s'agit de la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail.(16) Les visites médicales de pré-reprise doivent être organisées par le médecin du travail, à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil de la Sécurité sociale ou du salarié lui-même en cas d'arrêt de travail de plus de 3 mois, d'origine professionnelle ou non, comme le prévoit l'article R4624-29 du Code du travail.(17) La visite de pré-reprise a lieu pendant l'arrêt de travail (donc lors de la suspension du contrat de travail). Le but de cette visite est de préparer la reprise qui peut s'annoncer difficile après une longue période d'arrêt maladie. A ce titre, le médecin du travail peut recommander, à l'issue de la visite de pré-reprise, des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Il est possible d'organiser ce type de visite pour des arrêts inférieurs à trois mois, mais sans aucune obligation. L'employeur ne peut imposer cette visite de pré-reprise.

b. *RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)*

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est une décision administrative qui accorde aux personnes en situation de handicap une qualité leur permettant de bénéficier d'aides spécifiques. La RQTH est délivrée pour une durée déterminée (allant jusqu'à 10 ans) par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui est une commission de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). La MDPH est un guichet unique chargé d'accueillir, d'accompagner et d'informer les personnes handicapées qui a été créée par la loi du 11 février 2005 (18).

Est considérée comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ».(19)

Être reconnu travailleur handicapé permet de bénéficier des mesures suivantes :

- l'orientation, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle ;
- l'obligation d'emploi
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non ;
- les aides de l'AGEFIPH (association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées)
- soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi et le maintien en emploi au sein des services du réseau Cap Emploi.
- soutiens spécialisés pour le maintien en emploi par le SAMETH (Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés).

Le salarié bénéficiant d'une RQTH n'est pas obligé d'en faire part à son employeur. La décision de la MDPH ne mentionne ni la nature du handicap ou de la maladie, ni le taux d'incapacité. En revanche, si le salarié a besoin d'aménagements particuliers, il est dans son intérêt de le déclarer à son employeur, afin de bénéficier des aides.

c. L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)

Tous les employeurs (privés et publics) de plus de 20 salariés ont l'obligation d'employer des travailleurs handicapés dans une proportion de 6% de leurs effectifs. Lorsqu'ils ne répondent pas à leur obligation, ils versent une taxe à l'association AGEFIPH ou à l'association FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique). Cependant depuis le 1er janvier 2020, tous les employeurs, y compris ceux occupant moins de 20 salariés, devront déclarer les travailleurs handicapés (TH) qu'ils emploient, ce qui permettra de mieux identifier leurs besoins et d'y répondre plus efficacement.(20)

d. L'AGEFIPH

L'AGEFIPH instituée par loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 (21) a pour mission de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi de personnes handicapées dans les entreprises privées et en milieu ordinaire de travail. Via les collectes des contributions des entreprises privées soumises à l'obligation d'emploi de 6%, l'AGEFIPH permet l'aménagement de poste, l'aide à l'achat de matériels adaptés ou

l'aide à la communication pour les personnes travaillant dans le secteur privé. Le FIPHFP est l'équivalent dans la fonction publique.

e. Invalidité

La pension d'invalidité a pour but de compenser la perte de salaire résultant de la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail ou de gain (L. 341-1 et R. 341-2 du CSS), due à la maladie ou à un accident d'origine non professionnelle. Elle concerne les personnes de moins de 60 ans. Il existe trois catégories d'invalidité (22). Le versement de la pension d'invalidité atteste de l'impossibilité du travailleur à retrouver sa capacité de travail initiale. Cependant, le fait de percevoir une pension d'invalidité n'interdit pas de travailler (et ce peu importe la catégorie d'invalidité visée), notamment sur un poste adapté. Dans ce cadre-là, le médecin du travail peut notamment préconiser des aménagements du temps de travail pour favoriser le maintien durable en emploi et éviter toute altération supplémentaire de la santé du travailleur.

f. Rente d'incapacité permanente ou indemnité en capital forfaitaire

À l'issue de la période de soins au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP), le médecin traitant établit un certificat (de guérison ou de consolidation). Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, une indemnité en capital forfaitaire est versée à l'assuré en une seule fois. Si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, une rente d'incapacité permanente est versée à l'assuré.(23)

g. Formation dans un centre de rééducation professionnelle (CRP)

Elle s'adresse à toute personne reconnue travailleur handicapée :

- qui ne peut plus exercer son ancien métier ou qui n'a pu avoir accès à une formation professionnelle ;
- qui souhaite être orientée vers un stage de réadaptation professionnelle ;
- et qui nécessite un accompagnement médico-social ;

Lors de la formation, la personne a le statut de stagiaire de la formation professionnelle.

La personne est orientée vers un CRP sur décision de la CDAPH. (24)

h. Reconnaissance de la lourdeur du handicap

L'objectif de la reconnaissance de la lourdeur du handicap est de compenser financièrement les conséquences du handicap sur l'activité professionnelle : charges liées à la moindre productivité du travailleur, à une organisation particulière du travail, à un accompagnement social ou professionnel, à l'aide ou l'accompagnement apportée par un tiers ou un tuteur.(25)

Les charges évaluées sont celles inhérentes au handicap de la personne concernée sur son poste de travail qui perdurent après aménagement optimal de celui-ci et qui sont supportées de manière pérenne par l'employeur.

La reconnaissance de la lourdeur du handicap est accordée pour une durée de 3 ans renouvelable et ouvre droit :

- Soit, à l'attribution de l'aide à l'emploi (AETH), selon l'importance des dépenses supportées par l'employeur.
- Soit, à une modulation de la contribution si l'établissement assujetti à l'obligation d'emploi des personnes handicapées le souhaite.

Cette aide est destinée aux employeurs de personnes reconnues handicapées et aux personnes handicapées exerçant une activité non salariée.

4. Les connaissances sur le maintien en emploi

Au préalable de notre étude, nous avons effectué une revue de la littérature concernant les aménagements de poste et les inaptitudes, en particulier sur les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés et leur devenir.

Nous avons sélectionné uniquement des articles français à partir des années 2000, car la législation en matière de santé au travail est spécifique à notre système français.

Pour cela, nous avons consulté les sources suivantes : Google scholar, Cairn, LiSSa, EM Consult, Science Direct et Pubmed. Ainsi que les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

a. Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés déclarés inaptes et leur devenir

Il n'existe aucun chiffre national consolidé du nombre d'avis d'inaptitude. Chaque année en France, on estime que plus d'un million de salariés seraient concernés par des avis de restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste, notifiés par les

médecins du travail, et 100 000 salariés seraient déclarés inaptes à leur poste par an. Ces données reposent sur des enquêtes quantitatives qui sont régulièrement menées localement, notamment par des services de santé au travail.(26)

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques socioprofessionnelles des salariés déclarés inaptes ces dernières années.

En 2004, une étude sur 3681 inaptitudes a eu lieu dans la région Pays de la Loire. Les salariés déclarés inaptes étaient dans 51% des cas des hommes, 57% avaient plus de 45 ans. Les trois principaux secteurs concernés étaient la construction, le commerce de détail et la santé et action sociale. Les pathologies en cause étaient dans 44% d'origine ostéoarticulaire et dans 21% des cas il s'agissait d'affection mentale. (27)

Une enquête en 2005-2006 a eu lieu en Aquitaine, 54 % des inaptitudes concernaient des femmes. L'âge moyen des salariés déclarés inaptes était égal à 45,4 ans. Huit salariés sur 10 avaient un niveau de formation inférieur au bac et le risque était beaucoup plus élevé pour les catégories ouvrières. Les quatre secteurs apparaissant le plus à risque étaient : l'agroalimentaire, les services aux particuliers, la construction et l'éducation et la santé/action sociale. Le risque était plus important dans les entreprises de moins de 50 salariés. Les pathologies à l'origine des inaptitudes étaient : - Les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (41%) - Les troubles mentaux et du comportement (30%). (28)

En 2007, en Meurthe et Moselle, une étude portant sur 341 salariés déclarés inaptes à l'ALSMT (Association Lorraine des Services de Santé en Milieu de Travail) a décrit que 61,6% des salariés inaptes étaient des femmes, la moyenne d'âge était de 45,4ans (60% ont plus de 45ans), 45,7% appartenaient à la catégorie des employés (comprenant essentiellement les employés de commerce et les personnels des services directs aux particuliers), 82% avaient un niveau équivalent au CAP/BEP ou moins. 62,5% faisaient partie d'entreprises de moins de 50 salariés. 47,5% avaient une RQTH, 23,7% avaient une invalidité. L'appareil locomoteur (60%) et les psychopathologies (28%) faisaient partie des principales causes d'inaptitudes .(29)

Une enquête dans le bassin de Montpellier a recueilli les caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble des salariés déclarés inaptes en 2014.

Sur un échantillon de 51 448 salariés (femmes = 57 %) dans le bassin d'emploi de Montpellier, 259 inaptitudes ont été prononcées sur cette période (incidence de 5‰). Le risque d'inaptitude était plus élevé chez les femmes (RR = 1,68). Les salariés déclarés inaptes étaient plus âgés (44 vs 38 ans en moyenne) ; Cette incidence variait en fonction

des secteurs d'activités entre 1‰ et 6‰, et en fonction de la catégorie socioprofessionnelle entre 3‰ (cadre & professions intermédiaires), et 10‰ (ouvriers). Les deux premières causes d'inaptitude sont les pathologies de l'appareil locomoteur (48 %) et les psychopathologies (36 %). (30)

Une enquête s'est déroulée dans le Var en 2016, l'objectif de cette étude était de réaliser le portrait type du salarié en 2016 et de le mettre en perspective avec celui de 1996. Le « portrait type » de 2016 était une femme (60,3 %), d'âge moyen 47,9 ans, travaillant dans les services directs aux particuliers ou employée de commerce dans 31,6 % des cas. La pathologie à l'origine de l'inaptitude était le plus souvent rhumatologique (38,4 %) et psychiatrique (29,8 %). En 1996 il s'agissait d'un homme (57 %), d'âge moyen de 47 ans, ouvrier dans 44,4 % des cas, présentant une pathologie traumatique ou rhumatologique dans 53 % des cas.(31)

L'AIST19 (Association Interentreprises pour la Santé au Travail en Corrèze) a analysés les inaptitudes prononcées en Corrèze en 2017. L'inaptitude a touché 1 % des salariés suivis par l'AIST19, dont 53 % de femmes ; 48 % des salariés concernés avaient plus de 50 ans, et 32 % plus de 55 ans. Le principal motif d'inaptitude a basculé des TMS vers les troubles psychosociaux (TPS) (23 vs 30 % du total). Les secteurs les plus touchés demeuraient les milieux sanitaire et social, le commerce et le BTP.(32)

L'AMETRA de Montpellier a analysé les facteurs de risque d'inaptitude de 2014 à 2017, au sein de son effectif. Au total, 3614 cas d'inaptitudes ont été observées pour environ 114500 salariés suivis annuellement. L'incidence annuelle moyenne était de 7,9 inaptitudes pour mille salariés, en évolution croissante depuis 2014. Être une femme, avoir plus de 50 ans et être en surpoids étaient plus à risque d'inaptitude. Une incidence très élevée a pu être observée chez les agents de service et aides à domicile qui semblent être une population fragile avec une tendance à l'augmentation des déclarations des troubles psychiques.(33)

Une étude sur 8507 salariés déclarés médicalement inaptes a été réalisé en Hauts-de-France entre 2014 et 2018. Ils ont recherché les facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois. L'étude a concerné 5352 salariés inaptes du fait d'un trouble ostéoarticulaire (TOA) et 3155 salariés inaptes du fait d'un trouble mental et comportemental (TMC). Un mois après l'avis d'inaptitude, 6,9 % (TOA) et 3,6 % (TMC) des salariés étaient maintenus dans leur entreprise. Les principaux facteurs influençant défavorablement le taux de maintien dans l'entreprise à un mois pour ces deux grands types de pathologies

étaient le genre féminin (OR = 0,63 IC95 % [0,47–0,84] et OR = 0,50 [0,32–0,78] respectivement pour les TOA et TMC), une longue durée d'arrêt de travail (OR = 0,26 [0,18–0,40] et OR = 0,22 [0,11–0,45] respectivement pour les TOA et TMC pour des arrêts de plus de six mois versus l'absence d'arrêt), l'appartenance à une entreprise de moins de 50 salariés, les secteurs d'activité de la « construction » et des « services divers », comparativement au « secteur industriel ». Pour les salariés inaptes du fait d'un TOA uniquement, un âge plus important (> 50 ans) et une faible ancienneté dans l'entreprise (< 5 ans) étaient également des facteurs négativement associés à un maintien à un mois dans l'entreprise.(34)

En 2018, une étude des inaptitudes médicales dans un SSTI (Service de santé au travail interentreprise) portait sur 447 inaptitudes. 62 % femmes - 38 % hommes. Les pathologies les plus représentées dans l'inaptitude étaient les TMS, suivie de près par le rachis et les RPS à égalité. 37% des inaptitudes étaient réalisées dans un contexte d'invalidité catégorie 2, 18 % dans un contexte d'AT/MP. Pour 66 % des salariés déclarés inaptes, au moins une action de prévention de la désinsertion professionnelle a été réalisée. 77% des postes n'étaient pas aménagés. Dans 69 % des cas, les médecins du travail ont jugé qu'aucune mesure n'aurait pu permettre d'éviter l'inaptitude.(35)

Ces différentes études ont permis de dresser le profil type de l'inapte. Depuis une dizaine d'années, ce profil se féminise, s'étend aux catégories socioprofessionnelles intermédiaires et fait une place plus importante aux pathologies psychiques. Alors qu'il y a 20 ans il s'agissait d'un homme de plus de 45 ans, peu qualifié, exerçant généralement un métier à contraintes physiques et atteint de pathologies rhumatologiques.

Et certaines études se sont intéressées également au devenir des salariés à la suite de leur inaptitude.

Une enquête de 2002 à 2004 dans le Vaucluse sur 393 salariés inaptes mettait en évidence que 51,4% des salariés déclarés inaptes étaient des femmes, que la moyenne d'âge était de 46 ans et que 75% faisaient partie d'entreprise de moins de 50 salariés. 21,9% avaient une RQTH. Et les principaux motifs d'inaptitude étaient les pathologies dorsolombaire (28%) et anxiodépressif (17%). Seul 22,5% des salariés avaient retrouvé un emploi, 29% étaient au chômage et 10,4% étaient à la retraite un an après.(36)

Dans la région Nord Pas-De-Calais en 2014, une étude portait sur 3207 salariés déclarés inaptes. Parmi les salariés déclarés inaptes, 53,4% étaient des hommes, 63 % étaient âgés de 45 ans et plus, 50 % étaient des ouvriers, 33 % étaient issus d'entreprises de 10 à

49 salariés. Les pathologies les plus fréquemment en cause étaient celles du système ostéoarticulaire (48 %) et les troubles mentaux et du comportement (25 %). Au bout d'un mois, 47,9% étaient au chômage, 4% étaient à la retraite et 1% avaient retrouvé un emploi.(37)

Une étude a été menée dans la région Pas-de-Calais en 2015, 80 personnes déclarés inaptes ont été recontacté à 6 mois. Les hommes étaient majoritairement représentés (53,2%), ainsi que la tranche d'âge des plus de 55 ans (31,8%) et les détenteurs d'un CAP-BEP (54,8%). Les pathologies les plus souvent impliquées étaient rhumatologiques (62,3%) et psychiatriques (13%). 46,8% des sujets bénéficiaient d'une RQTH. Les entreprises de services (52,9%) et employant 10 à 49 salariés (31,6%) étaient majoritaires. 6,3% des salariés avaient été reclassés. Parmi les licenciés, 64,9% étaient au chômage et 10,8% en emploi. (38)

En 2018, une enquête a été mise en place dans un service de santé au travail interentreprises d'Île-de-France portant sur 259 inaptitudes. 50% avaient plus de 50 ans. Les métiers comportant de la manutention et l'aide et le soin à la personne à domicile ou en établissement étaient surreprésentés. Les principales causes des inaptitudes étaient les troubles musculosquelettiques et les maladies chroniques invalidantes puis les RPS. En 2019, 21 % des salariés déclarés inaptes en 2018 étaient en emploi. Le chômage touchait 39 % de ces salariés, 13 % étaient en retraite, 27 % en invalidité (sans emploi). (39)

En 2018, une étude s'est intéressée au devenir des salariés un an après leur inaptitude en Ille et Vilaine. 420 salariés ont été inclus. A un an, les trajectoires positives étaient de 40,2 % (28,6 % en emploi et 11,7 % en formation). Les facteurs statistiquement associés à un risque plus faible de trajectoire « positive » à 12 mois étaient : le fait de bénéficier d'une RQTH (OR : 0,58, IC95 % : [0,35–0,96]), d'une pension d'invalidité deuxième catégorie (OR : 0,19, IC95 % : [0,07–0,52]), l'âge plus élevé (OR : 0,43 IC95 % : [0,22 ; 0,85] pour les 49-56 ans vs 21–40ans ; et OR : 0,20 IC95 % : [0,09 ; 0,44] pour les 56–68 ans vs 21–40 ans), et les affections de la sphère psychologique (vs troubles locomoteurs) (OR : 0,50, IC95 % : [0,27 ; 0,90]).(40)

Ces enquêtes ont souligné le faible reclassement des salariés après une inaptitude et le nombre élevé de chômeurs dans leurs rangs.

