

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1670

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

par

**Lorraine MOKEDDEM**

le 14 Octobre 2021

**Déterminants médico-socio-professionnels de l'aménagement ou  
de l'inaptitude et facteurs de maintien en emploi.**

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 Professeur	Fabrice HERIN	Suppléant

**TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**  
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2019

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RICHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
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. CHAUVEAU 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	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2<sup>ème</sup> classe

Mme BONGARD Vanina	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	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
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 TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

**Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière**

Mme MALAUDA Sandra

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

Doyen : Elie SERRANO

**P.U. - P.H.**

2<sup>ème</sup> classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DÜLY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.		
M. GROLEAU 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. OTAL Philippe	Radiologie		
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-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (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. BOYER Pierre  
M. STILLMUNKES André

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-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
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
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 MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
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
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT 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; Hygiène Hospitl.
Mme GALLINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr CHICOULAA Bruno  
Dr FREYENS Anne  
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Lella  
Dr. BOUSSIER Nathalie

# REMERCIEMENTS

---

## Remerciements au Jury

**A Monsieur le Professeur Soulat**, je vous remercie pour le temps consacré à notre formation, pour votre implication et votre disponibilité durant ces années d'internat. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**A Madame la Professeure Isabelle Baldi et Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac**, je vous remercie de la qualité des enseignements dispensés à Bordeaux et Limoges. Merci également de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurés de ma gratitude et de mon profond respect.

**A Madame la Docteure Yolande Esquirol**, je te remercie pour la qualité de la formation dispensée et plus personnellement du temps que tu as consacré à mes premiers sujets de thèses qui n'ont pas abouti. Les méthodes de travail que tu m'avais proposées m'ont beaucoup aidée pour réaliser la thèse que je présente aujourd'hui.

**A Monsieur le Professeur Fabrice Herin**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de ton implication dans la formation des internes.

## Remerciements aux maîtres de stages et aux équipes.

A Roland Castaing, j'ai été ta première interne comme tu as été mon premier tuteur en médecine du travail. Tu m'as permis la rencontre avec mon métier. Je te remercie pour ta bienveillance et tous les soins que tu as portés au bon déroulement de mon stage. Je garde encore certaines habitudes (cf. l'examen rhumato) qui me viennent directement de toi !

A Dana, Aude, Pascale, Rosemay, Isabelle et toute l'équipe de la MTPH, j'ai passé presque une année entière avec vous, j'ai beaucoup appris et gagné en autonomie à vos côtés. Vous avez en plus été une famille pour moi au moment où je faisais mes tous premiers pas de maman.

A Sophie, Antoine et Christophe et toute l'équipe de rééducation de Medipôle pour le stage très intéressant et les bons moments partagés avec vous.

A toute l'équipe de l'ASTI, ce stage a été un tournant et une révélation pour moi, merci de m'avoir fait découvrir cette passionnante discipline qu'est la psychodynamique du travail, elle m'éclaire et offre un étayage solide à ma pratique au quotidien.

## Remerciements à Monsieur le Docteur Michel Niezborala

Michel, je te remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir guidée sans pression. Merci pour la clarté de tes conseils, ta patience et ta disponibilité. Sois assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

*Après l'avoir tant redouté et repoussé, me voilà enfin arrivée au moment de soutenir ma thèse. C'est l'occasion de remercier tous ceux qui m'ont accompagnée durant ces années d'étude et de travail mais aussi ceux avec qui j'ai construit mon parcours de vie : depuis mon enfance en Algérie à ma vie de famille toulousaine d'aujourd'hui.*

*Mais avant toute chose, il faut réparer une injustice et dire que ce travail doit tout à une petite fille qui s'appelle **Wassila Mokeddem**. Aucune administration ne pourra jamais effacer l'inépuisable source de joie, de curiosité, de force, d'appétit des autres et du monde qu'elle représente pour moi. Wassila Mokeddem, c'est l'auteur de cette thèse ; si je ne peux pas l'inscrire sur la couverture, au moins c'est écrit ici...*

#### A mes deux amours :

A Vincent, merci pour ces 11 années d'amour et de bonheur. Ce travail, ce n'est pas qu'un peu le tien (et je ne dis pas ça juste parce que c'est toi qui as fait cette extraordinaire mise en page). C'est grâce à ton soutien et ta constance que j'ai pu affronter mes démons et m'accomplir. Je suis heureuse et fière de ce que nous avons construit ensemble. Notre amour est la plus belle chose qui me soit arrivée.

A ma petite Adélaïde, il n'est pas d'amour plus fort que celui que je te porte. Je mesure tous les jours la chance que j'ai de te voir grandir. Je ne sais pas d'où tu tires cette force, cette joie de vivre si intense, cette intelligence et cette sensibilité. Je pensais avoir la lourde mission de t'éduquer mais à c'est toi qui m'enseignes la vie à chaque instant.

#### A ma famille :

Je dédie cette réussite en premier lieu à ma grand-mère maternelle : Mima. J'ai toujours dit que c'est toi qui m'as élevée et pour cause... Tu m'as transmis tellement de choses, par les gestes, sans grand discours, parfois seulement dans un regard. Je ne me lasserai jamais de repenser à cette étincelle de tendresse, de mystère et d'intelligence dans tes yeux ... Petite, tu me disais toujours que je serai avocate car je faisais d'incroyables plaidoyers pour me dédouaner de telle ou telle bêtise ; me voilà donc médecin... pour tout le reste tu avais un flair incroyable.

A mon beau-père Tewfick Toubal, tu m'as élevée comme ta fille. Tu m'as appris à lire et à écrire le Français à l'âge de 5 ans et a fait naître en moi le goût des langues vivantes en me rendant bilingue. J'ai cherché longtemps à être à la hauteur de ton érudition, en vain... Au moins j'ai pu soutenir une thèse alors que tu as dû renoncer à la tienne en quittant l'Algérie.

A ma mère Samia Besbas, tu m'as transmis ta sensibilité et j'en ai fait, je crois, une force. Je sais que trop de choses te tourmentent, j'aimerais qu'un jour tu vois tout ce que tu as réussi et que cela t'apaise.

A ma sœur Claire, tu comptes beaucoup pour moi et je ne désespère pas que le futur nous rapproche...

A mes tantes : Fadela, Malika, Rachida, Fawzia et à mon oncle Saïd, vous avez participé à mon éducation et baigné mon enfance d'amour, de fête et de reggae ! Je me suis enrichie auprès de chacun de vous et je vous remercie pour cela.

A ma grand-mère paternelle Sabria Toubal, j'ai beaucoup d'admiration pour toi : pour ta méticulosité, ton sens incroyable de l'organisation, ta patience légendaire et ton infinie délicatesse. Tu as été une grand-mère adoptive et aujourd'hui je peux dire que je tiens énormément de choses de toi aussi.

A mon oncle Khader, merci pour tous les moments passés ensemble à rire, chanter et partager nos coups de cœurs musicaux. Je me suis souvent reconnue en toi et ce n'est certainement pas un hasard si j'ai suivi tes traces en devenant à mon tour médecin.

A ma tante Faïza, merci pour ton affection et ta gentillesse qui m'ont accompagnée en Algérie comme en France.

A mon père **Abelkader Mokeddem**, les circonstances ont fait que nous n'avons pu nous rencontrer vraiment qu'à mes 25 ans. Nous menons chacun nos vies de notre côté mais je sais que tu seras fier de ma réussite comme je suis fière de porter ton nom.

#### A mes amies de longue date :

A mon amie d'enfance Emmanuelle Jarry, à notre rencontre amicale dès les tous premiers jours de 6<sup>ème</sup>, à nos fous rires de collège et de lycée et aux moments passés ensemble à écouter de la musique ou à se raconter nos vies encore longtemps après le lycée. J'ai beaucoup appris et me suis construite à ton contact. Ma réussite d'aujourd'hui a tout à voir avec ce que notre amitié m'a apporté. Il faut vraiment qu'on trouve le temps de se voir plus souvent !

A Mariam, Mélanie et Céline, à nos années de lycée et surtout notre vingtaine parisienne, nous avons passé de sacrés moments à refaire le monde ensemble et vous avez longtemps été pour moi une seconde famille. Même si le temps, la distance (Paris-Toulouse-La Réunion c'est un peu le grand écart !) et nos divergences nous ont en partie éloignées, je suis fière de ce que nous sommes devenues toutes les 4 : mamans et médecins ou architecte accomplies !

A Béatrice, depuis notre amitié de collègue, nous n'avons pas arrêté de nous perdre de vue et de nous retrouver à chaque fois avec plaisir. Ton amitié a été très importante pour moi, j'espère qu'elle retrouvera un nouveau souffle ces prochaines années, comme cela a toujours été le cas.

A Alexia, aux bons moments partagés ensemble à Paris (cf. cet incroyable fou rire qui a duré des heures un soir d'hiver rue Mouffétard...), nos chouettes vacances espagnoles avec Béatrice et surtout à cette semaine, hors du temps, passée dans les Gorges du Tarn puis à Collioure. Ton intelligence et ta sensibilité m'ont accompagnée et enrichie pendant quelques années et j'espère que nous pourrons nous retrouver plus tard !

#### A mes collègues et amis.

A mes collègues de l'équipe B des 36 Ponts : au super collectif que nous formons et qui fait vivre notre travail au quotidien. Malgré les remous actuels de notre organisation, j'aime l'intelligence et l'âme que met chacun d'entre vous à fournir un travail de qualité, s'enquérir du bien-être de ses collègues ou livrer ses propres doutes sur sa pratique qu'elle soit médicale ou paramédicale. Je peux vous le dire : avec vous je travaille en confiance et avec plaisir !

Merci donc à :

- Manon pour ton amitié et ta bienveillance incroyable. Tu es une personne sur qui l'on peut toujours compter, c'est un véritable cadeau !
- Myriam, pour ta capacité à concilier et comprendre des points de vue parfois très différents que tu les partages ou non ainsi que pour ton humeur toujours égale. J'apprécie aussi de pouvoir m'appuyer sur ton expérience.
- Anne Leguevel, tu as été un tuteur au top et je suis ravie de te savoir de nouveau parmi nous !
- Nicolas, merci pour tous les débats salutaires que tu amènes dans l'équipe et les risques que tu prends !
- A Lucile et Amandine, au plaisir de travailler avec vous, de rire et de passer de bons moments ensemble au travail et à l'extérieur.
- Christophe, j'ai appris à travailler avec toi tout au long de cette année 2021, et j'ai découvert une personne riche et sensible. Merci pour ta gentillesse et ton soutien, notamment cet été.
- Manue, Stéphanie et Anne Roca, merci pour l'aide précieuse que vous nous apportez, votre solide coopération fait tourner le service !
- A Marine, Aude, Margot, Vincent, Florian et toute l'équipe des techniciens des 36 Ponts, merci pour votre bonne humeur !

A Delphine Calofer, tu sais comme j'ai adoré travailler avec toi. Me voilà enfin au bout de cette thèse dont on a si souvent parlé et j'aurais tellement aimé fêter cela avec toi ! Je te souhaite que tout se passe bien en Guyane pour ta petite famille et toi et qui sait peut-être que nos chemins se recroiseront...

A Zoubir, nous nous sommes croisés pour la première fois à la fin de mon stage à l'ASTI, nous sommes amis aujourd'hui. C'est un plaisir et une richesse que de pouvoir croiser nos compréhensions des situations que la clinique du travail nous donne à voir. Je nous souhaite de longues années de coopération et d'amitié.

*A la mémoire de mes grands-pères :  
Ali Besbas et Boumedienne Toubal.*

*A cette petite étincelle de vie, cet été,  
qui est partie comme elle est apparue.*

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
1.1. CADRE REGLEMENTAIRE DU MAINTIEN EN EMPLOI.....	17
1.1.1. <i>Historique et législation.....</i>	17
1.1.2. <i>Maintien en emploi et Service de Santé au Travail .....</i>	17
1.2. MAINTIEN EN EMPLOI : DONNEES DE LA LITTERATURE.....	19
1.2.1. <i>Définir la population concernée.....</i>	19
1.2.2. <i>Outils régionaux de détection des salariés à risque .....</i>	19
1.2.3. <i>Maintien en emploi et inaptitude.....</i>	20
1.2.4. <i>Maintien en emploi et aménagement de poste.....</i>	23
1.2.5. <i>Rôle de la pathologie.....</i>	25
1.2.6. <i>Dispositif « IODA »<sup>9</sup>.....</i>	26
1.2.7. <i>Problématique.....</i>	29
1.2.8. <i>Objectifs principaux.....</i>	30
1.2.9. <i>Objectif secondaire.....</i>	31
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>33</b>
1.1. POPULATIONS A L'ETUDE .....	33
1.2. ETUDES.....	33
1.3. VARIABLES A L'ETUDE ET MODELE STATISTIQUE UTILISE .....	33
1.3.1. <i>Echantillon issu des salariés vus en 2016 et 2017 .....</i>	33
1.3.2. <i>Echantillon de salariés intégrés au dispositif IODA vus entre novembre 2019 et décembre 2020 .....</i>	36
<b>RESULTATS.....</b>	<b>39</b>
1.1. ECHANTILLON « 2016-2017 » .....	39
1.1.1. <i>Résultats d'analyse descriptive de la nature des aménagements.....</i>	39
1.1.2. <i>Résultats d'analyse descriptive du maintien en emploi.....</i>	40
1.1.3. <i>Salariés avec « Aménagement de poste » - Résultats d'analyse par régression logistique.....</i>	44
1.1.4. <i>Salariés ayant fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude - Résultats d'analyse par régression logistique.....</i>	48
1.1.5. <i>Devenir en 2020 selon l'obtention d'un aménagement ou la déclaration d'une inaptitude.....</i>	51
1.2. ECHANTILLON IODA .....	53
1.2.1. <i>Résultats d'analyse descriptive.....</i>	53
1.2.2. <i>Résultats d'analyse par régression logistique .....</i>	61
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>67</b>
1.1. RESULTATS DE L'ECHANTILLON 2016-2017 .....	67
1.1.1. <i>Aménagement ou inaptitude.....</i>	67
1.1.2. <i>Sexe.....</i>	67
1.1.3. <i>Age.....</i>	67
1.1.4. <i>Incapacités.....</i>	68
1.1.5. <i>Secteur d'activité .....</i>	69
1.1.6. <i>Métier .....</i>	70
1.2. RESULTATS DE L'ECHANTILLON IODA.....	71
1.2.1. <i>Sexe.....</i>	71
1.2.2. <i>Age.....</i>	71
1.2.3. <i>Incapacités.....</i>	71
1.2.4. <i>Pathologie principale.....</i>	72

1.2.5.	<i>Taille de l'entreprise</i> .....	74
1.2.6.	<i>Secteur d'activité</i> .....	75
1.2.7.	<i>Métier</i> .....	75
1.2.8.	<i>Type de contrat</i> .....	76
1.2.9.	<i>Type de surveillance déclarée</i> .....	76
1.2.10.	<i>Type de visite médicale</i> .....	76
1.2.11.	<i>Date de la visite</i> .....	76
1.3.	ASPECTS NON INVESTIGUES .....	77
1.3.1.	<i>Ancienneté au poste :</i> .....	77
1.3.2.	<i>Les arrêts maladie</i> .....	77
1.3.3.	<i>Place de l'accompagnement par le SST :</i> .....	77
1.3.4.	<i>Qualité du retour en emploi et trajectoire professionnelle</i> .....	78
1.3.5.	<i>Motivation de l'employeur</i> .....	78
1.3.6.	<i>La dispense de reclassement</i> .....	79
1.4.	FORCES ET FAIBLESSES DES 2 ETUDES .....	80
1.4.1.	<i>Echantillon 2016-2017</i> .....	80
1.4.2.	<i>Echantillon IODA</i> .....	80
1.4.3.	<i>Forces et faiblesses communes aux 2 études :</i> .....	81
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>83</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>85</b>
	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>87</b>

## TABLE DES ABBREVIATIONS

<b>AGEFIPH</b>	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>ANI</b>	Accord National Interprofessionnel
<b>ASTIA</b>	Association de Santé au Travail Inter-entreprise et de l'Artisanat
<b>AT/MP</b>	Accident du Travail/Maladie Professionnelle
<b>BTP</b>	Bâtiments - Travaux Publics
<b>CDD</b>	Contrat à Durée Déterminée
<b>CDI</b>	Contrat à Durée Indéterminée
<b>CIM10</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance-Maladie
<b>DARES</b>	Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques
<b>DGT</b>	Direction Générale du Travail
<b>DMST</b>	Dossier Médical en Santé au Travail
<b>DUER</b>	Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels
<b>FIPHFP</b>	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INVAL 1</b>	Invalidité de 1ère catégorie
<b>INVAL 2</b>	Invalidité de 2ème catégorie
<b>IODA</b>	Inaptitudes en Occitanie : Diagnostic et Analyses
<b>IPP</b>	Incapacité Permanente Partielle
<b>MDPH</b>	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
<b>NAF</b>	Nomenclature d'Activités Française
<b>PCS</b>	Professions et Catégories Socioprofessionnelles
<b>PDP</b>	Prévention de la Désinsertion Professionnelle
<b>PST</b>	Plan Santé Travail
<b>RPS</b>	Risques psycho-sociaux
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
<b>SAMETH</b>	Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
<b>SFMT</b>	Société Française de Médecine du Travail
<b>SI</b>	Suivi Individuel
<b>SIA</b>	Suivi Individuel Adapté
<b>SIR</b>	Suivi Individuel Renforcé
<b>SST</b>	Service de Santé au Travail
<b>SSTi</b>	Service de Santé au Travail Interentreprises
<b>TMS</b>	Trouble Musculo-Squelettique

## TABLE DES TABLEAUX

---

Tableau 1: Tableau récapitulatif des enquêtes relatives aux inaptitudes avec les dénominateurs communs des indicateurs recensés.....	20
Tableau 2: Devenir des salariés en inaptitude. ....	21
Tableau 3: Estimation du nombre d'avis de restrictions d'aptitude avec ou sans aménagement poste en 2012 ...	24
Tableau 4: Nombre et taux d'incidence des déclarations d'inaptitude pour chaque famille de pathologie.....	27
Tableau 5: Facteurs associés au taux d'incidence des inaptitudes « toutes pathologies », taux d'incidence et risques relatifs ajustés (analyse multivariée).....	28
Tableau 6: Les 8 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour pathologie de l'appareil locomoteur est plus de 6 fois supérieur au risque de techniciens et agents de maîtrise « non classés ailleurs » (analyse multivariée).....	28
Tableau 7: Les 10 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour troubles mentaux et du comportement est plus de 3 fois le risque des cadres administratifs et secrétariat supérieur (analyse multivariée) .....	29
Tableau 8: Caractéristiques de « l'échantillon 2016-2017 » (N=11057) .....	34
Tableau 9: Nature des préconisations.....	36
Tableau 10: Caractéristiques de « l'échantillon IODA » (N = 9424).....	36
Tableau 11: Nature des aménagements : effectif (N) et pourcentages .....	39
Tableau 12: Activité en 2020 et type de reclassement : effectif (N) et pourcentage .....	40
Tableau 13: Actifs en 2020 selon le sexe : effectif et pourcentage. ....	40
Tableau 14: Actifs en 2020 selon l'âge en 2016 ou 2017 : effectif et pourcentage.....	41
Tableau 15: Actifs en 2020 et présence d'un Handicap : effectif et pourcentage .....	41
Tableau 16: Actifs en 2020 et invalidité de 2ème catégorie : effectif et pourcentage.....	41
Tableau 17: Actifs en 2020 et ALD : effectif et pourcentage .....	42
Tableau 18: Actifs en 2020 selon l'orientation vers le SAMETH ou un service social : effectif et pourcentage .	42
Tableau 19: Actifs en 2020 selon le PCS à 2 chiffres : effectif et pourcentage .....	42
Tableau 20: Actifs en 2020 selon le secteur d'activité : effectif et pourcentage .....	43
Tableau 21: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	44
Tableau 22: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	44
Tableau 23: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social interne à l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement .....	45
Tableau 24: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social externe à l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement .....	45
Tableau 25: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'un Handicap (parmi IPP> 10%, RQTH ou Inval1). Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.....	45
Tableau 26: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une invalidité de 2e catégorie. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement .....	46
Tableau 27: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une affection de longue durée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	46
Tableau 28: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code PCS à 2 chiffres. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement .....	46
Tableau 29: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code NAF. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	47

Tableau 30: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	48
Tableau 31: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	48
Tableau 32: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	49
Tableau 33: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une RQTH. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	49
Tableau 34: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une invalidité de 2 <sup>ème</sup> catégorie. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	49
Tableau 35 : Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code PCS à 2 chiffres. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	50
Tableau 36 : Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code NAF. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	51
Tableau 37: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'obtention d'un aménagement de poste ou déclaration d'une inaptitude en 2016 ou 2017.....	52
Tableau 38: Répartition selon le sexe au sein de la population cible et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	53
Tableau 39: Répartition des tranches d'âge au sein de la population cible et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	53
Tableau 40: Détail des items de pathologies : effectif (N) et pourcentage (%).....	54
Tableau 41: Répartition des pathologies par appareil : effectif (N) et pourcentage.....	55
Tableau 42: Répartition des pathologies codées pour l'aménagement avant et après le 16 mars 2020 : effectif (N) et pourcentage.....	56
Tableau 43: Répartition des pathologies codées pour l'inaptitude avant et après le 16 mars 2020 : effectif (N) et pourcentage.....	56
Tableau 44: Répartition des incapacités au sein de la l'échantillon : effectif (N) et pourcentage.....	57
Tableau 45: Répartition des PCS1 au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	57
Tableau 46: Répartition des codes NAF au sein de l'échantillon et au sein du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	58
Tableau 47: Répartition des tailles d'entreprise au sein de l'échantillon et au sein du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	59
Tableau 48: Répartition des types de contrat au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	59
Tableau 49: Répartition des surveillances déclarées au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.....	59
Tableau 50: Répartition des motifs de visite au sein de l'échantillon : effectif (N) et pourcentage.....	60
Tableau 51: Répartition des visites selon la date au sein de l'échantillon et du reste des vus sur la période de recueil : effectif (N) et pourcentage.....	60
Tableau 52: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	61
Tableau 53: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement...	61
Tableau 54: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la pathologie principale renseignée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	61
Tableau 55: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le type d'incapacité renseignée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.....	63

Tableau 56: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la catégorie socio-professionnelle. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	63
Tableau 57: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le secteur d'activité. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	64
Tableau 58: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la taille de l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	65
Tableau 59: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le type de contrat. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. 65	65
Tableau 60: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la surveillance déclarée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	65
Tableau 61: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le motif de la visite médicale. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement. ....	66
Tableau 62: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la date de la visite. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement. ....	66

# INTRODUCTION

---

## *1.1. Cadre réglementaire du maintien en emploi.*

### 1.1.1. Historique et législation.

Le maintien dans l'emploi est une préoccupation inscrite dans les politiques publiques en France depuis les années 1980. Au fur et à mesure des réformes, on note une évolution de la terminologie et de l'approche des problématiques de désinsertion professionnelle.

C'est d'abord l'obligation de « reclassement professionnel » après une inaptitude d'origine professionnelle qui apparaît dans les années 1980 puis elle est généralisée à tous les salariés à partir de 1992.

Le terme est progressivement supplanté par celui de « maintien dans l'emploi » qui apparaît dans le code du travail en 1993. A partir des années 2000, ce sont ceux de « maintien en emploi » et « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP) qui se généralisent. Au départ, les dispositifs de maintien sont pensés pour les travailleurs porteurs de handicap ; ils s'appliquent progressivement à un public plus large de travailleurs porteurs de pathologies chroniques (dont le nombre s'accroît) entraînant des incapacités durables.

Le maintien en emploi devient un axe stratégique du PST 3 (2016-2020)<sup>1</sup> et une distinction claire est faite entre : « maintien dans l'emploi », faisant référence au reclassement interne, et « maintien en emploi », désignant le reclassement externe.