On estime que 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement. Ainsi, en 2014, près de 64 000 nouvelles inscriptions à Pôle emploi résultent d'une déclaration d'inaptitude. Ces salariés déclarés inaptes sont surreprésentés parmi les chômeurs de longue durée : 50 % des demandeurs d'emplois à la suite d'un licenciement pour

inaptitude sont des chômeurs de longue durée contre 43 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.(41) Pour beaucoup, retrouver un emploi s'avère difficile en raison de leur âge, de leur niveau de qualification et d'un état de santé que parfois le travail a contribué à dégrader.

Tableau 1: Tableau récapitulatif des articles

	Ile de France	SSTI
Année de l'étude	2018	2018
Nombre d'inaptitude	259	447
Sexe	-	62% Femme
Âge	50% ont plus de 50 ans	-
Taille de l'entreprise	-	-
Incapacité	-	37% invalidité de catégorie 2
Métier (PCS ou NAF)	Principalement aide et soin à la personne à domicile	-
Niveau d'étude	-	-
Motif de l'inaptitude	TMS - Maladie chronique invalidante – RPS	TMS puis RPS
Devenir	Au bout d'un an : 39% sont au chômage, 21% en emploi, 13% retraite	-

	Ille et Vilaine	Haut de France	AMETRA Montpellier	AIST 19	AIST83	Région Pas-de-Calais (thèse)
Année de l'étude	2018	2014 à 2018	2014 à 2017	2017	2016	2015
Nombre d'inaptitude	420	8507	3614	1% de l'effectif total	3,5% de l'effectif	80
Sexe	-	Majorité de Femme	Majorité de Femme	53% Femme	60,3% Femme	53,2% Homme
Âge	Plus de 49 ans	Plus de 50 ans	Plus de 50 ans	80% ont plus de 50 ans	Age moyen : 47,9 ans	31,8% ont plus de 55 ans
Taille de l'entreprise	-	Entreprise de moins de 50 salariés	-	-	-	Majoritairement : 10 à 49 salariés (31,6%)
Incapacité	-	-	-	-	-	46,8% RQTH
Métier (PCS ou NAF)	-	Construction et services divers	Agent de service et d'aide à domicile	Milieus sanitaire et social, le commerce et le BTP.	Services directs aux particuliers ou employée de commerce dans 31,6 % des cas	Entreprises de services (52,9%)
Niveau d'étude	-	-	-	-	-	CAP-BEP (54,8%)
Motif de l'inaptitude	Principalement trouble psychique	Trouble ostéoarticulaire et Trouble mental et comportemental	Principalement les troubles psychiques	RPS 30%, TMS 23%	rhumatologique (38,4 %) et psychiatrique (29,8 %)	rhumatologique (62,3%) et psychiatrique (13%)
Devenir	A un an : 28,6 % en emploi et 11,7 % en formation, 58% sans emploi	-	-	-	-	A 6 mois : 64,9% chômage et 10,8% en emploi

	Montpellier	Nord Pas de Calais	Meurthe et Moselle	Aquitaine	Pays de la Loire	Vaucluse
Année de l'étude	2014	2014	2007	2005-2006	2004	2002 à 2004
Nombre d'inaptitude	259	3207	341	2 106	3681	393
Sexe	Majorité de Femme	53,4% Homme	61,4% Femme	54% femmes	Homme 51%	51,4% Femme
Âge	Age moyen : 44 ans	63 % sont âgés de 45 ans et plus	Age moyen : 45,4 ans (60% ont plus de 45ans)	45,4 ans	57% ont plus de 45ans	46 ans en moyenne
Taille de l'entreprise	-	33,2% 10-49 salariés	62,5% entreprises de moins de 50 salariés	Principalement moins de 50 salariés	-	75% entreprise de moins 50 salariés
Incapacité	-	-	RQTH : 47,5% Invalidité : 23,7%	-	-	21,9% RQTH, 18% invalidité
Métier (PCS ou NAF)	Principalement ouvriers et professions intermédiaires	Ouvriers : 50,4%	45,7% employés : employé de commerce et les personnels des services directs aux particuliers	L'agroalimentaire, les services aux particuliers, la construction et l'éducation et la santé/action sociale.	Ouvriers 59%	28% ouvriers qualifiés
Niveau d'étude	-	-	82% niveau équivalent CAP/BEP ou moins	8 salariés sur 10 avaient un niveau de formation inférieur au bac	-	-
Motif de l'inaptitude	Appareil locomoteur 48%, psychopathologie 36%	TMS (49 %) et les troubles mentaux et du comportement (25 %).	Appareil locomoteur 60%, psychopathologie 28%	TMS (41%) - Les troubles mentaux et du comportement (30%)	Pathologie ostéoarticulaire 44% et affections mentales (21%)	Dorsolombaires (28%) anxiodépressives (17%)
Devenir	-	Au bout d'un mois : 47,9% chômage, 4% retraite, 1% autre emploi	-	-	-	22,5% retrouvé un emploi, 28,9% chômage, 10,4% retraite

b. Nature des aménagements de poste et caractéristiques socioprofessionnelles des salariés en bénéficiant

Il y a peu d'études générales qui se sont intéressées aux caractéristiques socioprofessionnelles des salariés qui bénéficient d'un aménagement de poste.

Une étude d'un service de santé au travail interentreprise de la région Centre-Val de Loire s'est intéressée aux salariés déclarés « Aptés avec restriction ou aménagement de poste ». Les équipes santé-travail des SIST de la région ont suivi sur un an 205 salariés avec des aménagements à l'aide de 4 questionnaires remplis à l'inclusion (lors de la délivrance de l'avis), aux 2e, 6e et 12e mois. Le recueil s'est déroulé d'avril 2014 à décembre 2015. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 46 ans, il y avait autant d'homme que de femme et 44% avaient une RQTH. Il s'agissait principalement d'ouvriers (57%) et d'employés (24%). Les principaux secteurs d'activités étaient : l'industrie manufacturière (31%), le commerce et réparation d'automobile (16%), la construction (9%) et la santé humaine (9%). Les pathologies en cause étaient dans 68% des cas des troubles ostéo-articulaires et musculaires, et dans 7% des cas des troubles mentaux et comportementaux. L'origine de la pathologie était professionnelle dans 33% des cas (et non professionnelle dans 67% des cas). Les principales préconisations étaient principalement des aménagements organisationnels, matériels, des restrictions de tâches et le temps partiel thérapeutique. Cette étude a mis en évidence certains déterminants qui constituent des facteurs de non-réussite du maintien dans l'emploi en rapport avec les secteurs d'activité (la construction, les garages), l'origine professionnelle de la pathologie ou la reconnaissance d'un handicap. Cette étude souligne l'importance de repérer précocement les situations à risque. Cet observatoire a également mis en évidence la complexité entre la mise en œuvre des démarches attendues et la réalité des situations : temporalité, concertation et réactivité des acteurs, discordance de discours.(42)

Une étude réalisée en 2019 en région Parisienne a eu pour but de décrire et d'analyser la motivation, la nature, les modalités, le suivi et les conséquences des préconisations d'aménagement de poste. 246 questionnaires ont été recueillis entre le 7 octobre et le 15 novembre 2019. L'échantillon se composait de 54 % d'hommes et de 46 % de femmes, d'un âge moyen de 46 ans. Près des deux tiers des salariés étaient ouvriers ou employés, 22 % bénéficiaient d'une RQTH et plus d'un sur deux était atteint d'une maladie chronique. Les préconisations portaient principalement sur l'aménagement organisationnel du poste (71 %), l'adaptation du temps de travail (48 %),

l'aménagement matériel (21,7 %). Dans près d'un cas sur deux (44,1 %), la prescription d'aménagement revêtait un caractère permanent. Cette préconisation s'est effectuée en concertation avec le salarié dans la quasi-totalité des cas, et avec l'employeur pour 41,9 %. Elle a dû être adaptée une fois sur deux pour tenir compte des réalités de l'entreprise. La prescription d'aménagement a permis d'éviter une inaptitude dans deux cas sur trois et le médecin du travail a estimé que sans cette prescription un arrêt de travail aurait dû être émis dans 85,7 % des cas.(43)

Une étude a interrogé les employeurs sur le maintien en emploi. L'analyse portait sur 757 réponses. Plus de la moitié des questionnaires a été complétée par un dirigeant d'entreprise, 32 % par un responsable du personnel et dans 16 % des cas, le statut était non précisé. 59% des répondants représentaient des entreprises de moins de 10 salariés, 28 % de 10 à 49 salariés, 9 % de 50 à 249 salariés et 4 % plus de 250 salariés. Les secteurs d'activité les plus représentés étaient le commerce (18 %), santé humaine et action sociale (14 %) et autres services (37 %). 40% ont répondu avoir déjà rencontré une situation de maintien dans l'emploi ; 55 % ont déclaré que la dernière situation s'était conclue par un licenciement, 32 % un aménagement de poste, 10 % un reclassement. La proportion de licenciement était la plus élevée pour les entreprises de 1 à 4 salariés. En ce qui concerne les aménagements de poste, 41 % déclaraient avoir eu des difficultés à suivre l'aménagement proposé : 58 % le trouvaient non adapté et 16 % trop cher. Ces résultats étaient très variables d'un secteur à l'autre. L'intervention du service dans les situations de maintien dans l'emploi variait en fonction de la taille de l'entreprise : de 69,9 % pour les entreprises entre 10 et 50 salariés à 34 % pour l'entreprise de moins de 10 salariés. (44)

En 2015, l'entreprise « La poste » a mené une étude sur le maintien en emploi portant sur 816 postiers ayant été en arrêt de travail. L'échantillon comprenait 61,3 % de femmes, l'âge moyen était de 50,4 ans et 58,7 % des agents avaient plus de 50 ans. Au moment de la visite de reprise, 51,2 % des salariés pouvaient reprendre sur leur poste sans aménagement ni reclassement, 38,9 % avec des aménagements matériels ou organisationnels, 6,3 % en étant reclassés sur un autre poste et 3,6 % ne pouvaient pas reprendre le travail. Les variables significativement associées à un risque plus élevé de nécessiter un aménagement de poste au retour de l'arrêt maladie étaient : l'âge ; une cause d'arrêt dû au travail ; une durée d'arrêt de travail supérieure à 90 jours ; le fait d'être en situation de handicap ; avoir une santé perçue dégradée.(45)

En 2019, une méta-analyse a été faite sur le maintien en emploi des personnes atteintes d'un cancer. (46) Les études ont permis de formuler les conclusions suivantes :

Le taux de reprise du travail après cancer était très variable selon les études, 63,5 % en moyenne (avec des extrêmes allant de 24 à 94 %) dépendant, en particulier, du délai d'observation, du type de cancer, des systèmes de santé et de protection sociale ;

Les facteurs favorisant la reprise ou le maintien dans l'emploi étaient :

- sociodémographiques : âge jeune, niveau d'éducation élevé, statut socio-économique élevé,
- médicaux : localisations cancéreuses touchant des patients jeunes, cancer de bon pronostic, absence de chirurgie ou chirurgie moins invasive, traitement ne comportant pas de chimiothérapie, moindre présence de symptômes physiques ou psychologiques (dont la fatigue), bonne capacité de travail, bonne santé perçue, bonne santé mentale, et bonne santé antérieure au diagnostic de cancer,
- dépendant du poste de travail et de l'employeur : contrat de travail non précaire, travail antérieur à temps plein, mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, support du manager, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail, aménagement du poste de travail, autonomie dans le travail, travail non physique, travail sans tension, ancienneté dans le poste de travail,
- liés à l'accompagnement du patient : conseils apportés pour le retour au travail, intégration dans des programmes de réentraînement, accompagnement pluridisciplinaire par des services spécialisés, continuité de prise en charge,

Les données de la littérature analysant le maintien en emploi et les aménagements de poste sont rares et surspécialisées, avec essentiellement des descriptions de situations individuelles. Par exemple :

Une étude en 2016 s'est intéressée au retour à l'emploi d'un salarié droitier âgé de 53 ans exerçant la profession de technicien méthodes soudage qui a été atteint d'un AVC en Février 2013. Grâce à un temps partiel thérapeutique et un aménagement de son poste (siège atelier avec gouttière et frein, siège de bureau avec gouttière et repose pieds, support ordinateur, vidéoprojecteur avec tablette et fixation plafond,

aménagement d'une toilette pour accessibilité handicapé, aménagement du véhicule personnel), il a pu retourner à son poste.(47)

De façon générale, depuis 2019, certains services de santé au travail ont porté leur attention sur les aménagements de poste, certainement à la suite des recommandations émises par la Haute Autorité de santé qui a eu lieu en 2019 et à l'application de la réforme de décembre 2016 (Article L.4624-1 à 10). Mais les informations disponibles concernant les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés bénéficiant d'un aménagement de poste et la nature de ces aménagements de poste restent insuffisantes pour nous permettre de cibler ces salariés.

5. Les principales recommandations de la Haute Autorité de santé

En 2019, la Haute Autorité de santé et la Société Française de médecine du travail ont émis des recommandations de bonnes pratiques sur le maintien en emploi. (6)

Les messages clés que ces recommandations véhiculent :

- le maintien en emploi ne se limite pas aux salariés en arrêt de travail : il s'envisage tout au long du parcours professionnel ;
- il s'agit pour les équipes de santé au travail, de repérer, même en amont de tout arrêt de travail, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant un retentissement sur ses capacités fonctionnelles et de travail ;
- la coordination des acteurs intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle est indispensable dans le respect des règles déontologiques qui sont précisément reprises dans le texte des recommandations ;
- la visite de pré-reprise est l'une des clés du maintien en emploi ;
- un plan de retour au travail ou de maintien en emploi doit être élaboré avec le travailleur et les autres acteurs concernés (impliquant absolument l'entreprise, les professionnels de santé, etc.) ;
- le maintien en emploi comprend des mesures individuelles ainsi que des mesures concernant l'environnement de travail ;
- une stratégie progressive doit être adoptée, visant d'abord le maintien au poste antérieur avec des aménagements temporaires ou durables. À défaut, un

reclassement vers un autre poste de l'entreprise ou une reconversion dans une autre entreprise doit être recherché.

6. Problématique

La littérature portant sur les inaptitudes est riche. On sait que la majorité des inaptitudes aboutissent au licenciement. Ce qui témoigne d'un échec du maintien en emploi.

Le maintien dans l'emploi est au cœur de l'actualité. Il fait partie des objectifs du 3^e plan national de santé au travail et la Haute Autorité de santé a émis des recommandations à ce sujet et insiste notamment sur les aménagements de poste.

Face au manque de connaissances actuelles concernant les aménagements de poste, nous avons voulu en savoir plus à ce sujet. Ce qui va nous permettre d'avoir une vision plus complète du maintien en emploi en entreprise.

Nous avons également voulu savoir si les caractéristiques des salariés bénéficiant d'un aménagement de poste sont superposables à celles des salariés déclarés inaptés, car il n'y a pas d'étude sur la comparaison de ces deux groupes, à notre connaissance.

Les politiques actuelles de maintien en emploi sont dictées par les résultats des études sur les inaptitudes, alors que ces études se situent à un stade très tardif du processus du maintien en emploi dans l'entreprise.

Le fait de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles des salariés ayant un poste aménagé, va permettre de mieux cerner la population suivie par l'ASTIA, et d'influencer les pratiques de maintien en emploi, en agissant de façon précoce.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs principaux de l'étude

Les objectifs principaux sont de décrire les caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste en 2018 et de les comparer à celles des salariés déclarés inaptés au sein de l'ASTIA de 2016 à 2019.

Le critère de jugement principal correspond aux caractéristiques des profils des salariés qui seront évalués selon l'âge, le genre, l'incapacité, la taille de l'entreprise, le code PCS (Nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles) et le code NAF (Nomenclature d'activités française).

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- De comparer les caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste en 2018 à celles de la population générale des salariés suivis par l'ASTIA en 2020.
- De décrire le devenir à 1 an d'un sous échantillon de salariés de l'échantillon « inapte ».

Les critères de jugement secondaires correspondent :

- aux caractéristiques des profils des salariés qui seront évalués selon l'âge, le genre, l'incapacité, la taille de l'entreprise, le code PCS et le code NAF
- au nombre de personnes au chômage, à la retraite, sans activité, reclassé en interne, suivis par pôle emploi ou ayant retrouvé un autre emploi à un an

3. Etude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale.

Et une enquête prospective a été réalisée pour la sous population « devenir des salariés à un an de leur déclaration d'inaptitude » de l'échantillon « inapte ».

4. Population

Il s'agit de salariés du secteur privé (dépendant du régime général de la sécurité sociale) du département Haute-Garonne suivis par l'ASTIA.

Les sujets inclus dans l'étude sont les salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018, les salariés déclarés inapte du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019 et la population de référence qui est la population de salariés actifs au sein de l'ASTIA en août 2020.

5. Déroulement de l'étude

Dans notre étude nous avons créé deux échantillons à partir des salariés suivis à l'ASTIA.

Un échantillon « aménagement de poste », nous avons inclus l'ensemble des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018, à condition que le type d'aménagement ait été précisé par les médecins du travail sur le logiciel « Préventiel ».

Nous avons choisi l'année 2018 pour l'extraction des données sur les aménagements de poste car cette année a été la première année de pleine application de la réforme de modernisation de la médecine du travail de décembre 2016 (articles L.4624-3 et L.4624-4).

Un deuxième échantillon « inapte », où l'on a inclus l'ensemble des salariés suivi par l'ASTIA et déclarés inapte à leurs postes par les médecins du travail entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2019.

Ces deux échantillons ont été créé à partir de l'extraction des données du logiciel « Préventiel ».

Ces deux échantillons sont exhaustifs car les données sont obligatoirement saisies par les médecins du travail dans le logiciel « Préventiel ». Ils correspondent à l'ensemble des salariés de l'ASTIA déclarés inaptes de 2016 à 2019, et à l'ensemble des salariés de l'ASTIA ayant bénéficié d'un aménagement de poste en 2018.

Nous avons également extrait du logiciel « Préventiel » les caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble des salariés de l'ASTIA actifs au sein de la base en août 2020. Nous avons procédé à une analyse descriptive de la population de l'ASTIA, puis nous avons comparé l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte » à la population de l'ASTIA.

Dans un deuxième temps, nous avons créé un sous échantillon à partir de l'échantillon « inapte ». Quelques médecins du travail de l'ASTIA ont recontacté à 1 an les salariés de l'échantillon « inapte » pour savoir quelle était leur situation (reclassé, en formation, suivi par cap ou pôle emploi, sans activité ou retraité). Les salariés qui ont répondu à

l'appel téléphonique vont constituer un nouveau groupe de salarié « devenir des salariés inaptes à un an », dont on va procéder à la description.

Notre étude porte donc essentiellement sur des données enregistrées en routine dans l'activité quotidienne des médecins du travail de l'ASTIA.

Le Dr Niezborala a extrait les données du logiciel « Préventiel », puis nous avons traité l'ensemble des données sur Excel afin de pouvoir les analyser de façon anonymisées sur Stata.

6. Les données recueillies

a. *Les caractéristiques socio-professionnelles*

Ces caractéristiques ont été recueillis dans chaque échantillon.

- L'âge : est divisé en 5 catégories : 15-25 ans, 26-35 ans, 36-45 ans, 46-55 ans et 56-75 ans.
- Le sexe : Femme/Homme
- La taille de l'entreprise, répartie selon 4 catégories, de 0 à 10, de 11 à 49, de 50 à 299 et 300 et plus salariés (on a choisi cette répartition car c'est celle le plus souvent utilisé dans les études)
- La présence d'une incapacité au moment de l'inaptitude : Affection longue durée (ALD), RQTH, Incapacité permanente partielle (IPP), invalidité de 1^{ère} catégorie, invalidité de 2^e catégorie.

Certains salariés présentaient plusieurs incapacités. Dans ce cas-là, on a choisi une seule incapacité, en tenant compte de l'ordre de priorité suivant (que nous avons fixé) :

Invalidité 2 > Invalidité 1 > IPP > RQTH > ALD

Les secteurs d'activités ont été relevés par l'intermédiaire du code NAF utilisé par l'INSEE en 2008 et par le code PCS (Version 2003). Dans les 2 cas, le nombre d'observations nous a permis d'utiliser le niveau de regroupement à 2 caractères.

- Le code NAF : la variable code NAF est une variable qualitative nominale, prenant des valeurs allant de 01 à 99, chaque chiffre correspondant à une division de secteur d'activité de l'entreprise.

Dans notre étude les valeurs vont de 10 à 96. Cf annexe 1.

- Le code PCS : La variable code PCS est une variable qualitative nominale, correspondant au niveau 2 de regroupement à 29 postes, prenant des valeurs

allant de 21 à 69 dans notre échantillon, chaque chiffre correspondant à une catégorie de métier. Cf annexe 2

Grâce aux effectifs important dans chaque échantillon, on a pu garder les deux premiers chiffres des codes NAF et PCS, tout en disposant d'effectifs relativement importants dans la majorité des catégories ainsi constituées. Ce qui permet d'être plus spécifique dans les résultats (par exemple, on observe un écart entre les ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés).

De plus, nous avons rencontré des problèmes de qualité de saisie des codes PCS, que nous avons essayé de compenser, en nous basant sur l'intitulé du poste et sur le secteur d'activité de l'entreprise. Par exemple de nombreux emplois salariés artisanaux étaient codés avec le code PCS d'artisan correspondant.

Toutes ces variables ont été considérées comme des variables qualitatives.

b. La base de données « aménagement de poste »

La base de données initiale de l'échantillon « aménagement de poste » comportait 7229 salariés.

On a analysé le contenu de la préconisation des aménagements de poste. Les salariés pour lesquels la nature de la préconisation n'a pas été écrite, n'ont pas été retenus. Ce qui aboutit à un échantillon de 3987 salariés.

Tableau 2 : Proportion de salariés ayant une préconisation écrite

Préconisations	Nombre de salariés	%
Non	3182	44
Oui	3987	56
Total	7169	100

Les différents types de préconisations étaient saisis au format de texte libre. Pour les exploiter, nous avons dû recoder ces informations pour les regrouper au sein de catégories que nous avons prédéfinies, à savoir :

Nature des préconisations	
Reprise à temps partiel thérapeutique	Oui/non
Contre-indication au travail de nuit	Oui/non
Aménagement des horaires de travail	Oui/non
Limitations des activités exposant aux risques psychosociaux	Oui/non
Contre-indication à un poste dit de sécurité *	Oui/non
Nécessité de port d'un équipement de protection individuelle (EPI)	Oui/non
Contre-indication au port de chaussure de sécurité	Oui/non
Contre-indication à l'exposition à des agents chimiques	Oui/non
Contre-indication à l'exposition à des agents biologiques	Oui/non
Limitation des déplacements professionnels	Oui/non
Préconisation d'un véhicule avec boîte de vitesse automatique	Oui/non
Préconisation d'un télétravail	Oui/non
Amélioration de l'ergonomie du poste de travail sur écran	Oui/non
Limitation des activités	Oui/non
Aménagement des tâches de travail (certaines activités sont temporairement ou définitivement proscrites)	Oui/non
Changement de poste	Oui/non
Contre-indication de l'utilisation d'outils vibrants	Oui/non
Autres	Oui/non

Nous avons également recueilli la durée de ces préconisations, à savoir permanent, temporaire ou durée non définie.

* La loi du 8 août 2016, ou dite « loi El Khomri », définit les postes de sécurité : « Art. L. 4624-2. – I. – Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. »

c. La base de données « inapte »

La base de données initiale de l'échantillon « inapte » comportait 7000 salariés environ. Un nettoyage de la base de données a été effectué, on a supprimé les doublons

pour l'année 2016, car cette année-là, les inaptitudes pouvaient encore être déclarées à l'issue de 2 examens médicaux.

L'échantillon « inapte » contient 6097 salariés.

d. La base de données « population de l'ASTIA »

La population de l'ASTIA a été extraite en août 2020, elle était de 235 759 salariés.

e. Le devenir à un an des salariés déclarés inaptés

Un groupe de médecin du travail de l'ASTIA, faisant partie du groupe « maintien dans l'emploi » a appelé les salariés de l'échantillon « inapte », un an après leur inaptitude.

On leurs a demandé :

- s'ils avaient été reclassés en interne
- s'ils avaient retrouvé un autre emploi
- s'ils avaient été suivis par pôle ou cap emploi
- s'ils étaient sans activité
- s'ils avaient pris leur retraite

248 personnes ont répondu à l'appel téléphonique.

7. Méthode statistique

Pour l'étude portant sur les aménagements de poste en 2018, les inaptitudes de 2016 à 2019 et la population prise en charge par l'ASTIA en 2020, le plan d'analyse a été le suivant :

- Description de la variable à expliquer et des variables explicatives au sein de chaque échantillon
- Analyses bivariées puis multivariées de la distribution des variables explicatives entre l'échantillon « aménagement de poste » et l'échantillon « inapte » puis entre chacun de ces échantillons et la population active à l'ASTIA en 2020

Pour les analyses bivariées, nous avons utilisé le test du Chi² de Pearson. Pour les analyses multivariées, nous avons procédé à des régressions logistiques du maximum de vraisemblance. Les résultats ont été exprimé au moyen d'odds-ratios avec leur intervalle de confiance à 95%.

Pour l'étude sur le devenir à un an des salariés déclarés inaptés, nous sommes restés purement descriptifs sans réaliser de test statistique.

III. RESULTATS

1. Analyses descriptives

a. *Description des caractéristiques sociales de l'échantillon*

« aménagement de poste », « inapte » et de la population générale de l'ASTIA

Tableau 3 : Répartition de l'âge, du sexe et de la taille de l'établissement chez les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et parmi la population de l'ASTIA

SEXE		Aménagement (N=3987)		Inapte (N=6097)		ASTIA (N= 235 759)	
		Nombre salariés	%	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
SEXE	Homme	1782	45	2209	36	126 658	54
	Femme	2205	55	3888	64	109 101	46
AGE	15-25	239	6	175	3	33 884	14
	26-35	810	20	1190	20	69 063	30
	36-45	997	25	1424	22	57 327	24
	46-55	1168	29	1683	28	49 208	21
	56-75	773	20	1625	27	26 277	11
Taille entreprise	0-10	826	21	1946	32	47 333	20
	11-49	979	24	1785	29	72 179	31
	50-299	1385	35	1650	27	71 033	30
	300 et +	797	20	716	12	45 214	19

Il y avait une majorité de femmes dans l'échantillon « aménagement de poste » (55%) et dans l'échantillon « inapte » (64%), alors que dans la population de l'ASTIA, il y avait une majorité d'homme (54%).

La classe d'âge principalement représentée dans l'échantillon « aménagement de poste » et dans l'échantillon « inapte » était la classe des 46-55 ans, alors que dans la population de l'ASTIA, c'est la classe 26-35 ans qui était la plus représentée.

Les entreprises de moins de 50 salariés représentaient 51% de la population suivi par l'ASTIA, 45% de l'échantillon « aménagements de poste » et 61% de l'échantillon « inapte ».

b. *Description de la répartition des incapacités dans l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte »*

Tableau 4 : Répartition des incapacités chez les salariés de l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte »

Incapacité	Aménagement (N=3987)		Inapte (N=6097)	
	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
Aucune	3452	86.6	5084	83
ALD	16	0.4	28	0.5
RQTH	363	9.1	503	8
IPP	19	0.5	27	0.5
Invalidité 1 ^{ère} catégorie	116	2.9	155	2.5
Invalidité 2 ^{ème} catégorie	21	0.5	300	5

Les résultats au sein de la population active ASTIA en 2020 n'ont pas pu être exploités. C'est pourquoi, ils ne sont pas présentés dans le tableau ci-dessus. La majorité des salariés des échantillons « aménagement de poste » et « inapte » ne présentaient pas d'incapacité enregistrée dans la base.

c. Description des caractéristiques professionnelles des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste, des salariés déclarés inaptés et de la population générale de l'ASTIA

Tableau 5 : Répartition des professions et catégories socioprofessionnelles parmi les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et la population de l'ASTIA

PCS	Aménagement (N=3987)		Inapte (N=6097)		ASTIA (N= 235 759)	
	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	184	4.6	251	4	17 099	7.2
Ingénieurs et cadres technique d'entreprises	345	8.7	148	2.4	32 862	13.9
Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	59	1.5	44	0.7	3 613	1.5
Professions intermédiaires de la santé du travail social	223	5.6	285	5	13 558	5.7
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	53	1.3	34	0.6	1 291	0.5

Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	291	7.3	406	7	22 162	9.4
Techniciens	245	6.2	175	3	16 352	6.9
Contremaîtres, agent de maîtrise	39	1	61	1.2	2 591	1.1
Employés civils et agents de service de la fonction publique	442	11.1	664	11	10 102	4.3
Policiers et militaires	92	2.3	163	2.7	3 063	1.3
Employés administratifs d'entreprise	279	7	422	7	19 327	8.2
Employé de commerce	312	7.8	752	12	15 102	6.4
Personnels des services directs aux particuliers	371	9.3	1089	18	16 003	6.8
Ouvriers qualifiés de type industriels	250	6.3	209	3	8 888	3.8
Ouvriers qualifiés de type artisanal	186	4.7	328	5	11 394	4.8
Chauffeurs	122	3.1	260	4	5 814	2.5
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	104	2.6	147	2.4	5 388	2.3
Ouvriers non qualifiés de type industriel	149	3.7	187	3	7 026	3
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	147	3.7	407	7	8 148	3.5
Catégorie à moins de 30 salariés	94	2.4	65	1,1	15 976	6.8

Les catégories socioprofessionnelles de moins de 30 salariés ont été rassemblées et elles représentaient pour l'échantillon « aménagement de poste », les catégories socio professionnelles : 34 33 35 31 23 22 69.

Les catégories socioprofessionnelles de moins de 30 salariés ont été rassemblé et elles représentaient pour l'échantillon « inapte », les catégories socio professionnelles : 34 35 33 31 23 69.

Parmi les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », les employés civils et agents de service de la fonction publique étaient la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (11,1%).

Parmi les salariés de l'échantillon « inapte », les personnels des services directs aux particuliers étaient la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (12%).

Dans la population de l'ASTIA, ingénieurs et cadres technique d'entreprises faisaient parties de la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (13,9%).

Tableau 6 : Répartition des professions selon la nomenclature d'activités française parmi les salariés de l'échantillon « aménagement de poste », « inapte » et la population de l'ASTIA

NAF	Aménagement de poste (N=3987)		Inapte (N=6097)		ASTIA (N= 235 759)	
	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
Commerce de détail	397	10.0	869	14.4	19 793	8.4
Hébergement médico-social et social	289	7.3	353	5.8	5 846	2.5
Action sociale sans hébergement	253	6.4	589	9.7	7 435	3.1
Activité pour la santé humaine	250	6.3	417	6.9	11 438	4.8
Commerce de gros	233	5.9	287	4.7	13 101	5.6
Activités d'architecture et d'ingénierie	183	4.6	107	1.8	17 936	7.6
Administration publique et défense	164	4.1	76	1.3	6 250	2.6
Restauration	152	3.8	402	6.6	10 858	4.6
Travaux de construction spécialisés	148	3.7	157	2.6	5 466	2.3
Programmation, conseil et autres activités informatiques	127	3.2	88	1.5	15 926	6.8
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	120	3.0	447	7.4	5 506	2.3

NAF	Aménagement de poste (N=3987)		Inapte (N=6097)		ASTIA (N= 235 759)	
	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
Fabrication d'autres matériels de transport	110	2.8	< 30		4 302	1.8
Enquêtes et sécurité	100	2.5	162	2.7	3 455	1.5
Activités des services financiers, hors assurance et caisse de retraire	96	2.4	95	1.6	6 910	2.9
Entreposage et services auxiliaires des transports	89	2.2	104	1.7	4 041	1.7
Commerce et réparation d'automobiles et motocycles	85	2.1	149	2.5	4 881	2.1
Transports terrestres et transport par conduites	73	1.8	173	2.9	3 718	1.6
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	73	1.8	143	2.4	4 228	1.8
Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	72	1.8	< 30		3020	1,3
Activités immobilières	70	1.8	100	1.7	4 280	1.8
Fabrication de produits métalliques	66	1.7	67	1.1	2 285	1.0
Enseignement	58	1.5	< 30		5 023	2.1
Autres services personnels	54	1.4	164	2.7	2 841	1.2
Assurance	53	1.3	68	1.1	2 206	0.9

NAF	Aménagement de poste (N=3987)		Inapte (N=6097)		ASTIA (N= 235 759)	
	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%	Nombre salariés	%
Activités sportives, récréatives et de loisirs	50	1.3	48	0.8	4 280	1.8
Réparation et installation de machines et d'équipements	43	1.1	< 30		1856	0,8
Industries alimentaires	40	1.0	142	2.4	2 829	1.2
Activités des organisations associatives	40	1.0	73	1.2	3 417	1.4
Hébergement	38	0.9	76	1.3	2 059	0.9
Activités liées à l'emploi	38	0.9	< 30		18 094	7,7
Activités des sièges sociaux, conseil de gestion	37	0.9	40	0.6	4 248	1.8
Industrie pharmaceutique	32	0.8	< 30		807	0,3
Activités de location et location-bail	< 30		57	0.9	1 706	0.7
Activités juridiques et comptables	< 30		54	0.9	4136	1,7
Publicité et étude de marché	< 30		30	0.5	1388	0,6

Le commerce de détail représentait l'activité la plus fréquente parmi les trois groupes : 10% des salariés de l'échantillon « aménagement de poste », 14,4% des salariés de l'échantillon « inapte » et 8,4% des salariés de l'ASTIA.