Ces évolutions signent un changement de logique des politiques publiques qui tendent à d'avantage de « sécurisation du parcours professionnel » pour tous les actifs. La loi de « Sécurisation de l'emploi » du 14 juin 2013<sup>13</sup> pose ainsi un cadre juridique claire sur des dispositifs issus de l'ANI (Accord National Interprofessionnel) du 11 janvier 2013. Ces mesures permettent de limiter les licenciements, de faciliter les transitions professionnelles et d'assurer un filet social pour les salariés en maladie. Parmi elles, on trouve :

- La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé, financée pour moitié par l'employeur.
- La mise en place du dispositif de droits rechargeables à l'assurance chômage (maintien du capital initial si un emploi est retrouvé avant la fin des droits)
- La création du compte personnel de formation (CPF) ainsi que du conseil en évolution professionnelle (CEP) mobilisables dès l'entrée dans le marché du travail jusqu'à la retraite, que l'on soit en emploi ou au chômage.
- La mobilité volontaire sécurisée permettant une période de suspension du contrat de travail pour exercer auprès d'un nouvel employeur avec garantie de retrouver son emploi d'origine si besoin
- La simplification du dispositif d'activité partielle permettant aux entreprises d'éviter les licenciements lors de circonstances économiques difficiles...
- L'accord de maintien dans l'emploi, complétant le dispositif précédent.

### 1.1.2. Maintien en emploi et Service de Santé au Travail

En 2011, la loi relative à l'organisation de la médecine du travail inscrit le « maintien dans l'emploi » dans le code du travail et en fait une mission majeure du service de santé au travail : « Les services de santé au travail [...] Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les

risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ».

En 2019 la HAS formule des recommandations de bonne pratique concernant le maintien en emploi<sup>21</sup>, directement adressées aux professionnels de la santé au travail. Elle soulève notamment les points suivants :

- La nécessité de coordination de tous les acteurs du maintien en emploi
- La place du médecin du travail comme acteur pivot du maintien
- Le rôle clé de la visite de pré-reprise, permettant l'élaboration d'un plan de retour au travail
- La recherche de freins et de leviers du maintien liés à la situation de santé du salarié et à l'environnement professionnel.

Elle liste également de manière détaillée les dispositifs mobilisables pour le maintien en emploi, ceux-ci émanent :

- Du droit commun
- De l'assurance maladie
- Des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
- De l'AGEFIPH pour le secteur privé et du FIPHFP pour le public.

La mise en œuvre de ces recommandations implique un repérage précoce des salariés à risque afin d'engager d'éventuelles mesures d'aménagement du poste de travail. Pour cela, nous avons consulté les données de la littérature récente.

## ***1.2. Maintien en emploi : données de la littérature.***

Afin de dresser un état des lieux des connaissances sur le maintien en emploi, nous avons effectué une revue de la littérature sur les bases de données : Google Scholar, EM CONSULT, SCIENCE DIRECT, PUBMED, Cairn ainsi que sur les sites de sociétés savantes de santé au travail, organismes compétents pour le maintien en emploi et institutions gouvernementales (SFMT, HAS, IGAS, MDPH, DGT...). Nous avons limité notre recherche à la littérature en français car la législation et les dispositifs de maintien dans l'emploi sont spécifiques à notre pays. Les mots-clés utilisés étaient « maintien en emploi », « inaptitude », « aménagement de poste », « restriction d'aptitude ».

### 1.2.1. Définir la population concernée.

Le rapport 2017 « Prévention de la Désinsertion Professionnelle » de l'IGAS<sup>18</sup> propose de croiser plusieurs approches pour mieux connaître les profils à risques de désinsertion professionnelle :

- Par les risques professionnels et leur sinistralité (AT/MP) : ce qui révèle que les métiers d'ouvriers du BTP, de l'industrie ainsi que les métiers du soin et du service à la personne sont les plus à risque.
- Par les risques liés à l'âge, au handicap et à l'état de santé : cette approche étaye le rôle de la maladie chronique (diabète, tumeurs malignes et pathologies psychiatriques essentiellement) ou de la déclaration d'un handicap (RQTH etc..) dans les situations de perte d'emploi.
- Par les prestations médico-administratives : notamment par les taux d'arrêt de travail en fonction de l'âge, de l'état de santé mais aussi des conditions de travail. Ainsi, les secteurs de la santé et des transports sont identifiés comme ayant de forts taux d'absentéisme.
- Enfin par l'identification faite par les services de santé au travail : essentiellement à partir de l'inaptitude médicale.

### 1.2.2. Outils régionaux de détection des salariés à risque

Différents dispositifs régionaux existent et reflètent diverses approches permettant : l'identification des salariés à risque de désinsertion professionnelle et la sensibilisation des acteurs du maintien<sup>1</sup>. Il peut s'agir :

- De grilles d'identification utilisés par les services de santé au travail : Le score CRIP (critères immergés de précarité) en Normandie, utilisé par le SST Santé BTP (Rouen-Dieppe) pour orienter vers la cellule de maintien en emploi.
- De guides de maintien dans l'emploi à destination des professionnels comme celui publié dans le cadre du PRITH (Plan régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés) en Ile de France, celui de la région Normandie destiné à améliorer le retour en milieu de travail ou encore du kit « Travail et maladies chroniques évolutives » de la région Occitanie publié à destination des acteurs du maintien pour animer les actions de sensibilisations en entreprise.
- De dispositifs spécifiques à certaines pathologies, tel que le projet Fastracs en région Auvergne-Rhône-Alpes ayant pour objectif d'identifier les freins au retour au travail et donner des outils pour améliorer le maintien en emploi des femmes après un cancer du sein.

- De groupes de travail pluridisciplinaires tels que l'observatoire du maintien dans l'emploi (OMDE) en région Centre-Val-de-Loire qui collecte les données de suivi des salariés inaptes ou avec aménagements de postes de la région.
- De journées de sensibilisations des représentants du personnel en Pays de Loire
- Des outils de sensibilisation à la santé au travail destinés aux médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### 1.2.3. Maintien en emploi et inaptitude

Comme déjà mentionné, une des approches de détection des populations à risque passe par l'identification faite par les SST. Elle repose essentiellement sur l'analyse des inaptitudes médicales.

- Dans ses rapports « Aptitude et médecine du travail » de 2015<sup>20</sup> et « Prévention de la désinsertion professionnelle » en 2017<sup>18</sup>, l'IGAS fait une synthèse des études régionales réalisées par les SST concernant l'inaptitude et les facteurs médico-socio-professionnelles qui lui sont associés. Il en ressort que les salariés à risque d'inaptitude :
  - o Sont atteints 3 fois sur 4 de pathologies ostéo-articulaires (principalement dans les secteurs de la construction ou de l'industrie) ou de la sphère psychique (plutôt dans les secteurs du commerce et des services)
  - o Sont plus souvent plus âgés, moins qualifiés et issus de petites entreprises
  - o Sont plus souvent bénéficiaires d'une incapacité telle que la RQTH ou l'invalidité.
  - o Ont vécu une succession d'arrêts de travail longs

Le rapport de 2015 retrouve que le maintien en emploi après inaptitude est très faible : inférieur à 10% au moment de l'inaptitude et ne concerne pas plus de 25 % des salariés à 18 mois. Les facteurs positifs de maintien identifiés étant : le jeune âge du salarié et sa motivation à rester dans l'entreprise ou encore l'expérience d'un précédent reclassement dans l'entreprise.

Tableau 1: Tableau récapitulatif des enquêtes relatives aux inaptitudes avec les dénominateurs communs des indicateurs recensés

	Etude Auvergne N=1272	Etude NPDC n=3112 avis	Haute Normandie n=369 suivis	Bretagne n=817 avis	AMETRA Montpellier n=259	CMIE n= 495	YST n=464	CIAMT n=510
<b>Origine des avis d'inaptitude = TMS/RPS</b>	90%	74%	88%	70%	84,2%	65%	68%	73%
<b>Origine professionnelle des inaptitudes</b>	31%	30%	NR	75%	21%	26%	NR	28%
<b>Niveau de qualification des salariés inaptes</b>	80%< Bac	75%< Bac	90%< Bac	90%< Bac	60%< Bac	NR	NR	NR
<b>Avis d'inaptitude après arrêt de travail</b>	86,6%	95%	NR	« le plus souvent »	82% VPR	NR	NR	NR
<b>Action de maintien en emploi en amont de l'inaptitude</b>	57%	22%	NR	38%	82% VPR	NR	36%	NR

<b>RQTH Avant/Au moment de l'avis d'inaptitude</b>	31%	51%	44%	27%	44%	NR	NR	NR
<b>Invalidité au moment de l'avis</b>	40%	30% Inval 2	NR	27% en Inval 2 (6% en Inval 1)	26%	NR	NR	NR
<b>Retraite au moment de l'inaptitude</b>	NR	3%	NC	NC	NC	6,3%	3,6%	4,5%
<b>Maintien en entreprise du salarié au moment de l'inaptitude (= reclassement)</b>	NR mais 72% des salariés n'ont reçu aucune proposition de reclassement	6% maintenus dans l'entreprise	1,6% reclassé	3% à 1 an	5%	4%	7,7%	13%

Source : Aptitude et médecine du travail, IGAS n°2104-142, Mai 2015 – Tableau 17

Tableau 2: Devenir des salariés en inaptitude.

	<b>Haute Normandie (n=369 à 12 mois)</b>	<b>Bretagne (n=104 suivis entre 12 et 18 mois)</b>	<b>CMIE n= 495</b>	<b>YST N=464</b>	<b>CIAMT n=510</b>
<b>Maintien en emploi : Dans l'entreprise</b>	Total = 18%	Total = 24%			
<b>Hors entreprise</b>	Pas de détail	n=3 (2,88%) n=22	10,5% 7,5%	7,7% 10,7%	13% 10,7%
<b>Sans emploi (formation/congés maladie/recherche d'emploi/invalidité/dispense de recherche d'emploi notamment pour retraite)</b>	Total = 82% avec Demandeur d'emploi = 43% (/369) Inactivité en lien avec un problème de santé = 27% Formation = 7% Inactivité = 5%	76% Et n=14/104 soit 13,5% dispensés de recherche d'emploi	82%	73%	69,2%

Source : Aptitude et médecine du travail, IGAS n°2104-142, Mai 2015 – Tableau 18

Depuis ces rapports, d'autres études ont poursuivi les investigations concernant le devenir des salariés à distance de l'inaptitude et les déterminants, notamment en termes de pathologie ou d'environnement de travail, de celle-ci.

- Une étude conduite dans 2 SST de la région Nord Pas de Calais en 2015 a porté sur le devenir à 6 mois après l'inaptitude pour 80 salariés. Parmi eux 30 % avaient plus de 55 ans et 47% étaient titulaires d'une RQTH avant l'inaptitude. A 6 mois, 93% des salariés avaient été licenciés. Les principaux facteurs significativement associés à l'inaptitude étaient : l'âge, l'IPP>10% lorsqu'il y avait un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'absence de préconisation lors de la visite de pré-reprise, le souhait du salarié de quitter l'entreprise et l'absence d'expérience de reclassement dans l'entreprise.
- En 2018, une étude menée par un service de santé au travail d'Ille-et-Vilaine<sup>3</sup> s'est intéressée au devenir à 1 an de 420 salariés déclarés inaptes et aux caractéristiques médico-socio-professionnelles ayant pu influencer leur maintien en emploi. Ces salariés étaient pour la majorité d'entre eux des femmes (62%), employés ou ouvriers (82%), ils avaient un niveau inférieur au baccalauréat (65%) et une ancienneté inférieure à 5 ans dans 45% des cas. L'inaptitude s'était soldée par un licenciement dans 95 % des cas et il y avait eu 42% de dispense de reclassement.

Le maintien en emploi à 1 an concernait 40% des personnes : 29% de salariés en emploi et 11% en formation. Parmi ces inaptitudes 385 situations ont pu être étudiées en analyse multivariée. Une association significative avec la sortie de l'emploi était retrouvée pour : l'âge supérieur à 48 ans (49-56 ans : OR 0.43 IC 95% [0.22-0.85] et 56-68 ans OR 0.20 IC 95% [0.09-0.44]), l'existence d'une incapacité (RQTH OR 0.58 IC 95% [0.35-0.96] et invalidité de catégorie 2 OR 0.19 IC 95% [0.07-0.52]), une pathologie psychique à l'origine de l'inaptitude (OR 0.50 IC 95% [0.27-0.90]). Le sexe ne présentait pas de différence statistiquement significative sur le maintien à 1 an.

- En 2019, une étude menée par les SST de Hauts-de-France<sup>23</sup> a cherché à identifier les facteurs en lien avec l'inaptitude spécifiquement pour les pathologies de l'appareil locomoteur et les affections de la sphère psychique. Le recueil était réalisé sur questionnaire rempli par des médecins volontaires lors de la visite de reprise. Parmi les 5032 visites de reprise réalisées, 12% d'entre elles ont donné lieu à une inaptitude. Les pathologies de l'appareil locomoteur représentaient 56% des arrêts de travail et les pathologies psychiques 16%. On notait cependant que ces dernières représentaient 21% des inaptitudes alors que les affections ostéo-articulaires étaient responsables de 10% des inaptitudes. Une association significative avec l'inaptitude était observée pour : les arrêts de travail longs et l'existence d'une obligation d'emploi. Pour les pathologies psychiques, l'origine professionnelle du trouble, la pression psychologique ressentie et l'appartenance à une entreprise de moins de 50 salariés étaient également identifiés comme significativement associés à la survenue de l'inaptitude. Pour les affections rhumatologiques, les autres facteurs péjoratifs étaient : l'âge supérieur à 50 ans, le statut d'employé, le secteur de la construction et l'existence de contraintes horaires. Le sexe n'était pas significatif sur la survenue de l'inaptitude.
- En 2021, S. Dietsch<sup>10</sup> présente les données issues de l'étude de toutes les inaptitudes prononcées entre 2016 et 2019 dans un SST de la région Toulousaine (soit pour 6097 salariés). Une comparaison avec un échantillon de salariés ayant bénéficié d'un aménagement de poste en 2018 ainsi qu'une autre comparaison avec le reste des salariés suivis par le service en 2020 a pu être réalisée. Après analyse multivariée, des associations significatives avec l'inaptitude (par rapport aux salariés sans aménagement ni inaptitude de 2020) étaient retrouvées :
  - o Pour l'âge supérieur à 46 ans (OR 1.25 IC 95% [1.16-1.34] et une accentuation de l'effet après 55 ans (OR 2.07 IC 95% [1.92-2.23]),
  - o Pour le sexe féminin (OR 1.61 IC 95% [1.51-1.73]),
  - o Pour l'appartenance à une entreprise de moins de 10 salariés (OR 1.60 IC 95% [1.50-1.71]),
  - o Pour les secteurs de l'hébergement médico-social et de l'action sociale (respectivement OR 1.85 IC 95% [1.44-2.38] et OR 1.72 IC 95% [1.36-2.18]) ainsi que le commerce de détail (OR 1.46 IC 95% [1.16-1.83]), le bâtiment (OR 2.08 IC 95% [1.61-2.69] et l'industrie alimentaire (OR 1.52 IC 95% [1.16-2.01]).

Ce travail a également investigué le devenir professionnel 1 an après l'inaptitude pour 284 salariés et retrouvait 43 % de maintien en emploi (dont 21% de reclassement interne), 55% étaient au chômage ou sans activité.

## 1.2.4. Maintien en emploi et aménagement de poste.

### 1.2.4.1. Cadre réglementaire et typologie des aménagements.

L'article L 4624-4 du Code du Travail définit l'incapacité comme suit : « [...] le médecin du travail qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail [...] ».

Cette nécessité de recherche d'un aménagement a été renforcée par la loi Travail 2016<sup>14</sup> dans l'article L4624-3 : « Le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur. »

Ainsi, les médecins du travail peuvent au terme de toute visite médicale indiquer des préconisations ou des mesures d'aménagement qui peuvent être définitives ou temporaires ; il peut s'agir de restrictions (éviction complète d'une tâche), de modifications de l'organisation du temps de travail (dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ou non), de demande d'aménagement matériel du poste de travail....

Diverses enquêtes se sont intéressées à ces demandes et leur fréquence afin d'identifier les problématiques récurrentes de maintien dans l'emploi.

- Une enquête a été menée par un SST d'Ile de France en 2019<sup>22</sup> à partir de 246 questionnaires remplis par les médecins du travail lors de visites se concluant par une demande d'aménagement. Elle retrouvait que les préconisations concernaient : un aménagement organisationnel (71%), une adaptation du temps de travail (48%) et un aménagement matériel (21%). Ces aménagements revêtaient un caractère définitif dans 44% des cas.
- Dans l'étude menée en Ile-et-Vilaine<sup>3</sup>, 25% des salariés avaient fait l'objet d'un aménagement du temps de travail avant l'incapacité.
- Dans une étude réalisée en 2015 concernant le maintien dans l'emploi après un arrêt maladie supérieur à 30 jours de 816 salariés de La Poste, la typologie était la suivante : 55% d'aménagement organisationnel, 17% matériel et 28% mixte<sup>6</sup>.
- En 2021, S. Dietsch<sup>10</sup> retrouve, sur un échantillon de 3987 salariés avec aménagement vus en 2018, que les préconisations les plus fréquentes sont : des limitations des activités physiques à 36%, un temps partiel thérapeutique à 25%, des aménagements des postes sur écran à 8 %. Plus de la moitié de ces préconisations étaient temporaires et 24 % étaient permanentes.
- Dans l'enquête © « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer »<sup>11</sup>, plus de 50% des aménagements concernaient la réduction du temps de travail et le recours au temps partiel thérapeutique concernait 1 personne sur 4.

### 1.2.4.2. Aménagement de poste : profil des salariés et maintien en emploi

A ce jour, il n'existe pas de manière de comptabiliser ces aménagements au plan national, seules des données régionales permettent d'en donner une estimation. Ainsi d'après la Direction Générale du Travail (DGT) et l'IGAS<sup>18</sup>, les aménagements de poste concerneraient 3 à 5 % des salariés du régime général.

Tableau 3: Estimation du nombre d'avis de restrictions d'aptitude avec ou sans aménagement poste en 2012

Nature de l'avis	Données Rapport d'activité des services de santé au travail – Quatorze régions	Ordre de grandeur France Métropolitaine
Apte	5 795 619	8 384 956
Apte avec restriction ou aménagement + ou inapte temporaire	579 988	839 112
Inapte	110 835	160 353
Totaux	6 486 442	9 384 421

Source : DGT Consolidation 14 Régions / Extrapolation aux 21 régions métropolitaines IGAS – Tableau 20

L'IGAS cite 2 études régionales s'intéressant à ces restrictions d'aptitude et au devenir des salariés à 1 an.

- La première est l'étude 2016 de la fédération régionale des SSTI d'Île-de-France qui identifie que 4.88% de salariés vus par des médecins du travail ont reçu « un certificat autre qu'apte » au cours de l'année. Parmi ces personnes, les 2/3 étaient âgés de 50 ans et plus. Un suivi de ces situations a pu être réalisé sur des périodes variables allant de 2 à 12 mois. Cela a permis d'observer que 2 fois sur 3 une reprise avait été possible : soit avec un aménagement de poste (cas majoritaire), soit sans qu'un aménagement soit nécessaire, soit par le biais d'un reclassement<sup>18</sup>.
- La seconde est celle de l'observatoire du maintien dans l'emploi (OMDE) de la région Centre Val de Loire réalisée en 2014. Étaient inclus des salariés soit inaptes soit aptes avec aménagements ou restrictions. Leur devenir était recueilli à 2, 6 puis 12 mois. Au moment de l'inclusion 62% d'entre eux avaient plus de 50 ans, 80% d'entre eux étaient ouvriers, 31% titulaires d'une RQTH et 4% d'une invalidité. Il n'y avait pas de précision directe sur l'origine professionnelle ou non de la restriction mais 14% avaient un AT/MP déclaré ou en cours. Cette étude retrouvait 92% de maintien en emploi (dans et hors l'entreprise) à 12 mois<sup>18</sup>.

D'autres études se sont intéressées au profil des salariés faisant l'objet de ces préconisations et à leur maintien en emploi.

- D'après S. Dietsch 2021<sup>10</sup>, les profils des salariés avec aménagements de poste différaient significativement de ceux déclarés inaptes médicalement. Des associations significatives avec l'inaptitude étaient retrouvées pour : le sexe féminin (OR 1.20 IC 95% [1.08-1.34]), l'âge supérieur à 55 ans (OR 1.48 IC 95% [1.29-1.69]), les secteurs de l'industrie alimentaire (OR 1.36 IC 95% [0.88-2.11]) et les services relatifs aux bâtiment (OR 1.57 IC 95% [1.13-2.18]), la taille de l'entreprise < 10 salariés (OR 1.37 IC 95% [1.21-1.54]), les métiers de services directs aux particuliers (OR 1.72 IC 95% [1.3-2.18]) et les employés de commerce (OR 1.40 IC 95% [1.06-1.85]).
- Enfin, dans l'enquête © « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer »<sup>11</sup>, il y avait un meilleur maintien à 5 ans lorsqu'un aménagement de poste avait été réalisé (89% de maintien contre 70% sans aménagement).

Ces études suggèrent que les deux situations diffèrent par le profil de salariés concernés et par la probabilité de maintien en emploi.

#### 1.2.4.3. Aménagement de poste avant inaptitude.

- Dans l'étude menée en Ille-et-Vilaine<sup>3</sup>, 65 % des inaptitudes n'avaient pas été précédées d'un aménagement de poste dans les 24 mois.

- Dans le Nord Pas de Calais en 2015, parmi les 80 salariés déclarés inaptes de l'étude, 35% avaient fait l'objet d'une demande d'aménagement par le médecin du travail dans un délai moyen de 9 mois précédant l'inaptitude.
- Une autre étude portant sur 447 inaptitudes prononcées en Normandie en 2018 rapporte que les  $\frac{3}{4}$  des inaptitudes ne faisaient pas suite à un aménagement et 69 % du temps les médecins avaient estimé qu'aucune préconisation n'aurait évité l'inaptitude. Par ailleurs, il était précisé que la dernière visite médicale datait le plus souvent de plus de 3 ans.
- Dans l'étude Francilienne de 2019<sup>22</sup> menée sur questionnaire auprès de médecins du travail, l'aménagement permettait d'éviter l'inaptitude : 4 fois plus souvent lorsque l'employeur avait été contacté en sus de l'avis, près de 5 fois plus si la préconisation portait sur un aménagement matériel et 3 fois plus si l'aménagement était appliqué en totalité.

Ces données suggèrent que la plupart du temps il n'y a pas de période d'aménagement de poste avant l'inaptitude.

### 1.2.5. Rôle de la pathologie

#### 1.2.5.1. Pathologie et inaptitude

Comme nous l'avons vu précédemment, les pathologies les plus pourvoyeuses d'inaptitude sont les affections de l'appareil locomoteur (pour plus de la moitié) et les troubles psychiques (environ 1/3) et toutes les données de la littérature citée convergent vers ces chiffres.

#### 1.2.5.2. Pathologie et aménagement de poste

- L'étude 2016 de la fédération régionale des SSTi d'Île-De-France<sup>18</sup> retrouve que les pathologies ostéo-articulaires étaient majoritairement à l'origine des restrictions (57%) suivies d'autres maladies chroniques invalidantes (21%), des maladies psychiques (19%) et enfin des déficits sensoriels (2%). L'origine professionnelle était retrouvée pour 19% des salariés concernés.
- L'OMDE Centre Val de Loire<sup>18</sup> identifie également les pathologies de l'appareil locomoteur (67%) et les troubles mentaux et du comportement (7 %).
- Dans l'étude francilienne<sup>22</sup> portant sur 246 situations d'aménagement de poste, plus de la moitié concernaient des salariés porteurs d'une maladie chronique et 22% de salariés étaient bénéficiaires d'une RQTH.