2. Devenir à un an des salariés déclarés inaptes

248 personnes de l'échantillon « inapte » ont répondu à l'appel téléphonique.

Tableau 7: Description des caractéristiques sociales de l'échantillon des salariés déclarés inaptes et recontacté un an après et le motif médical de l'inaptitude

Sexe		Nombre salariés	%
	Homme	105	42.3
	Femme	143	57.7
Âge			
	16- 25	10	4
	26-35	49	19.8
	36-45	61	24.6
	46-55	69	27.8
	56-65	59	23.8
RQTH			
	Non	162	65
	Oui	86	35
Invalidité			
	Aucune	214	86.3
	1er cat	13	5.2
	2e cat	21	8.5
AT/MP			
	Accident du travail	36	14.5
	Maladie professionnelle	22	8.9
	Maladie non professionnelle	190	76.6
Pathologie			
	Neurologie	11	4.5
	Rhumatologie	137	55.2
	Psychiatrie	75	30.3
	Cardiologie	5	2
	Pneumologie	4	1.6
	Oncologie	11	4.4
	Dermatologie	4	1.6
	Endocrinologie	1	0.4
TOTAL		248	100%

Parmi les 248 salariés, il y avait une majorité de femmes (57,7%), la tranche d'âge « 46-55 ans » était la tranche d'âge la plus représentée (27,8%).

La majorité de l'échantillon n'avait pas de RQTH (65%), ni d'invalidité (86,3%).

La cause de l'inaptitude était essentiellement liée à une maladie ordinaire (76%), et non pas lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Les pathologies rhumatologiques étaient à l'origine du principal motif d'inaptitude.

Tableau 8 : Répartition des professions selon la nomenclature d'activités française parmi les salariés de l'échantillon « salariés déclarés inaptes et recontacté à un an » par ordre décroissant

NAF	Nombre de salariés	%
Commerce de détail	38	15.3
Action sociale sans hébergement	26	10.4
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	15	6
Restauration	14	5.7
Commerce et réparation d'automobiles et motocycles	12	4.8
Travaux de construction spécialisés	10	4
Transports terrestres et transport par conduites	10	4
Commerce de gros	9	3.6
Activités immobilières	9	3.6
Activités juridiques et comptables	9	3.6

Le commerce de détail représentait l'activité la plus fréquente. (15,3%).

Tableau 9 : Description de la situation professionnelle à un an des salariés de l'échantillon « salariés déclarés inapte et recontacté à un an »

Reclassement	Nombre de salariés	%
Non	195	78.6
Oui	53	21.4

Autre emploi			
	Non	194	78.2
	Oui	54	21.8
Suivi par pôle ou cap emploi			
	Non	163	65.7
	Oui	85	34.3
Formation			
	Non	208	83.8
	Oui	40	16.2
Sans activité			
	Non	197	79.4
	Oui	51	20.6
Retraite			
	Non	231	93.2
	Oui	17	6.8
TOTAL		248	100%

La majorité des salariés n'étaient pas reclassés à la suite de leur inaptitude (78,6%). 7% de notre échantillon était parti à la retraite, 20% était sans activité, 16% était en formation, 34% était suivi par pôle ou cap emploi, et 21% avaient un autre emploi.

3. Description de la nature des aménagements de poste proposés par les médecins du travail de l'ASTIA en 2018

L'échantillon « aménagement de poste » comportait 3987 salariés.

Tableau 10 : Description des préconisations

		Nombre de salariés	%
Durée	Absence	221	6
	Temporaire	2273	57
	Permanent	963	24
	Pas clair	530	13
Temps partiel thérapeutique	Non	2982	75
	Oui	1005	25
Limitation des activités physique	Non	2534	64
	Oui	1453	36
Contre-indication au travail de nuit	Non	3891	98
	Oui	96	2
Limitation des risques psychosociaux	Non	3967	99

	Oui	20	1
Contre-indication aux postes dit "de sécurité"	Non	3903	98
	Oui	84	2
EPI	Non	3768	94
	Oui	219	6
Contre-indication aux chaussures de sécurité	Non	3973	99.5
	Oui	14	0.5
Contre-indication d'être exposé à des agents chimiques	Non	3956	99
	Oui	31	1
Contre-indication d'être exposé à des agents biologiques	Non	3717	93
	Oui	270	7
Limitation des déplacements	Non	3796	95
	Oui	191	5
Télétravail	Non	3858	97
	Oui	129	3
Aménagement des postes sur écran	Non	3682	92
	Oui	305	8
Modification des horaires de travail	Non	3756	94
	Oui	230	6
Véhicule à boîte de vitesse automatique	Non	3928	98
	Oui	59	2
Adaptation du poste (contre-indication à certaines tâches)	Non	3813	96
	Oui	174	4
Changement de poste	Non	3931	98
	Oui	56	2
Contre-indication d'utiliser des outils vibrants	Non	3952	99
	Oui	35	1
Autres préconisations	Non	3726	94
	Oui	261	6

Les trois préconisations les plus fréquentes étaient la limitation des activités physiques, le temps partiel thérapeutique et les aménagements des postes sur écran.

4. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste avec celles des salariés déclarés inaptes au sein de l'ASTIA

Les échantillons « aménagement de poste » et « inapte » réunissaient un total de 10 084 salariés. La variable à expliquer est composé de deux groupes : être inapte ou avoir un aménagement de poste.

Tableau 11: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Age	Odds-ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95 % de l'OR
16-25 ans	0,50	0,40 – 0,62
26-35 ans (référence)	1	
36-45 ans	0,97	0,86 - 1,10
46-55 ans	0,98	0,87 – 1,10
Plus de 55 ans	1,47	1,34 – 1,61

La catégorie « 26-35 ans » a été choisie comme catégorie de référence. Dans l'échantillon « inapte », la proportion des 16-25 ans était 2 fois moindre que dans l'échantillon des salariés ayant bénéficié d'un aménagement et celle des plus de 55 ans était 1,47 fois plus importante.

Seules les catégories « 16-25 ans » et les « plus de 55 ans » avaient un odds-ratio (OR) significatif.

Tableau 12: Comparaison de la répartition par sexe des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Sexe	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Femme (référence)	1	
Homme	0,70	0,65-0,77

La proportion de femmes était 1,42 fois plus importante dans l'échantillon des inaptes que dans l'échantillon des salariés ayant bénéficié d'un aménagement et cet écart était significatif.

Tableau 13: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Taille établissement	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
0-10	1,29	1,15-1,44
11-49 (référence)	1	
50-299	0,65	0,59-0,73
300 et +	0,49	0,43- 0,56

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de 0 à 10 salariés étaient 1,29 fois plus importante que dans l'échantillon des salariés ayant bénéficié d'un aménagement.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de plus de 50 salariés étaient 2 fois moindre que dans l'échantillon des salariés ayant bénéficié d'un aménagement.

Tableau 14: Comparaison de la répartition par incapacité des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Incapacité	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Aucune	1	
ALD	1,18	0,64-2,20
RQTH	0,94	0,81-1,08
IPP	0,96	0,53- 1,73
Invalidité 1er catégorie	0,9	0,71-1,16
Invalidité 2 ^e catégorie	9,7	6,22-15,13

Seule l'invalidité de catégorie 2 était significative. Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés bénéficiant d'une invalidité de 2^e catégorie était 9,7 fois plus importante que dans l'échantillon « aménagements de poste ».

Tableau 15 : Comparaison de la répartition par code PCS des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

PCS	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Employés civils et agent de service de la fonction publique (référence)	1	
Effectifs insuffisants	0.46	0.33- 0.65
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	0.91	0.72- 1.13
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	0.29	0.23- 0.36
Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	0.50	0.33- 0.75
Professions intermédiaires de la santé du travail social	0.85	0.69- 1.05
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	0.43	0.27- 0.67
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.93	0.76- 1.12
Techniciens	0.47	0.38- 0.59
Contremaîtres, agent de maîtrise	1.04	0.68- 1.58
Policiers et militaires	1.18	0.89- 1.56
Employés administratifs d'entreprise	1.00	0.83- 1.22
Employé de commerce	1.60	1.34- 1.92
Personnels des services directs aux particuliers	1.95	1.65- 2.31
Ouvriers qualifiés de type industriels	0.56	0.45- 0.69
Ouvriers qualifiés de type artisanal	1.17	0.95- 1.45
Chauffeurs	1.42	1.11- 1.81

Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	0.94	0.71- 1.24
Ouvrier non qualifiés de type industriel	0.83	0.65- 1.07
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	1.84	1.47- 2.30

Pour la comparaison des codes PCS, nous avons regroupé les catégories de moins de 30 salariés dans les échantillons « aménagement de poste » et « inapte » sous une même catégorie appelé « Effectifs insuffisants ».

On a pris pour catégorie de référence PCS 52 qui correspond aux employés civils et agent de service de la fonction publique car leur effectif était important dans les deux échantillons et leur proportion était à peu près identique dans les deux échantillons.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés occupant un poste d'ingénieurs et cadres techniques d'entreprise (PCS 38) ; de professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées (PCS 42) ; de professions intermédiaires administratives de la fonction publique (PCS 45) ; de techniciens (PCS 47) ; et d'ouvriers qualifiés de type industriels (PCS 62) était moindre par rapport aux salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés occupant un poste d'employé de commerce (PCS 55), de personnels des services directs aux particuliers (PCS 56), de chauffeurs (PCS 64), d'ouvriers non qualifiés de type artisanal (PCS 68) était plus importante par rapport aux salariés de l'échantillon « aménagement de poste ».

Tableau 16: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés déclarés inaptes à celle des salariés pour lesquels un aménagement de poste a été préconisé. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

NAF	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Activités pour la santé humaine (référence)	1	
Effectifs insuffisants	0.63	0.52-0.77
Industries alimentaires	2.13	1.45- 3.12

Fabrication de produits métalliques	0.61	0.42- 0.88
Construction aéronautique et spatiale	0.14	0.09- 0.22
Travaux de constructions spécialisés	0.63	0.48- 0.84
Commerce et réparation d'automobiles et de motocycles	1.05	0.77- 1.43
Commerce de gros	0.74	0.58- 0.93
Commerce de détail	1.31	1.08- 1.60
Transports terrestres et transport par conduites	1.42	1.04- 1.95
Entreposage et services auxiliaires des transports	0.70	0.51- 0.97
Hébergement	1.19	0.79- 1.82
Restauration	1.58	1.24- 2.02
Programmation, conseil et autres activités informatiques	0.41	0.30- 0.57
Activités des services financiers	0.59	0.43- 0.82
Assurance	0.76	0.52- 1.14
Activités immobilières	0.85	0.61- 1.21
Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.65	0.40- 1.04
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.35	0.26- 0.47
Activités de location	1.18	0.73- 1.89
Enquête et sécurité	0.97	0.72- 1.30
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	2.23	1.73- 2.88
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	1.17	0.85- 1.62
Administration publique et défense	0.28	0.20- 0.38
Enseignement	0.81	0.55- 1.17
Hébergement médico-social et sociale	0.73	0.59- 0.91

Action sociale sans hébergement	1.39	1.12- 1.73
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.57	0.37- 0.88
Activités des organisations associatives	1.09	0.72- 1.66
Autres services personnels	1.82	1.29- 2.57

Pour la comparaison des codes NAF, nous avons regroupé les catégories de moins de 30 salariés dans les échantillons « aménagement de poste » et « inapte » sous une même catégorie appelé « Effectifs insuffisants ».

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié travaillant dans une entreprise de fabrication de produits métalliques, à l'exception des machines et des équipements (NAF 25) ; de fabrication d'autres matériel de transport (NAF 30) ; de travaux de constructions spécialisés (NAF 43) ; de commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles (NAF 46) ; d'entreposage et services auxiliaires des transports (NAF 52) ; de programmation, conseil et autres activités informatiques (NAF 62) ; d'activités des services financiers, hors assurance et caisse de retraite (NAF 64) ; d'activités d'architecture et d'ingénierie, activités de contrôle et analyses techniques (NAF 71) ; d'administration publique et défense, sécurité sociale obligatoire (NAF 84) ; d'hébergement médico-social et sociale (NAF 87) et des activités sportives, récréatives et de loisirs (NAF 93) était moindre par rapport aux salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié occupant un poste d'industries alimentaires (NAF 10) ; de commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles (NAF 47) ; de transports terrestres et transport par conduites (NAF 49) ; de restauration (NAF 56) ; de services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (NAF 81) ; d'action sociale sans hébergement (NAF 88) ; et d'autres services personnels (NAF 96) était plus importante par rapport aux salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste.

5. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste à celles de la population générale des salariés suivis par l'ASTIA

Tableau 17: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Âge	Odds-ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95 % de l'OR
16-25 ans	0,40	0,35 – 0,47
26-35 ans	0,67	0,61 – 0,74
36-45 ans(référence)	1	
46-55 ans	1,36	1,25 – 1,49
Plus de 55 ans	1,69	1,54 – 1,86

Dans l'échantillon aménagement de poste, la proportion de salarié de moins de 35 ans était moindre comparé à la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon aménagement de poste, la proportion de salarié de plus de 46 ans était plus importante comparé à la population de l'ASTIA.

Tableau 18: Comparaison de la répartition par sexe des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Sexe	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Femme (référence)	1	
Homme	0,70	0,65 - 0,74

Dans l'échantillon aménagement de poste, la proportion des hommes était 0,7 fois moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

Tableau 19: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Taille établissement	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
0-10 (référence)	1	
11-49	0,78	0,71-0,85
50-299	1,11	1,02-1,22
300 et +	1,01	0,92- 1,11

Seules les catégories 11-49 et 50-299 présentaient un OR significatifs.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », il y avait moins d'entreprise (0,78 fois moins) de 10 à 49 salariés que dans la population de l'ASTIA. Mais la proportion d'entreprise de grande taille (50 à 299 salariés) était plus importante (1,11 fois plus) dans l'échantillon « aménagement de poste » que dans la population de l'ASTIA.

Tableau 20: Comparaison de la répartition par code PCS des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

PCS	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Professions intermédiaires de la santé du travail social (référence)	1	
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	0.65	0.54- 0.80

Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	0.63	0.54- 0.76
Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	0.99	0.74- 1.33
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	2.50	1.84- 3.38
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.80	0.67- 0.95
Techniciens	0.91	0.76- 1.09
Contremaîtres, agent de maîtrise	0.92	0.65- 1.23
Employés civils et agent de service de la fonction publique	2.66	0.26- 3.13
Policiers et militaires	1.83	1.43- 2.33
Employés administratifs d'entreprise	0.88	0.73- 1.05
Employé de commerce	1.26	1.06- 1.49
Personnels des services directs aux particuliers	1.41	1.19- 1.67
Ouvriers qualifiés de type industriels	1.71	1.42- 2.05
Ouvriers qualifiés de type artisanal	1.00	0.82- 1.23

Chauffeurs	1.26	1.02- 1.59
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1.17	0.93- 1.48
Ouvrier non qualifiés de type industriel	1.29	1.04- 1.59
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	1.10	0.89- 1.35
Effectifs insuffisants	0.36	0.28- 0.46

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salarié occupant un poste de « cadres administratifs et commerciaux d'entreprises » ; « Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise » ; « Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises » était moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salarié occupant des « professions intermédiaires administratives de la fonction publique » était 2,5 fois plus importante que dans la population de l'ASTIA.

De même, la proportion de salariés occupant des postes « d'employés civils et agent de service de la fonction publique » était 2,6 fois plus importante dans l'échantillon aménagement de poste que dans la population de l'ASTIA.

Tableau 21: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés ayant bénéficié d'une demande d'aménagement de poste par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

NAF	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Commerce de gros (référence)	1	

Effectifs insuffisants	0.58	0.49-0.68
Industries alimentaires	0.79	0.57- 1.11
Fabrication de produits métalliques	1.62	1.23- 2.14
Construction aéronautique et spatiale	1.44	1.14- 1.81
Travaux de constructions spécialisés	1.52	1.24- 1.87
Commerce et réparation d'automobiles et de motocycles	0.98	0.76- 1.26
Commerce de détail	1.13	0.96- 1.33
Transports terrestres et transport par conduites	1.10	0.85- 1.44
Entreposage et services auxiliaires des transports	1.24	0.97- 1.58
Hébergement	1.04	0.73- 1.47
Restauration	0.79	0.64- 0.97
Programmation, conseil et autres activités informatiques	0.45	0.36- 0.56
Activités des services financiers	0.78	0.61- 1.00
Assurance	1.35	0.99- 1.82
Activités immobilières	0.92	0.70- 1.20

Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.49	0.34- 0.69
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.57	0.47- 0.70
Activités de location	0.95	0.65- 1.41
Enquête et sécurité	1.63	1.28- 2.06
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	1.22	0.98- 1.53
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	0.97	0.74- 1.26
Administration publique et défense	1.47	1.20- 1.80
Enseignement	0.65	0.49- 0.87
Activités pour la santé humaine	1.23	1.02- 1.47
Hébergement médico-social et sociale	2.78	2.33- 3.31
Action sociale sans hébergement	1.91	1.60- 2.29
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.66	0.48- 0.89
Activités des organisations associatives	0.66	0.47- 0.92
Autres services personnels	1.07	0.79- 1.44

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salarié travaillant dans une entreprise du secteur de la « restauration » ; «la programmation, conseil et autres activités informatiques » ; « Activités des sièges sociaux et conseil de gestion » ; « Activités d'architecture et d'ingénierie » ;« Enseignement » ; « Activités sportives, récréatives et de loisirs » et « Activités des organisations associatives » était moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salariés occupant un poste ayant pour nomenclature « Hébergement médico-social et sociale » était 2,8 fois plus importante que dans la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salariés occupant un poste ayant pour nomenclature « Enquête et sécurité » était 1,6 fois plus importante que dans la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salariés occupant un poste ayant pour nomenclature « Administration publique et défense » était 1,47 fois plus importante que dans la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion de salariés occupant un poste ayant pour nomenclature « Action sociale sans hébergement » était 1,9 fois plus importante que dans la population de l'ASTIA.

6. Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles des salariés déclarés inaptes à celles à de la population générale des salariés suivis par l'ASTIA

Tableau 22: Comparaison de la répartition par classe d'âge des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Âge	Odds-ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95 % de l'OR
16-25 ans	0,21	0,18 – 0,24
26-35 ans	0,69	0,64 – 0,75
36-45 ans(référence)	1	
46-55 ans	1,38	1,28 – 1,48
Plus de 55 ans	2,48	2,31 – 2,67

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié de moins de 35 ans était moindre comparé à la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié de plus de 55 ans était 2,48 fois plus importante comparé à la population de l'ASTIA.

Tableau 23: Comparaison de la répartition par sexe des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Sexe	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Femme (référence)	1	
Homme	0,50	0,46 - 0,52

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des hommes était 0,5 fois moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

Tableau 24: Comparaison de la répartition par taille d'entreprise des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Taille établissement	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
0-10	1,66	1,55-1,77
11-49 (référence)	1	
50-299	0,94	0,88-1,01
300 et +	0,64	0,59- 0,70

Dans l'échantillon « inapte », il y avait moins d'entreprise (0,64 fois moins) de 300 et plus salariés que dans la population de l'ASTIA. Mais la proportion d'entreprise de 0 à 10 salariés était 1,66 fois plus importante dans l'échantillon « inapte » que dans la population de l'ASTIA.

Tableau 25: Comparaison de la répartition par code PCS des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

PCS	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Ouvrier non qualifiés de type industriel (référence)	1	
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	0.55	0.45- 0.67
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	0.17	0.14- 0.21
Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	0.46	0.33- 0.64
Professions intermédiaires de la santé du travail social	0.79	0.65- 0.95
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	0.99	0.68- 1.43
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.69	0.58- 0.82
Techniciens	0.40	0.33- 0.50
Contremaîtres, agent de maîtrise	0.88	0.66- 1.18
Employés civils et agent de service de la fonction publique	2.47	2.09- 2.91

Policiers et militaires	1.99	1.61- 2.48
Employés administratifs d'entreprise	0.82	0.70- 0.98
Employé de commerce	1.87	1.59- 2.20
Personnels des services directs aux particuliers	2.56	2.18- 2.99
Ouvriers qualifiés de type industriels	0.88	0.72- 1.07
Ouvriers qualifiés de type artisanal	1.08	0.90- 1.29
Chauffeurs	1.68	1.39- 2.03
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1.02	0.82- 1.27
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	1.88	1.57- 2.23
Effectifs insuffisants	0.15	0.11- 0.20

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié occupant un poste de « cadres administratifs et commerciaux d'entreprises » ; « Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise » ; « Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées » et « Techniciens » était plus de deux fois inférieur à la proportion de salarié de l'ASTIA occupant ces postes.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié occupant un poste de « Professions intermédiaires de la santé du travail social » était 0,79 fois moins importante ; et la proportion de salarié occupant un poste de « Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises » était 0,69 fois moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié occupant des postes « d'employés civils et agent de service de la fonction publique » ; de « policiers et militaires » ; de « employé de commerce » ; de « personnels des services directs aux particuliers » ; de « chauffeurs » et « d'ouvriers non qualifiés de type artisanal » était

au moins 1,6 fois plus importante dans l'échantillon « inapte » que dans la population de l'ASTIA.

Tableau 26: Comparaison de la répartition par code NAF des salariés déclarés inaptes par rapport à celle de la population générale de l'ASTIA. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

NAF	Odds-Ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95% de l'OR
Entreposage et services auxiliaires des transports (référence)	1	
Effectifs insuffisants	0.58	0.49-0.68
Industries alimentaires	1.95	1.51- 2.52
Fabrication de produits métalliques	1.14	0.83- 1.55
Construction aéronautique et spatiale	0.23	0.15 - 0.36
Travaux de constructions spécialisés	1.11	0.87 - 1.43
Commerce et réparation d'automobiles et de motocycles	1.19	0.92 - 1.53
Commerce de gros	0.85	0.68 - 1.07
Commerce de détail	1.70	1.39 - 2.10
Transports terrestres et transport par conduites	1.81	1.41 - 2.31
Hébergement	1.43	1.06 - 1.94
Restauration	1.44	1.15 - 1.79
Programmation, conseil et autres activités informatiques	0.21	0.16 - 0.28
Activités des services financiers	0.53	0.40 – 0.71
Assurance	1.19	0.88 - 1.63
Activités immobilières	0.91	0.69 - 1.20
Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.36	0.25- 0.53
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.23	0.18- 0.30
Activités de location	1.30	0.93 - 1.80

Enquête et sécurité	1.82	1.42 - 2.34
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	3.15	2.54 - 3.92
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	1.31	1.08 - 1.70
Administration publique et défense	0.47	0.35 - 0.64
Enseignement	0.60	0.45 - 0.81
Activités pour la santé humaine	1.41	1.14 - 1.76
Hébergement médico-social et sociale	2.35	1.88 - 2.93
Action sociale sans hébergement	3.08	2.49 - 3.80
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.43	0.31 - 0.61
Activités des organisations associatives	0.83	0.61 - 1.12
Autres services personnels	2.24	1.75 - 2.88

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié travaillant dans une entreprise du secteur des « services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager » ; de « l'hébergement médico-social et sociale » ; de « l'action sociale sans hébergement » et dans les « autres services personnels » était au moins deux fois supérieur à la proportion de la population de l'ASTIA travaillant dans ces secteurs.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salarié travaillant dans une entreprise du secteur de « l'industries alimentaires » ; du « commerce de détail » ; des « transports terrestres et transport par conduites » ; de « l'hébergement » ; de la « restauration » ; de « l'enquête et sécurité » ; des « activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises » ; et des « activités pour la santé humaine » était au moins 1,5 fois plus importante que la population de l'ASTIA travaillant dans ce secteur.

Dans l'échantillon « inapte », la proportion de salariés travaillant dans une entreprise du secteur de la « construction aéronautique et spatiale » ; de la « programmation, conseil et autres activités informatiques » ; des « activités des services financiers » ; des « activités des sièges sociaux; conseil de gestion » ; des « activités d'architecture

et d'ingénierie » ; de « l'administration publique et défense » ; de « l'enseignement » et des « activités sportives, récréatives et de loisirs » était au moins 0,6 fois moins importante que dans la population de l'ASTIA.

7. Analyses multivariées

a. *Analyses multivariées des variables de l'échantillon « aménagement de poste » et de l'échantillon « inapte »*

Tableau 27: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste (qui constitue la référence) comparativement à ceux déclarés inaptes en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».

Variable	Odds Ratio	[95% Conf.	Interval]
Age			
15-25	0.39	0.31	0.49
36-45	1.14	1.01	1.30
46-55	1.07	0.94	1.21
56-75	1.48	1.29	1.69
Sexe	1.20	1.08	1.34
Taille_etab			
0-10	1.37	1.21	1.54
50-299	0.65	0.57	0.73
300 et +	0.59	0.51	0.69
Incapacité			
ALD	1.02	0.53	1.97
RQTH	0.91	0.78	1.05
IPP	0.72	0.38	1.35
Inval 1e cat	0.90	0.69	1.17
Inval 2e cat	9.68	6.12	15.31
PCS			
Effectifs insuffisants	0.51	0.35	0.73
Cadres administratifs	0.93	0.70	1.22
Ingénieurs et cadres techniques	0.38	0.28	0.52
Professeurs des écoles	0.46	0.28	0.75
Professions intermédiaires de la santé du travail social	0.81	0.65	1.02

Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	0.47	0.29	0.78
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.98	0.77	1.26
Techniciens	0.70	0.52	0.95
Contremaîtres, agent de maîtrise	1.19	0.74	1.89
Policiers et militaires	1.80	0.99	3.29
Employés administratifs d'entreprise	1.04	0.82	1.33
Employé de commerce	1.40	1.06	1.85
Personnels des services directs aux particuliers	1.72	1.36	2.18
Ouvriers qualifiés de type industriels	0.90	0.66	1.22
Ouvriers qualifiés de type artisanal	1.13	0.85	1.50
Chauffeurs	1.32	0.92	1.88
Ouvriers qualifiés de la manutention	1.24	0.88	1.76
Ouvrier non qualifiés de type industriel	0.94	0.69	1.28
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	1.19	0.88	1.61
NAF			
Effectifs insuffisants	0.56	0.44	0.73
Industries alimentaires	1.36	0.88	2.11
Fabrication de produits métalliques	0.59	0.38	0.92
Construction aéronautique et spatiale	0.22	0.13	0.37
Travaux de constructions spécialisés	0.51	0.36	0.72

Commerce et réparation d'automobiles et de motocycles	0.80	0.55	1.15
Commerce de gros	0.64	0.48	0.87
Commerce de détail	0.93	0.70	1.23
Transports terrestres et transport par conduites	0.98	0.64	1.50
Entreposage et services auxiliaires des transports	0.66	0.45	0.97
Hébergement	0.55	0.35	0.88
Restauration	0.96	0.71	1.30
Programmation, conseil et autres activités informatiques	0.82	0.56	1.21
Activités des services financiers	0.46	0.31	0.67
Assurance	0.52	0.34	0.80
Activités immobilières	0.70	0.48	1.02
Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.51	0.30	0.86
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.65	0.46	0.94
Activités de location	1.14	0.68	1.92
Enquête et sécurité	0.61	0.34	1.11
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	1.57	1.13	2.18
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	0.94	0.65	1.37
Administration publique et défense	0.26	0.18	0.37
Enseignement	0.70	0.45	1.10
Hébergement médico-social et sociale	0.69	0.55	0.88

Action sociale sans hébergement	0.85	0.65	1.11
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.75	0.47	1.20
Activités des organisations associatives	0.81	0.51	1.30
Autres services personnels	0.93	0.62	1.40
_cons	1.75	1.36	2.24

Les analyses multivariées ont peu d'impact sur la valeur des OR, ils sont peu modifiés par l'ajustement.

b. Analyses multivariées des variables de l'échantillon « aménagement de poste » et de la population de l'ASTIA

Tableau 28: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste (qui constitue la référence) comparativement à ceux de la population de l'ASTIA en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».

Groupe	Odds Ratio	[95% Conf.	Interval]
Age			
15-25	0.4	0.32	0.42
26-35	0.7	0.61	0.74
46-55	1.3	1.18	1.40
56-75	1.5	1.40	1.70
Sexe	1.4	1.28	1.50
Taille			
11 49	0.8	0.70	0.85
50-299	0.9	0.88	1.06
300 et +	0.9	0.88	1.11
PCS			
Cadres administratifs	0.79	0.63	0.98
Ingénieurs et cadres techniques	1.14	0.92	1.42
Professeurs des écoles	1.38	1.00	1.90
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	2.45	1.77	3.40

Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.93	0.76	1.14
Techniciens	1.51	1.22	1.88
Contremaîtres, agent de maîtrise	1.10	0.77	1.58
Employés civils et agents de service de la fonction publique	2.10	1.77	2.48
Policiers et militaires	1.61	0.97	2.66
Employés administratifs d'entreprise	0.97	0.80	1.18
Employé de commerce	1.54	1.23	1.92
Personnels des services directs aux particuliers	1.60	1.30	1.96
Ouvriers qualifiés de type industriels	2.87	2.29	3.59
Ouvriers qualifiés de type artisanal	1.36	1.08	1.71
Chauffeurs	1.85	1.38	2.47
Ouvriers qualifiés de la manutention	1.88	1.45	2.46
Ouvrier non qualifiés de type industriel	2.20	1.74	2.79
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	1.32	1.00	1.73
Effectifs insuffisants	0.46	0.36	0.60
NAF			
Effectifs insuffisants	0.58	0.49	0.68
Industries alimentaires	0.80	0.56	1.13
Fabrication de produits métalliques	1.16	0.86	1.55
Construction aéronautique et spatiale	1.13	0.87	1.45
Travaux de constructions spécialisés	1.59	1.27	1.99

Commerce et réparation d'automobiles et de motocyles	1.14	0.88	1.47
Commerce de détail	1.17	0.97	1.42
Transports terrestres et transport par conduites	0.82	0.60	1.14
Entreposage et services auxiliaires des transports	1.08	0.84	1.39
Hébergement	1.09	0.75	1.58
Restauration	0.91	0.72	1.16
Programmation, conseil et autres activités informatiques	0.57	0.45	0.72
Activités des services financiers	0.95	0.74	1.21
Assurance	1.40	1.03	1.91
Activités immobilières	1.01	0.77	1.33
Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.64	0.45	0.92
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.69	0.56	0.85
Activités de location	0.96	0.65	1.42
Enquête et sécurité	1.34	0.83	2.15
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager	0.94	0.70	1.25
Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises	0.97	0.74	1.27
Administration publique et défense	1.09	0.87	1.37
Enseignement	0.65	0.47	0.90
Activités pour la santé humaine	0.93	0.75	1.16

Hébergement médico-social et sociale	1.89	1.52	2.34
Action sociale sans hébergement	1.42	1.15	1.76
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.79	0.56	1.11
Activités des organisations associatives	0.69	0.49	0.98
Autres services personnels	0.94	0.67	1.30
_cons	0.01	0.01	0.02

Le fait d'ajuster ne modifie pas les résultats de la régression logistique sans ajustement.

c. Analyses multivariées des variables de l'échantillon « inapte » et de la population de l'ASTIA

Tableau 29: Analyses multivariées : caractéristiques des salariés déclarés inaptes (qui constitue la référence) comparativement à ceux de la population de l'ASTIA en tenant compte des variables « âge », « sexe », « taille de l'établissement », « incapacité », « PCS » et « NAF ».

Groupe	Odds Ratio	[95% Conf.	Interval]
Age			
15-25	0.14	0.12	0.16
26-35	0.65	0.60	0.70
46-55	1.25	1.16	1.34
56-75	2.07	1.92	2.23
Sexe	1.61	1.51	1.73
Taille			
0-10	1.60	1.50	1.71
50-299	0.82	0.76	0.88
300 et +	0.84	0.76	0.93
PCS			
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	0.34	0.28	0.42
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	0.20	0.15	0.25
Professeurs des écoles	0.27	0.19	0.39

Professions intermédiaires de la santé du travail social	0.36	0.29	0.44
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	0.73	0.50	1.08
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0.40	0.33	0.48
Techniciens	0.44	0.35	0.54
Contremaîtres, agent de maîtrise	0.53	0.39	0.72
Employés civils et agent de service de la fonction publique	0.90	0.74	1.10
Policiers et militaires	1.31	0.85	2.02
Employés administratifs d'entreprise	0.43	0.36	0.52
Employé de commerce	0.91	0.76	1.10
Personnels des services directs aux particuliers	1.13	0.94	1.36
Ouvriers qualifiés de type industriels	0.98	0.80	1.22
Ouvriers qualifiés de type artisanal	0.67	0.55	0.82
Chauffeurs	1.03	0.82	1.30
Ouvriers qualifiés de la manutention	0.99	0.79	1.24
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	0.64	0.51	0.79
Effectifs insuffisants	0.10	0.07	0.13
NAF			
Effectifs insuffisants	0.47	0.38	0.59
Industries alimentaires	1.52	1.16	2.01
Fabrication de produits métalliques	1.02	0.73	1.42

Construction aéronautique et spatiale	0.36	0.23	0.56
Travaux de constructions spécialisés	1.07	0.82	1.40
Commerce et réparation d'automobiles et de motocyles	1.27	0.97	1.65
Commerce de gros	0.86	0.68	1.09
Commerce de détail	1.46	1.16	1.83
Transports terrestres et transport par conduites	1.16	0.87	1.54
Hébergement	0.90	0.65	1.25
Restauration	1.13	0.89	1.45
Programmation et autres activités informatiques	0.66	0.48	0.89
Activités des services financiers	0.66	0.49	0.88
Assurance	1.26	0.92	1.74
Activités immobilières	0.89	0.67	1.19
Activités des sièges sociaux; conseil de gestion	0.53	0.36	0.77
Activités d'architecture et d'ingénierie	0.55	0.41	0.73
Activités de location	1.37	0.98	1.91
Enquête et sécurité	1.10	0.70	1.73
Bâtiments et aménagement paysager	2.08	1.61	2.69
Activités administratives et de soutien aux entreprises	1.34	1.03	1.75
Administration publique et défense	0.47	0.34	0.64
Enseignement	0.74	0.54	1.02
Activités pour la santé humaine	1.21	0.95	1.54

Hébergement médico-social et sociale	1.85	1.44	2.38
Action sociale sans hébergement	1.72	1.36	2.18
Activités sportives, récréatives et de loisirs	0.77	0.53	1.11
Activités des organisations associatives	0.82	0.60	1.13
Autres services personnels	1.13	0.85	1.49
_cons	0.04	0.03	0.04

Les analyses multivariées ont peu d'impact sur la valeur des OR.

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

a. Nature des aménagements de poste

Dans notre échantillon « aménagement de poste » de 3987 salariés, les trois préconisations les plus fréquentes sont : la limitation des activités physique (36%), le temps partiel thérapeutique (25%), et les aménagements des postes sur écran (8%) pour une durée temporaire dans 57% des cas et permanente dans 24% des cas.

Alors que dans l'étude parisienne réalisée en 2019, les préconisations portaient principalement sur l'aménagement organisationnel du poste (71 %), l'adaptation du temps de travail (48 %), l'aménagement matériel (21,7%). Dans 44,1 %, la prescription d'aménagement revêtait un caractère permanent. (43)

On sait que l'obtention d'un aménagement augmente fortement la probabilité de retour au travail et améliore l'état de santé auto-évalué. L'étude parisienne (43) décrit que la prescription d'aménagement a permis d'éviter une inaptitude dans deux cas sur trois et le médecin du travail a estimé que sans cette prescription un arrêt de travail aurait dû être émis dans 85,7 % des cas.

L'étude réalisée dans le centre Val de Loire met en évidence les mêmes préconisations que notre étude, à savoir : aménagements organisationnels, matériels, des restrictions de tâches et le temps partiel thérapeutique. (48)

b. Caractéristiques socioprofessionnelles des salariés

➤ Dans la population de l'ASTIA

La population de l'ASTIA est différente des échantillons « aménagement de poste » et « inapte ». La population de l'ASTIA est constituée d'une majorité d'hommes (54%) contrairement aux deux échantillons, elle est également plus jeune avec 68% de salariés de moins 45 ans, et 51% des salariés font partie d'une entreprise de moins de 50 salariés.

Dans la population de l'ASTIA, une grande partie des salariés occupent des postes de cadres et professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires, alors que dans l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte » les salariés occupent principalement des postes d'employés. En effet les deux professions les plus représentées selon le code PCS dans la population de l'ASTIA sont les ingénieurs et

les cadres techniques d'entreprises (13,9%), les professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises (9,4%).

Le secteur d'activité le plus représenté selon le code NAF dans la population de l'ASTIA est le commerce de détail (8,4%), ce qui est aussi le cas dans les échantillons « aménagement de poste » et « inapte ». Puis il y a les activités d'architecture et d'ingénierie (7,6%) et la programmation, conseil et autres activités informatiques (6,8%), ce qui ne correspond pas aux secteurs d'activités des échantillons « aménagement de poste » et « inapte ».

➤ Dans l'échantillon « aménagement de poste »

55% des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste sont des femmes. Il y a une majorité de femmes comme dans l'étude de 2015 réalisée à la Poste (51). Cependant dans l'étude Centre Val de Loire (48), il y a autant de femmes que d'hommes et dans l'étude Parisienne il y a 54% d'hommes (49).

25% des salariés de cet échantillon ont entre 36 et 45 ans et 29% ont entre 46 et 55 ans. Ce qui correspond à la moyenne d'âge des salariés des études du Centre Val de Loire (48) et Parisienne (49), qui est de 46 ans.

35% des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste font partie d'une entreprise de taille moyenne (allant de 50 à 299 salariés) et 20% font partie d'une entreprise de plus de 300 salariés, donc 55% des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste font partie d'entreprise de plus de 50 salariés. Probablement que les entreprises de plus de 50 salariés ont plus de ressources que les petites entreprises pour aménager un poste, mettre en place des préconisations sans que cela modifie l'organisation de l'entreprise.

La majorité des salariés ne présentent aucune incapacité (86,6%). L'incapacité la plus fréquente est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (9% des salariés de l'échantillon). Ce pourcentage est faible comparé à ce qu'on lit dans la littérature, l'étude du Centre Val de Loire (48) met en évidence que 44% des salariés nécessitant un aménagement de poste ont une RQTH, 22% dans l'étude Parisienne (49) et l'étude de la Poste (51) affirme que le fait d'être en situation de handicap est significativement associé à un risque plus élevé de nécessiter un aménagement de poste. Le pourcentage de RQTH dans notre étude est faible, car probablement le recueil des incapacités n'est pas exhaustif.

Les trois professions les plus représentées selon le code PCS dans cet échantillon sont les employés civils et agents de service de la fonction publique (11%), le personnel des services directs aux particuliers (9%), et les ingénieurs et cadres techniques des entreprises (8,7%). Les deux premières professions citées correspondent à ce qu'on retrouve dans les autres études ; dans le Centre Val de Loire (48), il s'agit principalement d'ouvriers (57%) et d'employés (24%) et à Paris (49), deux tiers des salariés sont des ouvriers ou des salariés.

Les trois secteurs d'activités les plus représentés selon le code NAF dans cet échantillon sont le commerce de détail (10%), l'hébergement médico-social et social (7,3%) et l'action sociale sans hébergement (6,4%). Les principaux secteurs d'activité de l'étude du Centre Val de Loire (48) sont différents de notre étude, il s'agit de l'industrie manufacturière (31%), le commerce et réparation d'automobile (16%), et la construction (9%)

➤ Dans l'échantillon « inapte »

64% des salariés déclarés inaptés sont des femmes. (Pour une population générale de 46% de femme suivi à l'ASTIA).

28% des salariés de cet échantillon ont entre 46 et 55 ans et 27% ont entre 56 et 75 ans, soit 55% des salariés ont plus de 46 ans.

32% des salariés déclarés inaptés font partie d'une entreprise comprenant entre 0 et 10 salariés et 29% font partie d'une entreprise comprenant entre 11 et 49 salariés, soit 61% des salariés déclarés inaptés font partie d'entreprise de moins de 50 salariés.

Ces résultats correspondent à ce qui est décrit dans la littérature, le profil des salariés inaptés est une femme de plus de 45 ans, faisant partie d'une entreprise de moins de 50 salariés (32, 33, 35, 38, 39, 40, 42, 44).

Dans l'échantillon « inapte », la majorité des salariés ne présentent aucune incapacité (83%), ce qui est probablement lié au fait que le recueil en routine de cette information ne soit pas systématique à l'ASTIA. L'incapacité la plus fréquente est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé qui correspond à 8% des salariés de l'échantillon puis l'invalidité de 2^e catégorie (5%).

Alors que dans la littérature, le nombre de salarié ayant une incapacité au moment de l'inaptitude est plus important. L'étude réalisée dans le Nord Pas-de-Calais en 2015, met en évidence que 46,8% des salariés inaptés ont une RQTH (31) ; en 2004 dans le Vaucluse, 21,9% des salariés inaptés ont une RQTH (32) ; en 2007 en Meurthe-et-

Moselle, 47,3% des salariés inaptes ont une RQTH et 23,7% ont une invalidité (33) ; et dans l'étude de 2018 dans un SSTI, 37% des salariés inaptes ont une invalidité de catégorie 2 (44).

Les trois professions les plus représentées selon le code PCS dans cet échantillon sont le personnel des services directs aux particuliers (18%), les employés de commerce (12%) et les employés civils et agents de service de la fonction publique (11%).

Le personnel des services directs aux particuliers et les employés civils de service de la fonction publique font également partie des professions les plus représentées dans l'échantillon « aménagement de poste ».

Les trois secteurs d'activités les plus représentés selon le code NAF dans cet échantillon sont le commerce de détail (14,4%), l'action sociale sans hébergement (9,7%) et les services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (7,4%). Les deux premiers secteurs d'activités cités correspondent également aux secteurs d'activités les plus représentés dans l'échantillon « aménagement de poste ».

La littérature confirme nos résultats en ce qui concerne les catégories professionnelles les plus souvent touchés par l'inaptitude.

Dans l'étude réalisée en 2007 en Meurthe-et-Moselle, 45,7% des salariés inaptes appartiennent à la catégorie des employés (comprenant essentiellement les employés de commerce et les personnels des services directs aux particuliers) (33). Dans l'étude de 2005 en Aquitaine, les quatre secteurs apparaissant le plus à risque étaient : l'agroalimentaire, les services aux particuliers, la construction et l'éducation et la santé et action sociale. (35)

En 2004, une étude dans la région Pays de la Loire met en évidence que les trois principaux secteurs concernés par les inaptitudes sont la construction, le commerce de détail et la santé et action sociale. (27)

Dans l'étude réalisée par l'AIST19, les secteurs les plus touchés demeurent les milieux sanitaire et social, le commerce et le BTP (38). Dans l'étude de 2016 fait dans le Var, les salariés inaptes travaillaient dans les services directs aux particuliers ou étaient employée de commerce dans 31,6 % des cas. (39)

L'étude réalisée dans le service de l'AMETRA de Montpellier a observé une prévalence d'inaptitude élevée chez les agents de service et aides à domicile. (42).

c. Devenir des salariés déclarés inapte à un an

Sur 248 salariés inaptes recontactés au bout d'un an, 57,7% sont des femmes, 51,6% ont plus de 46 ans. 35% ont une RQTH, 8,5% ont une invalidité de 2^e catégorie et 5,2% ont une invalidité de 1^{ère} catégorie. La proportion de salarié ayant une incapacité est plus importante dans ce sous échantillon, ce qui confirme que l'enregistrement de routine d'une éventuelle incapacité est défaillant à l'ASTIA.

L'inaptitude est liée dans 14,5% à un accident du travail, et dans 8,9% des cas à une maladie professionnelle.

Les trois principales causes de la déclaration d'inaptitude au poste de travail du salarié sont d'ordres rhumatologiques dans 50% des cas, psychiatrique dans 30% des cas et cancérologique dans 5% des cas.

Ce que la littérature confirme (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40).

Les trois secteurs d'activités les plus représentés selon le code NAF dans cet échantillon sont le commerce de détail (15,5%), l'action sociale sans hébergement (10,4%) et les services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (6%).

Dans cet échantillon, 21% ont été reclassés, 22% occupent un autre emploi, 6,8% sont à la retraite, 16% suivent une formation, 34% sont suivi par pôle ou cap emploi et 20% sont sans activité.

Dans notre échantillon le taux d'emploi des salariés déclarés inaptes est meilleur comparé aux résultats de la littérature. L'étude menée dans la région Pas-de-Calais en 2015, met en évidence que 6,3% des salariés avaient été reclassés et parmi les licenciés, 64,9% étaient au chômage, 14,9% avaient une invalidité, 10,8% étaient en emploi, 4,1% étaient à la retraite, 4,1% étaient en arrêt maladie et 1,2% étaient en formation. (38)

Dans l'étude menée dans le Vaucluse en 2004, seul 22,5% des salariés déclarés inapte ont retrouvé un emploi, 29% sont au chômage, 15% sont invalides 10,4% sont à la retraite un an après (23,1% n'ont pas répondu). (36)

En 2018, une enquête en Île-de-France portant sur le devenir des salariés déclarés inapte observe qu'un an après, 21 % des salariés étaient en emploi, 39% étaient au chômage, 13 % étaient en retraite et 27 % en invalidité (sans emploi). (39)

En 2018, une étude s'est intéressée au devenir des salariés un an après leur inaptitude en Ille et Vilaine. Les trajectoires positives étaient de 40,2 % (28,6 % en emploi et 11,7 % en formation). (43)

d. Analyses bivariées

➤ Par âge

Toutes les catégories d'âges sont significativement différentes entre l'échantillon « aménagement de poste » et la population de l'ASTIA. La proportion de salarié de moins de 35 ans est plus importante dans la population de l'ASTIA et la proportion de salarié de plus de 46 ans est moindre comparé à l'échantillon « aménagement de poste ».

De même, toutes les catégories d'âges sont significativement différentes entre l'échantillon « inapte » et la population de l'ASTIA, avec des écarts très importants pour les catégories 16-25 ans et pour les plus de 55 ans, respectivement $OR=0,21$ [0,18 – 0,24] et $OR = 2,48$ [2,31 – 2,67].

Entre l'échantillon « inapte » et « aménagement de poste », seules les catégories 16-25 ans et plus de 55 ans sont significativement différentes. La proportion des 16-25 ans est 2 fois moindre dans l'échantillon « inapte » et celle des plus de 55 ans est 1,47 fois plus importante que la proportion des salariés de l'échantillon « aménagement de poste ». Donc seules les catégories aux âges extrêmes sont significativement différentes.

Les études portant sur les inaptitudes mettent en avant qu'un âge avancé est un facteur majeur d'inaptitude. Mais dans notre étude, on observe que les aménagements de poste sont préconisés à tout âge. Donc le vieillissement n'est pas l'unique facteur à prendre en compte pour le maintien en emploi.

➤ Par sexe

La variable sexe est significativement différente entre tous les groupes comparés.

Dans l'échantillon « aménagement de poste », la proportion d'homme est 0,7 fois moindre par rapport à la population de l'ASTIA.

La proportion d'homme est deux fois moins importante dans l'échantillon « inapte » que dans la population de l'ASTIA.

De même, la proportion d'homme est 0,7 fois moins importante dans l'échantillon « inapte » que dans l'échantillon « aménagement de poste ».

On peut se demander pourquoi il y a significativement plus de femmes dans l'échantillon « inapte » par rapport à l'échantillon « aménagement de poste » et par rapport à la population de l'ASTIA.

Selon l'étude d'Hélène David sur le vieillissement (3), les femmes subissent davantage le chômage, le sous-emploi et la précarité. En effet, en 2013, plus d'un quart des travailleurs (26,6 %) étaient concernés par des parcours professionnels dits « précaires », au sens de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), et parmi ces travailleurs, on comptait plus de deux tiers de femmes (68 %), ce type de parcours étant défini par : la présence de périodes de chômage de plus d'un an dans le parcours ; la présence de périodes d'inactivité de plus d'un an dans le parcours ; une fréquence importante des changements d'emploi tout au long du parcours.(48)

En France, il y a une représentation différente des métiers selon le sexe ; les femmes sont très surreprésentées dans certaines professions : en 2011, 98 % des aides à domicile et des secrétaires, 90 % des aides-soignants, 73 % des employés administratifs de la fonction publique et 66 % des enseignants sont des femmes. (49) Ce sont des métiers en contact direct avec le public et qui impliquent de fortes charges émotionnelles, psychiques et pour les métiers du soin il y a également une charge de travail physique.

De plus, sur le plan de la hiérarchie sociale : les femmes représentent 77 % des employés, 51 % des professions intermédiaires (dans les secteurs de la santé, du travail social ou de l'éducation), contre 16 % des chefs d'entreprise et 40 % des cadres supérieurs. Par ailleurs, 27 % d'entre elles sont sur des postes peu qualifiés d'employés ou d'ouvriers, contre 15 % des hommes.(50)

Un groupe de travail breton s'est intéressé à la santé au travail des femmes de 2017 à 2019. Ils y expliquent, que les femmes bénéficient d'une moindre valorisation de leurs diplômes par rapport aux hommes. (51)

En effet, la différence constatée en termes de parcours professionnels entre hommes et femmes ne s'explique pas par des différences de niveau scolaire et universitaire. Car les femmes sont globalement plus diplômées que leurs homologues masculins, avec notamment, en 2013 : 43 % des femmes ayant un niveau Bac + 2 ou plus, contre 34 % des hommes (alors qu'elles occupent moins de poste de cadre que les hommes). (52) Donc dans notre échantillon, on peut supposer que les femmes sont plus inaptées que les hommes car elles occupent des métiers à fortes charges mentales et physique pour les métiers de la santé et du soin à la personne. Il serait intéressant de connaître quel est le niveau d'étude des salariés, afin de savoir si les possibilités de reconversion professionnelle sont envisageables.

➤ Par taille d'établissement

Toutes les catégories de taille d'entreprise ne sont pas significativement différentes entre l'échantillon « aménagement de poste » et la population de l'ASTIA.

Seules les catégories de 10 à 49 salariés et 50 à 299 salariés sont significativement différentes. Mais l'écart est peu important entre les deux groupes, respectivement $OR=0,78$ IC [0,71- 0,85] et $OR=1,1$ [1,02- 1,22].