#### 1.2.5.3. Pathologie et maintien dans l'emploi

- D'après une enquête de la DARES<sup>19</sup> menée entre 2013 et 2016, la déclaration d'un état de santé altéré était un facteur péjoratif de maintien dans l'emploi à 3 ans ; 83% de ces salariés en emploi en 2013 l'étaient toujours en 2016, contre 89% pour ceux se disant en bonne santé. Cette enquête souligne par ailleurs des facteurs impactant le maintien en emploi de ces salariés à la santé fragile de manière spécifique. Il s'agissait :
  - o De bons rapports au sein du collectif de travail ou le fait d'avoir été consulté pour l'élaboration du DUER comme facteurs favorables

- o D'une visite chez le médecin du travail dans les 2 années précédentes comme améliorant également le maintien
- o Des discontinuités dans la carrière professionnelle comme étant plus souvent à l'origine d'une sortie de l'emploi pour ces salariés fragiles par rapport à ceux se disant en bonne santé.
- Une étude rétrospective<sup>8</sup> menée par la MDPH de la Vienne s'est intéressée au devenir à 4 ans de 352 salariés reconnus travailleurs handicapés en 2013. N'étaient inclus que ceux dont le handicap était en lien avec une pathologie rhumatologique. L'étude mettait en évidence 65% de maintien en emploi et rapportait que 62% de ces personnes toujours en emploi bénéficiaient d'un aménagement de poste. Les pathologies les plus fréquentes étaient les discopathies intervertébrales (28%), les tendinites (20%) et l'arthrose (8%). L'analyse multivariée mettait en évidence une association entre un meilleur maintien 4 ans après l'obtention d'une RQTH et : l'appartenance à un établissement public (OR 17.88 IC 95% [5.88-54.37]), l'accompagnement par le SAMETH (OR 4.22 IC 95% [1.47-12.14]) et l'ancienneté supérieure à 10 ans dans l'entreprise (OR 6.59 IC 95% [2.96-14.66]). Les facteurs péjoratifs étaient : l'arrêt de travail supérieur à 2 ans (OR 0.25 IC 95% [0.09-0.68]) et l'existence d'une invalidité de catégorie ou d'une rente (OR 0.35 IC 95% [0.15-0.78]).
- D'après les données de l'enquête « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer »<sup>11</sup>, les facteurs associés à la sortie de l'emploi 5 ans après la survenue du cancer étaient : l'âge supérieur à 50 ans, un niveau d'études inférieur au baccalauréat, un changement d'emploi dans les 2 années suivant le diagnostic, la réduction du temps de travail, le sentiment de rejet voire de discrimination au travail, la fatigue ressentie, une évolution péjorative du cancer, une gêne vis-à-vis de l'apparence physique après traitement et un changement de priorité dans sa vie. A l'inverse, l'aménagement de poste était corrélé à un meilleur maintien à 5 ans.

#### 1.2.6. Dispositif « IODA »<sup>9</sup>

##### 1.2.6.1. Origine du projet et objectif

Il existait un besoin au niveau national comme régional d'améliorer les connaissances sur le processus menant à l'inaptitude au regard de l'impact social fort de celle-ci. Au niveau régional, le projet IODA a été élaboré afin répondre aux axes « maintien dans l'emploi » et « maladies chroniques » du PRST3 en Occitanie.

Concrètement, il consistait en la saisie par les médecins du travail d'une ou 2 pathologies principales en lien avec l'inaptitude médicale. Cette saisie était réalisée parmi une liste succincte d'item tirés de la CIM10, sélectionnés en fonction de leur fréquence mais aussi des actions de prévention auxquels ils pouvaient donner lieu.

Ce recueil a débuté en septembre 2019 et doit pouvoir produire des résultats annuellement.

L'objectif principal du dispositif est de permettre aux régions et aux services de santé au travail de prioriser les actions de prévention et estimer leur impact sur les inaptitudes et in fine sur le maintien dans l'emploi.

##### 1.2.6.2. Premiers résultats après un an de recueil

Les résultats de la période entre septembre 2019 et septembre 2020 ont été récemment publiés. Des données portant sur plus de 1 200 000 salariés (dont 8 400 inaptitudes) ont pu

être recueillies, avec 80 % de participation des médecins du travail (20 % de données manquantes sur le diagnostic de la pathologie en cause).

Elles retrouvent : une incidence de l'inaptitude dans la région de 7.9/1000 salariés par an, dont 32 % d'origines professionnelles et 2/3 prononcées avec une dispense de reclassement.

Le dispositif met en évidence des différences de profil entre population globale des SSTi et salariés déclarés inaptés : des salariés plus âgés (médiane à 47 ans parmi les salariés inaptés au lieu de 40 ans en population globale), une prédominance du sexe féminin (56.9 % parmi les inaptés au lieu de 45.4%) et 80 % d'ouvriers ou employés parmi les inaptés (contre 60%). Ces différences étaient statistiquement significatives.

Comme attendu, les pathologies ostéo-articulaires et psychiques étaient les plus fréquentes avec une incidence de 3 pour 1000 salariés par an pour chacune des deux. Les premières étaient majoritairement représentées par les lombalgies/sciatalgies/cruralgies et les secondes par les troubles dépressifs.

Tableau 4: Nombre et taux d'incidence des déclarations d'inaptitude pour chaque famille de pathologie.

Pathologies	Déclarés inaptés (n)	Taux incidence (/100 000)	IC [95%]
Maladies de l'appareil locomoteur	3190	302	[292-313]
Troubles mentaux et du comportement	3110	295	[285-305]
Maladies de l'appareil circulatoire	303	29	[26-32]
Tumeurs malignes	211	20	[17-23]
Maladies du système nerveux	167	16	[14-18]
Maladies de l'appareil respiratoire	111	11	[9-13]
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	104	9	[8-12]
Maladies de l'œil et de l'oreille	75	7	[6-9]
Maladies de l'appareil digestif	63	6	[5-8]
Autres diagnostics	140	13	[11-16]

Source : Rapport final du projet IODA « Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses », Juin 2021

Des associations statistiquement significatives étaient également retrouvées :

- Entre sexe et pathologie : les femmes étaient plus souvent « inaptés » en raison d'un diagnostic de cervicalgie/névrалgie cervico-brachiale, d'un trouble musculosquelettique des mains ou des poignets, d'une polyarthrite ou d'un épisode dépressif ; les hommes l'étaient plus souvent en raison de sciatalgies/lombalgies, de trouble musculosquelettique des membres inférieurs, de séquelles de lésion traumatiques et de maladie cardio-vasculaires.
- Entre métier et pathologie : alors que les métiers associés à l'inaptitude toutes causes médicales confondues étaient sensiblement les mêmes que ceux associés aux diagnostics rhumatologiques, les métiers associés aux pathologies de la sphère psychique n'étaient pas superposables et reflétaient d'avantage des expositions aux risques psycho-sociaux.

In fine, les résultats du dispositif soulignent à la fois les caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau de qualification) liées aux inaptitudes mais également la part des

expositions professionnelles dans la survenue de pathologies à l'origine de l'inaptitude médicale.

Des métiers telles que les aides à domicile ou les employés de l'hôtellerie autant exposés aux TMS qu'aux RPS figurent parmi les plus à risque d'inaptitude.

Tableau 5: Facteurs associés au taux d'incidence des inaptitudes « toutes pathologies », taux d'incidence et risques relatifs ajustés (analyse multivariée)

	RR ajustés	IC 95%	p-value
<b>Sexe</b>			
<b>Homme</b>	1 (réf)		
<b>Femme</b>	1,57	[1,49-1,66]	<0,001
<b>Age</b>			
<25 ans	1 (réf)		
25-34 ans	1,89	[1,64-2,17]	<0,001
35-44 ans	2,56	[2,23-2,93]	<0,001
45-54 ans	2,87	[2,50-3,29]	<0,001
>=55 ans	4,09	[3,57-4,70]	<0,001
<b>Contrat</b>			
<b>CDI</b>	1 (réf)		
<b>Contrat précaire</b>	0,34	[0,31-0,38]	<0,001
<b>Métiers (liste non exhaustive)</b>			
<b>Employé administratif</b>	1 (réf)		
<b>Employé ou artisan ambulancier</b>	4,20	[3,10 – 5,70]	<0,001
<b>Aide à domicile – aide-ménagère</b>	4,08	[3,32 – 5,01]	<0,001
<b>Ouvrier de production agro-alimentaire</b>	3,96	[3,00 – 5,23]	<0,001
<b>Standardiste</b>	3,39	[2,50 – 4,59]	<0,001
<b>Employé ou artisan coiffure et esthétique</b>	3,24	[2,43 – 4,32]	<0,001
<b>Employé de l'hôtellerie</b>	3,09	[2,25 – 4,23]	<0,001
<b>Ouvrier ou artisan gros œuvre, travaux public, béton</b>	3,08	[2,44 – 3,89]	<0,001

Source : Rapport final du projet IODA « Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses », Juin 2021

Tableau 6: Les 8 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour pathologie de l'appareil locomoteur est plus de 6 fois supérieur au risque de techniciens et agents de maîtrise « non classés ailleurs » (analyse multivariée).

	RR ajustés	IC 95%	p-value
<b>Autres techniciens, agents de maîtrise non classé ailleurs</b>	1 (réf)		
<b>Employé ou artisan ambulancier</b>	9,18	[5,68 - 14,83]	<0,001
<b>Aide à domicile – aide-ménagère</b>	9,00	[6,23 - 12,99]	<0,001
<b>Ouvrier de production agro-alimentaire</b>	6,86	[4,29 – 10, 95]	<0,001
<b>Coursier, livreur, taxi</b>	6,78	[4,46 – 10,30]	<0,001
<b>Ouvrier ou artisan gros œuvre, travaux public, béton</b>	6,56	[4,43 – 9,73]	<0,001
<b>Employé de traitement des déchets ou assainissement</b>	6,31	[4,35- 9,17]	<0,001
<b>Employé de l'hôtellerie</b>	6,18	[3,73 – 10,23]	<0,001
<b>Monteur ensemble mécanique ou structure métallique</b>	6,12	[3,15 - 11,89]	<0,001

Source : Rapport final du projet IODA « Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses », Juin 2021.

Tableau 7: Les 10 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour troubles mentaux et du comportement est plus de 3 fois le risque des cadres administratifs et secrétariat supérieur (analyse multivariée)

	RR ajustés	IC 95%	p-value
<b>Cadres administratifs et secrétariat sup.</b>	1 (réf)		
<b>Standardiste</b>	4,87	[3,18 – 7,46]	<0,001
<b>Cadres infirmiers</b>	4,71	[2,77 – 8,01]	<0,001
<b>Responsable petits magasins, cadre de l'exploitation des magasins</b>	4,04	[2,79 – 5,84]	<0,001
<b>Ambulanciers (y.c. artisan)</b>	4,01	[2,44 – 6,60]	<0,001
<b>Agents de sécurité</b>	3,80	[2,52 – 5,74]	<0,001
<b>Professions commerciales banque et assurances</b>	3,49	[2,30 – 5,32]	<0,001
<b>Employés de commerce</b>	3,42	[2,54 – 4,62]	<0,001
<b>Educateurs spécialisés</b>	3,12	[2,16 – 4,50]	<0,001
<b>Aide à domicile et aide-ménagère</b>	3,09	[2,24 – 4,26]	<0,001
<b>Employés de l'hôtellerie</b>	3,07	[1,87 – 5,05]	<0,001

Source : Rapport final du projet IODA « Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses », Juin 2021.

### 1.2.7. Problématique

Les données de la littérature ayant trait à l'inaptitude médicale sont riches et les profils des salariés concernés sont bien décrits.

Cependant leur devenir professionnel à distance et les facteurs l'influençant le sont moins. Quelques études avancent des chiffres de maintien dans l'emploi après inaptitude très faibles (probablement inférieur à 10% d'après l'IGAS). Une étude suggère, à 1 an de l'inaptitude, que la sortie de l'emploi serait associée à l'âge (supérieur 48 ans), l'existence d'une incapacité (RQTH ou Invalidité de catégorie 2) et une pathologie psychique à l'origine de l'inaptitude. La plupart de ces investigations étaient menées sur de courtes durées (recul de 6 mois à 1 an), avec des effectifs souvent faibles (au mieux 400 salariés) et s'appuyaient uniquement sur le volontariat des médecins, ce qui était à l'origine d'un biais important. Quelques études portant sur le devenir au-delà d'1 an après la survenue d'une pathologie (cancers, maladies ostéo-articulaires) ont été réalisées mais elles n'indiquaient pas toujours s'il y avait eu un passage par l'inaptitude et les échantillons de salariés, recrutés sur la pathologie, n'étaient pas représentatifs de l'ensemble de la population.<sup>3, 8, 11, 16</sup>

D'autre part, les connaissances sur l'aménagement de poste sont très restreintes. D'après les données de l'IGAS, ils concerneraient 3 à 5 % des salariés du régime général. Leur fréquence lors d'une visite de reprise après maladie a été approchée par quelques études : celle réalisée par La Poste en 2015 et retrouvant 40% de reprise avec préconisations ainsi que celle des hauts de France retrouvant un taux de 34%.<sup>6, 18</sup>

La typologie des aménagements était, elle aussi, très mal connue ; quelques publications citaient succinctement les mesures proposées par les médecins du travail mais les disparités de classification de ces préconisations entre les études rendaient l'analyse complexe. Il ressortait cependant que les aménagements « organisationnels » ou du temps de travail seraient les mesures les plus fréquemment sollicitées<sup>3, 6, 10, 11</sup>

Concernant le devenir après un aménagement, seulement deux études régionales citées dans par l'IGAS l'investiguaient et elles retrouvaient 2/3 à 90% de maintien à 1 an. Ces études présentaient cependant de nombreux biais tels que le volontariat des médecins ou des périodes de suivi non homogènes<sup>18</sup>.

Enfin, des études récentes suggéraient que les caractéristiques médico-socio-professionnelles étaient différentes entre salariés inaptes et salariés bénéficiant d'aménagement de poste. Ainsi, d'après le travail de thèse de S. Dietsch publiée en 2021, cette dernière population serait plus souvent constituée d'hommes, serait plus jeune, occuperait d'avantage des métiers de cadres ou de professions intermédiaires et appartiendrait plus souvent à des entreprises de plus de 50 salariés que la population inapte. D'autres études indiquaient que plus de 2 fois sur 3 les inaptitudes n'étaient pas précédées d'un aménagement et d'après l'enquête de l'ACMS en 2019 il y avait des corrélations entre des aménagements permettant d'éviter l'inaptitude et l'implication de l'entreprise. <sup>3</sup>

De notre revue de la littérature nous retenions, qu'à ce jour, aucune étude ne s'était intéressée au devenir à long terme après l'inaptitude avec un niveau de preuve suffisant. En effet aucune ne s'appuyait sur : des effectifs importants et représentatifs de la population globale, des données recueillies en routine et un recul supérieur à 1 an. Aucune n'avait permis non plus de comparer les pathologies en lien avec ces inaptitudes à celles à l'origine de préconisations. Par ailleurs, concernant l'aménagement de poste, les études étaient encore plus rares ; seules quelques enquêtes régionales avec de faibles niveaux de preuve avaient évalué le maintien en emploi après un aménagement et aucune ne s'y était intéressée avec un recul supérieur à 1 an. Enfin, aucune étude n'avait investigué les facteurs influençant ce maintien.

#### 1.2.8. Objectifs principaux

Ainsi nous souhaitons à la fois identifier les facteurs du maintien durable en emploi mais aussi mieux connaître les caractéristiques (notamment en termes de pathologie) des salariés accompagnés par les SSTI dans une démarche de maintien dans l'emploi. Nous avons ainsi deux objectifs principaux.

##### *1.2.8.1. Premier objectif principal.*

Nous cherchions à identifier les caractéristiques socio-professionnelles associées au maintien en emploi en 2020 de salariés ayant justifié d'une demande d'aménagement de poste ou d'une inaptitude en 2016 ou 2017.

Le critère de jugement principal était le maintien ou non du salarié en 2020 dans la liste des salariés actifs suivis par l'ASTIA. Les variables explicatives recueillies en 2016 étaient les suivantes : l'âge, le sexe, les incapacités déclarées, le secteur d'activité (code NAF) et la catégorie socio-professionnelle (code PCS) des salariés inclus.

##### *1.2.8.2. Second objectif principal*

Nous voulions également connaître les caractéristiques médico-socio-professionnelles et notamment la pathologie principale codée associées à l'inaptitude comparées à celles associées à l'aménagement de poste lors de la première année d'existence du dispositif IODA. En effet, au sein de notre service de santé au travail, la saisie informatique d'une ou deux pathologies principales avait été étendue aux préconisations et aptitudes avec aménagements de poste ce qui nous permettait de mener notre comparaison.

Les variables explicatives recueillies au moment de l'examen de suivi individuel de l'état de santé étaient les suivantes : le sexe, l'âge, la pathologie principale renseignée par le médecin du travail, les incapacités déclarées, le motif et la date de la visite médicale, le secteur d'activité (code NAF), la taille de l'entreprise, la catégorie socio-professionnelle (code PCS), la surveillance déclarée et le type de contrat des salariés inclus.

### 1.2.9. Objectif secondaire

Notre objectif secondaire était de décrire les différents types d'aménagement de poste demandés par les médecins du travail ainsi que leur fréquence dans notre échantillon 2016-2017. Pour cela, nous avons repris la grille d'analyse utilisée dans le travail de thèse S. Dietsch afin d'améliorer la comparabilité de nos résultats.



# MATERIEL ET METHODES

---

## *1.1. Populations à l'étude*

Notre étude a été basée sur 2 échantillons de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude ou d'une demande aménagement de poste par le médecin du travail parmi l'ensemble des salariés du secteur privé de Haute Garonne dépendant du régime général de la sécurité sociale et suivis par le service de santé au travail inter-entreprises ASTIA (Association de Santé au Travail Inter-entreprise et de l'Artisanat) :

- Le premier a été constitué parmi les salariés vus en 2016 et en 2017, il représentait un effectif de 11057 salariés
- Le second était issu des 85286 salariés vus entre le 1<sup>er</sup> novembre 2019 et le 16 décembre 2020 dans notre service, il représentait un effectif de 9424 salariés.

## *1.2. Etudes*

Pour répondre aux objectifs principaux, deux études distinctes ont été menées :

- Une enquête de cohorte rétrospective, portant sur le devenir en 2020 des salariés vus en 2016-2017.
- L'autre, descriptive transversale, portant sur ceux vus entre novembre 2019 et décembre 2020 ; période correspondant à la première année de fonctionnement du dispositif IODA au sein de l'ASTIA.

## *1.3. Variables à l'étude et modèle statistique utilisé*

Pour nos deux échantillons, les caractéristiques socio-professionnelles avaient été recueillies à partir de la saisie réalisée en routine par les médecins du travail dans le Dossier Médical Santé Travail (DMST) informatisé. Les données ainsi extraites du logiciel Preventiel ont été anonymisées puis recodées pour faciliter le traitement statistique.

Une première analyse descriptive a été réalisée afin de connaître les effectifs et les pourcentages concernées pour chaque variable.

Des analyse univariées puis multivariées par régression logistique du maximum de vraisemblance ont ensuite été réalisées afin de rechercher des associations entre les variables explicatives et :

- Le maintien en emploi en 2020 pour notre premier échantillon
- L'existence d'un aménagement ou d'une inaptitude pour le second.

Ces analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA.

Les résultats ont été présentés sous la forme d'Odds Ratio avec un intervalle de confiance à 95% et un seuil de  $p=0.05$  choisi comme seuil de significativité.

Les paragraphes 1.3.1.1 et 1.3.2 ainsi que les Tableau 8 et Tableau 10 suivants détaillent les données étudiées pour chaque échantillon.

### 1.3.1. Echantillon issu des salariés vus en 2016 et 2017

Notre échantillon de 11057 salariés était constitué de 2663 « inaptes » et 8394 salariés avec aménagement de poste.

### 1.3.1.1. Etude du maintien en emploi.

Les critères étudiés sont présentés dans le Tableau 8 ci-dessous.

Les catégories avec la mention « référence » étaient celles choisies comme référence pour la régression logistique.

Les catégories d'incapacité présentaient des recoupements, des salariés pouvant être bénéficiaires de plusieurs reconnaissances. Par ailleurs, pour la régression logistique chaque incapacité a été étudiée séparément, à savoir que l'on a recherché la probabilité d'être actif en 2020 en fonction de l'obtention ou non de chacune des incapacités.

Pour les catégories socio-professionnelles, les codes 21, 22, 23, 34, 35, 42, 45, 51 et les codes non saisis ont été rassemblés dans une même catégorie car ils représentaient des effectifs inférieurs à 100. On note également que le code PCS 10 (Agriculteurs) n'était pas représenté car ces métiers n'étaient pas suivis par l'ASTIA.

Tableau 8: Caractéristiques de « l'échantillon 2016-2017 » (N=11057)

Caractéristiques de « l'échantillon 2016-2017 »		N=11057	
		Effectif	%
<b>Inaptitude</b>		2663	24,1%
<b>Aménagement</b>		8394	75,9%
<b>Age en 2020</b>			
	Moins de 25 ans	516	4,7%
	Entre 25 et 34 ans ( <b>Référence</b> )	2108	19,1%
	Entre 35 et 44 ans	2632	23,8%
	Entre 45 et 54 ans	3397	30,7%
	Entre 55 et 64 ans	2311	20,9%
	Plus de 64 ans	93	0,8%
<b>Sexe</b>			
	Homme ( <b>Référence</b> )	4524	40,9%
	Femme	6533	59,1%
<b>Incapacité</b>			
	L'orientation vers le SAMETH ou un service social	762	6,9%
	La déclaration d'au moins un handicap parmi : RQTH, IPP> 10% ou invalidité de catégorie 1.	1469	13,3%
	La déclaration d'une invalidité de catégorie 2	268	2,4%
	La déclaration d'une Affection de Longue Durée	66	0,6%
<b>Secteur d'activité d'après le code NAF à 1 lettre</b>			
C	Industrie manufacturière	1089	9,8%
F	Construction	317	2,9%
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	2088	18,9%
H	Transports et entreposage	562	5,1%
I	Hébergement et restauration	626	5,7%
J	Information et communication	438	4,0%
K	Activités financières et d'assurance	404	3,7%
L	Activités immobilières	144	1,3%
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	802	7,3%
N	Activités de services administratifs et de soutien	1020	9,2%
O	Administration publique	367	3,3%

P	Enseignement	131	1,2%
Q	Santé humaine et action sociale (Référence)	2557	23,1%
S	Autres activités de services	313	2,8%
-	Codes non saisis et effectifs < 100, comprenant :	199	1,8%
A	<i>Agriculture, sylviculture et pêche</i>		
B	<i>Industries extractives</i>		
D	<i>Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné</i>		
E	<i>Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution</i>		
R	<i>Arts, spectacles et activités récréatives</i>		
T	<i>Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre</i>		
U	<i>Activités extraterritoriales</i>		
<b>Catégorie socio-professionnelle selon le code PCS à 2 chiffres</b>			
34	Professeurs, professions scientifiques	58	0,5%
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	35	0,3%
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	507	4,6%
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises	608	5,5%
42	Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	98	0,9%
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	608	5,5%
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	59	0,5%
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises (Référence)	760	6,9%
47	Techniciens (sauf techniciens tertiaires)	734	6,6%
48	Contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue)	161	1,5%
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	940	8,5%
53	Policiers, militaires et agents de surveillance	188	1,7%
54	Employés administratifs d'entreprise	905	8,2%
55	Employés de commerce	1053	9,5%
56	Personnels des services directs aux particuliers	1270	11,5%
62	Ouvriers qualifiés de type industriel	540	4,9%
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	560	5,1%
64	Chauffeurs	368	3,3%
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	328	3,0%
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel	350	3,2%
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal	510	4,6%
-	Effectifs insuffisants (Codes 21, 22, 23, 34, 35, 42, 45, 51) et codes non saisis	417	3,8%

### *1.3.1.2. Etude de la nature de l'aménagement.*

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons également étudié la nature l'aménagement (renseigné pour 773 salariés) dans cet échantillon.

Les préconisations étant notées en texte libre, nous avons recodé chacun de ces aménagements en fonction de la grille d'analyse utilisée par S. Dietsch (présentée ci-dessous). Lorsque le médecin du travail faisait plusieurs types de préconisations, nous ne gardions que les deux plus significatives.

Tableau 9: Nature des préconisations

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

### 1.3.2. Echantillon de salariés intégrés au dispositif IODA vus entre novembre 2019 et décembre 2020

Dans notre échantillon de 9424 salariés, 7945 avaient bénéficié d'un aménagement et 1479 avaient fait l'objet d'une inaptitude.

Les critères étudiés sont présentés dans le Tableau 10 ci-dessous.

Comme précédemment, les catégories avec la mention « référence » étaient celles choisies comme référence pour la régression logistique.

Ici l'impact de l'incapacité sur l'obtention d'un aménagement ou d'une inaptitude a été étudiée par comparaison à la RQTH, les effectifs des autres catégories d'incapacité étant insuffisants.

Concernant la catégorie socio-professionnelle, il y avait quelques saisies erronées d'agriculteurs alors que notre service n'en suit pas.

Tableau 10: Caractéristiques de « l'échantillon IODA » (N = 9424)

Caractéristiques de « l'échantillon IODA »	N = 9424	
	Effectif	%
<b>Age en 2020</b>		
Moins de 25 ans	403	4,3%
Entre 25 et 34 ans	1629	17,3%
Entre 35 et 44 ans	2213	23,5%
Entre 45 et 54 ans ( <b>Référence</b> )	2931	31,1%
Entre 55 et 64 ans	2169	23,0%
Plus de 64 ans	79	0,8%

<b>Sexe</b>			
	Homme ( <b>Référence</b> )	3891	41,3%
	Femme	5533	58,7%
<b>Incapacité</b>			
	ALD	224	2,4%
	Invalidité de 1ère catégorie	280	3,0%
	Invalidité de 2ème catégorie	102	1,1%
	IPP	31	0,3%
	RQTH ( <b>Référence</b> )	1112	11,8%
	Aucune incapacité renseignée	7675	81,4%
<b>Pathologie principale</b>			
<i>Lettre d'appareil</i>	<i>Appareil correspondant</i>		
A	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	50	0,5%
C	Tumeurs	157	1,7%
D	Maladies du sang et anomalies du système immunitaire	116	1,2%
E	Maladies endocriniennes (dont diabète sucré)	126	1,3%
F	Pathologies psychiques	979	10,4%
G	Maladies neurologiques	233	2,5%
H	Maladies de l'œil et de l'oreille	103	1,1%
I	Maladies cardio-vasculaires	285	3,0%
J	Maladie de l'appareil respiratoire	210	2,2%
K	Maladies de l'appareil digestif	41	0,4%
L	Maladies dermatologiques	55	0,6%
M	Maladies de l'appareil ostéo-articulaires ( <b>Référence</b> )	1752	18,6%
N	Maladies urologiques	123	1,3%
T	Séquelles de lésion traumatique	149	1,6%
-	Pathologie non renseignée	5045	53,5%
<b>Secteur d'activité selon le code NAF à 1 lettre</b>			
C	Industrie manufacturière	924	9,8%
F	Construction	214	2,3%
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles ( <b>Référence</b> )	1754	18,6%
H	Transports et entreposage	373	4,0%
I	Hébergement et restauration	384	4,1%
J	Information et Communication	681	7,2%
K	Activités financières et d'assurance	491	5,2%
L	Activités immobilières	174	1,8%
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	774	8,2%
N	Activités de services administratifs et de soutien	835	8,9%
O	Administration publique	464	4,9%
P	Enseignement	162	1,7%
Q	Santé humaine et action sociale	1757	18,6%
R	Arts, spectacles et activités récréatives	114	1,2%
S	Autres activités de services	248	2,6%
-	Effectif insuffisant ou non renseigné (dont A, B, D et E)	75	0,8%
<b>Taille de l'entreprise (en nombre de salariés)</b>			
	Moins de 10 ( <b>Référence</b> )	1057	11,2%

10 à 49	2353	25,0%
50 à 299	3481	36,9%
300 et +	2533	26,9%
<b>Catégorie socio-professionnelle selon le code PCS à 1 chiffre</b>		
Cadres et professions intellectuelles supérieures ( <b>Référence</b> )	892	9,5%
Professions intermédiaires	1283	13,6%
Employés	2404	25,5%
Ouvriers	1155	12,3%
Catégorie non renseignée ou saisie erronée	3690	39,2%
<b>Surveillance déclarée</b>		
SI ( <b>Référence</b> )	5757	61,1%
SIA	1622	17,2%
SIR	2045	21,7%
<b>Type de contrat</b>		
CDI et CDI de chantier ( <b>Référence</b> )	7556	80,2%
CDD et saisonnier	703	7,5%
Apprenti et contrat de professionnalisation	127	1,3%
Intérimaire et intermittent du spectacle	19	0,2%
Donnée non renseignée	1019	10,8%
<b>Motif de la visite</b>		
Initiales et périodiques	738	7,8%
Reprise ( <b>Référence</b> )	4963	52,7%
Occasionnelle	3723	39,5%
<b>Date de la visite</b>		
Du 1/11/2019 au 15/03/2020 ( <b>Référence</b> )	2414	25,6%
Du 16/03/2020 au 16/12/2020	7010	74,4%

# RESULTATS

## 1.1. Echantillon « 2016-2017 »

### 1.1.1. Résultats d'analyse descriptive de la nature des aménagements

Tableau 11: Nature des aménagements : effectif (N) et pourcentages

Nature des préconisations	N	%
Reprise à temps partiel thérapeutique	667	63.5
Contre-indication au travail de nuit	9	0.9
Aménagement des horaires de travail	65	6.9
Limitation des activités exposant aux risques psychosociaux	10	1
Contre-indication à un poste dit de sécurité*	3	0.3
Nécessité de port d'un équipement de protection individuelle (EPI)	2	0.2
Contre-indication au port de chaussures de sécurité	3	0.3
Contre-indication à l'exposition à des agents chimiques	0	0
Contre-indication à l'exposition à des agents biologiques	0	0
Limitation des déplacements professionnels	25	2.4
Préconisation d'un véhicule avec boîte de vitesses automatique	2	0.2
Préconisation d'un télétravail	12	1.1
Amélioration de l'ergonomie du poste de travail sur écran	14	1.3
Limitation des activités physiques**	192	18.3
Aménagement des tâches de travail (certaines activités sont temporairement ou définitivement proscrites)	24	2.3
Changement de poste	8	0.8
Contre-indication à l'utilisation d'outils vibrants	0	0
Autres	14	1.3
Total	1050	100%

\*Les postes dit de sécurité sont définis par l'article L. 4624-2 du code du Travail : « 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 bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. [...] »

\*\* étaient définies comme activités physiques toutes les tâches entraînant des contraintes posturales et pénibilité physique.

Pour rappel, la nature de l'aménagement n'était précisée que pour 773 salariés (sur les 8394 concernés) et lorsque les préconisations étaient multiples nous n'avions retenu que les 2 principales mesures. Ainsi il y avait 1050 mesures étudiées.

La principale mesure retrouvée était de loin le temps partiel thérapeutique.

La limitation des activités physiques concernait près d'un salarié sur 5, elle était le plus souvent retrouvée en association au temps partiel thérapeutique.

### 1.1.2. Résultats d'analyse descriptive du maintien en emploi

L'effectif de la population étudiée était de 11057 salariés dont :

- 2663 « inaptes », et
- 8394 avec « aménagement de postes ».

**Les salariés étaient comptabilisés comme « actifs » s'ils faisaient toujours partie de la base ASTIA (auprès du même employeur ou non) en novembre 2020.**

#### 1.1.2.1. *Maintien et reclassement*

Tableau 12: Activité en 2020 et type de reclassement : effectif (N) et pourcentage

Activité en 2020	« Inaptes » N = 2663		« Aménagements de poste » N = 8394	
	N	% en colonne	N	% en colonne
<b>INACTIFS</b>	2273	85,4%	3688	43,9%
<b>ACTIFS :</b>	390	<b>14,6%</b>	4706	<b>56,1%</b>
... dont : reclassement interne	59	2.2%	3754	44.7%
... dont reclassement externe	309	11.6%	899	10.7%
... Non Renseigné	22	0.8%	53	0.6%

Plus de la moitié des salariés (56.1%) ayant bénéficié d'un aménagement de poste étaient toujours actifs en 2020 alors que seulement 14.6 % de ceux déclarés inaptes l'étaient.

Parmi les salariés toujours actifs :

- La majorité de ceux avec aménagements avaient bénéficié d'un reclassement en interne
- Alors que ceux avec inaptitude étaient majoritairement reclassés en externe.

#### 1.1.2.2. *Sexe*

Tableau 13: Actifs en 2020 selon le sexe : effectif et pourcentage.

Sexe	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
Homme	981	159	16,2%	3543	2009	56,7%
Femme	1682	231	13,7%	4851	2697	55,6%
Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Parmi les salariés « inaptes », 16.2 % des hommes et 13.7 % des femmes restaient actifs en 2020.

Les salariés ayant bénéficié d'un Aménagement de poste, 56.7 % des hommes et 55.6 % des femmes restaient actifs en 2020.

### 1.1.2.3. Age

Tableau 14: Actifs en 2020 selon l'âge en 2016 ou 2017 : effectif et pourcentage

Tranches d'âge	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
16-24 ans	94	22	23,40%	422	146	34,60%
25-34 ans	536	125	23,30%	1572	788	50,10%
35-44 ans	620	130	21,00%	2012	1229	61,10%
45-54 ans	691	85	12,30%	2706	1816	67,10%
55-64 ans	690	28	4,10%	1621	710	43,80%
Plus de 64 ans	32	0	0%	61	17	27,90%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Plus de la moitié des salariés âgés de 25 à 54 ans ayant bénéficié d'un aménagement de poste étaient toujours actifs en 2020.

Environ 1 salarié sur 5 âgé de 16 à 44 ans et ayant été déclaré inapte était toujours actif en 2020.

### 1.1.2.4. Incapacités

#### 1.1.2.4.1. Handicap (RQTH, IPP > 10 %, invall)

Tableau 15: Actifs en 2020 et présence d'un Handicap : effectif et pourcentage

Handicap	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
Aucun Handicap renseigné	2379	310	13,0%	7209	3906	54,2%
Au moins 1 handicap renseigné	284	80	28,2%	1185	800	67,5%
Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Le pourcentage d'actifs en 2020 était plus important lorsqu'il y avait au moins un Handicap reconnu.

#### 1.1.2.4.2. Invalidité de 2e catégorie

Tableau 16: Actifs en 2020 et invalidité de 2ème catégorie : effectif et pourcentage.

Invalidité de 2ème catégorie	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
Aucune invalidité renseignée	2542	384	15,1%	8247	4649	56,4%

Invalidité de 2ème catégorie	121	6	5,0%	147	57	38,8%
Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Le pourcentage d'actifs en 2020 était plus important lorsqu'aucune invalidité n'était renseignée.

#### 1.1.2.4.3. Affection longue durée

Tableau 17: Actifs en 2020 et ALD : effectif et pourcentage

ALD	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
Pas d'ALD renseignée	2660	387	14,5%	8331	4663	56,0%
ALD	3	3	100,0%	63	43	68,3%
Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Le pourcentage d'actifs en 2020 était plus important lorsqu'une ALD était renseignée (à noter toutefois, seulement 3 ALD renseignées pour les salariés « inaptes »).

#### 1.1.2.1. Orientation SAMETH ou service social

Tableau 18: Actifs en 2020 selon l'orientation vers le SAMETH ou un service social : effectif et pourcentage

Orientation	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
	N*	% d'actifs	Nombre d'inaptes	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
Aucune orientation renseignée	2435	14,9%	2435	7860	4403	56,0%
Orientation vers le Sameth ou un Service social renseignée	228	11,4%	228	534	303	56,7%
Total général	2663	14,6%	2663	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

Pour les salariés avec aménagement de poste, le pourcentage d'actifs était similaire entre ceux ayant bénéficié d'une orientation et ceux qui n'en ont pas eue.

Pour ceux ayant fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude, la différence était minime.

#### 1.1.2.1. Catégorie socio-professionnelle

Tableau 19: Actifs en 2020 selon le PCS à 2 chiffres : effectif et pourcentage

Code PCS 2 chiffres	Intitulé de la catégorie	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
		N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
34	Professeurs, professions scientifiques	11	1	9,1%	47	28	59,6%

35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	5	1	20,0%	30	14	46,7%
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	117	19	16,2%	390	212	54,4%
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises	61	7	11,5%	547	331	60,5%
42	Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées	21	3	14,3%	77	45	58,4%
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	134	13	9,7%	474	279	58,9%
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	15	3	20,0%	44	34	77,3%
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	178	24	13,5%	582	344	59,1%
47	Techniciens (sauf techniciens tertiaires)	89	10	11,2%	645	405	62,8%
48	Contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue)	37	9	24,3%	124	69	55,6%
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	202	23	11,4%	738	413	56,0%
53	Policiers, militaires et agents de surveillance	47	7	14,9%	141	78	55,3%
54	Employés administratifs d'entreprise	173	24	13,9%	732	456	62,3%
55	Employés de commerce	305	63	20,7%	748	383	51,2%
56	Personnels des services directs aux particuliers	448	65	14,5%	822	373	45,4%
62	Ouvriers qualifiés de type industriel	102	24	23,5%	438	268	61,2%
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	162	32	19,8%	398	204	51,3%
64	Chauffeurs	129	13	10,1%	239	118	49,4%
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	68	14	20,6%	260	158	60,8%
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel	74	8	10,8%	276	164	59,4%
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal	193	17	8,8%	317	154	48,6%
-	Effectif insuffisant	17	2	11,8%	59	34	57,6%
-	Non renseigné	75	8	10,7%	266	142	53,4%
-	Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

### 1.1.2.2. Secteur d'activité

Tableau 20: Actifs en 2020 selon le secteur d'activité : effectif et pourcentage

Lettre Code NAF	Secteur d'activité	« Inaptes »			« Aménagements de poste »		
		N*	Nombre d'actifs	% d'actifs	N**	Nombre d'actifs	% d'actifs
C	Industrie manufacturière	172	41	23,8%	917	578	63,0%
E	Production et distribution d'eau;	15	1	6,7%	40	22	55,0%
F	Construction	89	16	18,0%	228	114	50,0%

G	Commerce;	566	109	19,3%	1522	821	53,9%
H	Transports et entreposage	133	15	11,3%	429	263	61,3%
I	Hébergement et restauration	231	40	17,3%	395	203	51,4%
J	Information et communication	52	5	9,6%	386	244	63,2%
K	Activités financières et d'assurance	81	11	13,6%	323	212	65,6%
L	Activités immobilières	48	7	14,6%	96	55	57,3%
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	113	19	16,8%	689	377	54,7%
N	Activités de service administratif et de soutien	351	35	10,0%	669	332	49,6%
O	Administration publique	27	7	25,9%	340	264	77,6%
P	Enseignement	33	4	12,1%	98	57	58,2%
Q	Santé humaine et action sociale	589	54	9,2%	1968	1003	51,0%
R	Arts, spectacles et activités récréatives	18	2	11,1%	53	26	49,1%
S	Autres activités de services	112	17	15,2%	201	111	55,2%
-	Non codé ou effectif insuffisant	33	7	21,2%	40	24	60,0%
-	Total général	2663	390	14,6%	8394	4706	56,1%

\* Effectif de salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude par catégorie

\*\* Effectif de salariés ayant bénéficié d'un aménagement par catégorie

### 1.1.3. Salariés avec « Aménagement de poste » - Résultats d'analyse par régression logistique

L'effectif considéré était de 8394 personnes. La variable à expliquer était composée de deux groupes : être encore actif en 2020 ou ne plus l'être.

#### 1.1.3.1. Sexe

Tableau 21: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Sexe	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Femme (Référence Homme)	4851	0,96	0,88 – 1,04	1.01	0.91-1.13

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.

Il y avait un peu plus d'inactifs chez les femmes sans que cela soit significatif, ce résultat n'était pas modifié après ajustement.

#### 1.1.3.2. Age

Tableau 22: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Tranches d'âge	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
16-24 ans	422	0,53	0,42-0,66	0.57	0.46-0.72
25-34 ans (référence)	1572	1	-	1	-
35-44 ans	2012	1,56	1,37-1,78	1.44	1.26-1.66
45-54 ans	2706	2,03	1,79-2,30	1.97	1.73-2.25

<b>55-64 ans</b>	1621	<b>0,77</b>	<b>0,67-0,89</b>	<b>0.74</b>	<b>0.64-0.85</b>
<b>Plus de 64 ans</b>	61	<b>0,38</b>	<b>0,22-0,68</b>	<b>0.40</b>	<b>0.22-0.72</b>

*\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.*

Les différences sont significatives sur toutes les tranches d'âges avec un meilleur maintien dans l'emploi pour les 35 à 54 ans et une sortie de l'emploi pour les 16-24 ans et les plus de 54 ans.

### 1.1.3.3. Incapacités

#### 1.1.3.3.1. Orientation vers un service social interne à l'entreprise

Tableau 23: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social interne à l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Orientation vers un service social interne	Analyse Univariée		
	N	OR	IC 95%
Orientation renseignée (Référence : aucune orientation renseignée)	48	2,36	1,22 – 4,54

Meilleur maintien dans l'emploi si orientation vers un service social au sein de l'entreprise.

Pas d'analyse multivariée.

#### 1.1.3.3.2. Orientation vers le SAMETH ou un service social externe

Tableau 24: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social externe à l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Orientation vers le SAMETH ou un service social externe	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Orientation renseignée (Référence : aucune orientation renseignée)	534	1.03	0.86-1.23	0.96	0.79-1.16

*\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social interne, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.*

Résultat non significatif.

#### 1.1.3.3.3. Handicap (IPP ou RQTH ou INVAL 1)

Tableau 25: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'un Handicap (parmi IPP > 10%, RQTH ou Inval1). Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement

Handicap (IPP ou RQTH ou INVAL 1)	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Au moins un handicap (Référence : aucun handicap renseigné)	1185	1,76	1,54 – 2,00	1.72	1.50-1.98

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, invalidité de catégorie 2 et ALD.

L'obtention d'une IPP, d'une inval. 1 ou d'une RQTH est associée à un meilleur maintien dans l'emploi.

#### 1.1.3.3.4. Invalidité de 2e catégorie

Tableau 26: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une invalidité de 2e catégorie. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Invalidité de 2e catégorie	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Invalidité de 2e catégorie (Référence : aucune invalidité renseignée)</b>	147	0,49	0,35 – 0,68	0.37	0.26-0.53

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap et ALD.

L'invalidité catégorie 2 est associée à une perte de l'emploi.

#### 1.1.3.3.5. Affection longue durée (ALD)

Résultat non significatif.

Tableau 27: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une affection de longue durée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Affection longue durée	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>ALD (Référence : pas d'ALD renseignée)</b>	63	1.69	0.99-2.88	1.47	0.84-2.59

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap et invalidité de catégorie 2.

#### 1.1.3.4. Catégorie socio-professionnelle

Tableau 28: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code PCS à 2 chiffres. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Code PCS 2 chiffres	Intitulé de la catégorie	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
		N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
37	<b>Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises</b>	390	0,82	0,64 – 1,07	0.84	0.64-1.10
38	<b>Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises</b>	547	1,06	0,83 – 1,34	1.11	0.85-1.45
43	<b>Professions intermédiaires de la santé et du travail social</b>	474	0,99	0,77 – 1,27	<b>1.39</b>	<b>1.06-1.82</b>
46	<b>Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises – (Référence)</b>	582	1	-	1	-
47	<b>Techniciens (sauf techniciens tertiaires)</b>	645	1,17	0,93 – 1,47	1.23	0.97-1.58
48	<b>Contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue)</b>	124	0,87	0,59 – 1,28	0.90	0.60-1.35
52	<b>Employés civils et agents de service de la fonction publique</b>	738	0,88	0,71 – 1,10	1.10	0.85-1.40
53	<b>Policiers, militaires et agents de surveillance</b>	141	0,86	0,59 – 1,24	1.16	0.76-1.75

54	Employés administratifs d'entreprise	732	1,14	0,91 – 1,43	1.13	0.90-1.42
55	Employés de commerce	748	<b>0,73</b>	<b>0,58 – 0,90</b>	0.88	0.69-1.12
56	Personnels des services directs aux particuliers	822	<b>0,57</b>	<b>0,46 – 0,71</b>	<b>0.74</b>	<b>0.58-0.94</b>
62	Ouvriers qualifiés de type industriel	438	1,09	0,85 – 1,41	1.08	0.82-1.42
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	398	<b>0,73</b>	<b>0,56 – 0,94</b>	0.90	0.68-1.19
64	Chauffeurs	239	<b>0,67</b>	<b>0,50 – 0,91</b>	<b>0.69</b>	<b>0.49-0.96</b>
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	260	1,07	0,79 – 1,44	1.22	0.82-1.54
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel	276	1,01	0,76 – 1,35	1.19	0.87-1.62
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal	317	<b>0,65</b>	<b>0,50 – 0,86</b>	0.89	0.67-1.20
	Non renseigné ou effectifs < 100	257	0,91	0,72 – 1,15	1.00	0.77-1.29

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.

On retrouvait significativement plus de sortie de l'emploi parmi les catégories suivantes : « employés de commerce », « personnels des services directs aux particuliers », « ouvriers qualifiés de type artisanal », « chauffeurs » et « ouvriers non qualifiés de type artisanal ». Mais aucune catégorie n'était associée à un meilleur maintien dans l'emploi.

L'analyse après ajustement retrouvait les différences suivantes :

- Parmi les catégories associées à une sortie de l'emploi, seuls les « personnels des services directs aux particuliers » (56) et les « chauffeurs » (64) l'étaient toujours
- L'association des « professions intermédiaires de la santé et du travail social » (catégorie 43) à un meilleur maintien apparaissait comme significative (OR = 1.39).

### 1.1.3.5. Secteur d'activité d'après le code NAF

Tableau 29: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code NAF. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Lettre Code NAF	Secteur d'activité	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
		N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
C	Industrie manufacturière	917	<b>1,64</b>	<b>1,40 – 1,93</b>	<b>1.51</b>	<b>1.24-1.86</b>
F	Construction	40	0,96	0,73 – 1,27	0.94	0.69-1.28
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	228	1,13	0,99 – 1,29	1.15	0.96-1.38
H	Transports et entreposage	<b>1522</b>	<b>1,52</b>	<b>1,23 – 1,89</b>	<b>1.48</b>	<b>1.14-1.91</b>
I	Hébergement et restauration	429	1,02	0,82 – 1,26	<b>1.37</b>	<b>1.07-1.74</b>
J	Information et communication	<b>395</b>	<b>1,65</b>	<b>1,32 – 2,07</b>	<b>1.49</b>	<b>1.14-1.94</b>
K	Activités financières et d'assurance	<b>386</b>	<b>1,84</b>	<b>1,44 – 2,35</b>	<b>1.61</b>	<b>1.22-2.12</b>
L	Activités immobilières	323	1,29	0,85 – 1,96	1.41	0.91-2.19
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	96	1,16	0,98 – 1,38	1.11	0.90-1.37

<b>N</b>	<b>Activités de services administratifs et de soutien</b>	689	0,95	0,80 – 1,13	0,91	0.74-1.13
<b>O</b>	<b>Administration publique</b>	<b>669</b>	<b>3,34</b>	<b>2,55 – 4,38</b>	<b>3.11</b>	<b>2.33-4.14</b>
<b>P</b>	<b>Enseignement</b>	340	1,34	0,89 – 2,02	1.37	0.89-2.12
<b>Q</b>	<b>Santé humaine et action sociale – (Référence)</b>	98	1	-	1	-
<b>S</b>	<b>Autres activités de services</b>	1968	1,19	0,89 – 1,59	1.23	0.91-1.68
	<b>Codes non saisis et Effectifs &lt; 100 (dont E et R)**</b>	133	1,13	0,80 – 1,62	1.11	0.76-1.60

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.