Ce qui signifie que les médecins du travail de l'ASTIA préconisent presque autant d'aménagements de poste dans les petites entreprises que dans les grandes, il n'y a pas de différence significative en fonction de la taille de l'entreprise. Donc les médecins du travail respectent probablement la logique des textes de loi en faisant des propositions d'aménagement de poste dans tous les cas de figure. Dans un second temps il serait intéressant de savoir si ces mesures ont pu être appliquées dans les grandes et les petites entreprises. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'article faisant référence à un éventuel lien entre les aménagements de poste et la taille des entreprises.

Entre l'échantillon « inapte » et la population de l'ASTIA, les catégories de 0 à 10 salariés et de 300 et plus salariés sont significativement différentes, avec un écart important, respectivement $OR= 1,66$ [1,55- 1,77] et $OR=0,64$ [0,59 - 0,70]. L'effet est cohérent, il y a plus de possibilité de reclassement dans les grandes entreprises (300 et plus salariés) que dans les petites entreprises (de 0 à 10 salariés).

La taille de l'établissement est significativement différente pour toutes les catégories entre l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte ».

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de 0 à 10 salariés est 1,29 fois plus importante que dans l'échantillon des salariés ayant bénéficié d'un aménagement, alors que la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de plus de 50 salariés est 2 fois moindre que dans l'échantillon « aménagement de poste ». Probablement que les possibilités d'aménagement sont plus importantes dans les grandes entreprises que dans les plus petites. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, il y a également en principe un comité social et économique qui n'existe pas dans les très petites entreprises et qui peut « pousser » les employeurs à trouver des solutions d'aménagement.

➤ Par incapacité

Dans l'échantillon « inapte », la proportion des salariés bénéficiant d'une invalidité de 2^e catégorie est 9,7 fois plus importante que dans l'échantillon « aménagements de poste ». L'invalidité de 2^e catégorie est l'unique incapacité significativement différente entre l'échantillon « aménagement de poste » et « inapte ». Ce résultat paraît cohérent, compte-tenu du fait que l'invalidité de 2^e catégorie marque une très forte réduction des capacités de travail et donc des possibilités d'aménagement.

Alors que dans la littérature sur les inaptitudes, il est décrit que les salariés ont principalement une RQTH au moment de la déclaration d'inaptitude, suivi d'une invalidité de 2^e catégorie (29, 36, 38). Ceci diffère de notre étude car nous avons priorisé les incapacités lorsque les salariés en avaient plusieurs, et l'invalidité de 2^e catégorie a été prioritaire sur une RQTH. De plus, il y a probablement un déficit de saisie en routine de l'information sur la RQTH.

➤ Par code PCS

La plupart des postes ne sont pas significativement différents entre l'échantillon « aménagement de poste » et la population de l'ASTIA.

Et les postes qui sont significativement différents entre les deux groupes présentent un écart non majeur. Sauf le poste de « professions intermédiaires administratives de la fonction publique » où la proportion de salarié de l'échantillon « aménagement de poste » est 2,5 fois supérieur à la population de l'ASTIA (cela est logique car il s'agit de la fonction publique, peu d'inaptitudes sont prononcées, en effet la législation en matière d'inaptitude est différente du droit privé, donc il y a essentiellement des aménagements de poste qui sont mis en place). Et le poste de « policiers et militaires » où la proportion de salarié de l'échantillon « aménagement de poste » est 1,83 fois supérieur à la population de l'ASTIA, cet intitulé de poste est principalement représenté à l'ASTIA par les agents de sécurité. A l'ASTIA, les agents de sécurité font en général partie de grandes entreprises avec une diversité de postes qui peuvent faciliter certains aménagements (pas d'horaire de nuit par exemple ou pas de station debout permanente ou changement de site)

La plupart des postes sont significativement différents entre l'échantillon « inapte » et la population de l'ASTIA avec des écarts majeurs.

La proportion de salariés occupant un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires est nettement plus importante dans la population de l'ASTIA par rapport à l'échantillon « inapte ».

Alors que la proportion de salariés occupant un poste d'employés et d'ouvriers est significativement supérieure dans l'échantillon « inapte » par rapport à la population de l'ASTIA. L'écart est notamment très important pour les « personnels des services directs aux particuliers » avec un OR=2,56 IC [2.18- 2.99] et pour les « employés civils et agent de service de la fonction publique », (il s'agit des aides-soignantes, des aides médico-psychologiques) avec un OR= 2,47 IC [2.09- 2.91]. Ce sont des professions entraînant une usure professionnelle, du fait des TMS, des rythmes de travail et de la charge mentale.

La proportion de salariés occupant un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires est au moins deux fois moins importantes dans l'échantillon « inapte » par rapport à l'échantillon « aménagement de poste », avec des écarts significatifs, par exemple pour les ingénieurs et cadres techniques d'entreprise, l'OR = 0,29 avec un IC [0.23 - 0.36].

Alors que la proportion de salariés occupant des postes d'employés et d'ouvriers est significativement supérieure dans l'échantillon « inapte » par rapport à l'échantillon « aménagement de poste ». L'écart est notamment très important pour les « personnels des services directs aux particuliers » avec un OR=1,95 IC [1.65- 2.31], car les aides à domicile travaillent le plus souvent seules chez des particuliers ce qui limite les possibilités d'aménagement du poste. Et l'écart est important pour les « ouvriers non qualifiés de type artisanal » avec un OR= 1,84 IC [1.47 - 2.30].

Les professions où les proportions sont les plus élevées dans les échantillons « inapte » et « aménagement de poste » sont les employés de commerce (ce qui correspond aux caissières et aux employés libre-service) et les personnels des services directs aux particuliers. La principale hypothèse qui expliquerait que les proportions de salariés soient très importantes dans les deux échantillons serait liée à la pénibilité du poste.

On peut se demander pourquoi il y a nettement moins de salariés déclarés inapte parmi les professions d'ingénieurs et cadres techniques d'entreprises, de professeurs des écoles, et de techniciens (ce qui correspond aux cadres et professions intermédiaires). Nos principales hypothèses sont que ces postes sont moins exposés aux gestes

répétitifs, aux contraintes de rythmes de travail, aux horaires décalés. La pénibilité est donc moins marquée pour ces postes que pour certains postes d'ouvriers ou d'employés. De plus, ces postes nécessitent un niveau d'étude plus élevée que les postes d'ouvriers ou d'employés, ce qui leur permet plus facilement d'obtenir un reclassement ou d'entreprendre une reconversion.

➤ Par code NAF

Plus de la moitié des secteurs d'entreprise ne sont pas significativement différents entre l'échantillon « aménagement de poste » et la population de l'ASTIA. Et les secteurs d'entreprise significativement différents, ne présentent qu'un faible écart, sauf le secteur de l'hébergement médico-social où la proportion des salariés de l'échantillon « aménagement de poste » est 2,78 plus importante que la population de l'ASTIA et le secteur de l'action sociale sans hébergement où la proportion des salariés de l'échantillon « aménagement de poste » est 1,91 plus importante que la population de l'ASTIA. Ce sont 2 secteurs où les risques se cumulent : horaires atypiques, risque biologique, contraintes physiques et psychologiques.

La majorité des secteurs d'entreprise sont significativement différents entre l'échantillon « inapte » et la population de l'ASTIA. Les écarts sont majeurs pour le secteur de l'industrie alimentaire, où la proportion des salariés « inapte » est 1,95 fois plus importante que la population de l'ASTIA ; les services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (OR=3,15 IC95% [2.54 - 3.92]) ; l'hébergement médico-social et sociale (OR=2,35 IC95% [1.88 - 2.93]) ; l'action sociale sans hébergement (OR=3,08 IC 95% [2.49 - 3.80]) et les autres services personnels (OR=2,24 IC95% [1.75 - 2.88]). Ceci peut être expliqué par le fait que ces secteurs sont pourvoyeurs de troubles musculo-squelettique et implique une forte pénibilité au poste de travail.

Dans l'ensemble, les secteurs d'activités sont significativement différents entre les échantillons « inapte » et « aménagement de poste », avec des proportions très importante de salariés inaptes dans le secteur de l'industrie alimentaire OR= 2,13 IC 95% [1.45- 3.12] et dans les services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager OR= 2,23 IC 95% [1.73- 2.88]. Le secteur de l'industrie alimentaire implique un travail répétitif et à la chaîne, pourvoyeur de TMS, de plus les salariés travaillent en horaire décalé, ce qui peut contribuer à altérer leur santé. Les services relatifs aux

bâtiments nécessitent de manutentionner des charges, donc ce secteur est plus à risque de TMS.

➤ Synthèse des principaux résultats

Les résultats mettent en évidence que les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon « aménagement de poste » sont significativement différentes de l'échantillon « inapte » et de la population de l'ASTIA.

Pour la variable âge, on constate que les aménagements de poste sont préconisés pour toutes les catégories d'âge et pas uniquement chez les sujets de plus de 50 ans, ce qui souligne que le maintien en emploi ne concerne pas uniquement les salariés vieillissants. De façon significative, la proportion des 16-25 ans est deux fois plus importante dans l'échantillon « aménagement de poste » que dans l'échantillon « inapte ».

On observe pour la variable sexe une majorité de femmes dans l'échantillon « aménagement de poste », mais cette proportion est moins importante que dans l'échantillon « inapte ». Il y a 1,42 fois plus de femme dans l'échantillon « inapte » que dans l'échantillon « aménagement de poste ». Comme nous l'avons déjà cité, cela peut être lié au type de profession occupé par les femmes (principalement des postes dans les services d'aide à la personne), qui sont pourvoyeur de TMS et de fortes charges de travail mentale.

Les aménagements de poste concernent toutes les tailles d'entreprise, donc la réforme de 2016 qui préconise d'aménager le poste de travail avant d'envisager l'inaptitude est bien appliquée par les médecins du travail. Mais la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de plus de 50 salariés est 2 fois plus importante dans l'échantillon « aménagement de poste » que dans l'échantillon « inapte » et la proportion des salariés faisant partie d'entreprises de 0 à 10 salariés est 1,29 fois plus importante dans l'échantillon « inapte » que dans l'échantillon « aménagement de poste ». Ce qui peut être expliqué par des difficultés à mettre en place les aménagements de poste dans les petites entreprises.

Les professions occupées par les salariés des deux échantillons sont significativement différentes, il y a plus d'ouvriers et d'employés dans l'échantillon « inapte » que dans l'échantillon aménagement de poste ».

Sur une année, il y a beaucoup plus d'aménagement de poste préconisé (environ 7000 à l'ASTIA en 2018), que d'inaptitude prononcée (environ 1500 inaptitudes par an à l'ASTIA). Or, actuellement le processus du maintien en emploi n'est connu qu'au

travers des inaptitudes. Ce qui ne reflète pas ce qui est mis en place en pratique par les services de santé au travail.

e. Analyses multivariées

Les analyses multivariées permettent de confirmer que les OR des analyses bivariées sont peu modifiés par l'ajustement. Donc l'effet observé n'est pas expliqué par les autres variables.

2. Avantages et limites de l'étude

➤ Les avantages de notre étude

Le principal avantage de notre étude est de s'intéresser à la nature des aménagements de poste préconisés par les médecins du travail et à l'analyse des caractéristiques socioprofessionnelles des salariés qui en bénéficient, car peu d'études se sont intéressées à cet aspect du maintien en emploi.

Nous avons également comparé ce groupe aux caractéristiques socioprofessionnelles des salariés déclarés inaptés, afin de savoir si ces deux groupes sont significativement différents. Et nous avons comparé ces deux groupes avec l'ensemble des actifs de l'ASTIA, ce qui permet d'avoir une référence.

Les analyses comparatives, nous permettent d'affirmer que nos échantillons sont significativement différents. Alors que la plupart des études s'intéressent aux caractéristiques socioprofessionnelles des salariés inaptés, nous savons qu'à ce stade, notre intervention arrive de façon trop tardive. Pour faire du maintien en emploi, il faut agir le plus tôt possible sur des salariés qui ne correspondent pas aux caractéristiques socioprofessionnelles de salariés nécessitant une inaptitude. Il faut cibler ceux qui ont besoin d'un aménagement de poste afin de les maintenir à leur poste.

De plus, le nombre important de salariés inclus confère une puissance à l'analyse statistique. Le nombre important de salariés dans chaque échantillon a également permis d'utiliser les codes NAF et PCS à deux caractères ce qui permet d'avoir des résultats plus spécifiques.

Et un autre point positif de notre étude : les salariés inaptés ont été recontactés au bout d'un an, ce qui permet d'avoir un aperçu à distance de leur situation professionnelle.

➤ Les limites de notre étude

Il y a un biais de sélection, tous les types de professions ne sont pas représentés dans nos échantillons. Par exemple, les agriculteurs sont suivis par la MSA. De plus, la plupart des grandes entreprises disposent d'un service de santé au travail autonome et l'ASTIA ne suit que très peu d'entreprises du secteur public. Ce qui explique que la plupart des entreprises suivies à l'ASTIA sont des entreprises de petites ou de moyennes taille.

Il y a probablement un biais de recueil lors de la saisie des données sociales dans le logiciel. Car dans l'échantillon « inapte », très peu de salariés présentent une incapacité, comparé à ce qui est décrit dans la littérature. Une des explications plausibles, est le fait que nous sommes basés sur des données enregistrées en routine et pas sur un questionnaire spécifique ; ce qui peut expliquer qu'un nombre significatif d'informations n'aient pas été saisies. Et de plus, il y avait des problèmes de qualité de la saisie des codes PCS que nous avons essayé de compenser en nous basant sur l'intitulé du poste et sur le secteur d'activité de l'entreprise.

Les différents échantillons ne sont pas pris sur la même période. Pour l'échantillon des aménagements de poste, nous avons pris l'année 2018, car nous considérons que la réforme du 27 décembre 2016 relative à la modernisation de la médecine du travail, a été pleinement appliquée à partir de l'année 2018. Et il n'a pas été possible d'avoir l'exhaustivité de la population de référence entre 2016 et 2020, nous avons uniquement pris l'année 2020, au moment du travail sur ma thèse, car les caractéristiques démographiques évoluent peu.

De plus, nous ne connaissons pas la cause de l'inaptitude dans l'échantillon « inapte » ni le motif médical de l'aménagement de poste, ce qui constitue un point faible de notre étude.

Pour l'échantillon aménagements de poste, nous n'avons pu analyser la nature des aménagements que dans une moitié des cas, car les médecins du travail n'ont pas écrit la préconisation dans l'annexe dédiée. Soit car il s'agissait d'une prolongation d'un aménagement déjà en place, soit car l'aménagement était considéré comme mineur par les médecins du travail et ils ne l'ont pas notifié dans l'annexe spécifique soit du fait d'une connaissance insuffisante des règles d'utilisation de l'outil informatique.

Nous sommes dans l'incapacité de dire si la proposition a été acceptée par l'entreprise. Un nombre significatif de ces propositions ont probablement été refusées et débouché sur une inaptitude.

Et nous avons seulement pu savoir ce que sont devenus 248 salariés sur 6097 salariés déclarés inapte un an après que leur inaptitude fut prononcée. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la représentativité de cet échantillon par rapport à l'ensemble des inaptitudes prononcées. Nous pouvons cependant noter qu'il a été constitué par toutes les inaptitudes prononcées dans un laps de temps donné par quelques médecins volontaires. Il n'y a donc pas eu à proprement parler de sélection des cas par les médecins.

V. CONCLUSION :

Les changements démographiques qui annoncent un vieillissement accru de la population active, rendent urgentes une réflexion et des interventions dans les entreprises. Afin que les situations de travail permettent aux personnels vieillissants de continuer à travailler ainsi que ceux souffrant d'une pathologie chronique. Il est nécessaire de développer une perspective préventive.

Il est recommandé de repérer, en amont de tout arrêt de travail, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant un retentissement sur ses capacités fonctionnelles et de travail, ceci a été souligné par la HAS en 2019.

Pour avoir une vision complète du maintien dans l'emploi, il ne faut pas se limiter à l'analyse des inaptitudes.

Pour cela, notre étude s'est intéressée à la nature des aménagements de poste et aux caractéristiques socioprofessionnelles des salariés qui en bénéficient. Ce qui permet de cibler quels sont les salariés qui présentent des difficultés à leurs postes, et quels sont les secteurs les plus touchés. Dans notre échantillon, le profil type du salarié nécessitant un aménagement de poste, est une femme de moins de 45 ans, occupant un poste dans une entreprise de plus de 50 salariés dans le secteur sanitaire et sociale.

Notre étude confirme que certaines caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles des salariés bénéficiant d'un aménagement de poste sont significativement différentes de celles des salariés inaptes.

Il apparait donc clairement que la seule étude des inaptitudes ne rend pas compte de la globalité des processus de maintien dans l'emploi mis en œuvre par les SSTI (service de santé au travail interentreprises) et que cela peut fausser le regard de l'Etat et des partenaires sociaux sur la question.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les demandes d'aménagement arrivent plus tôt que l'inaptitude dans le processus de dégradation de la relation santé-travail et qu'il est de ce fait particulièrement important de s'y intéresser.