\*\* Effectifs < 100 en population globale

Les secteurs significativement associés à un meilleur maintien dans l'emploi étaient : Industrie manufacturière : « Transports et entreposage », « Information et communication », « Activités financières et d'assurance » et « Administration publique »

On ne retrouvait pas d'associations significative avec une sortie de l'emploi.

L'analyse multivariée met en évidence les mêmes secteurs d'activité avec, en plus, la catégorie « Hébergement et Restauration » dont le résultat devient significatif.

#### 1.1.4. Salariés ayant fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude - Résultats d'analyse par régression logistique

Pour rappel, 2663 salariés de notre échantillon étaient concernés par l'inaptitude.

La variable à expliquer était composée de deux groupes : être encore actif en 2020 ou ne plus l'être.

##### 1.1.4.1. Sexe

Tableau 30: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Sexe	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Femme (Référence Homme)</b>	1682	0,82	0,66 – 1,02	0.92	0.69-1.21

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD

Pas de différence significative entre hommes et femmes.

##### 1.1.4.2. Age

Tableau 31: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Tranches d'âge	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>16-24 ans</b>	94	1,00	0,60 – 1,69	0.97	0.57-1.65

<b>25-34 ans (référence)</b>	536	1	-	1	-
<b>35-44 ans</b>	620	0,87	0,66 – 1,15	0,89	0,69-2,20
<b>45-54 ans</b>	691	<b>0,46</b>	<b>0,34 – 0,62</b>	<b>0,46</b>	<b>0,33-0,63</b>
<b>55-64 ans</b>	690	<b>0,14</b>	<b>0,09 – 0,21</b>	<b>0,15</b>	<b>0,09-0,23</b>
<b>Plus de 64 ans</b>	<b>32</b>	<b>._**</b>	<b>._**</b>	<b>._**</b>	<b>._**</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD

\*\*statistiques non réalisables en raison du faible effectif

Il y avait significativement plus d'inactifs en 2020 chez les 45 ans et plus.

### 1.1.4.3. Incapacités

#### 1.1.4.3.1. Orientation (SAMETH ou service social)

Tableau 32: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'orientation vers un service social. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Orientation vers le SAMETH ou un service social externe	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Orientation renseignée (Référence : aucune orientation renseignée)</b>	228	0.73	0.48-1.11	0.97	0.61-1.53

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD.

Résultat non significatif.

#### 1.1.4.3.2. RQTH

Tableau 33: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une RQTH. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

RQTH (référence : pas de RQTH)	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>RQTH (référence : pas de RQTH)</b>	237	<b>3</b>	<b>2,2-4,1</b>	<b>3,52</b>	<b>2,53-4,90</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, invalidité de catégorie 2 et ALD.

Forte association entre RQTH et maintien dans l'emploi en 2020

#### 1.1.4.3.3. Invalidité catégorie 2

Tableau 34: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon la déclaration d'une invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Invalidité de catégorie 2	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Invalidité de catégorie 2</b>	121	<b>0,29</b>	<b>0,13-0,67</b>	<b>0,35</b>	<b>0,15-0,86</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap et ALD

Il existait une association significative entre l'inval 2 et la sortie de l'emploi à 3 ou 4 ans chez les salariés « inaptés ».

#### 1.1.4.3.4. ALD

Statistiques non réalisables car 3 ALD renseignées sur 2663 salariés inaptés.

#### 1.1.4.1. Catégorie socio-professionnelle

Tableau 35 : Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code PCS à 2 chiffres. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Code PCS 2 chiffres	Intitulé de la catégorie	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
		N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises	117	1.24	0.65-2.39	1.47	0.73 - 2.95
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises	61	0.83	0.34-2.04	0.82	0.31 - 2.18
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	134	0.69	0.34-1.41	1.02	0.47 - 2.23
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises – (Référence)	178	1	–		
47	Techniciens (sauf techniciens tertiaires)	89	0.81	0.37-1.78	0.72	0.31 - 1.64
48	Contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue)	37	2.06	0.87-4.90	2.82	1.12 - 7.14
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	202	0.82	0.45-1.51	1.35	0.67 - 2.69
53	Policiers, militaires et agents de surveillance	47	1.12	0.45-2.79	1.64	0.59 - 4.55
54	Employés administratifs d'entreprise	173	1.03	0.56-1.90	1.17	0.61 - 2.25
55	Employés de commerce	305	1.67	1.00-2.79	1.21	0.70 - 2.09
56	Personnels des services directs aux particuliers	448	1.09	0.66-1.80	1.45	0.81 - 2.60
62	Ouvriers qualifiés de type industriel	102	<b>1.97</b>	<b>1.05-3.70</b>	1.88	0.93 - 3.78
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	162	1.58	0.89-2.82	1.38	0.72 - 2.63
64	Chauffeurs	129	0.72	0.35-1.47	0.98	0.42 - 2.30
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	68	1.66	0.80-3.44	1.60	0.73 - 3.50
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel	74	0.77	0.33-1.82	0.67	0.27 - 1.67
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal	193	0.62	0.32-1.20	0.97	0.47 - 2.00
	Non renseigné ou effectif < 100	17	0.92	0.47-1.76	1.01	0.50 - 2.05

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD

Seul le maintien pour la catégorie 62 (Ouvriers qualifiés de type industriel) semble supérieur en analyse univariée.

En analyse multivariée, seule la catégorie des contremaîtres avait un meilleur maintien.

### 1.1.4.2. Secteur d'activité d'après le code NAF

Tableau 36 : Probabilité d'être encore actif en 2020 selon le code NAF. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement

Lettre Code NAF	Secteur d'activité	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
		N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>C</b>	<b>Industrie manufacturière</b>	172	<b>3.1</b>	<b>1.98-4.86</b>	<b>3.00</b>	<b>1.72 - 5.23</b>
<b>F</b>	<b>Construction</b>	89	<b>2.17</b>	<b>1.18-3.99</b>	1.79	0.87 - 3.65
<b>G</b>	<b>Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles</b>	566	<b>2.36</b>	<b>1.67-3.35</b>	<b>2.05</b>	<b>1.29 - 3.26</b>
<b>H</b>	<b>Transports et entreposage</b>	<b>133</b>	1.25	0.69-2.30	1.22	0.57 - 2.62
<b>I</b>	<b>Hébergement et restauration</b>	231	<b>2.07</b>	<b>1.33-3.22</b>	1.62	0.98 - 2.67
<b>J</b>	<b>Information et communication</b>	52	1.05	0.40-2.76	1.26	0.44 - 3.60
<b>K</b>	<b>Activités financières et d'assurance</b>	81	1.56	0.78-3.12	1.99	0.92 - 4.29
<b>L</b>	<b>Activités immobilières</b>	48	1.69	0.72-3.95	1.73	0.69 - 4.31
<b>M</b>	<b>Activités spécialisées, scientifiques et techniques</b>	113	<b>2.00</b>	<b>1.14-3.53</b>	<b>2.31</b>	<b>1.22 - 4.40</b>
<b>N</b>	<b>Activités de services administratifs et de soutien</b>	351	1.10	0.70-1.72	1.24	0.73 - 2.09
<b>O</b>	<b>Administration publique</b>	<b>27</b>	<b>3.46</b>	<b>1.40-8.57</b>	<b>5.87</b>	<b>2.13 - 16.18</b>
<b>P</b>	<b>Enseignement</b>	33	1.37	0.46-4.03	2.03	0.64 - 6.46
<b>Q</b>	<b>Santé humaine et action sociale – (Référence)</b>	589	1	-	1	-
<b>S</b>	<b>Autres activités de services</b>	112	1.77	0.99-3.19	1.76	0.94 - 3.32
	<b>Codes non saisis et Effectifs &lt; 100 (dont E et R)**</b>	66	1.77	0.85-3.66	1.77	0.81 - 3.87

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD

\*\* Effectifs < 100 en population globale.

Les secteurs d'activité suivants étaient associés à un meilleur maintien en emploi en 2020 : l'Industrie manufacturière, la Construction, le Commerce, l'Hébergement et restauration, les Activités spécialisées, scientifiques et techniques et l'Administration publique.

L'analyse multivariée retrouvait en partie les mêmes secteurs, excepté pour « l'hébergement et restauration » dont l'association au maintien en emploi n'était plus significative.

### 1.1.5. Devenir en 2020 selon l'obtention d'un aménagement ou la déclaration d'une inaptitude

Pour rappel, l'effectif total de l'échantillon (« aménagements de poste » + « inaptés ») étudiée était de 11057 salariés.

Tableau 37: Probabilité d'être encore actif en 2020 selon l'obtention d'un aménagement de poste ou déclaration d'une inaptitude en 2016 ou 2017

Aménagement de poste	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Aménagement (Référence : Inaptitude)</b>	8394	<b>7,44</b>	<b>6,62 – 8,35</b>	<b>6,79</b>	<b>6,02 - 7,66</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, sexe, code NAF, code PCS, orientation vers un service social, handicap, invalidité de catégorie 2 et ALD

Le maintien en emploi à 3 ou 4 ans était fortement associé à l'aménagement de poste et cela restait vrai après ajustement.

## 1.2. Echantillon IODA

### 1.2.1. Résultats d'analyse descriptive

La base ASTIA représentait 271 954 salariés dont 85 286 ont été vus entre le 1<sup>er</sup> novembre 2019 et le 16 décembre 2020.

Durant cette période, 9424 salariés étaient concernés par :

- Un aménagement : 7945 salariés
- Une inaptitude : 1479 salariés.

#### 1.2.1.1. Sexe

Tableau 38: Répartition selon le sexe au sein de la population cible et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.

Sexe	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
Homme	3368	42,4%	523	35,4%	141301	53,8%
Femme	4577	57,6%	956	64,6%	121229	46,2%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Les deux groupes « aménagement » et « inaptitudes » sont constitués d'une majorité de femmes (respectivement 57.6% et 64.6%) alors que le reste des salariés de la base ASTIA étaient majoritairement des hommes (53.8%).

#### 1.2.1.2. Age

Tableau 39: Répartition des tranches d'âge au sein de la population cible et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.

Tranches d'âge	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
16-24 ans	343	4,3%	60	4,1%	33445	12,7%
25-34 ans	1344	16,9%	285	19,3%	80209	30,6%
35-44 ans	1871	23,5%	342	23,1%	63484	24,2%
45-54 ans	2501	31,5%	430	29,1%	51821	19,7%
55-64 ans	1829	23,0%	340	23,0%	30980	11,8%
Plus de 64 ans	57	0,7%	22	1,5%	2552	1,0%
Total général	7945	100,0%	1479	100%	262530	100%

Dans les deux groupes, plus de la moitié des salariés étaient âgés de 35 à 54 ans avec environ 30% des salariés dans la tranche 45-54 ans.

Le reste des salariés ASTIA sont majoritairement âgés de 25 à 44 ans avec 30 % des salariés dans la tranche 25 à 34 ans.

### 1.2.1.3. Pathologie

Tableau 40: Détail des items de pathologies : effectif (N) et pourcentage (%)

Pathologie principale	Aménagement		Inapte		Total général	
	N	%	N	%	N	%
Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus   I64	32	0,4%	6	0,4%	38	0,4%
Affection de l'appareil urinaire, sans précision   N39.9	22	0,3%	1	0,1%	23	0,2%
Affection de l'œil et de ses annexes, sans précision   H57.9	33	0,4%	3	0,2%	36	0,4%
Affection de l'oreille, sans précision   H93.9	58	0,7%	9	0,6%	67	0,7%
Affection des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel, sans précision   N94.9	89	1,1%	2	0,1%	91	1,0%
Affection des organes génitaux de l'homme, sans précision   N50.9	7	0,1%	2	0,1%	9	0,1%
Anomalie du système immunitaire, sans précision   D89.9	96	1,2%	3	0,2%	99	1,1%
Asthme   J45	101	1,3%	2	0,1%	103	1,1%
Autres troubles anxieux   F41	163	2,1%	154	10,4%	317	3,4%
Cardiopathie ischémique chronique   I25	67	0,8%	12	0,8%	79	0,8%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	49	0,6%	1	0,1%	50	0,5%
Cervicalgie   M54.2	90	1,1%	21	1,4%	111	1,2%
Coxarthrose [arthrose de la hanche]   M16	19	0,2%	3	0,2%	22	0,2%
Dermite allergique de contact   L23	17	0,2%	2	0,1%	19	0,2%
Diabète sucré, sans précision   E14	78	1,0%	1	0,1%	79	0,8%
Epicondylite   bras   M77.12	48	0,6%	18	1,2%	66	0,7%
Epilepsie   G40	22	0,3%	4	0,3%	26	0,3%
Episodes dépressifs   F32	247	3,1%	223	15,1%	470	5,0%
Fibromyalgie   M79.7	20	0,3%	13	0,9%	33	0,4%
Gonarthrose [arthrose du genou]   M17	45	0,6%	23	1,6%	68	0,7%
Insuffisance respiratoire, sans précision   J96.9	28	0,4%	7	0,5%	35	0,4%
Lésion du nerf cubital   G56.2	4	0,1%	2	0,1%	6	0,1%
Lésion interne du genou   M23	92	1,2%	11	0,7%	103	1,1%
Lésions de l'épaule   M75	205	2,6%	62	4,2%	267	2,8%
Lombalgie basse   M54.5	337	4,2%	96	6,5%	433	4,6%
Maladie de Crohn, sans précision   K50.9	24	0,3%	4	0,3%	28	0,3%
Maladie de Parkinson   G20	3	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Maladie du sang et des organes hématopoïétiques, sans précision   D75.9	14	0,2%	3	0,2%	17	0,2%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané   (L00-L99)	33	0,4%	3	0,2%	36	0,4%
Maladies de l'appareil circulatoire   (I00-I99)	108	1,4%	5	0,3%	113	1,2%
Maladies de l'appareil digestif   (K00-K93)	51	0,6%	7	0,5%	58	0,6%
Maladies de l'appareil respiratoire   (J00-J99)	69	0,9%	3	0,2%	72	0,8%
Maladies du système nerveux   (G00-G99)	95	1,2%	33	2,2%	128	1,4%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif   (M00-M99)	491	6,2%	133	9,0%	624	6,6%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques   (E00-E90)	46	0,6%	1	0,1%	47	0,5%

Polyarthrite, sans précision   M13.0	19	0,2%	4	0,3%	23	0,2%
Psychose non organique, sans précision   F29	13	0,2%	12	0,8%	25	0,3%
Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation   F43	40	0,5%	38	2,6%	78	0,8%
Recto-colite hémorragique, sans précision   K51.9	6	0,1%	1	0,1%	7	0,1%
Sclérose en plaques   G35	22	0,3%	2	0,1%	24	0,3%
Séquelles de lésions traumatiques, non précisées selon la partie du corps   T94.1	130	1,6%	19	1,3%	149	1,6%
Syndrome du canal carpien   G56.0	18	0,2%	5	0,3%	23	0,2%
Ténosynovite chronique sténosante du pouce [de Quervain]   M65.4	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
Trouble affectif bipolaire   F31	18	0,2%	2	0,1%	20	0,2%
Troubles du sommeil   G47	16	0,2%	10	0,7%	26	0,3%
Troubles mentaux et du comportement   (F00-F99)	26	0,3%	23	1,6%	49	0,5%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives   F19	15	0,2%	5	0,3%	20	0,2%
Tumeur maligne - organe urinaire, sans précision   C68.9	4	0,1%	1	0,1%	5	0,1%
Tumeur maligne - système nerveux central, sans précision   C72.9	4	0,1%	1	0,1%	5	0,1%
Tumeur maligne des bronches et du poumon   C34	11	0,1%	3	0,2%	14	0,1%
Tumeur maligne des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, sans précision   C96.9	8	0,1%	2	0,1%	10	0,1%
Tumeur maligne du côlon   C18	12	0,2%	2	0,1%	14	0,1%
Tumeur maligne du sein   (C50)	62	0,8%	5	0,3%	67	0,7%
Tumeurs   (C00-D48)	36	0,5%	6	0,4%	42	0,4%
99 = Non codé	4580	57,6%	465	31,4%	5045	53,5%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	9424	100,0%

Tableau 41: Répartition des pathologies par appareil : effectif (N) et pourcentage.

Lettre d'appareil selon CIM10	Pathologie principale	Aménagement		Inapte		Total général	
		N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
A	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	49	0,6%	1	0,1%	50	0,5%
C	Tumeurs	137	1,7%	20	1,4%	157	1,7%
D	Maladies du sang et anomalies du système immunitaire	110	1,4%	6	0,4%	116	1,2%
E	Maladies endocriniennes (dont diabète sucré)	124	1,6%	2	0,1%	126	1,3%
F	Maladies psychiques	522	6,6%	457	30,9%	979	10,4%
G	Maladies neurologiques	177	2,2%	56	3,8%	233	2,5%
H	Maladies de l'œil et de l'oreille	91	1,1%	12	0,8%	103	1,1%
I	Maladies cardio-vasculaires	255	3,2%	30	2,0%	285	3,0%
J	Maladie de l'appareil respiratoire	198	2,5%	12	0,8%	210	2,2%
K	Maladies de l'appareil digestif	36	0,5%	5	0,3%	41	0,4%
L	Maladies dermatologiques	50	0,6%	5	0,3%	55	0,6%
M	Maladies de l'appareil ostéo-articulaire	1368	17,2%	384	26,0%	1752	18,6%

N	Maladies urologiques	118	1,5%	5	0,3%	123	1,3%
T	Séquelles de lésion traumatique	130	1,6%	19	1,3%	149	1,6%
-	Pathologie non renseignée	4580	57,6%	465	31,4%	5045	53,5%
-	Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	9424	100,0%

La pathologie était plus souvent renseignée pour les inaptitudes (68.6%) que les aménagements (42.4%).

Les pathologies les plus fréquentes sont les maladies ostéo-articulaires et psychiques.

On note un écart très important entre la part d'aménagement (6.6%) liés aux pathologies psychiques et la part d'inaptitude (30.9%) liées à ces mêmes pathologies.

Tableau 42: Répartition des pathologies codées pour l'aménagement avant et après le 16 mars 2020 : effectif (N) et pourcentage.

Pathologie principale	Avant le 16 mars		Après le 16 mars		Total	
	N	%	N	%	N	%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1	0,1%	48	0,8%	49	0,6%
Tumeurs	26	1,4%	111	1,8%	137	1,7%
Maladies du sang et du système immunitaire	5	0,3%	105	1,7%	110	1,4%
Maladies endocriniennes (dont diabète sucré)	10	0,6%	114	1,9%	124	1,6%
Maladies psychiques	77	4,3%	445	7,2%	522	6,6%
Maladies neurologiques	50	2,8%	127	2,1%	177	2,2%
Maladies de l'œil et de l'oreille	23	1,3%	68	1,1%	91	1,1%
Maladies cardio-vasculaires	28	1,6%	227	3,7%	255	3,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	5	0,3%	193	3,1%	198	2,5%
Maladies de l'appareil digestif	2	0,1%	34	0,6%	36	0,5%
Maladies dermatologiques	16	0,9%	34	0,6%	50	0,6%
Maladies de l'appareil ostéo-articulaire	348	19,4%	1020	16,6%	1368	17,2%
Maladies urologiques	27	1,5%	91	1,5%	118	1,5%
Séquelles de lésion traumatique	36	2,0%	94	1,5%	130	1,6%
Pathologie non renseignée	1143	63,6%	3436	55,9%	4579	57,6%
Total général	1797	100,0%	6147	100,0%	7944	100,0%

Tableau 43: Répartition des pathologies codées pour l'inaptitude avant et après le 16 mars 2020 : effectif (N) et pourcentage.

Pathologie principale	Avant le 16 mars		Après le 16 mars		Total	
	N	%	N	%	N	%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Tumeurs	8	1,3%	12	1,4%	20	1,4%
Maladies du sang et du système immunitaire	1	0,2%	5	0,6%	6	0,4%
Maladies endocriniennes (dont diabète sucré)	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%

Maladies psychiques	167	27,2%	290	33,6%	457	30,9%
Maladies neurologiques	38	6,2%	18	2,1%	56	3,8%
Maladies de l'œil et de l'oreille	7	1,1%	5	0,6%	12	0,8%
Maladies cardio-vasculaires	12	2,0%	18	2,1%	30	2,0%
Maladies de l'appareil respiratoire	3	0,5%	9	1,0%	12	0,8%
Maladies de l'appareil digestif	0	0,0%	5	0,6%	5	0,3%
Maladies dermatologiques	2	0,3%	3	0,3%	5	0,3%
Maladies de l'appareil ostéo-articulaire	162	26,4%	222	25,7%	384	26,0%
Maladies urologiques	3	0,5%	2	0,2%	5	0,3%
Séquelles de lésion traumatique	11	1,8%	8	0,9%	19	1,3%
Pathologie non renseignée	200	32,6%	263	30,5%	463	31,3%
Total général	614	100,0%	863	100,0%	1477	100,0%

#### 1.2.1.4. Incapacités

Tableau 44: Répartition des incapacités au sein de la l'échantillon : effectif (N) et pourcentage

Type d'incapacité	Aménagement		Inapte		Total général	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
ALD	200	2,5%	24	1,6%	224	2,4%
Invalidité de 1ère catégorie	243	3,1%	37	2,5%	280	3,0%
Invalidité de 2ème catégorie	40	0,5%	62	4,2%	102	1,1%
IPP	28	0,4%	3	0,2%	31	0,3%
RQTH	929	11,7%	183	12,4%	1112	11,8%
Aucune incapacité renseignée	6505	81,9%	1170	79,1%	7675	81,4%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	9424	100,0%

L'incapacité était renseignée à des fréquences comparables pour chacun des deux groupes.

La RQTH était l'incapacité la plus souvent renseignée et l'était à des fréquences comparables entre les deux groupes.

Pour l'aménagement, l'invalidité de catégorie 1 était la deuxième incapacité la plus souvent renseignée alors que pour l'inaptitude c'était l'invalidité de catégorie 2.

#### 1.2.1.5. Catégorie socio-professionnelle

Tableau 45: Répartition des PCS1 au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage

Code PCS 1 chiffre	Intitulé de la catégorie	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
		N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
1	Agriculteurs (ouvriers espaces verts)	3	0,0%		0,0%	117	0,00%
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	18	0,2%	6	0,4%	2957	1,10%
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	827	10,4%	65	4,4%	58127	22,10%
4	Professions intermédiaires	1148	14,4%	135	9,1%	53048	20,20%
5	Employés	1986	25,0%	418	28,3%	68329	26%

6	Ouvriers	950	12,0%	205	13,9%	41895	16%
9	Valeur manquante	3013	37,9%	650	43,9%	38057	14,50%
-	Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Pour plus d'un tiers de l'échantillon, le code PCS n'était pas renseigné.

Les PCS « employés » et « professions intermédiaires » étaient les plus fréquents pour le groupe « aménagements » alors que le groupe « inaptes » était principalement composé des catégories « employés » et « ouvriers ».

Pour le reste des salariés de la base, le PCS était plus souvent renseigné ; la catégorie « employés » était la principale catégorie représentée suivie des « professions intermédiaires » et des « cadres ».

### 1.2.1.6. Secteur d'activité d'après le code NAF

Tableau 46: Répartition des codes NAF au sein de l'échantillon et au sein du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage

Lettre Code NAF	Secteur d'activité	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
		N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
C	Industrie manufacturière	807	10,2%	117	7,9%	22453	8,6%
D	Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	30	0,4%	2	0,1%	661	0,3%
E	Production et distribution d'eau: assainissement, gestion des déchets et dépollution	26	0,3%	5	0,3%	977	0,4%
F	Construction	170	2,1%	44	3,0%	7762	3,0%
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	1458	18,4%	296	20,0%	42982	16,4%
H	Transports et entreposage	317	4,0%	56	3,8%	8905	3,4%
I	Hébergement et restauration	286	3,6%	98	6,6%	16214	6,2%
J	Information et Communication	634	8,0%	47	3,2%	22059	8,4%
K	Activités financières et d'assurance	445	5,6%	46	3,1%	12042	4,6%
L	Activités immobilières	152	1,9%	22	1,5%	4629	1,8%
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	702	8,8%	72	4,9%	33513	12,8%
N	Activités de services administratifs et de soutien	656	8,3%	179	12,1%	36715	14,0%
O	Administration publique	443	5,6%	21	1,4%	6519	2,5%
P	Enseignement	137	1,7%	25	1,7%	5610	2,1%
Q	Santé humaine et action sociale	1412	17,8%	345	23,3%	27557	10,5%
R	Arts, spectacles et activités récréatives	84	1,1%	30	2,0%	6289	2,4%
S	Autres activités de services	177	2,2%	71	4,8%	7310	2,8%
-	Effectif insuffisant ou non renseigné	9	0,1%	3	0,2%	333	0,1%
-	Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Le secteur « Commerce » était le plus fréquemment retrouvé au sein pour le groupe de salariés ayant bénéficié d'un aménagement comme au sein du reste de la base.

Les salariés ayant eu une déclaration d'inaptitude exerçaient plus fréquemment dans le secteur de la santé.

### 1.2.1.7. Taille de l'entreprise

Tableau 47: Répartition des tailles d'entreprise au sein de l'échantillon et au sein du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.

Taille de l'entreprise (en nombre de salariés)	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
Moins de 10	790	9,9%	267	18,1%	45951	17,5%
Entre 10 et 49	1874	23,6%	479	32,4%	80659	30,7%
Entre 50 et 299	2998	37,7%	483	32,7%	85095	32,4%
De 300 à plus	2283	28,7%	250	16,9%	50265	19,1%
Donnée manquante	0	0,0%	0	0,0%	560	0,2%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Les salariés travaillant dans des entreprises de 50 salariés ou plus représentaient les deux tiers de ceux ayant bénéficié d'un aménagement de poste alors qu'ils ne représentaient que la moitié des salariés actifs du reste de la base et la moitié des salariés déclarés inaptés.

### 1.2.1.8. Type de contrat

Tableau 48: Répartition des types de contrat au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.

Contrat de travail	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
CDI et CDI de chantier	6316	79,5%	1240	83,8%	185678	70,7%
CDD et Saisonnier	635	8,0%	68	4,6%	27804	10,6%
Apprenti et contrat de professionnalisation	113	1,4%	14	0,9%	10213	3,9%
Intérimaire et intermittent du spectacle	11	0,1%	8	0,5%	18116	6,9%
Données manquantes	870	11,0%	149	10,1%	20719	7,9%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Il y avait moins de contrats saisonniers et CDD pour les salariés « inaptés » qu'au sein du groupe « aménagements » et la différence était encore plus marquée avec le reste des salariés de la base.

Les contrats d'intérimaire et intermittents du spectacle étaient très peu représentés dans l'échantillon par rapport au reste de la base.

### 1.2.1.9. Surveillance déclarée

Tableau 49: Répartition des surveillances déclarées au sein de l'échantillon et du reste de la base ASTIA : effectif (N) et pourcentage.

Surveillance déclarée	Aménagement		Inapte		Reste des salariés de la base	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
SI	4707	59,2%	1050	71,0%	205178	78,2%
SIA	1446	18,2%	176	11,9%	13463	5,1%
SIR	1792	22,6%	253	17,1%	43889	16,7%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	262530	100,0%

Le suivi individuel adapté était plus fréquent au sein de chaque groupe que pour le reste des salariés de l'ASTIA ; la différence était plus marquée pour les le groupe « aménagements ».

#### 1.2.1.10. Motif de visite

Tableau 50: Répartition des motifs de visite au sein de l'échantillon : effectif (N) et pourcentage.

Visite	Aménagement		Inapte		Total général	
	N	% en colonne	N	% en colonne	N	% en colonne
Initiales et périodiques	733	9,2%	5	0,3%	738	7,8%
Reprise	3730	46,9%	1233	83,4%	4963	52,7%
Occasionnelle	3482	43,8%	241	16,3%	3723	39,5%
Total général	7945	100,0%	1479	100,0%	9424	100,0%

L'aménagement de poste était majoritairement proposé au cours d'une visite de reprise ou occasionnelle alors que l'inaptitude était prononcée quasi exclusivement lors d'une visite de reprise.

#### 1.2.1.11. Date de visite

Tableau 51: Répartition des visites selon la date au sein de l'échantillon et du reste des vus sur la période de recueil : effectif (N) et pourcentage

Date de visite		Reste des vus sur la période	Aménagement	Inaptitude	Total
Avant le 16/03	N	30842	1797	614	33253
	% en ligne	92,70%	5,40%	1,80%	100,00%
A partir du 16/03	N	45023	6147	863	52033
	% en ligne	86,50%	11,80%	1,70%	100,00%
Total	N	75865	7944	1477	85286
	% en ligne	89,00%	9,30%	1,70%	100,00%

A partir du 16 mars 2020 la fréquence des avis avec aménagements était de 11.8% contre 5.4% des avis auparavant.

### 1.2.2. Résultats d'analyse par régression logistique

Pour rappel, l'échantillon était constitué de 9424 salariés dont 7945 avaient bénéficié d'un aménagement et 1479 fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude.

La variable à expliquer était composée des deux groupes : « avoir fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude » ou « avoir bénéficié d'un aménagement ».

Les comparaisons statistiques suivantes permettaient d'identifier si l'inaptitude était significativement plus fréquente que l'aménagement.

#### 1.2.2.1. Sexe

Tableau 52: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le sexe. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Sexe	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
<b>Homme</b>	3891	1	-	1	-
<b>Femme</b>	<b>5533</b>	<b>1.35</b>	<b>1.20-1.51</b>	1,14	0,98 - 1,33

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

L'inaptitude était plus fréquente pour les femmes.

Après ajustement, l'association n'était plus significative.

#### 1.2.2.2. Age

Tableau 53: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la tranche d'âge. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Tranches d'âge	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
<b>16-24 ans</b>	403	1.02	0.76-1.36	1,25	0,87 - 1,79
<b>25-34 ans</b>	<b>1629</b>	<b>1.23</b>	<b>1.05-1.45</b>	1,21	1 - 1,47
<b>35-44 ans</b>	2213	1.06	0.91-1.24	0,99	0,83 - 1,19
<b>45-54 ans</b>	2931	1	-	1	-
<b>55-64 ans</b>	2169	1.08	0.93-1.26	1,02	0,86 - 1,22
<b>Plus de 64 ans</b>	<b>79</b>	<b>2.24</b>	<b>1.36-3.71</b>	2,70	1,53 - 4,77

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

Les tranches 25 à 34 ans et > 64 étaient significativement associées à l'inaptitude.

Seule l'association à la tranche « > 64 ans » restait significative après ajustement.

#### 1.2.2.3. Pathologie

Tableau 54: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la pathologie principale renseignée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

CIM1PP	Pathologie principale		Analyse Univariée	Analyse Multivariée*
--------	-----------------------	--	-------------------	----------------------

		N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
A	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	50	0.73	0.01-0.53	<b>0,10</b>	<b>0,01 - 0,73</b>
C	Tumeurs	157	0.52	0.32-0.84	<b>0,55</b>	<b>0,32 - 0,93</b>
D	Maladies du sang et anomalies du système immunitaire	116	0.19	0.084-0.45	<b>0,25</b>	<b>0,11 - 0,59</b>
E	Maladies endocriniennes, dont diabète sucré	126	0.057	0.01-0.23	<b>0,07</b>	<b>0,02 - 0,28</b>
F	Maladies psychiques	979	3.12	2.63-3.69	<b>3,90</b>	<b>3,21 - 4,73</b>
G	Maladies neurologiques	233	1.13	0.82-1.55	<b>1,54</b>	<b>1,07 - 2,23</b>
H	Maladies de l'œil et de l'oreille	103	0.47	0.25-0.87	0,93	0,47 - 1,85
I	Maladies cardio-vasculaires	285	0.42	0.28-0.62	<b>0,49</b>	<b>0,32 - 0,74</b>
J	Maladie de l'appareil respiratoire	210	0.22	0.12-0.39	<b>0,23</b>	<b>0,12 - 0,44</b>
K	Maladies de l'appareil digestif	41	0.49	0.19-1.27	0,61	0,21 - 1,71
L	Maladies dermatologiques	55	0.36	0.14-0.90	0,51	0,19 - 1,36
M	Maladies de l'appareil ostéo-articulaire	1752	1	-	1	-
N	Maladies urologiques	123	0.15	0.06-0.37	<b>0,16</b>	<b>0,06 - 0,41</b>
T	Séquelles de lésion traumatique	149	0.52	0.32-0.85	<b>0,48</b>	<b>0,29 - 0,81</b>
-	Pathologie non renseignée	5045	0.36	0.31-0.42	<b>0,47</b>	<b>0,4 - 0,55</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

L'analyse multivariée révèle que :

- Les inaptitudes sont significativement plus fréquentes pour :
  - o Les pathologies psychiques (F)
  - o Les pathologies neurologiques (G).
- Les aménagements sont significativement plus retrouvés pour :
  - o Les pathologies tumorales (C)
  - o Les pathologies de l'appareil cardio-vasculaire (I)
  - o Les séquelles de lésions traumatiques (T)
  - o Les maladies du sang et du système immunitaire (D)
  - o Les maladies de l'appareil respiratoire (J)
  - o Les pathologies urologiques (N)
  - o Les maladies infectieuses (A)
  - o Les affections endocriniennes (E)
  - o Et lorsque la pathologie n'était pas renseignée

#### 1.2.2.4. Incapacités

Tableau 55: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficier d'un aménagement de poste selon le type d'incapacité renseignée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Type d'incapacité	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
<b>ALD</b>	224	0.61	0.39-0.96	<b>0,42</b>	<b>0,25 - 0,69</b>
<b>Invalidité de 1ère catégorie</b>	280	0.77	0.53-1.13	0,71	0,47 - 1,09
<b>Invalidité de 2ème catégorie</b>	102	7.87	5.13-12.07	<b>8,51</b>	<b>5,14 - 14,09</b>
<b>IPP</b>	31	0.54	0.16-1.81	0,37	0,1 - 1,34
<b>RQTH (référence)</b>	1112	1	-	1	-
<b>Aucune incapacité renseignée</b>	7675	0.91	0.77-1.08	<b>0,56</b>	<b>0,45 - 0,68</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

L'ALD était significativement associée à l'aménagement de poste alors que l'invalidité de catégorie 2 était fortement associée à l'inaptitude.

L'analyse multivariée ne modifiait pas ces résultats ; elle montre par ailleurs que l'absence d'incapacité était plutôt associée à l'aménagement de poste qu'à l'inaptitude.

#### 1.2.2.5. Catégorie socio-professionnelle

Tableau 56: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficier d'un aménagement de poste selon la catégorie socio-professionnelle. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Code PCS 1 chiffre	Intitulé de la catégorie	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
		N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
<b>3</b>	<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	892	1	-	1	-
<b>4</b>	<b>Professions intermédiaires</b>	1283	1.50	1.09-2.03	1,16	0,81 - 1,67
<b>5</b>	<b>Employés</b>	2404	2.68	2.03-3.52	<b>1,87</b>	<b>1,35 - 2,59</b>
<b>6</b>	<b>Ouvriers</b>	1155	2.75	2.04-3.68	<b>2,54</b>	<b>1,78 - 3,61</b>
<b>1, 2, 9</b>	<b>Agriculteurs, Artisans ou donnée manquante</b>	3663	2.75	2.10-3.59	<b>2,23</b>	<b>1,64 - 3,04</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

L'analyse univariée montre que toutes les catégories sont associées à d'avantage d'inaptitude que les cadres.

Après ajustement, l'association avec « les professions intermédiaires » n'était plus significative

### 1.2.2.6. Secteur d'activité d'après le code NAF

Tableau 57: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le secteur d'activité. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Lettre Code NAF	Secteur d'activité	N	Analyse Univariée		Analyse Multivariée*	
			OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
C	Industrie	924	0.71	[0.57-0.90]	0,92	0,7 - 1,2
F	Construction	214	1.27	[0.90-1.82]	1,35	0,89 - 2,05
G	Commerce	1754	1	-	1	-
H	Transports	373	0.87	[0.64-1.19]	1,06	0,74 - 1,51
I	Hébergement et restauration	384	1.69	[1.30-2.19]	1,47	1,09 - 2
J	Information et Communication	681	0.37	[0.26-0.50]	<b>0,58</b>	<b>0,4 - 0,83</b>
K	Activités financières et d'assurance	491	0.51	[0.37-0.70]	<b>0,65</b>	<b>0,45 - 0,94</b>
L	Activités immobilières	174	0.71	[0.45-1.13]	0,78	0,45 - 1,36
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	774	0.51	[0.38-0.66]	<b>0,69</b>	<b>0,5 - 0,95</b>
N	Activités de services administratifs et de soutien	835	1.34	[1.09-1.65]	<b>1,74</b>	<b>1,37 - 2,23</b>
O	Administration publique	464	0.23	[0.15-0.37]	<b>0,45</b>	<b>0,27 - 0,75</b>
P	Enseignement	162	0.90	[0.58-1.40]	0,99	0,59 - 1,64
Q	Santé humaine et action sociale	1757	1.20	[1.01-1.13]	<b>1,68</b>	<b>1,36 - 2,09</b>
R	Arts, spectacles et activités récréatives	114	1.76	[1.14-2.71]	<b>2,75</b>	<b>1,64 - 4,62</b>
S	Autres activités de services	248	1.98	[1.46-2.67]	<b>1,65</b>	<b>1,16 - 2,35</b>
	Effectif insuffisant ou code NAF non renseigné **	75	0.76	[0.39-1.49]	1,17	0,55 - 2,48

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, taille de l'entreprise, surveillance déclarée, type de contrat et motif de la visite.

\*\*Pour rappel, ont été rassemblés dans cette catégorie les codes NAF : A, B, D, E et les codes non renseignés.

- Ainsi, les inaptitudes étaient significativement plus fréquentes que les aménagements pour les secteurs d'activité suivants :
  - o Les arts/spectacles/loisirs (R), cependant cela représente un faible effectif (84 aménagements contre 30 inaptitudes)
  - o Les activités de services administratifs et de soutien (N)
  - o La santé humaine et l'action sociale (Q),
  - o Autres activités de service (secteur non homogène, paraît peu pertinent ?),
  - o L'hébergement et la restauration (I).
- Les catégories où les aménagements prédominaient sont :
  - o L'administration publique (O),
  - o L'informatique et la communication (J),
  - o Les activités financières et d'assurance (K),

- o Les activités scientifiques et techniques (M)
- o Industrie manufacturière
- L'analyse multivariée ne modifiait pas ses résultats à l'exception de l'association avec l'industrie qui n'était plus significative.

#### 1.2.2.7. Taille de l'entreprise

Tableau 58: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la taille de l'entreprise. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Taille de l'entreprise (en nombre de salariés)	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
Moins de 10	1057	1	-	1	-
Entre 10 et 49	2353	0.76	0.64-0.90	<b>0,73</b>	<b>0,6 - 0,9</b>
Entre 50 et 299	3481	0.48	0.40-0.56	<b>0,44</b>	<b>0,36 - 0,54</b>
De 300 à plus	2533	0.32	0.27-0.39	<b>0,37</b>	<b>0,29 - 0,47</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité et motif de la visite.

L'analyse retrouve que plus l'entreprise est grande, moins il y a d'inaptitudes. Ce résultat était inchangé après ajustement.

#### 1.2.2.8. Type de contrat

Tableau 59: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le type de contrat. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Contrat de travail	Analyse Univariée			Analyse Multivariée*	
	N	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
CDI et CDI de chantier	7556	1	-	1	-
CDD et Saisonnier	703	0.55	0.42-0.71	0,59	0,44 - 0,79
Apprenti et contrat de professionnalisation	127	0.63	0.36-1.10	1,10	0,55 - 2,17
Intérimaire et intermittent du spectacle	19	3.70	1.49-9.23	2,23	0,78 - 6,41
Donnée manquante	109	0.87	0.73-1.05	0,76	0,62 - 0,94

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

L'inaptitude est associée plus souvent aux contrats d'intérim mais moins souvent aux CDD et contrats saisonniers.

Après ajustement l'association avec les contrats d'intérim n'était pas conservée.

#### 1.2.2.9. Surveillance déclarée

Tableau 60: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la surveillance déclarée. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Surveillance déclarée	N	Analyse Univariée		Analyse Multivariée*	
		OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
SI	5757	1	-	1	-
SIA	1622	0,55	0,46-0,65	0,64	0,52 - 0,79
SIR	2045	0,63	0,55-0,73	0,70	0,58 - 0,84

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, type de contrat, secteur d'activité, taille de l'entreprise et motif de la visite.

Il y a proportionnellement moins d'inaptitudes parmi les salariés en suivi renforcé ou adapté que parmi les salariés en suivi simple.

Ces résultats sont inchangés après ajustement.

#### 1.2.2.10. Motif de visite

Tableau 61: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon le motif de la visite médicale. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans et avec ajustement.

Visite	N	Analyse Univariée		Analyse Multivariée*	
		OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
Initiales et périodiques	738	0,02	0,01-0,05	<b>0,02</b>	<b>0,01 - 0,06</b>
Reprise	4963	1	-	1	-
Occasionnelle	3723	0,21	0,18-0,24	<b>0,26</b>	<b>0,22 - 0,3</b>

\*Résultat ajusté sur les variables suivantes : sexe, âge, pathologie principale, incapacité, catégorie socio-professionnelle, surveillance déclarée, type de contrat, secteur d'activité et taille de l'entreprise.

Les aménagements sont significativement plus fréquents pour tous les autres types de visite que la visite de reprise.

#### 1.2.2.11. Date de visite

Tableau 62: Probabilité d'être déclaré inapte par rapport à celle de bénéficiaire d'un aménagement de poste selon la date de la visite. Résultat de la régression logistique du maximum de vraisemblance sans ajustement.

Date de visite	OR	IC à 95%
Entre le 01/11/2019 et le 15/03/2020	1	-
Entre le 16/03/2020 et le 16/12/2020	<b>0,41</b>	<b>0,37-0,46</b>

Il y avait significativement plus d'aménagements demandés après le 16 mars qu'avant cette date.

# DISCUSSION

---

## *1.1. Résultats de l'échantillon 2016-2017*

### 1.1.1. Aménagement ou inaptitude

L'étude de notre « échantillon 2016-2017 » retrouvait une probabilité de maintien durable en emploi après aménagement 7 fois plus forte qu'après inaptitude (OR 7.44 IC 95% [6.62-8.35]). Ce résultat n'était pas modifié après ajustement sur : l'âge, le sexe, le secteur d'activité, la catégorie socio-professionnelle et la présence d'incapacité (OR 6.79 IC 95% [6.02-7.66]). Cela pouvait être dû aux différences de pathologies menant à l'inaptitude ou à l'aménagement, comme suggéré par les résultats de notre échantillon IODA. D'autres facteurs, non investigués, tels que l'ancienneté au poste ou le niveau d'étude pouvaient également l'expliquer.

Notre résultat confirme les divergences fortes entre les deux situations étudiées et justifie l'intérêt à porter aux aménagements de poste afin de mieux en comprendre les tenants et aboutissants sur le maintien en emploi.

### 1.1.2. Sexe

D'après nos résultats, le maintien durable en emploi ne différait pas significativement entre hommes et femmes et ce après aménagement comme après inaptitude. Deux études<sup>2,3</sup> présentaient également cette absence de corrélation après une inaptitude : l'une avec 6 mois de recul et l'autre à 1 an.

### 1.1.3. Age

Dans notre étude, les salariés entre 35 et 54 ans ayant bénéficié d'un aménagement de poste étaient plus souvent en emploi que les 25-34 ans alors que les 16-24 ans et plus de 55 ans l'étaient moins. Nous ne disposons pas de données de la littérature pour comparer ce résultat. Néanmoins, l'ancienneté au poste pourrait l'expliquer. En effet, deux études<sup>7,8</sup> avancent que l'ancienneté supérieure à 10 ans serait un facteur de maintien et qu'elle deviendrait pénalisante lorsqu'elle est inférieure à 5 ans. Cependant, ces études avaient été menées soit à 4 ans d'une déclaration de RQTH ou à 1 an d'une inaptitude médicale, ce qui limite fortement la comparabilité à notre population faisant l'objet d'un aménagement. Une autre hypothèse pour la tranche 35 à 54 ans pouvait être celle d'une plus grande motivation à rester ou retrouver un emploi pour des salariés ayant encore des enfants à charge et n'étant pas encore éligibles aux dispositifs sociaux tels que la retraite anticipée. Enfin, pour les 16-24 ans, le retour à l'emploi pourrait être plus tardif en raison d'une recherche de reconversion professionnelle vers un métier plus adapté à leur état de santé.

Lorsqu'une inaptitude était déclarée entre l'âge de 45 et 54 ans, le maintien en emploi était deux fois moins probable (OR 0.46 IC 95% [0.33-0.63]) que pour ceux âgés de 25-34 ans et l'écart était encore plus marqué pour la tranche 55-64 ans (OR 0.15 IC 95% [0.09-0.23]). L'étude menée en Ille-et-Vilaine<sup>3</sup> sur le devenir à 1 an après l'inaptitude retrouvait des forces d'association comparables et des tranches d'âges sensiblement identiques aux nôtres.

D'après ces résultats, la sortie de l'emploi surviendrait plus tôt pour les salariés inaptes que pour ceux bénéficiant d'un aménagement ce qui est certainement le reflet d'un état de santé plus dégradé lors de l'inaptitude. On note également que la tranche d'âge 45-54 ans serait un moment pivot pour le risque de désinsertion professionnelle.

Considérant ce lien entre âge et désinsertion professionnelle, un des apports de la loi Travail 2021<sup>15</sup> est la mise en place d'une visite de mi- carrière à 45 ans (ou autre âge prévu par accord de branche) dont l'objectif principal est l'évaluation du risque de désinsertion professionnelle et la proposition d'aménagements par le médecin du travail le cas échéant. Nos résultats soulèvent l'intérêt de la mise en place de ce type de visite avant même l'âge de 45 ans.

#### 1.1.4. Incapacités

##### 1.1.4.1. Invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie

Concernant le maintien en activité en 2020 dans notre base, notre étude retrouvait un rôle péjoratif de l'invalidité 2 avec des forces d'associations similaires que ça soit après une inaptitude ou suite à un aménagement (respectivement OR 0.35 IC 95% [0.15-0.86] et OR 0.37 IC 95% [0.26-0.53]). Dans deux études<sup>3,8</sup> sur le maintien en emploi 1 an après une inaptitude ou 4 ans après l'obtention d'une RQTH, ce résultat était maintenu avec des OR comparables.

Comme attendu, la reconnaissance d'une invalidité 2, qu'on ait fait l'objet d'une inaptitude ou d'un aménagement, est fortement corrélée à la désinsertion professionnelle car elle est le signe d'un état de santé très dégradé. On note cependant que, malgré ce contexte péjoratif, des salariés arrivent à être maintenus en emploi grâce à l'accompagnement des SST.

##### 1.1.4.2. Affection longue durée

Dans notre échantillon « 2016-2017 », l'ALD n'influçait pas significativement le maintien en emploi. Cela s'expliquait par des effectifs trop faibles probablement dus à un renseignement insuffisant dans le DMST ; nous n'avions par exemple que 3 ALD pour les salariés inaptes encore actifs en 2020.

##### 1.1.4.3. Orientation vers un service social :

Concernant le maintien en emploi après aménagement, nos résultats soulevaient le rôle positif de l'accompagnement par un service social interne à l'entreprise, avec la limite que nous n'avions pas cherché d'éventuels facteurs de confusion. La taille de l'entreprise pouvait notamment en être un. En effet les grandes entreprises disposent de services sociaux et « missions handicap » non présentes dans les petites structures mais également d'un plus grand nombre de postes ce qui facilite les aménagements ou les reclassements.

L'étude de l'orientation vers le SAMETH ou un service social externe ne donnait pas de résultats significatifs sur le maintien en emploi. Notre première hypothèse était celle du défaut de renseignement de cette donnée dans le DMST. Mais la méconnaissance des dispositifs ou le déficit d'orientation en étaient d'autres. Cette problématique a également été ciblée par la Loi Travail 2021<sup>15</sup> qui inscrit dans les textes la systématisation des cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SST. Elles auront pour objectif de « proposer des actions de sensibilisation [...] D'identifier les situations individuelles [...] De participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de prévention de la désinsertion professionnelle ». Il est également précisé que ces cellules travailleront avec les autres acteurs du soin et du maintien dans l'emploi.

##### 1.1.4.4. Handicap selon la présence d'une RQTH, d'une IPP > 10% ou d'une invalidité de catégorie 1 :

Dans notre échantillon 2016-2017, la présence d'une RQTH, d'une IPP > 10% ou d'une inval1 étaient des facteurs améliorant le maintien en emploi des salariés ayant bénéficié d'un aménagement (OR 1.72 IC 95% [1.50-1.98]) à âge, sexe, métier et secteurs d'activité

identiques. Après inaptitude, l'association était encore plus forte mais ne restait significative que pour la RQTH (OR 3.52 IC 95% [2.53-4.90]). Une hypothèse pouvant expliquer ce meilleur maintien pouvait être l'existence des dispositifs d'accompagnement spécifiques au handicap tels que CAP EMPLOI. Il était également possible que la RQTH soit plus souvent déclarée à l'employeur (et renseignée dans le dossier par le médecin du travail) dans des situations d'emblée plus favorables au maintien.

Nous n'avons pas trouvé de résultat directement comparable dans la littérature mis à part l'étude en Ille-et-Vilaine<sup>3</sup> qui concluait au contraire à une association entre RQTH et sortie de l'emploi à 1 an après l'inaptitude. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette divergence : une différence de pathologie à l'origine de la RQTH entre les 2 études ou une typologie de métiers différentes rendant les deux échantillons non comparables. De plus le recul à 1 an pourrait être trop court pour apprécier l'effet des dispositifs de maintien mobilisables avec une RQTH. L'enquête du département de la Vienne<sup>8</sup> retrouve par exemple un maintien en emploi de 65 % 4 ans après la mise en place d'une RQTH et rapporte 4 fois plus de maintien lors qu'il y avait eu un accompagnement par le SAMETH.

Enfin, nous notions dans notre étude que l'absence d'incapacité était corrélée à l'aménagement. Nous pouvions faire l'hypothèse que cette absence était liée à un meilleur état de santé, alors favorable à l'aménagement. Cependant, l'effet d'un renseignement plus détaillé du dossier médical lorsqu'il y avait une inaptitude était également probable.

#### 1.1.5. Secteur d'activité

Dans notre échantillon, l'administration publique était le secteur dont l'association avec un meilleur maintien en emploi était la plus forte, après aménagement comme après inaptitude. Ce résultat reflète les différences de réglementation sur l'inaptitude entre le secteur privé et les fonctions publiques (d'état, hospitalière et territoriale) au sein desquelles le licenciement après inaptitude est l'exception. Ceci était retrouvé par l'enquête de la DARES<sup>19</sup> en 2019 qui mentionnait un meilleur maintien à 3 ans pour les statuts de fonctionnaires comparés aux CDI (du privé) quel que soit l'état de santé. Une autre étude<sup>7</sup> montrait que les reclassements après une inaptitude d'origine psychique étaient significativement plus fréquents dans l'administration publique.

Dans notre analyse, aucun secteur n'était finalement associé à la sortie de l'emploi. En revanche les résultats pour plusieurs d'entre eux suggéraient un effet positif, après aménagement comme après inaptitude. Une hypothèse pouvant expliquer cette tendance est que nous avons mené nos comparaisons en référence au secteur de la santé dont nous pouvions supposer qu'il était fortement associé à la sortie de l'emploi. En effet, dans notre échantillon, il présentait les taux de maintien les plus faibles après inaptitude (9.2%) comme après aménagement (51%). De plus, il faisait partie des secteurs les plus associés à l'inaptitude dans notre « échantillon IODA », ce qui était concordant avec notre hypothèse.

Seuls deux secteurs favorisaient le maintien après aménagement et après inaptitude : il s'agissait de l'administration publique et l'industrie manufacturière. Nous notions que les secteurs du commerce et celui des activités spécialisées scientifiques et techniques l'amélioraient également après inaptitude mais leur rôle n'était pas significatif après un aménagement. Pour l'administration publique ce résultat découlait de la différence de réglementation concernant l'inaptitude et la recherche de reclassement (comme déjà cité). Pour l'industrie manufacturière et le commerce nous pouvions faire l'hypothèse d'une forte représentation de grandes entreprises (secteur aéronautique pour l'industrie, supermarchés pour le commerce) au sein desquelles les situations de maintien dans l'emploi sont plus facilement résolues (comme discuté précédemment). Pour les activités spécialisées scientifiques le meilleur maintien était probablement associé au profil de salariés (plus qualifiés et avec un haut niveau d'étude) leur permettant plus facilement d'être reclassés ou

d'envisager une reconversion. Etonnamment, pour l'administration et l'industrie, l'association au maintien après inaptitude était 2 fois plus forte qu'après aménagement. Et de manière générale, notre analyse statistique retrouvait des forces d'associations plus grandes pour les secteurs améliorant le maintien après inaptitude (OR allant de 2.31 à 5.86) que pour ceux l'améliorant après aménagement (OR allant de 1.37 à 3.11).

Ainsi, l'effet des mesures de maintien selon les secteurs d'activité était déterminant pour les salariés les plus vulnérables de notre échantillon.

#### 1.1.6. Métier

Dans notre échantillon « 2016-2017 », seule la catégorie des professions intermédiaires de la santé et du travail social était associée à un meilleur maintien après aménagement, comparée aux professions intermédiaires administratives. Il s'agissait notamment des métiers d'infirmiers qui exerçaient le plus souvent dans des grosses structures (cliniques privées) d'où les meilleures possibilités de maintien.

Les catégories associées à une sortie de l'emploi étaient les personnels de services directs aux particuliers et les chauffeurs. Ces dernières catégories étaient déjà ciblées dans la survenue de l'inaptitude. Or, ces chauffeurs et aides à domicile appartiennent le plus souvent à des entreprises qui n'embauchent aucun autre corps de métier et ne peuvent donc proposer aucun reclassement. De plus, la pénibilité de ces métiers est à l'origine d'une usure importante et le faible niveau de qualification rend également les possibilités d'aménagement ou de reconversion plus minces.

Après une inaptitude, seule la catégorie contremaîtres/agents de maîtrise (PCS 48) était associée à un meilleur maintien. Cette catégorie regroupait plusieurs métiers dont : les conducteurs de travaux du BTP, les techniciens de maintenance et autres techniciens du secteur de l'électronique, de la métallurgie...etc. Nous pouvions faire l'hypothèse de métiers plus difficiles à remplacer et avec un niveau de qualification permettant des reclassements vers des postes plus sédentaires (métiers de formateurs par exemple).

Par ailleurs, aucune catégorie n'était associée à la sortie de l'emploi après ajustement.

Nos résultats suggèrent qu'après l'inaptitude, le métier d'origine avait moins d'impact sur le retour à l'emploi qu'après aménagement.

## ***1.2. Résultats de l'échantillon IODA***

### **1.2.1. Sexe**

A partir des données recueillies par le biais du dispositif IODA dans notre SST, nous n'avions pas trouvé de différence significative après ajustement entre la probabilité de survenue d'une inaptitude ou d'un aménagement selon le sexe. Ce résultat n'était pas concordant avec le travail réalisé par S. Dietsch<sup>10</sup> qui montrait un sur-risque d'inaptitude de près d'1 fois et demi pour les femmes. Cependant, le rôle de la pathologie n'avait pas été analysé dans cette dernière étude contrairement à ce que nous avons fait. Il pourrait s'agir d'un facteur de confusion puisque d'après les données IODA à l'échelle régionale il y avait une association significative entre le sexe et la pathologie à l'origine de l'inaptitude (quel que soit le métier, l'âge...)

Néanmoins, les femmes seraient plus à risque d'inaptitude que la population globale d'après les données régionales IODA<sup>9</sup> comme d'après l'étude de S. Dietsch<sup>10</sup> et une étude<sup>7</sup> suggère qu'elles seraient moins bien reclassées.

Ainsi, les apports croisés des données de la littérature et de notre étude suggèrent que les femmes seraient plus susceptibles que les hommes de faire l'objet d'une inaptitude ou d'un aménagement mais sans que l'un soit plus fréquent que l'autre et ce quels que soient : leur métier, leur âge ou la pathologie principale en cause.

### **1.2.2. Age**

D'après nos résultats, l'inaptitude était plus fréquente que l'aménagement pour les salariés âgés de plus de 64 ans (versus 45-54 ans) ce qui était concordant avec les résultats de S. Dietsch.

### **1.2.3. Incapacités**

#### **1.2.3.1. Invalidité de 2ème catégorie :**

La corrélation entre l'inaptitude et l'invalidité 2 est largement documentée et cohérente puisque son attribution se fait dans le cas où la sécurité sociale considère qu'il y a une incapacité « d'exercer une profession quelconque ». D'après nos résultats, l'inaptitude était plus de 8 fois plus probable que l'aménagement lorsqu'il y avait une invalidité de 2ème catégorie, comparée à la RQTH. L'analyse de S. Dietsch<sup>10</sup> retrouvait un résultat similaire avec une inaptitude 10 fois plus probable que l'aménagement, comparée à l'absence d'incapacité. Ainsi, la présence d'une invalidité de catégorie 2 était une caractéristique distinguant nettement ces deux profils.

#### **1.2.3.2. Affection longue durée :**

Dans notre « échantillon IODA », l'aménagement de poste était plus de 2 fois plus probable que l'inaptitude lorsqu'il y avait une ALD. Nous ne disposons d'aucune étude de la littérature comparable mis à part l'étude<sup>22</sup> menée par le service de santé au travail ACMS en Ile de France qui retrouvait plus de 50 % de personnes atteintes de maladie chronique sur 246 situations d'aménagements sans qu'une association statistiquement significative n'ait été recherchée avec la population générale ou la population des inaptes.

#### **1.2.3.3. Absence d'incapacité**

Enfin, nous notions dans notre étude que l'absence d'incapacité était corrélée à l'aménagement. Nous pouvions faire l'hypothèse que cette absence était liée à un meilleur

état de santé, alors favorable à l'aménagement. Cependant, l'effet d'un renseignement plus détaillé du dossier médical lorsqu'il y avait une inaptitude était également probable.

#### 1.2.4. Pathologie principale

##### 1.2.4.1. Pathologies associées à l'inaptitude

###### 1.2.4.1.1. Maladies psychiques

Dans notre échantillon composé de 9424 salariés ayant fait l'objet soit d'un aménagement soit d'une inaptitude, et en prenant les maladies de l'appareil ostéo-articulaire comme référence, une pathologie psychique entraînait un risque presque 4 fois plus grand d'inaptitude. Ce résultat tenait compte d'éventuels facteurs de confusion tels que : l'âge, le sexe, l'incapacité, le métier, le type de contrat ou encore le secteur d'activité. A notre connaissance, il n'existait pas de données comparables dans la littérature.

Cependant, l'hypothèse d'une origine professionnelle, nous paraissait probable dans la mesure où les possibilités d'aménagement sont restreintes si l'environnement professionnel est en cause dans la survenue ou l'aggravation de la pathologie.

Un argument en faveur de cette hypothèse était la prédominance, parmi les maladies psychiques, des troubles pouvant être réactionnels à un facteur de stress. Il s'agissait des troubles anxieux, des épisodes dépressifs et des réactions à un facteur de stress sévère (cf. Tableau 40). Les résultats régionaux<sup>9</sup> retrouvaient ces 3 mêmes pathologies en tête des troubles psychiques à l'origine des inaptitudes.

De plus, plusieurs études soulevaient le rôle des conditions de travail dans la survenue de ces inaptitudes. Les études réalisées par les SST des Hauts-de-France<sup>7,23</sup> en 2019 puis en 2020 soulignaient, l'une l'impact significatif de « la pression psychologique ressentie » sur la survenue d'une inaptitude, l'autre le rôle des « problèmes relationnels » dans l'absence de reclassement en contexte de pathologie psychique. L'étude MAPOST<sup>6</sup> en 2018 confirme l'association entre la survenue d'une inaptitude et l'existence d'un mauvais « score psychosocial » et en Ille-et-Vilaine<sup>3</sup> 80% des inaptitudes pour motif psychique étaient assorties d'une mention de dispense de reclassement suggérant là aussi un lien avec le travail rendant la sortie de l'entreprise salutaire. Enfin, d'après les données régionales IODA<sup>9</sup>, il y avait également une association entre ce type d'inaptitude et certains métiers exposant à des risques psycho-sociaux au sens du modèle de Karasek (faible latitude décisionnelle, forte demande psychologique et faible soutien social au travail). Il s'agissait par exemple des métiers de standardiste, cadres infirmiers, responsable de magasin, professionnels de banque et assurance.

Par ailleurs, comme déjà cité en introduction, la littérature suggérait un risque accru de désinsertion professionnelle après une inaptitude d'origine psychique comparée à l'origine rhumatologique.

###### 1.2.4.1.2. Maladies neurologiques

Les pathologies neurologiques étaient le seul autre groupe d'affections pour lequel l'inaptitude était plus fréquente que l'aménagement (OR 1.5 IC 95% [1.07-2.23]).

Pour notre analyse, nous avons regroupé par lettre d'appareil tous les items inclus dans le thésaurus spécifique élaboré pour le dispositif IODA. Ainsi l'appellation « maladies neurologiques » regroupait les items suivants : l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions du nerf cubital, le syndrome du canal carpien, les troubles du sommeil et les maladies du système nerveux. Ce dernier item représentait de loin l'effectif le plus important du groupe « maladies neurologiques » avec 128 salariés concernés (aucun des autres items n'excédait 26 cotations) et pouvait par exemple correspondre aux atteintes des

disques cervicaux ou intervertébraux avec retentissement neurologique (névralgies cervico-brachiales, sciatiques par hernie discale...). Ainsi, il nous paraissait probable que les médecins aient choisi cet item dans le cas de maladies ostéo-articulaires avec une symptomatologie neurologique au premier plan et dont la sévérité peut expliquer l'issue d'inaptitude plutôt que l'aménagement.

Une autre hypothèse était celle de l'impossibilité d'aménagement des postes dits de sécurité en présence de pathologies telles que l'épilepsie mais cela nous semblait moins probable au vu des effectifs observés, à savoir 4 inaptitudes et 22 aménagements pour l'item épilepsie.

#### *1.2.4.2. Pathologies associées à l'aménagement de poste*

Hors maladies digestives et dermatologiques, tous les autres appareils étaient associés à l'aménagement de poste plutôt qu'à l'inaptitude après ajustement toujours en prenant comme référence les maladies de l'appareil ostéo-articulaire. Il s'agissait des maladies cardiovasculaires, des tumeurs, des séquelles de lésions traumatiques, des maladies infectieuses, des maladies du sang et du système immunitaire, des affections endocriniennes (dont le diabète) et, des maladies respiratoires et urologiques.

Cette liste se recoupait largement avec les pathologies classées comme facteurs de vulnérabilité COVID en 2020, à savoir :

- Être âgé de 65 ans et plus ;
- Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications ;
- Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale : broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment ;
- Présenter une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Être atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm<sup>2</sup>) ;
- Être atteint de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- Être au troisième trimestre de la grossesse ;
- Être atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise.

De plus, notre analyse statistique mettait en évidence une augmentation significative des aménagements après le 16 mars, date du début de l'état d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19. Une comparaison des effectifs entre les périodes pré et post 16 mars du recueil montrait en effet une forte augmentation au sein des aménagements liés spécifiquement à ces vulnérabilités (cf. Tableau 42). On notait par exemple que :

- Les pathologies endocriniennes (E) passent de 10 cotations à 114 cotations
- Les pathologies respiratoires (J) passent de 5 à 193 cotations

- Les pathologies hématologiques ou immunologiques (D) passent de 5 à 105 cotations.
- Les pathologies cardio-vasculaires (I) de 28 à 227 cotations.

L'augmentation de la représentation de ces diagnostics au sein des demandes d'aménagements découlait très probablement des préconisations concernant le télétravail et/ou le renforcement des mesures barrières (mise en place d'un bureau seule, mise à disposition de masques FFP2...etc.)

Par ailleurs, les chiffres de l'inaptitude étaient relativement stables entre les deux périodes pour la plupart des pathologies (cf. Tableau 43), mis à part pour les maladies psychiques qui semblaient en légère progression et les maladies neurologiques en léger recul, après le 16 mars. Mais nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique pour confirmer ce résultat.

Enfin, nous notons que notre analyse retrouvait une association significative entre l'absence de pathologie codée et l'aménagement. Sachant que le codage de la pathologie pour l'inaptitude était une exigence du dispositif IODA et que celui des aménagements était une « option » proposée dans notre SST, les médecins avaient certainement mieux renseigné la pathologie lors d'une inaptitude.

Finalement malgré le faible renseignement du diagnostic en lien avec l'aménagement et la surreprésentation des pathologies à risque de COVID grave, notre étude a permis de montrer que l'inaptitude était 4 fois plus fréquente que l'aménagement pour les pathologies psychiques. Ce résultat soulevait la question de l'origine professionnelle rendant difficile un aménagement du poste.

#### 1.2.5. Taille de l'entreprise

Dans notre échantillon, la probabilité d'inaptitude était moins importante que l'aménagement pour toutes les structures de plus de 10 salariés, comparées aux TPE. Et cela n'était pas modifié après ajustement sur : l'âge, le sexe, la pathologie, l'incapacité, le métier, le type de contrat et le secteur d'activité. Elle était notamment 2 fois moins probable pour les salariés des moyennes entreprises (50 à 299 salariés) que pour les TPE. Nos résultats étaient concordants ceux de S. Dietsch qui retrouvait une probabilité d'inaptitude plus forte pour les TPE (OR 1.37 [1.21-1.54]) et plus faible pour les moyennes (OR 0.65 IC 95% [0.57-0.73]) et grandes entreprises (OR 0.59 IC 95% [0.51-0.69]) comparée aux entreprises de 11 à 49 salariés.

Comme déjà évoqué, ce résultat pouvait s'expliquer simplement par la plus grande diversité de postes et de missions au sein des moyennes et grandes entreprises offrant de plus grandes marges de manœuvre d'aménagement. Cela pouvait également s'expliquer par la présence de services RH, QSE ou de représentants du personnel plus à même d'accompagner ces situations de maintien dans l'emploi.

Par ailleurs, le travail de S. Dietsch<sup>10</sup> avait également permis les comparaisons de la population « inapte » à la population globale suivie par le SST. Elle retrouvait une probabilité d'inaptitude plus importante pour les TPE et plus faible pour les grandes entreprises comparées aux entreprises de 11-49 salariés. On note cependant que son résultat n'était pas concordant avec les données régionales du dispositif IODA<sup>9</sup> qui indiquaient une perte de significativité après ajustement.

Ainsi, le rôle de la taille de l'entreprise dans l'inaptitude avait déjà été recherché et jugé comme péjoratif dans la littérature mais il est possible que le métier soit un facteur de confusion.

Notre étude rend quoi qu'il en soit compte de la meilleure résolution des situations à risque de désinsertion dans les moyennes et grandes entreprises par le biais de l'aménagement.

#### 1.2.6. Secteur d'activité

Nous retrouvions que les secteurs les plus pourvoyeurs d'inaptitude comparés au secteur « Commerce » étaient (par force d'association décroissante) : les arts et spectacles (OR 2,75 IC95% [1,64 - 4,62]), les activités de service administratifs et de soutien (OR 1,74 IC 95% [1,37 - 2,23]), la santé humaine et l'action sociale (OR 1,68 IC 95% [1,36 - 2,09]), les autres activités de services (OR 1,65 IC 95% [1,16 - 2,35]) et enfin l'hébergement et la restauration (OR 1,47 IC 95% [1,09 - 2]). Un seul résultat était concordant avec ceux de S. Dietsch<sup>10</sup>, il s'agissait des services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (faisant partie du groupe des activités de services administratifs et de soutien) et la force d'association était similaire à la nôtre (OR 1.57 IC 95% [1.33-2.18]).

Les secteurs où l'inaptitude était moins probable que l'aménagement étaient : l'administration publique (OR 0,45 IC 95% [0,27 - 0,75]), l'information et communication (OR 0,58 IC 95% [0,4 - 0,83]), les activités financières et d'assurance (OR 0,65 IC 95% [0,45 - 0,94]) et enfin les activités spécialisées scientifiques et techniques (OR 0,69 IC 95% [0,5 - 0,95]). Nous trouvons des recoupements avec le travail de S. Dietsch<sup>10</sup> pour les secteurs : de l'administration publique, des activités financières et d'assurance et des activités spécialisées scientifiques et techniques.

On note cependant que les analyses des données régionales du dispositif IODA<sup>9</sup> ne renaient pas le secteur d'activité parmi les variables explicatives de la survenue de l'inaptitude au sein de l'ensemble des salariés suivis par les SSTi d'Occitanie. En effet, dans certains cas, des redondances étaient observées pour les métiers se confondant avec leur secteur d'activité. Et dans d'autres situations, ce dernier recouvrait des métiers trop divers et n'était pas jugé approprié pour décrire les conditions de travail.

#### 1.2.7. Métier

Dans cet échantillon, nous n'avons analysé les catégories socio-professionnelles que d'après le code PCS à 1 chiffre. Ainsi, nous retrouvons de façon attendue que les catégories « employés » et « ouvriers » étaient 2 fois plus à risque d'inaptitude, comparées aux professions de cadres.

Les analyses présentées par S. Dietsch étaient plus précises.

D'une part, elles montraient que les métiers les plus à risque d'inaptitude plutôt que d'aménagement étaient : les personnels de services directs aux particuliers et les employés de commerce. Ce qui était cohérent puisque ces métiers reflètent des expositions professionnelles à : la pénibilité physique, les tâches d'exécution avec faible latitude décisionnelle, la forte demande psychique... Autant de contraintes limitant les possibilités d'aménagement.

D'autre part, elle précisait que les métiers favorisant l'aménagement étaient : les ingénieurs, les professeurs des écoles, les professions intermédiaires administratives de la fonction publique et les techniciens. Ces métiers sont, au contraire, associés à une plus grande sédentarité, une plus grande qualification et une latitude décisionnelle plus importante.

A l'échelle régionale du dispositif IODA<sup>9</sup>, on retrouvait en partie les mêmes catégories. Il s'agissait des : employés ou artisans ambulanciers, aides à domicile, ouvriers de production agro-alimentaire, coursiers/livreurs/chauffeurs de taxi, ouvriers ou artisans du BTP... Cependant, comme déjà cité dans le paragraphe « pathologie », l'analyse du diagnostic médical permettait de distinguer des métiers spécifiquement associés aux

inaptitudes d'origine psychique. Or, ce n'était pas le cas pour les pathologies de l'appareil locomoteur dont le profil de métier était similaire au profil toutes pathologies confondues.

#### 1.2.8. Type de contrat

Notre analyse révélait que l'inaptitude était moins probable que l'aménagement pour les contrats CDD et saisonniers, comparés aux CDI (OR 0.59 IC 95% [0.44-0.79]).

A l'échelle régionale du dispositif, la probabilité de l'inaptitude par rapport à l'ensemble de la population des SSTi était également faible (RR ajusté à 0.34 IC 95% [0.31-0.38]) pour les contrats précaires.

#### 1.2.9. Type de surveillance déclarée

L'inaptitude était moins probable pour tous les autres types de surveillance que le suivi simple et cela était restait vrai après ajustement ce qui permettait de corriger l'effet la présence d'une RQTH (pour les SIA) ou celui de la catégorie-socio-professionnelle (pour les SIR). Le suivi rapproché apparaissait comme un déterminant en soi de l'aménagement plutôt que de l'inaptitude.

#### 1.2.10. Type de visite médicale

Tous les types de visites étaient moins souvent associés à l'inaptitude que l'aménagement, comparés à la visite de reprise. Ce résultat n'était pas étonnant puisque l'inaptitude est prononcée quasi exclusivement lors d'une visite de reprise.

#### 1.2.11. Date de la visite

Nous avons cherché à savoir si l'apparition de l'épidémie de COVID 19 et notamment la période de confinement à partir du 16 mars 2020 avaient eu une influence sur les inaptitudes. Ainsi nous retrouvions une probabilité d'aménagement après le 16 mars plus de 2 fois supérieure à avant cette date. Nous avons déjà développé cet aspect dans le paragraphe « pathologie ».

### ***1.3. Aspects non investigués***

#### **1.3.1. Ancienneté au poste :**

Le rôle de l'ancienneté au poste sur le maintien dans l'emploi a été souvent recherché dans la littérature que nous avons consultée. Comme déjà cité dans le paragraphe « âge », deux études<sup>7,8</sup> suggéraient que l'ancienneté supérieure à 10 ans diminuait le risque d'inaptitude alors que d'après les données régionales du dispositif IODA<sup>9</sup>, son rôle n'était plus significatif après ajustement.

Ainsi son influence reste à préciser, notamment en fonction de l'âge, du niveau d'étude, du métier et du type de contraintes professionnelles ; en effet le risque d'inaptitude et de sortie de l'emploi est plus important avec l'ancienneté pour des métiers à forte pénibilité physique et faible qualification alors que la probabilité d'aménagement, de reclassement ou de reconversion s'améliore avec l'ancienneté pour les professions intellectuelles.

#### **1.3.2. Les arrêts maladie**

Les arrêts maladie longs étaient également cités dans la littérature comme associés à un sur-risque de désinsertion professionnelle. L'étude sur le maintien à 18 mois après la sortie d'un service de réadaptation professionnelle pour pathologie rhumatologique<sup>5</sup> montrait un risque de sortie de l'emploi augmentant significativement avec la durée de l'arrêt avant admission. Ainsi, les arrêts allant de 1 à 2 ans étaient 6 fois plus à risque de désinsertion (OR 6.24 IC 95% [1.99-22.23]) et les arrêts supérieurs à 2 ans l'étaient 12 fois plus (OR 12.71 IC 95% [2.54-77.67]), comparés aux arrêts de moins d'1 an. En 2021, la MDPH de la Vienne<sup>8</sup> indiquait que le maintien en emploi 4 ans après la déclaration d'une RQTH était 4 fois moins probable pour les arrêts supérieurs à 2 ans. Cette tendance apparaissait dès un mois d'arrêt maladie dans une autre étude.

Ces résultats mettent en avant l'importance du repérage précoce, notamment par la médecine de ville et la CPAM, de ces arrêts à risque et leur signalement au médecin du travail par l'orientation en visite de pré-reprise. La loi Travail 2021<sup>15</sup> va dans le sens de ces constatations puisqu'elle renforce le dispositif de signalement par la CPAM et rend possible la visite de pré-reprise à la demande de l'employeur (en concertation avec le salarié et le médecin du travail). Ces dispositions devraient permettre une coordination entre acteurs du maintien plus efficiente dont l'impact est à étudier dans les prochaines années.

#### **1.3.3. Place de l'accompagnement par le SST :**

Notre analyse portant sur le type de surveillance déclarée (SI, SIR, SIA) suggérait que les visites rapprochées avec le médecin du travail pouvaient être un déterminant de l'aménagement plutôt que de l'inaptitude. Cette hypothèse était cohérente avec l'enquête<sup>4</sup> réalisée par un SST de Caen en 2018 qui observait que les inaptitudes étaient majoritairement prononcées à plus de 3 ans de la dernière visite avec le médecin du travail. En 2019, la DARES<sup>19</sup> indiquait également que le maintien en emploi des salariés « à la santé fragile » était meilleur lorsque la dernière visite avec le médecin du travail était inférieure à 2 ans. L'importance de la visite de pré-reprise et des préconisations ou aménagements étaient également citées dans plusieurs travaux. En revanche, ces études soulevaient le problème de l'intervention tardive du SST indiquant que la prise en charge par le médecin du travail était un probable levier mais qu'il était insuffisamment et tardivement sollicité.

La mise en place des cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle de façon systématique dans tous les SST, instaurée par la Loi Travail 2021<sup>15</sup>,

est susceptible d'améliorer l'efficacité de l'intervention du médecin du travail et de son équipe.

### 1.3.4. Qualité du retour en emploi et trajectoire professionnelle

Plusieurs travaux décrivaient la cinétique du retour en emploi après inaptitude montrant qu'il augmentait progressivement mais qu'il se faisait sur un temps long. D'autre part, il semblait se faire souvent dans la précarité, avec des contrats d'intérim, des statuts d'auto-entrepreneurs et une perte de revenu.

D'autre part, l'étude « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer »<sup>11</sup> soulignait que plus de 50 % des aménagements de postes concernaient la réduction du temps de travail et qu'il y avait très souvent un changement de poste associé. Les salariés concernés étaient souvent des cadres supérieurs de moins de 40 ans. Cette même étude proposait d'étudier les différences de trajectoire professionnelles afin d'identifier à la fois les déterminants de sortie de l'emploi et ceux d'un nouvel accès à l'emploi. Elle retrouvait que plus de la moitié des salariés avaient une trajectoire professionnelle continue mais que ceux qui passaient par une période de chômage ou d'inactivité retrouvaient beaucoup moins souvent une situation d'emploi à 5 ans. Le retour à l'emploi, lui, dépendait essentiellement du niveau d'étude.

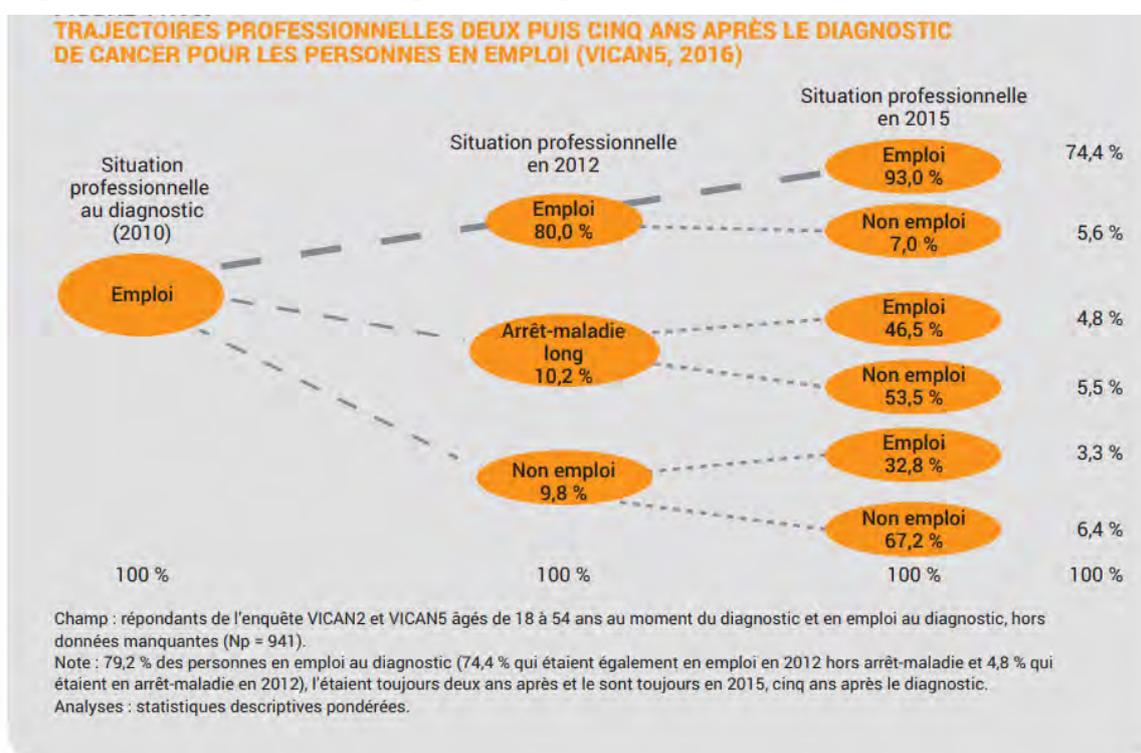


Figure 1: Présentation des trajectoires professionnelles, d'après © « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », INCa, juin 2018. »

### 1.3.5. Motivation de l'employeur

Certaines études soulevaient le rôle de l'employeur dans la mise en place d'aménagement ou la recherche de reclassement. Par exemple, d'après l'ACMS<sup>22</sup> en 2020, les items « l'aménagement a permis d'éviter l'inaptitude » et « l'employeur a été contacté en sus de l'avis » étaient significativement associés d'après les questionnaires remplis par les médecins du travail. Plusieurs sources citaient l'expérience d'un reclassement antérieur dans l'entreprise comme facteur favorable au maintien dans l'emploi

Ainsi la sensibilisation des employeurs aux démarches de maintien est un enjeu important, notamment dans les TPE où les marges de manœuvres sont plus faibles.

### 1.3.6. La dispense de reclassement

Depuis la Loi Travail 2016, le code du travail précise que : « *L'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L. 1226-2, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.* »

Plusieurs études suggéraient que cette dispense de reclassement représentait probablement la majorité des situations d'inaptitude. D'après les données régionales du dispositif IODA<sup>9</sup>, il y avait au moins 66% de cas de dispense parmi les inaptitudes prononcées, dans nos données ce taux était de 62% et dans l'étude réalisée en Ille-et-Vilaine<sup>3</sup> il était de 42%.

Ce résultat nous semblait à mettre en lien avec la prédominance de la pathologie psychique dans les inaptitudes et son origine professionnelle.

## ***1.4. Forces et faiblesses des 2 études***

### ***1.4.1. Echantillon 2016-2017***

#### ***1.4.1.1. Forces***

- Grâce à l'étude de cet échantillon nous avons pu donner une estimation du maintien en emploi avec 3 voire 4 ans de recul après un aménagement ou une inaptitude, ce qui n'avait été réalisée dans aucune autre étude de cette taille à notre connaissance. Or, on sait que l'évaluation à 3 ans est plus significative car elle permet d'intégrer le devenir des salariés en arrêt maladie arrivant en fin de droit après 3 ans. Elle prend également en considération les parcours discontinus vis-à-vis de l'emploi.
- Nous avons ainsi retrouvé que le maintien était 7 fois plus probable après aménagement qu'après inaptitude, ce qui justifie la nécessité d'améliorer les connaissances sur l'aménagement.

#### ***1.4.1.2. Faiblesses***

- La principale limite de notre étude était d'avoir considéré les salariés comme inactifs en 2020 dès lors qu'ils n'étaient plus dans les effectifs d'une entreprise adhérente à notre SST. Or des salariés pouvaient avoir retrouvé un emploi dans une entreprise suivie par un autre service de santé ou avoir basculé vers des formes de travail plus précaires. Cela a pu nous amener à sous-estimer le maintien en emploi notamment après inaptitude, quand les salariés sont majoritairement licenciés et peuvent avoir retrouvé un emploi dans une structure suivie par un autre SST. Ainsi l'écart de maintien entre aménagement et inaptitude a pu être surestimé.
- Une autre faiblesse était que nous n'avions pas pu intégrer la pathologie principale dans nos variables explicatives or il est probable qu'elle joue un rôle important dans le maintien en emploi.
- De plus, nous n'avions pas non plus étudié le rôle de l'ancienneté ou du niveau d'étude, or de nombreuses enquêtes suggèrent que ces caractéristiques impactent les possibilités de maintien avec aménagement, de reclassement ou de reconversion professionnelle.
- Enfin, nous avons constaté que les incapacités étaient probablement peu renseignées par les médecins du travail, notamment les ALD dont le chiffre était largement sous-estimé (66 ALD pour 11057 salariés en situation de maintien dans l'emploi). Des pistes d'amélioration de leur saisie sont à rechercher.

### ***1.4.2. Echantillon IODA***

#### ***1.4.2.1. Forces***

- Le principal apport de cette étude était l'analyse de la pathologie, ce qui n'avait jamais été réalisée auparavant sur un échantillon de cette taille pour « l'inaptitude » et ce qui constituait une première pour « l'aménagement ».
- De plus, elle avait permis de dégager un résultat important concernant l'association forte entre la pathologie psychique et l'inaptitude, comparée à l'aménagement. Ce résultat pouvant s'expliquer par le rôle des conditions de travail dans la survenue de ces pathologies.

- Enfin, nous avons également pu constater l'association entre suivi médical rapproché et aménagement plutôt qu'inaptitude. Ce qui confirme l'importance de l'accompagnement par le service de santé au travail.

#### 1.4.2.2. Faiblesses

- Plus de la moitié des pathologies en cause dans l'aménagement n'étaient pas codées alors que ce n'était le cas que pour un tiers des inaptitudes. Ainsi, nous ne savions pas si nos résultats étaient représentatifs de l'ensemble des situations d'aménagement.
- De plus, nous avons rencontré des difficultés d'interprétation pour certains items de pathologies très larges tels que l'item « maladies du système nerveux » qui pouvait présenter des recouvrements avec des maladies ostéo-articulaires ou avec d'autres items de maladies neurologiques (épilepsie etc...). Ici, la façon de coder pouvait être propre à chaque médecin, ce qui posait un problème de qualité des données.
- Enfin, nous avons été confrontés à un possible biais en lien avec la survenue de l'épidémie de COVID 19, l'analyse descriptive montrait en effet de fortes différences de nature de la pathologie entre les périodes pré et post 16 mars 2020 de notre recueil.

#### 1.4.3. Forces et faiblesses communes aux 2 études :

- Alors que dans la littérature existante, les enquêtes étaient menées sur de petits échantillons et sur la base du volontariat des médecins, nous avons pu réaliser des analyses à partir d'échantillons de grande taille (11057 et 9424 salariés) et de données recueillies en routine.
- Cependant, nos échantillons n'étaient pas représentatifs de l'ensemble de la population active occupée car ils excluaient les salariés de services autonomes, ceux suivis par la MSA et les salariés de la fonction publique. De plus, notre SSTi ne suivait pas de salariés du BTP. Ainsi certains métiers et conditions de travail n'avaient pas été pris en compte.



## CONCLUSION

Les connaissances sur le maintien en emploi s'appuient essentiellement sur les données de l'inaptitude. Le travail récent mené par S. Dietsch, qui intégrait les situations d'aménagement, a permis de montrer que cette approche n'en donnait qu'une vision partielle. Nos analyses ont confirmé les différences socio-professionnelles que S. Dietsch retrouvait entre « aménagement » et « inaptitude » et ont pu élargir ce résultat à la nature de la pathologie en cause, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant. Nous avons ainsi mis en lumière la place des maladies psychiques dans l'inaptitude et le rôle des conditions de travail dans leur survenue.

D'autre part, grâce à un suivi à 3 voire 4 ans de ces situations à risque de désinsertion professionnelle, nous avons pu identifier des facteurs prédictifs du maintien durable. Un tel recul n'était retrouvé dans aucune étude de cette taille et de niveau de preuve comparable : à la limite près que nous avons pu sous-estimer le taux de maintien en ne tenant compte que des salariés encore actifs dans notre base.

Des données recueillies, il ressort également que la demande d'aménagement de poste est de loin la mesure de maintien dans l'emploi la plus souvent mobilisée par les médecins du travail ; ce qui rend compte de l'accompagnement des entreprises par les équipes pluridisciplinaires (études de postes, échanges avec l'employeur...) dans la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle.

Un résultat inattendu de notre travail a été le nombre d'aménagements demandés pour les personnes à risque de COVID grave, ce qui reflète la mobilisation des services de santé au travail durant la période d'état d'urgence sanitaire.

Finalement, nos résultats sont à conforter par de nouvelles études tenant par exemple compte de la nature de la pathologie dans le maintien à long terme, ce que nous n'avons pas pu faire. Des améliorations de l'exhaustivité des données concernant la présence de pathologies chroniques ou d'éventuel handicap sont également souhaitables et permettront d'identifier des salariés en amont de toute demande d'aménagement et dans une démarche de prévention la plus précoce possible.

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

E. SEPRANO

21.09.2021

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

## CONCLUSION

---

Les connaissances sur le maintien en emploi s'appuient essentiellement sur les données de l'inaptitude. Le travail récent mené par S. Dietsch, qui intégrait les situations d'aménagement, a permis de montrer que cette approche n'en donnait qu'une vision partielle. Nos analyses ont confirmé les différences socio-professionnelles que S. Dietsch retrouvait entre « aménagement » et « inaptitude » et ont pu élargir ce résultat à la nature de la pathologie en cause, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant. Nous avons ainsi mis en lumière la place des maladies psychiques dans l'inaptitude et le rôle des conditions de travail dans leur survenue.

D'autre part, grâce à un suivi à 3 voire 4 ans de ces situations à risque de désinsertion professionnelle, nous avons pu identifier des facteurs prédictifs du maintien durable. Un tel recul n'était retrouvé dans aucune étude de cette taille et de niveau de preuve comparable ; à la limite près que nous avons pu sous-estimer le taux de maintien en ne tenant compte que des salariés encore actifs dans notre base.

Des données recueillies, il ressort également que la demande d'aménagement de poste est de loin la mesure de maintien dans l'emploi la plus souvent mobilisée par les médecins du travail ; ce qui rend compte de l'accompagnement des entreprises par les équipes pluridisciplinaires (études de postes, échanges avec l'employeur...) dans la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle.

Un résultat inattendu de notre travail a été le nombre d'aménagements demandés pour les personnes à risque de COVID grave, ce qui reflète la mobilisation des services de santé au travail durant la période d'état d'urgence sanitaire.

Finalement, nos résultats sont à conforter par de nouvelles études tenant par exemple compte de la nature de la pathologie dans le maintien à long terme, ce que nous n'avons pas pu faire. Des améliorations de l'exhaustivité des données concernant la présence de pathologies chroniques ou d'éventuel handicap sont également souhaitables et permettront d'identifier des salariés en amont de toute demande d'aménagement et dans une démarche de prévention la plus précoce possible.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Bilan Plan Santé au Travail 3 2016-2020. Disponible sur <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/sante-au-travail-publication-du-bilan-du-3eme-plan-sante-au-travail-2016-2020>. Ou référence PDF : BILAN PST3 \_pst3\_2016-2020\_bilan\_vok.pdf.
2. Rondi A, Fantoni-Quinton S. Devenir des salariés après une inaptitude médicale. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. oct 2017;78(5):412-20.
3. 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. Mars 2021;82(2):195-210.
4. 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. oct 2020;81(5):525.
5. Ben Lahoussine M, Gouyet T. Évaluation du retour à l'emploi après un programme de réadaptation professionnelle. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. févr 2019;80(1):27-38.
6. 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. :12.
7. 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. nov 2020;68(6):357-65.
8. Tomas H, Delaubier A. Handicap locomoteur et maintien en emploi : étude rétrospective à propos de 352 salariés reconnus travailleurs handicapés en 2013. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. janv 2021;82(1):7-18.
9. Cassadou S., Beaumont A. Projet IODA, Inaptitudes en Occitanie : Diagnostics et Analyses. Toulouse : CREA-ORS Occitanie, 2021, 116 p.
10. Dietsch Stéphanie, « L'analyse des inaptitudes ne permet pas d'avoir une vision globale du maintien en emploi. Analyse de bases de données de l'ASTIA. » ; Th.D : Médecine du travail : Toulouse : 2021 : n° 2021 TOU3 1522.
11. © « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », INCa, juin 2018
12. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n°0170 du 24 juillet 2011. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024389212/>>
13. Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi JORF n°0138 du 16 juin 2013. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027546648/>>
14. Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue

- social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n° 0184 du 9 août 2016. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032983213>>
15. Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JORF n° 0178 du 3 août 2021. Accessible via <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2021/08/03/0178>>
  16. 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*. nov 2019;106(11):1039-49.
  17. Aballea P., du Mesnil du Buisson M. et al. Prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, Rapport Tome 1. 2017-025R. Décembre 2017
  18. Aballea P., du Mesnil du Buisson M. et al. Prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, Annexes Tome 2. 2017-025R. Décembre 2017
  19. Quels liens entre les actions de prévention et le maintien en emploi des personnes à la santé fragile ? DARES analyses N°025, Juin 2019.
  20. Issindou, M., Ploton, C., Fantoni-Quinton, S. et al. Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail ». 2014-142R. Mai 2015. :112.
  21. 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
  22. 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*. oct 2020;81(5):535.
  23. Franz F, Surquin M, Fantoni Quinton SF, Leroyer A. Visites de reprise pour pathologies ostéoarticulaires ou troubles mentaux en Hauts-de-France : populations concernées, actions réalisées et facteurs liés à la décision d'inaptitude. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. août 2021;82(4):410-24.

## 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.

---

## Déterminants médico-socio-professionnels de l'aménagement ou de l'inaptitude et facteurs de maintien en emploi.

---

### RESUME EN FRANÇAIS :

**Introduction :** Le maintien en emploi (MEE) en France est essentiellement décrit grâce aux chiffres de l'inaptitude médicale (IM) alors que la littérature portant sur la place de l'aménagement de poste (AP) est rare et le devenir à long terme des salariés très peu documenté. **Objectifs et méthode :** Nous avons mené deux études sur des cohortes de salariés faisant l'objet d'un AP ou d'une IM, vus en routine dans notre service de santé au travail. La première avait pour objectif d'évaluer les facteurs associés au MEE pour 11057 salariés 3 ans après avoir fait l'objet d'un AP ou d'une IM. La seconde portait sur les caractéristiques, dont la pathologie, associées à l'AP ou l'IM pour 9424 salariés. **Résultats :** Dans notre premier échantillon, le MEE était près de 7 fois plus probable après un AP qu'après une IM (OR 6.79 IC 95% [6.02-7.66]). Le secteur d'activité et la catégorie socio-professionnelle étaient également des déterminants importants et différaient entre AP et IM. Dans notre second échantillon, l'analyse multivariée a montré un risque 4 fois plus grand d'IM que d'AP pour la pathologie psychique, comparée aux pathologies rhumatologiques. **Conclusion :** Notre travail a permis d'élargir les connaissances sur le MEE vis-à-vis de la place de l'AP, du rôle de la pathologie et des facteurs du maintien durable en emploi.

---

### TITRE EN ANGLAIS: Medico-socio-professional determinants of accommodation or incapacity and factors for job retention

**Introduction:** Job retention (JR) in France is mainly described by the figures for medical unfitnes (MI), whereas the literature on the role of workstation adjustment (WA) is scarce and the long-term fate of employees is poorly documented. **Aims and methods:** We conducted two studies on cohorts of employees undergoing WA or MI, seen routinely in our occupational health department. The first aimed to assess the factors associated with JR for 11057 employees 3 years after receiving a WA or MI. The second was to assess the characteristics, including pathology, associated with WA or MI for 9424 employees. **Results:** In our first sample, JR was almost 7 times more likely after a WA than after a MI (OR 6.79 95% CI [6.02-7.66]). Sector of activity and socio-professional category were also important determinants and differed between WA and MI. In our second sample, multivariate analysis showed a 4-fold greater risk of MI than WA for psychological pathology, compared to rheumatological pathologies. **Conclusion:** Our work has enabled us to broaden our knowledge of JR with regard to the role of WA, the role of pathology and the factors of sustainable job retention.

---

### DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : maintien en emploi ; inaptitude ; aménagement de poste

---

### INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

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

---

Directeur de thèse : Dr Michel NIEZBORALA