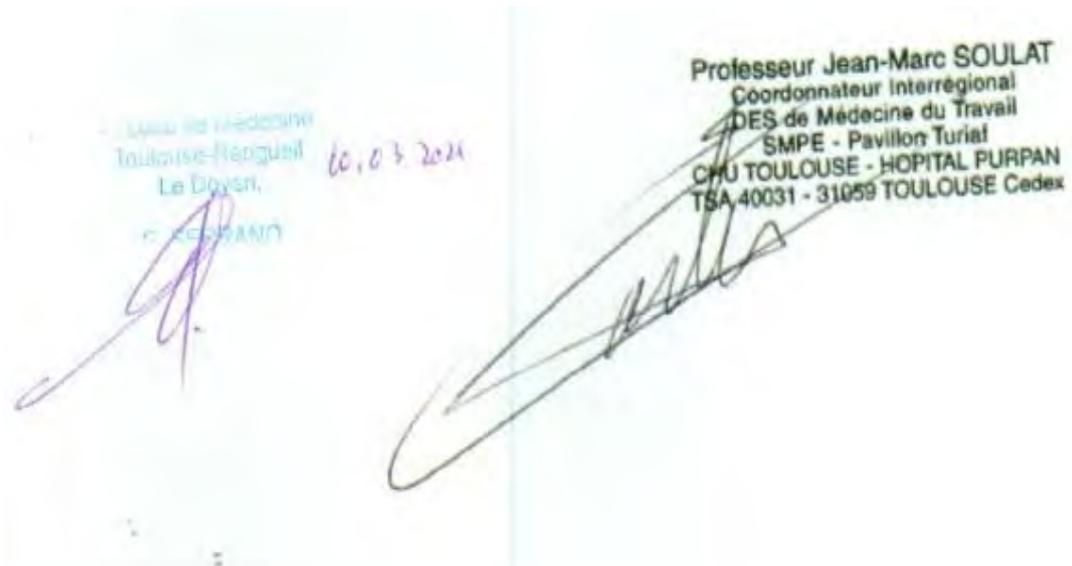
Dans notre étude, nous manquons d'information sur les parcours des salariés présentant une désadaptation progressive à leur poste de travail, il est justifié de poursuivre les études afin de mieux cerner les conditions à réunir pour maintenir le maximum de salariés dans leur emploi ou dans un emploi.

Il serait intéressant de connaître les pathologies des salariés entraînant la nécessité d'un aménagement du poste de travail, afin de faire la différence entre les aménagements liés à une pathologie chronique et ceux liés à l'usure professionnelle. De même, il serait

intéressant de recueillir le niveau d'étude des salariés, afin de savoir si une reconversion est possible en cas de difficulté de maintien à son poste de travail.

Et il nous semble pertinent de s'intéresser aux freins que rencontrent les entreprises à la mise en place des aménagements de poste préconisé par le médecin du travail, car l'employeur joue un rôle majeur dans le maintien au travail.

En conclusion, il faut poursuivre les études sur les aménagements de poste, pour compléter nos connaissances et améliorer les pratiques du maintien dans l'emploi.



UNIVERSITÉ DE MÉDECINE
TOULOUSE-PURPAN
Le Doyen,
C. REYRANQ
10.03.2021

Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPE - Pavillon Turial
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

Références bibliographiques

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>
2. Emploi par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>
3. David H, Volkoff S, Cloutier E, Derriennic F. Vieillesse, organisation du travail et santé. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 1 mai 2001;(3-1).
4. Lhuilier D, Waser A-M. Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ? Références en santé au travail. mars 2019;(n° 157):63-77.
5. Bahroumi M. Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? - DARES [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/travailleurs-handicapes-quel-acces-a-l-emploi-en-2015>
6. Haute autorité de santé. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandations pour la pratique clinique (février 2019). Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 juin 2019;80(3):177-90.
7. Article L4622-2 - Services de santé au travail - Code du travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
8. synthese_pst3_vf.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pst3_vf.pdf
9. Article L4624-3 - Code du travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
10. La reconnaissance de l'inaptitude médicale au travail et ses conséquences - Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/suivi-de-la-sante-au-travail-10727/article/la-reconnaissance-de-l-inaptitude-medicale-au-travail-et-ses-consequences>
11. Déclaration d'inaptitude (Articles R4624-42 à R4624-44) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
12. L'aménagement des postes de travail - Legisocial [Internet]. Disponible sur: <https://www.legisocial.fr/hygiene-sante-securite/hygiene-au-travail/amenagement-postes-travail.html>
13. Fantoni-Quinton S. Étendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. (12-1).

14. Fantoni-Quinton S. L'insuffisance du droit de l'inaptitude à maintenir en emploi les salariés victimes de souffrances au travail. *cd1*. 2013;54(2-3):439-59.
15. Articles L1226-11 - Inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle - Code du travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
16. Articles R4624-1 à R4624-58 Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail - Visite de pré-reprise - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
17. Articles R4624-29 à R4624-33 - Visite de pré-reprise et de reprise du travail - Code du travail - Services de santé au travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
18. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées -Article 64 [Internet]. févr 11, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
19. Emploi et handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/rqth>
20. Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ce qui change en 2020 - Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/article/obligation-d-emploi-des-travailleurs-handicapes-ce-qui-change-en-2020>
21. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
22. Article L341-4 - Taux d'invalidité - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
23. AT-MP, rente d'incapacité permanente - Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/indemnite-capital-forfaitaire>
24. Article L323-15 - Réadaptation - Rééducation - Formation professionnelle et réentraînement au travail - Code du travail - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
25. Reconnaissance de la lourdeur du handicap - Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/reconnaissance-lourdeur-handicap>
26. Barnier F. L'inaptitude au travail, dispositif de protection ou de relégation des salariés ? *Tracés Revue de Sciences humaines*. 31 déc 2019;(37):109-25.
27. Morise Cormier C. Inaptitudes médicales définitives de 2002 à 2004 en région Pays de la Loire [Internet]. Nantes; Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=337493>

28. Dalm C, Maysonnaive C, Pouchard D. Inaptitudes médicales totales et définitives. Enquête 2005-2006, DRTEFP d'Aquitaine, juillet, 10 p.
29. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732881/document>
30. 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. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 76(4):397.
31. Baju-Deniaud A, Viola A, Charpentier P, Dussarat M. Inaptitudes définitives dans le var : quelle évolution en 20 ans ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 mai 2018;79(3):455.
32. Frugier N, Meriau S, Poumeaud H, Michiels F. Suivi épidémiologique des inaptitudes : un outil pour guider les actions de l'équipe pluridisciplinaire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 oct 2020;81(5):550.
33. Bernardet C, Celik B, Lesage F-X. Présentation des premiers éléments du diagnostic territorial de l'AMETRA Montpellier. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 81(1):86-7.
34. Boulanger B, Surquin M, Fantoni-Quinton S, Leroyer A. Facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois chez 8507 salariés déclarés médicalement inaptes en Hauts-de-France entre 2014 et 2018. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 68(6):357-65.
35. Ganivet C, Oziol F, Rivoal P, Balhawan O. Étude des inaptitudes médicales sur 2018 dans un SSTI. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 81(5):525.
36. Buchet C, Rigaut H. Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sometrav-paca.org/sites/default/files/2016-08/inaptes-en-vaucluse.pdf>
37. Buewaert V, Surquin M, Leroyer A. Suivi d'indicateurs régionaux sur les inaptitudes médicales en Nord Pas-de-Calais. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 juin 2016;77(3):375-6.
38. Rondi A, Fantoni-Quinton S. Devenir des salariés après une inaptitude médicale. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. oct 2017;78:412-20.
39. Sterdynia JM, Luyten I. Étude des inaptitudes dans un service de santé au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 oct 2020;81(5):544-5.
40. Perrin S, Reilhac A, Ben Lahoussine M. Devenir professionnel des salariés après inaptitude : étude au sein d'un service de santé au travail d'Ille et Vilaine. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.

41. Plan santé travail 2016 2020 [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>
42. Gaillard J-F, Murcia M, Benoist S, Desrosiers L, Thomas Y, Willem H. Restrictions d'aptitude : mobilisation des acteurs et déterminants du maintien dans l'emploi en région Centre-Val de Loire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 79(3):403.
43. Fau-Prudhomot P, Attali H, Codron R, Mora V, Sanchez M-L, Wargon C, et al. Typologie des aménagements de poste. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 oct 2020;81(5):535.
44. Barberousse C, Viola A, Costantini J. Les employeurs et le maintien dans l'emploi. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 81(5):516.
45. 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. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 déc 2018;79(6):705-16.
46. Rollin L, Fantoni-Quinton S, Petit A, Baumann C, Petitprez K, Gehanno J-F, et al. Maintien en emploi des patients atteints de cancer. Bulletin du Cancer. 1 nov 2019;106(11):1039-49.
47. Crucq S, Roussel M, Senave E, Henning I. AVC et maintien dans l'emploi. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 77(3):396.
48. En quoi les conditions de travail sont-elles liées au parcours professionnel antérieur ? [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2018-002v2.pdf>
49. Liébus P. Agir pour la mixité des métiers. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_24_mixite_metiers.pdf
50. Femmes et hommes sur le marché du travail : Les disparités se réduisent mais les emplois occupés restent très différents [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2015-017.pdf>
51. Bonnet T, Marescaux L. Santé au travail des femmes : intérêt et évaluation d'une démarche de communication régionale à destination d'un public de préventeurs institutionnels et non-institutionnels. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 avr 2020;81(2):145-62.
52. Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>

Annexe 1 : Code NAF

Code NAF	Libellé
01	Culture et production animale, chasse et services annexes
02	Sylviculture et exploitation forestière
03	Pêche et aquaculture
05	Extraction de houille et de lignite
06	Extraction d'hydrocarbures
07	Extraction de minerais métalliques
08	Autres industries extractives
09	Services de soutien aux industries extractives
10	Industries alimentaires
11	Fabrication de boissons
12	Fabrication de produits à base de tabac
13	Fabrication de textiles
14	Industrie de l'habillement
15	Industrie du cuir et de la chaussure
16	Travail du bois et fabrication d'articles en bois et en liège, à l'exception des meubles ; fabrication d'articles en vannerie et sparterie
17	Industrie du papier et du carton
18	Imprimerie et reproduction d'enregistrements
19	Cokéfaction et raffinage
20	Industrie chimique
21	Industrie pharmaceutique
22	Fabrication de produits en caoutchouc et en plastique
23	Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques
24	Métallurgie
25	Fabrication de produits métalliques, à l'exception des machines et des équipements
26	Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques
27	Fabrication d'équipements électriques
28	Fabrication de machines et équipements n.c.a.
29	Industrie automobile
30	Fabrication d'autres matériels de transport
31	Fabrication de meubles
32	Autres industries manufacturières
33	Réparation et installation de machines et d'équipements
35	Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
36	Captage, traitement et distribution d'eau
37	Collecte et traitement des eaux usées
38	Collecte, traitement et élimination des déchets ; récupération
39	Dépollution et autres services de gestion des déchets
41	Construction de bâtiments
42	Génie civil
43	Travaux de construction spécialisés
45	Commerce et réparation d'automobiles et de motocycles
46	Commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles
47	Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles
49	Transports terrestres et transport par conduites
50	Transports par eau
51	Transports aériens
52	Entreposage et services auxiliaires des transports
53	Activités de poste et de courrier
55	Hébergement
56	Restauration

58	Édition
59	Production de films cinématographiques, de vidéo et de programmes de télévision ; enregistrement sonore et édition musicale
60	Programmation et diffusion
61	Télécommunications
62	Programmation, conseil et autres activités informatiques
63	Services d'information
64	Activités des services financiers, hors assurance et caisses de retraite
65	Assurance
66	Activités auxiliaires de services financiers et d'assurance
68	Activités immobilières
69	Activités juridiques et comptables
70	Activités des sièges sociaux ; conseil de gestion
71	Activités d'architecture et d'ingénierie ; activités de contrôle et analyses techniques
72	Recherche-développement scientifique
73	Publicité et études de marché
74	Autres activités spécialisées, scientifiques et techniques
75	Activités vétérinaires
77	Activités de location et location-bail
78	Activités liées à l'emploi
79	Activités des agences de voyage, voyagistes, services de réservation et activités connexes
80	Enquêtes et sécurité
81	Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager
82	Activités administratives et autres activités de soutien aux entreprises
84	Administration publique et défense ; sécurité sociale obligatoire
85	Enseignement
86	Activités pour la santé humaine
87	Hébergement médico-social et social
88	Action sociale sans hébergement
90	Activités créatives, artistiques et de spectacle
91	Bibliothèques, archives, musées et autres activités culturelles
92	Organisation de jeux de hasard et d'argent
93	Activités sportives, récréatives et de loisirs
94	Activités des organisations associatives
95	Réparation d'ordinateurs et de biens personnels et domestiques
96	Autres services personnels
97	Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique
98	Activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
99	Activités des organisations et organismes extraterritoriaux

Annexe 2 : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise

AGRICULTEUR

10 : Agriculteur (salariés de leur exploitation)

ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

21 : Artisans (salariés de leur entreprise)

22 : Commerçants et assimilés (salariés de leur entreprise)

23 : Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus (salariés de leur entreprise)

CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURS

31 : Professions libérales (exercées sous statut salarié)

33 : Cadre de la fonction publique

34 : Professeurs, professions scientifiques

35 : Professions de l'information, des arts et des spectacles

37 : Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises

38 : Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises

PROFESSIONS INTERMEDIAIRES

42 : Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées

43 : Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 : Clergé, religieux

45 : Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 : Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

47 : Techniciens (sauf techniciens tertiaires)

48 : Contremaitres, agents de maîtrise

EMPLOYES

52 : Employés civils et agents de service de la fonction publique

53 : Agents de surveillance

54 : Employés administratifs d'entreprise

55 : Employés de commerce

56 : Personnels des services directs aux particuliers

OUVRIERS

62 : Ouvriers qualifiés de type industriel

63 : Ouvriers qualifiés de type artisanal

64 : Chauffeurs

65 : Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport

67 : Ouvriers non qualifiés de type industriel

68 : Ouvriers non qualifiés de type artisanal

69 : Ouvriers agricoles et assimilés

AUTEUR : DIETSCH Stéphanie

TITRE EN ANGLAIS : The analysis of the unfit do not provide an overall view of job retention. Analysis of ASTIA databases.

DIRECTEUR DE THESE : Dr NIESBORALA Michel

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 9 avril 2021

Résumé en anglais

Objectives : Compare the socio-professional characteristics of employees who benefited from an adaptative workstation layout in 2018 with those of employees declared unfit within from 2016 to 2019 at ASTIA. Then compare the sample of employees with an adaptative workstation layout to the ASTIA's reference population. And describe the 1-year fate of a sub-sample of employees in the "unfit" sample.

Méthod : Transversal descriptive study based on three databases extracted from the software « Préventiel » in the occupational health service of the ASTIA.

Résultats : The three most common types of adaptative workstation layout in our sample are physical activities limitations, therapeutic part-time, and screen layout. The variables age, sex, company size, disability, PCS code and NAF code are significantly different between the workstation layout sample and the unfit sample.

Conclusion : The unfit reflects the failure to retain the employee. In order to maintain employment, we must act as early as possible before the unfit. Our study characterize employees who have benefited from an adaptative workstation layout and shows that these characteristics are not superimposed on those of employees declared unfit.

KEY- WORDS : Employment retention, workstation layout, socio-professional characteristics of employees

Discipline administrative : MEDECINE DU TRAVAIL

Université Toulouse-III Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse – Purpan
37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse

AUTEUR : DIETSCH Stéphanie

TITRE : L'analyse des inaptitudes ne permet pas d'avoir une vision globale du maintien en emploi. Analyse de bases de données de l'ASTIA

DIRECTEUR DE THESE : Dr NIESBORALA Michel

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 9 avril 2021

Objectifs : Comparer les caractéristiques socio-professionnelles des salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste en 2018 à celles des salariés déclarés inaptes au sein de l'ASTIA de 2016 à 2019. Puis comparer l'échantillon de salariés avec un aménagement de poste à la population de référence de l'ASTIA. Et décrire le devenir à 1 an d'un sous échantillon de salariés de l'échantillon « inapte ».

Méthode : Etude descriptive transversale à partir de trois bases de données extraites du logiciel « Préventiel » dans le service de santé au travail de l'ASTIA.

Résultats : Les trois types d'aménagement les plus fréquents dans notre échantillon sont : la limitation des activités physiques, le temps partiel thérapeutique et les aménagements de postes sur écran. Les variables âge, sexe, taille de l'entreprise, incapacité, code PCS et code NAF sont significativement différentes entre l'échantillon aménagement de poste et l'échantillon inapte.

Conclusion : L'inaptitude traduit l'échec du maintien en emploi du salarié. Pour faire du maintien en emploi, il faut agir le plus en amont possible de l'inaptitude. Notre étude permet de caractériser les salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste et met en évidence que ces caractéristiques ne sont pas superposables à celles des salariés déclarés inapte.

Mots-Clés : Maintien en emploi, aménagements de poste, caractéristiques socio-professionnelles des salariés

Discipline administrative : MEDECINE DU TRAVAIL

Université Toulouse-III Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse – Purpan
37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse