



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Devenir socio-professionnel des salariés après une inaptitude médicale**

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> février 2017 à 18 heures  
Au Pôle Formation  
**Par Auriane Rondi**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Ariane LEROYER**

**Madame le Docteur Véronique BUEWAERT**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALD	Affection Longue Durée
AT	Accident de Travail
BEP	Brevet d'Études Professionnelles
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIF	Congé Individuel de Formation
CLD	Congé Longue Durée
CLM	Congé Longue Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPF	Compte Personnel de Formation
DGT	Direction Générale du Travail
DIF	Droit Individuel à la Formation
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPP	Incapacité Permanente Partielle
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
ISTNF	Institut de Santé au Travail du Nord de la France

MCU-PH	Maitre de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MP	Maladie Professionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PME	Petite et Moyenne Entreprise
POPS	Prestation d’Orientation Professionnelle Spécialisée
RQTH	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
SAMETH	Service d’Appui au Maintien dans l’Emploi des Travailleurs Handicapés
SMR	Surveillance Médicale Renforcée
STME	Santé Travail Maintien dans l’Emploi
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
I. Contexte socio-économique .....	3
II. Évolution des missions des services de Santé au Travail dans le maintien en emploi .....	4
III. La procédure d'inaptitude et ses conséquences dans l'entreprise.....	9
IV. Devenir des salariés à l'issue d'une procédure d'inaptitude .....	11
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>15</b>
I. Objectifs de l'étude .....	15
II. Population de l'étude .....	15
A. Critères et période d'inclusion .....	15
B. Critères d'exclusion .....	16
C. Taille de l'échantillon .....	16
III. Déroulement de l'étude.....	16
A. Chronologie de l'étude .....	16
B. Description des questionnaires .....	18
1. Questionnaire à l'issue de la visite d'inaptitude .....	18
2. Questionnaire de rappel à six mois .....	19
C. Méthode statistique .....	20
<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
I. Population de l'étude .....	22
II. Description de la population étudiée.....	22
A. Caractéristiques des salariés .....	22
B. Caractéristiques des entreprises .....	25

---

III. Le maintien dans l'emploi avant l'inaptitude .....	27
IV. Caractéristiques des procédures d'inaptitude.....	29
V. Taux de reclassement et situation sociale à six mois.....	30
A. Situations en cas de reclassement.....	31
B. Situations en cas de licenciement .....	32
VI. Comparaison des sujets reclassés et des sujets licenciés.....	33
<b>Discussion .....</b>	<b>37</b>
I. Résultats principaux.....	37
A. Profil des salariés .....	37
B. Profil des entreprises.....	39
C. Maintien dans l'emploi.....	40
D. Procédure d'inaptitude .....	42
E. Devenir des répondants .....	43
F. Facteurs favorisant le reclassement.....	48
II. Avantages et limites de l'étude .....	50
<b>Conclusion.....</b>	<b>52</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>60</b>
Annexe 1 : Déclaration à la CNIL.....	61
Annexe 2 : Fiche ISTNF 2015.....	63
Annexe 3 : Note explicative diffusée aux médecins .....	67
Annexe 4 : Fiche informative diffusée aux salariés .....	68
Annexe 5 : Questionnaire complet .....	69
Annexe 6 : Questionnaire complémentaire de la fiche ISTNF.....	73
Annexe 7 : Questionnaire de rappel des salariés.....	76

## RESUME

**Contexte :** L'inaptitude médicale est une procédure qui aboutit dans la majorité des cas à un licenciement du salarié. Dans le contexte socio-économique actuel, cette décision peut donc être lourde de conséquences. Notre étude s'est intéressée au devenir socio-professionnel des salariés déclarés inaptes, aux facteurs associés à leur maintien dans l'entreprise, aux actions de maintien dans l'emploi mobilisées pour eux et au suivi de la procédure d'inaptitude par les médecins du travail.

**Méthode :** Un questionnaire était rempli par chaque médecin du travail lors de la décision d'inaptitude. Les salariés étaient ensuite contactés par téléphone après un délai de six mois. Le recueil s'est effectué sur trois centres de Santé au Travail entre juillet et octobre 2015.

**Résultats :** 154 salariés ont été inclus dans l'étude et 80 ont été joints par téléphone (51,9%). Les hommes étaient majoritairement représentés (53,2%), ainsi que la tranche d'âge des plus de 55 ans (31,8%) et les détenteurs d'un CAP-BEP (54,8%). Une grande partie d'entre eux avait une ancienneté inférieure à 5 ans (31,5%). Les pathologies les plus souvent impliquées étaient rhumatologiques (62,3%) et psychiatriques (13%). 39,6% des inaptitudes étaient secondaires à un AT ou une MP. 46,8% des sujets bénéficiaient d'une RQTH. Seuls 4,5% des salariés étaient en désaccord avec la décision d'inaptitude. Les entreprises de services (52,9%) et employant 10 à 49 salariés (31,6%) étaient majoritaires. 80,5% des salariés avaient bénéficié d'une visite de pré-reprise. 67,5% étaient motivés à rester en emploi. 6,3% des salariés avaient été reclassés. Parmi les licenciés, 64,9% étaient au chômage et 10,8% en emploi. Les facteurs associés au maintien dans l'entreprise étaient un âge plus jeune ( $p=0,01$ ), un taux d'IPP inférieur à 10% en cas d'AT ou de MP ( $p=0,04$ ). Un employeur ayant déjà reclassé des salariés inaptes ( $p=0,02$ ), l'émission de préconisations lors de la visite de pré-reprise ( $p=0,04$ ) et la motivation du salarié à rester en emploi au sein de son entreprise ( $p=0,01$ ) étaient également déterminants.

**Conclusion :** La majorité des salariés déclarés inaptes sont licenciés et se trouvent en situation de chômage six mois après la procédure d'inaptitude. Le Code du Travail évolue actuellement pour tenter de favoriser le maintien dans l'emploi de ces personnes. Les services de Santé au Travail doivent mobiliser toutes leurs ressources pour accompagner au mieux ces sujets.

## INTRODUCTION

L'inaptitude médicale est une procédure lourde de conséquences. Elle aboutit dans la grande majorité des cas à un licenciement du salarié pour absence de poste de reclassement au sein de son entreprise.

Pour les salariés licenciés commence alors un long parcours vers le retour à l'emploi. Un retour à l'emploi souvent difficile avec des pathologies parfois très lourdes et, potentiellement, d'importantes difficultés sociales.

Le maintien dans l'emploi représente donc un enjeu majeur, non seulement pour les médecins et les services de Santé au Travail, mais également pour tous les professionnels de santé.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'état de santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [1].

Afin d'appréhender au mieux l'importance du maintien dans l'emploi et les conséquences sociales potentielles d'une inaptitude médicale, il est important de s'intéresser au contexte socio-économique actuel, ainsi qu'à l'évolution des missions des services de Santé au Travail et à la procédure d'inaptitude telle que définie par le Code du Travail. Il est également primordial d'estimer les conséquences d'une procédure d'inaptitude au sein de l'entreprise et son impact pour le devenir des salariés.

## I. CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Les médecins du travail sont confrontés depuis plusieurs années à un univers socio-économique en constante mutation.

En premier lieu, en raison du vieillissement de la population, les caractéristiques des effectifs suivis par les services de Santé au Travail évoluent. En 2008, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) recensait plus de sept millions de travailleurs de plus de cinquante ans, soit une valeur dépassant 25% de la population active [2]. Cette frange de la population sera de plus en plus présente dans le monde du travail dans les années à venir avec le recul de l'âge légal de départ à la retraite, fixé à soixante-deux ans depuis 2011 [3 ; 4].

Par ailleurs, le nombre croissant de personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap donnant lieu à une obligation d'emploi [5] (2,5 millions en 2008 [6]) impose aux services de Santé au Travail un suivi médical adapté et individualisé, avec une Surveillance Médicale Renforcée (SMR) prévue par la réglementation [7]. Ainsi, le suivi de ces salariés de même que leur maintien dans l'emploi font partie du quotidien des services de Santé au Travail.

En 2011, plus de neuf cent quarante mille pensionnés d'invalidité étaient recensés, tous régimes confondus [8]. Une partie d'entre eux sont maintenus dans le monde du travail. En raison de leurs problématiques médicales, il est souvent difficile pour ces derniers de se maintenir à leur poste.

Ces dernières années, l'évolution du tissu entrepreneurial français a modifié les façons d'agir des médecins du travail sur le maintien dans l'emploi. Les actions en milieu de travail s'appréhendent en effet de manière différente face à une grosse entreprise ou à une Petite et Moyenne Entreprise (PME). Or, en 2012, plus de 96% des entreprises françaises étaient des micro-entreprises [9], employant moins de 10 salariés. Cette évolution se retrouve également à l'échelle européenne, où les micro-entreprises représentent 92,7% de l'ensemble des établissements [10]. Dans ces petites structures, où la pluralité des postes est souvent inexistante, le reclassement

professionnel d'un salarié devient difficile. Les démarches de prévention, destinées à favoriser le maintien dans l'emploi, représentent donc un véritable enjeu.

Le contexte socio-économique actuel, avec la survenue d'une crise majeure en 2008, a donné une nouvelle importance à la question du maintien dans l'emploi. En effet, au troisième trimestre 2015, 10,6% de la population française active était au chômage [11]. Dans ce contexte, le retour à l'emploi est d'autant plus difficile.

L'inaptitude médicale et, à travers elle, la question du maintien dans l'emploi doit donc prendre en compte un contexte social en constante évolution.

## **II. ÉVOLUTION DES MISSIONS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE MAINTIEN EN EMPLOI**

Les politiques de santé au travail font du maintien dans l'emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle l'une des lignes principales des stratégies déployées.

Dès 2007, la Commission des Communautés européennes se donnait comme objectif une amélioration de la santé globale de la population par l'accès au marché du travail et le maintien dans l'emploi [12]. En France, le Plan Santé Travail 2010-2014 s'appuyait sur cette stratégie européenne en renforçant les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle [13].

Cette politique de prévention se poursuit encore aujourd'hui dans le Plan Santé Travail 2015-2019, avec toutefois un virage sémantique : favoriser le maintien en emploi et non pas de l'emploi [14 ; 15], ce qui intègre un accompagnement en cas de changement d'employeur, de statut ou en cas de réorientation professionnelle.

Dans le cadre de ces politiques de prévention et d'accompagnement, les services de Santé au Travail sont en première ligne. Le cadre législatif a donc évolué

afin de redéfinir leurs missions et de leur donner les moyens de mener celles-ci à bien. Ainsi, la loi du 20 juillet 2011 précise que les services de Santé au Travail « conseillent [...] afin de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs » [16]. Le Code du Travail appuie lui aussi sur ce rôle de conseil en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés [17].

Sur le terrain, les médecins du travail sont conscients de cet enjeu dans leur pratique quotidienne. Lors d'une enquête réalisée en 2013 auprès de dix-sept d'entre eux, la majorité voyait dans le maintien dans l'emploi une action prioritaire [18].

A travers l'ensemble du territoire, de nombreuses enquêtes régionales se sont intéressées aux actions de maintien dans l'emploi, principalement en amont des décisions d'inaptitude. Ainsi, entre 2009 et 2015, des études furent réalisées au sein des régions Haute-Normandie, Bretagne, Ile-de-France, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais et dans la ville de Montpellier. Ces dernières montrent des disparités importantes, avec des actions de maintien menées en amont d'une décision d'inaptitude dans 22 à 82% des cas selon les régions [19].

En moyenne, avant une décision d'inaptitude, les salariés bénéficient d'un temps d'accompagnement supérieur à huit heures [20 ; 21]. Cet accompagnement est jugé satisfaisant par la quasi-totalité des salariés concernés [20 ; 21]. De manière générale, ces derniers adhèrent à la procédure et en sont acteurs, comme le démontre une étude réalisée dans le Vaucluse entre 2002 et 2004 : la décision d'inaptitude semblait justifiée pour 86% des salariés concernés, malgré que seuls 22,5% d'entre eux se trouvaient dans une situation d'emploi au moment de l'enquête. En effet, le reclassement professionnel était considéré comme réellement impossible dans 72% des cas [22].

Ainsi, d'un point de vue plus analytique, dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'Institut De Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) a mené une étude expérimentale en 2014 sur les actions de maintien dans l'emploi réalisées par les médecins du travail menant ou non à une inaptitude.

Les actions menées se composaient majoritairement de mesures organisationnelles (53%). Dans 41% des cas, il a été utile de solliciter l'aide d'un ou plusieurs intervenants. Du point de vue des étiologies de l'inaptitude, cette enquête, comme d'autres avant elle, ont montré que les pathologies déclenchant le plus d'actions étaient les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) (plus de 55%) et les troubles mentaux et du comportement (près de 20%) [23].

De manière plus globale, les différentes études régionales mettent toutes en évidence la même tendance : les TMS sont la première cause d'inaptitude au poste de travail, immédiatement suivis par les troubles mentaux et du comportement [20 ; 21 ; 22 ; 24 ; 25]. Ces derniers sont majoritairement causés par une souffrance au travail. Cette dernière a notamment fait l'objet de nombreuses études depuis plusieurs années [26 ; 27 ; 28 ; 29 ; 30].

Ces enquêtes régionales s'intéressent principalement aux caractéristiques socio-professionnelles des salariés concernés par un avis d'inaptitude. Certaines tendances se confirment à travers tout le territoire concernant ces caractéristiques socio-professionnelles.

Ainsi, en région Bretagne, 45% des salariés déclarés inaptes en 2010 avaient plus de cinquante ans, la majorité étaient des ouvriers (62%), avaient un niveau d'études inférieur ou égal au Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) (77%) et bénéficiaient d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) (56%) [31].

En région Haute-Normandie, on observe qu'en 2009, 62% des salariés déclarés inaptes à leur poste ont plus de cinquante ans et que 82% ont un niveau d'études inférieur ou égal au CAP [32].

Une enquête publiée en 2015, réalisée dans la région de Montpellier, après une analyse de l'incidence des inaptitudes et des facteurs socio-professionnels associés, a également démontré un risque d'inaptitude plus élevé pour les salariés les plus âgés et les salariés avec le plus d'ancienneté [24].

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, un suivi d'indicateurs sur les inaptitudes est organisé depuis 2006 par l'ISTNF. En collaboration avec le réseau régional Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME), l'ISTNF recueille auprès des médecins du travail de tous les services de Santé au Travail de la région des informations sur les avis d'inaptitude émis tout au long de l'année. En 2013, le ratio hommes-femmes était globalement similaire (53,4% contre 46,6%). La majorité des avis concernait des salariés âgés de plus de 45 ans (63,5%). La catégorie ouvrière était la plus touchée avec 50,4% des décisions d'inaptitude. Près de la moitié des salariés concernés travaillaient pour des entreprises de services (49,8%). La majorité avait moins de dix ans d'ancienneté (57,7%) et un niveau d'études inférieur ou égal au CAP (77,1%). 51,5% des salariés inaptes bénéficiaient de l'obligation d'emploi [33]. Si nous comparons ces données à celles de la population active salariée de la région, le ratio hommes-femmes reste similaire. Cependant les salariés âgés de plus de 45 ans n'en représentent que 35%, de même pour les ouvriers (30%) [34]. Certaines catégories de travailleurs semblent donc plus « à risque » d'être confrontées à un avis d'inaptitude.

Si la volonté de diminuer l'incidence des accidents de travail et des maladies professionnelles est au cœur de la politique de prévention au sein des entreprises, près d'un quart des inaptitudes a pourtant une origine professionnelle [22]. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, c'est le cas de 30,2% des pathologies responsables d'une inaptitude en 2013 [33 ; 34]. Ces chiffres, qui restent très importants, nous prouvent que la prévention en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle doit rester une priorité, autant pour les employeurs que pour les services de Santé au Travail.

Le travail en équipe et en réseau apparaît donc essentiel afin de conseiller au mieux les employeurs et les salariés et d'organiser le maintien au poste. L'inaptitude n'arrive souvent qu'en dernier recours, après la mobilisation du maximum de ressources disponibles. A cet effet, le travail de l'équipe pluridisciplinaire, mise en place par le législateur en juillet 2011 [35], permet d'apporter un réel appui aux médecins dans leurs missions de prévention de la désinsertion professionnelle.

Par ailleurs, devant les conséquences socio-professionnelles que nous avons déjà évoquées, plusieurs voix s'élèvent depuis de nombreuses années sur le bien-fondé de la notion même d'aptitude et, par conséquent, d'inaptitude au poste. L'aptitude est en effet un principe flou, mal défini par le Code du Travail. La mission principale du médecin du travail, définie dans la loi du 11 octobre 1946, est en effet « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » [36].

Devant cette mission, qui n'implique nullement de notion d'aptitude au poste, la question de la remise en cause des pratiques actuelles, parfois centrées sur la délivrance de fiches, se pose. Dès le début des années 2000, s'engageait un processus de réflexion déontologique sur les concepts d'aptitude et d'inaptitude, ces derniers mêlant une médecine de contrôle à une médecine préventive [37]. Les pouvoirs publics s'intéressent également à cette question.

En 2007, une mission diligentée par le Ministère de l'Emploi et de la Cohésion sociale à propos des notions d'aptitude et d'inaptitudes au poste de travail et à l'emploi rendit ses conclusions. Celles-ci précisait que la vérification systématique de l'aptitude par les médecins du travail était fortement contestée par la profession, et qu'elle n'apportait pas de différence significative avec d'autres pays d'Europe où ce contrôle ne s'appliquait pas. De plus, il apparaissait que la notion d'aptitude représentait une conception différente de la mission première des médecins du travail. Il était donc proposé la mise en place de nouvelles formes de surveillance sans vérification périodique de l'aptitude, la réserve de l'inaptitude à certains cas très limités, et la simplification du régime juridique constatant l'inaptitude [38].

Les conclusions de ce rapport furent reprises pour l'élaboration du Plan Santé Travail 2010-2014, partant du constat que trop d'avis d'inaptitude débouchaient sur un licenciement [13]. Ces préconisations ne furent pourtant pas retenues par le législateur.

Plus récemment, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Emploi ont conjointement missionnés plusieurs experts, afin de s'interroger sur la pertinence de la notion d'aptitude en France. Ces derniers indiquaient la nécessité d'en abandonner la vérification systématique, vérification jugée non pertinente, sauf pour

certaines postes de sécurité. Pour ces postes, l'aptitude devrait être délivrée par un médecin différent du médecin du travail qui suit habituellement le salarié, afin de bien différencier le médecin préventeur du médecin de contrôle. De plus, il était précisé que l'aptitude ou l'inaptitude à un poste n'étaient pas liées aux seules caractéristiques de santé personnelles mais à un environnement de travail. Face à ces éléments, la mission proposait de ne maintenir une aptitude à l'embauche que pour les postes de sécurité, délivrée par un médecin différent du médecin du travail de l'entreprise. Il était également proposé que la périodicité des visites soient basées sur des recommandations de bonne pratique dictées par la Haute Autorité de Santé (HAS), avec un écart maximal de cinq ans entre chaque visite. Ces visites ne donneraient plus lieu à un avis d'aptitude mais à une attestation de suivi. En ce qui concerne l'inaptitude, la mission proposait une modification des conditions de constatation avec la recherche systématique du consentement du salarié, sauf en cas de danger grave pour lui ou pour des tiers. Le principe d'une procédure d'inaptitude en une seule visite, sauf avis contraire du médecin, était également mis en avant [19].

Les notions d'aptitude et d'inaptitude sont donc régulièrement rediscutées, notamment en raison de la désinsertion professionnelle qu'un avis d'inaptitude entraîne trop souvent. Dans ce contexte, il semble important de poursuivre le suivi des salariés déclarés inaptes à leur poste, afin de permettre aux pratiques d'évoluer pour un meilleur maintien dans l'emploi des travailleurs souffrant de problèmes de santé.

### **III. LA PROCÉDURE D'INAPTITUDE ET SES CONSÉQUENCES DANS L'ENTREPRISE**

La décision d'inaptitude médicale par un médecin du travail déclenche la mise en place d'une procédure encadrée par la législation. L'article R4624-31 du Code du Travail la définit très précisément.

La procédure principale indique que le médecin du travail ne peut constater

l'inaptitude médicale que s'il a réalisé une étude du poste occupé par le salarié, une étude des conditions de travail dans l'entreprise et s'il a procédé à deux examens médicaux du salarié espacés de deux semaines [39]. Dans la pratique, les médecins procèdent à une première visite d'inaptitude, programment une seconde visite après un délai d'au moins quinze jours et réalisent l'étude du poste dans l'intervalle.

Cette procédure connaît toutefois des exceptions. Ainsi le Code du Travail a prévu deux éventualités dans lesquelles la décision d'inaptitude peut être délivrée lors d'une seule visite. La première concerne les cas où le maintien au poste entraîne un danger immédiat pour la santé du salarié, sa sécurité ou celles des tiers [35]. Dans cette circonstance, l'avis d'inaptitude peut être délivré en un seul examen. La seconde éventualité prévoit d'alléger la procédure et de déclarer le salarié inapte en un seul examen si une visite de pré-reprise a eu lieu dans les trente jours qui précèdent cet examen [39].

A l'issue de chaque visite d'inaptitude, le médecin du travail indique sur la fiche remise à l'employeur et au salarié les capacités restantes de ce dernier, dans le but d'aider à la recherche d'un reclassement [40].

A partir de la seconde visite, qui confirme l'inaptitude médicale au poste de travail, l'employeur se met à la recherche de postes de reclassement. En effet, le cadre législatif lui impose de proposer au salarié un autre emploi approprié à ses capacités, prenant en compte les indications et les conclusions formulées par le médecin du travail. Le poste proposé doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé. Au besoin, l'employeur devra envisager la mise en œuvre de mutations, transformations de poste ou aménagements du temps de travail [41 ; 42]. En cas de litige, ce sera à l'employeur de prouver qu'il a satisfait à son obligation de reclassement.

En l'absence de poste adéquat au sein de l'entreprise ou du groupe, la décision d'inaptitude médicale entraîne un licenciement pour motif personnel en raison d'une impossibilité de reclassement consécutif à une inaptitude médicale. Le Code du Travail précise que les différences de traitement fondées sur l'inaptitude en raison de l'état de santé et du handicap ne constituent pas une discrimination [43].

A l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'inaptitude définitive, si le salarié n'a été ni reclassé, ni licencié par son employeur, ce dernier doit lui verser le salaire correspondant à l'emploi occupé précédemment [44 ; 45]. Ce versement se poursuivra tant qu'un poste de reclassement n'aura pas été trouvé ou qu'un licenciement n'aura pas été prononcé.

En l'état actuel du droit, le rôle du service de Santé au Travail s'arrête donc à la seconde visite d'inaptitude. L'employeur peut, s'il le souhaite, adresser les propositions de reclassement qu'il compte faire au salarié au médecin du travail. Ce dernier peut ainsi donner son avis sur la compatibilité de l'état de santé du salarié avec les postes proposées. Néanmoins, même si l'employeur a tout intérêt à passer par le médecin du travail pour proposer des postes de reclassement, aucune obligation légale ne l'y contraint. Par ailleurs aucun texte ne prévoit que les services de Santé au Travail collectent des indicateurs de suivi des inaptitudes et seuls quelques-uns d'entre eux ont mis en place un tel suivi.

#### **IV. DEVENIR DES SALARIÉS A L'ISSUE D'UNE PROCÉDURE D'INAPTITUDE**

La décision d'inaptitude médicale peut donc déboucher sur un reclassement professionnel pour raison de santé ou sur un licenciement pour motif personnel.

Dans le secteur privé, le nombre global d'avis d'inaptitude s'élèverait à plus de cent soixante mille pour l'année 2012 sur vingt régions, d'après les chiffres de la Direction Générale du Travail (DGT) [19 ; 46 ; 47]. Cependant, ce chiffre ne traduit pas le nombre de salariés inaptes ayant été licenciés car certains avis peuvent concerner des inaptitudes dites « temporaires », deux avis peuvent concerner un même salarié lors d'une procédure en deux visites et, enfin, certains salariés déclarés inaptes peuvent avoir été reclassés au sein de leur entreprise. Par ailleurs, on ne peut se baser sur le seul chiffre des inaptitudes médicales pour appréhender les sorties de l'emploi en raison d'un état de santé dégradé, certains salariés quittant

d'eux-mêmes leur poste suite à l'attribution d'une pension d'invalidité, d'une allocation adulte handicapé, d'une mise en retraite anticipée ou d'autres revenus de substitution.

Par ailleurs, il n'existe pas de données nationales officielles concernant le devenir de ces salariés. Néanmoins, si aucune analyse officielle n'est effectuée au niveau national, des enquêtes sont régulièrement organisées au sein des régions, via notamment les Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE). Ainsi, en se basant sur les données régionales, on estime que plus de 90% des salariés sont licenciés à la suite de cette décision, et que seuls 25% retrouveront un emploi par la suite [46]. Plusieurs enquêtes réalisées, entre autre, en région Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Bretagne, Ile-de-France et dans la région de Montpellier évoquent en effet un taux de reclassement oscillant entre 1,6 et 13% [19 ; 24 ; 31 ; 32 ; 33].

Le devenir des salariés à la suite d'une décision d'inaptitude est, quant à lui, un sujet qui mobilise depuis de nombreuses années. Le maintien dans l'emploi étant devenu l'un des principaux piliers en matière de Santé au Travail, il est important de connaître les suites de ces décisions pour les salariés. Plusieurs études s'intéressent donc également régulièrement au suivi de cette population.

Dès 1999, une équipe du Puy-de-Dôme constatait un taux de 93% de licenciement, avec par la suite un retour à l'emploi dans 16,5% des cas dans un délai de six mois [25]. Ces chiffres n'ont que peu évolué au fil du temps.

Dans une enquête menée entre 2000 et 2004 à Bagnaux, les salariés ont été recontactés deux ans après l'avis d'inaptitude. Seuls 25% d'entre eux étaient en emploi [20 ; 21].

En Haute-Normandie en 2009, seuls 24% des salariés étaient en emploi dix à dix-huit mois après l'avis d'inaptitude. Parmi ces derniers, 12% uniquement avaient été reclassés [32].

De même, en Bretagne en 2010, douze mois après la décision d'inaptitude, 43% des personnes étaient demandeurs d'emploi et 18% étaient en activité professionnelle [31].

Concernant la région Nord-Pas-de-Calais, le suivi d'indicateurs sur les inaptitudes relevait en 2013 que seuls 5,5% des salariés déclarés inaptes avaient été maintenus dans l'entreprise à l'issue d'un délai d'un mois [33]. Il n'y a pas eu d'étude sur le devenir à moyen terme de ces salariés.

Nous constatons donc que, malgré l'obligation de recherche de reclassement imposée à l'employeur par le cadre juridique, l'écrasante majorité des salariés inaptes est licenciée, et que très peu parviennent à revenir dans le monde du travail à court ou moyen terme. Il s'agit donc d'une perte durable d'emploi et donc d'une désinsertion professionnelle.

Ce risque de désinsertion est tel que de récents travaux ont tenté d'établir des facteurs prédictifs d'une inaptitude, facteurs qui seraient à rechercher dès la visite de reprise des salariés, afin de pouvoir anticiper le plus en amont possible une situation difficile, ainsi que la mise en place des procédures de maintien dans l'emploi [48].

Il semble donc capital de pouvoir agir de manière préventive afin de diminuer le nombre d'inaptitudes. La sensibilisation des employeurs et des salariés à ces problématiques est primordiale pour permettre d'éviter au maximum les inaptitudes et, ainsi, privilégier le maintien dans l'emploi.

Face à ces résultats, il semble donc important d'étudier plus minutieusement les causes et les conséquences de l'inaptitude médicale, afin de pouvoir satisfaire aux enjeux actuels de maintien dans l'emploi. Il convient également de mieux préciser le devenir à moyen terme de ces salariés afin de mettre en place les actions correctrices adéquates.

Plusieurs études se sont ainsi intéressées au devenir des salariés après une inaptitude. Néanmoins, la plupart ne prenaient en compte que des indicateurs à court terme. De plus, ces études ne s'intéressent souvent qu'au devenir des salariés au

sein de leur entreprise, à l'issue du délai d'un mois établi par le Code du Travail. Notre travail a pour but de préciser le devenir des salariés à moyen terme vis à vis de leur emploi, mais également de connaître leur situation sociale globale à l'issue de cette décision. De même, la plupart des études antérieures avaient pour but de définir les caractéristiques des salariés inaptes. Notre étude tentera également de cerner ces caractéristiques, mais aussi d'estimer si certaines d'entre elles sont statistiquement associées à un reclassement au sein de l'entreprise.

Notre étude s'intéressera au devenir socio-professionnel des salariés déclarés inaptes par deux services de Santé au Travail de la région Nord-Pas-de-Calais. Nous dégagerons les caractéristiques de ces salariés et évaluerons leur taux de reclassement à distance de la décision d'inaptitude. Nous tenterons ensuite de mettre en avant des facteurs qui pourraient être associés au non reclassement de ces salariés. Enfin, nous analyserons les actions effectuées et les acteurs mobilisés pour leur maintien dans l'emploi. Nous nous intéresserons également à la procédure d'inaptitude en elle-même, et à son suivi par les médecins du travail.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

L'objectif principal de notre étude est de préciser le taux de reclassement immédiat et après un délai de six mois des salariés déclarés inaptes à leur poste de travail, ainsi que leur situation sociale.

Les objectifs secondaires sont de préciser les facteurs associés à l'absence de reclassement des salariés, d'évaluer les actions de maintien dans l'emploi mises en place en amont de la procédure d'inaptitude et, enfin, de recueillir l'avis des médecins du travail sur le déroulement de la procédure en elle-même.

### **II. POPULATION DE L'ÉTUDE**

#### **A. Critères et période d'inclusion**

Notre étude incluait les sujets déclarés inaptes à leur poste par les médecins du travail de trois centres de différents services de Santé Travail de la région sur la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2015. Il s'agissait du centre de Lens de l'AST 62-59, du centre d'Armentières de Pôle Santé Travail et du centre de Calais de l'ASTIL 62. Ces trois centres ont été choisis afin de pouvoir inclure des salariés de différents bassins d'emploi de la région Nord-Pas-de-Calais.

## **B. Critères d'exclusion**

Étaient exclus de l'étude les sujets qui exprimaient leur refus d'y participer, ainsi que toutes les autres personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion.

## **C. Taille de l'échantillon**

Au total, au 31 octobre 2015, cent cinquante-quatre sujets étaient inclus dans notre étude. Ce nombre était estimé suffisant pour l'interprétation des résultats par le Dr Ariane Leroyer, MCU-PH à la Plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille.

Aucun questionnaire n'a été récupéré sur le centre de Calais de l'ASTIL 62. Les résultats de cette étude concernent donc uniquement des sujets inclus sur les centres de Lens et d'Armentières.

# **III. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

## **A. Chronologie de l'étude**

Préalablement au démarrage de l'étude, une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée [annexe 1].

Afin d'informer les médecins du travail des centres concernés de notre projet d'étude, une information a été faite lors de la réunion du réseau STME le 22 juin 2015. Les référents du réseau des centres de Lens, d'Armentières et de Calais ont ensuite relayé l'information auprès des médecins. Une lettre d'information présentant le contexte et les objectifs de l'étude a été rédigée et transférée à ces derniers via ces mêmes référents [annexe 3].

Il s'agissait d'une étude prospective en deux temps. Dans un premier temps, il a été demandé aux médecins du travail de remplir un premier questionnaire lors de chaque visite conduisant à une décision d'inaptitude définitive [annexe 5]. Le consentement du sujet était obtenu par la signature de la page relevant ses coordonnées. Une fiche d'informations reprenant les objectifs et le déroulement de l'étude lui était alors remise [annexe 4].

Ce premier questionnaire a été élaboré à partir de la fiche de suivi des inaptitudes 2015 recueillie par l'ISTNF [annexe 2]. Cette fiche est remplie par plusieurs médecins du travail de la région tout au long de l'année lors de chaque décision d'inaptitude dans le cadre d'un travail de réseau initié depuis plusieurs années. Afin d'éviter les redondances et de faciliter la saisie, il a été fourni aux médecins remplissant déjà cette fiche un questionnaire allégé, ne comprenant que les questions qui différaient de la fiche [annexe 6]. Une copie des fiches remplies par ailleurs nous a été fournie par l'ISTNF afin que nous puissions en récupérer les données.

Deux relances ont été effectuées par courriel auprès des référents du réseau STME pendant la durée du recueil.

Dans un second temps, les sujets étaient recontactés par téléphone six mois après la décision d'inaptitude, afin de remplir un nouveau questionnaire sur leur situation socio-professionnelle [annexe 7]. Si le sujet ne répondait pas lors du premier rappel, un message vocal était laissé indiquant l'identité de l'appelant et le motif d'appel. Les appels suivants intervenaient un autre jour de la semaine et à un horaire différent. Au bout de quatre appels sans réponse, le sujet était classé non répondant.

## B. Description des questionnaires

### 1. Questionnaire à l'issue de la visite d'inaptitude [annexe 5]

Ce questionnaire était composé de quatre parties. La page de garde permettait le recueil de l'identité du sujet et de ses coordonnées téléphoniques, ainsi que la signature de son consentement pour la participation à l'étude.

La première partie du questionnaire s'intéressait aux caractéristiques du sujet. Elle comprenait des informations sur le sexe, l'âge, le niveau de formation, le type de contrat de travail, la pathologie à l'origine de la décision d'inaptitude et son éventuelle origine professionnelle. Si cette dernière était avérée, les médecins devaient préciser si le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) était supérieur ou égal à 10%. Il était ensuite demandé si le sujet bénéficiait d'une RQTH, d'une invalidité de première ou de deuxième catégorie et s'il pouvait prétendre à une retraite anticipée. Enfin, une question concernant la volonté du sujet vis-à-vis de la décision d'inaptitude était posée.

La seconde partie du questionnaire regroupait des renseignements sur l'entreprise employant le sujet. Il était demandé des informations sur le nombre de salariés employés, son appartenance éventuelle à un groupe et son secteur d'activité. Ce dernier était renseigné par le code NAF 2008 de l'entreprise. Les médecins du travail devaient ensuite préciser si l'entreprise avait, à leur connaissance, déjà reclassé des salariés en situation d'inaptitude. Si la réponse était négative, il était demandé si l'employeur avait déjà justifié cette absence de reclassement.

La troisième partie du questionnaire concernait les différentes actions de maintien dans l'emploi mobilisées pour le sujet en amont de la décision d'inaptitude. Il était demandé si une visite de pré-reprise avait eu lieu et si cette dernière avait été suivie de préconisations pour le maintien dans l'emploi. Les médecins devaient renseigner si des actions de maintien dans l'emploi avaient été demandées pour le sujet, leur nombre et le temps écoulé depuis la dernière action. Ils devaient également renseigner si ces actions avaient été effectuées par l'employeur et, dans

le cas contraire, si ce dernier avait justifié son refus de les appliquer. Les médecins devaient ensuite préciser les différents acteurs du maintien dans l'emploi mobilisés pour le sujet. Si aucune action n'avait été entreprise et si aucun acteur n'était intervenu, il était demandé au médecin d'en expliquer la raison. Enfin, le médecin devait préciser si le sujet lui semblait motivé à rester en emploi.

La quatrième et dernière partie du questionnaire concernait la procédure d'inaptitude. Le médecin devait préciser s'il s'agissait d'une procédure en une ou deux visites. Dans le cadre d'une procédure en deux visites, le médecin devait donner son avis sur l'utilité de la seconde visite dans sa prise de décision pour l'inaptitude du sujet. Pour finir, il lui était demandé si la visite de poste avait été réalisée, si un contact avait été pris avec l'employeur et si les capacités restantes du salarié avaient été notifiées.

## **2. Questionnaire de rappel à six mois [annexe 7]**

Ce questionnaire comprenait trois parties. Les sujets ont été contactés par téléphone six mois après la visite d'inaptitude afin de remplir le questionnaire avec l'appelant.

La première partie du questionnaire établissait la situation du sujet à la suite de l'inaptitude médicale. Trois réponses étaient possibles : reclassé, licencié ou en attente d'une décision. Il lui était demandé si plusieurs démarches socio-professionnelles lui avaient été conseillées, s'il les avait réalisées et si ses demandes avaient été accordées. Ces démarches étaient les suivantes :

- demande d'Affection Longue Durée (ALD),
- RQTH,
- Congé Longue Maladie (CLM) ou Congé Longue Durée (CLD) pour les titulaires de la fonction publique,
- Invalidité,
- Allocation Adulte Handicapé (AAH),
- Pré retraite ou retraite,
- Autre démarche à préciser.

La seconde partie ne concernait que les sujets ayant été reclassés. Il leur était demandé si le reclassement avait eu lieu au sein de l'entreprise ou sur un autre site du groupe, et si une mutation avait dû être acceptée. Ils devaient préciser leur poste et leur contrat de travail, le délai avant l'obtention de ce poste et si une formation leur avait été nécessaire. Si le reclassement avait eu des conséquences, comme une perte de responsabilité ou une diminution des revenus, le salarié devait le préciser. Il était demandé si le médecin du travail avait émis des préconisations sur le nouveau poste et si celles-ci avaient été suivies. Elles pouvaient consister en un aménagement horaire, une diminution du temps de travail, un aménagement ergonomique du poste ou toute autre situation à préciser.

La troisième partie du questionnaire concernait quant à elle les sujets ayant été licenciés par leur employeur. Il leur été demandé si des propositions de reclassement leur avaient été faites, le délai entre la décision d'inaptitude et le licenciement et leur situation sociale actuelle. Si le sujet était au chômage au moment du rappel, il devait préciser la structure qui assurait son suivi. S'il était en situation d'emploi, il lui était demandé si une formation avait été nécessaire pour occuper son poste actuel, le délai au bout duquel il avait retrouvé un emploi et son contrat de travail. Dans tous les cas, les sujets étaient interrogés sur les démarches qui leur avaient été conseillées, la réalisation de celles-ci et l'éventuel refus de la part des organismes responsables. Ces démarches pouvaient être :

- un bilan de compétence,
- une formation continue, par le Droit Individuel à la Formation (DIF), le Compte Personnel de Formation (CPF) ou le Congé Individuel de Formation (CIF),
- un contrat de rééducation professionnel en entreprise,
- une pré-orientation,
- une rééducation professionnelle.

### **C. Méthode statistique**

L'analyse statistique s'est déroulée en deux temps.

Dans un premier temps, des analyses descriptives de la population étudiée ont été réalisées.

Dans un second temps, une comparabilité des différentes variables a été effectuée, avec calcul de la significativité statistique ( $p$ ). Les analyses ont été faites à l'aide d'un test exact de Fisher pour les variables qualitatives. La normalité des variables quantitatives a été vérifiée à l'aide d'un test  $u$  de Mann-Whitney. Pour l'ensemble des tests statistiques, le seuil significatif  $p$  retenu était de 0.05. Lors de cette étape, les données concernant la situation des salariés à six mois (reclassé ou licencié) ont été croisées avec les informations recueillies lors de la visite d'inaptitude.

## RESULTATS

### I. POPULATION DE L'ÉTUDE

Notre étude portait sur 154 salariés au total. Nous avons joint 80 sujets par téléphone, soit un taux de réponse de 51,9%. Pour l'un des 80 sujets, le questionnaire n'a pu être complété en intégralité.

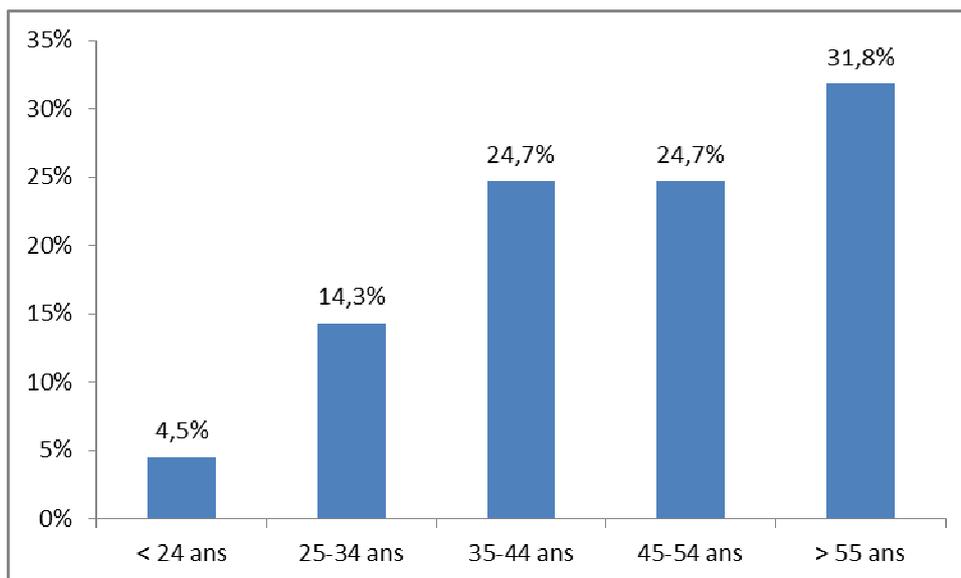
Parmi les 74 sujets déclarés non répondants :

- 57 (77%) étaient non joignables à l'issue du protocole d'appel,
- 13 (17,6%) avaient des coordonnées téléphoniques mal renseignées,
- 4 (5,4%) ont retiré leur consentement pour la participation à l'étude.

### II. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIÉE

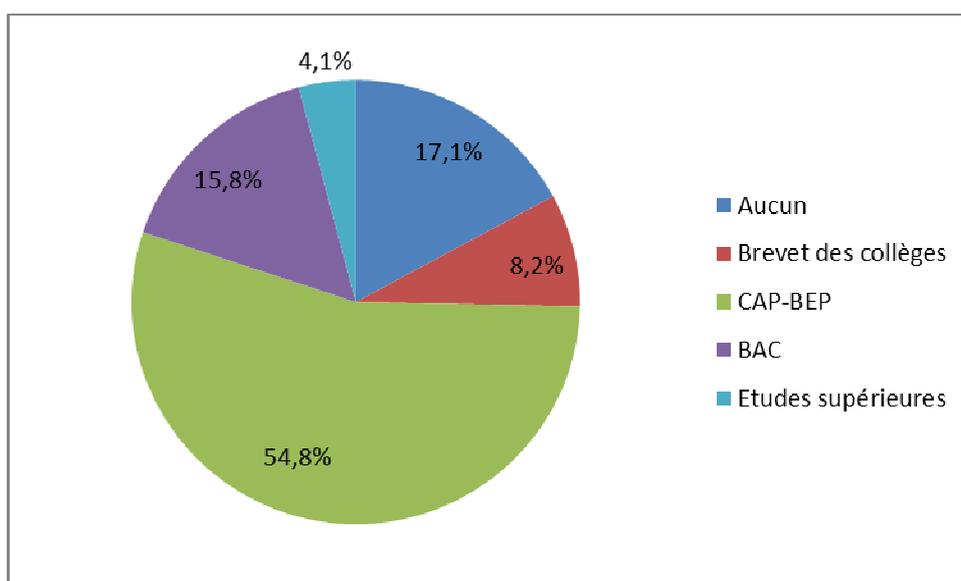
#### A. Caractéristiques des salariés

Notre population se composait majoritairement d'hommes (53,2%). La moyenne d'âge des sujets était de 46 ans ( $\pm 11,7$ ). Le sujet le plus jeune était âgé de 20 ans, le plus âgé de 75 ans. La répartition de la population par tranches d'âges est représentée sur la figure 1.



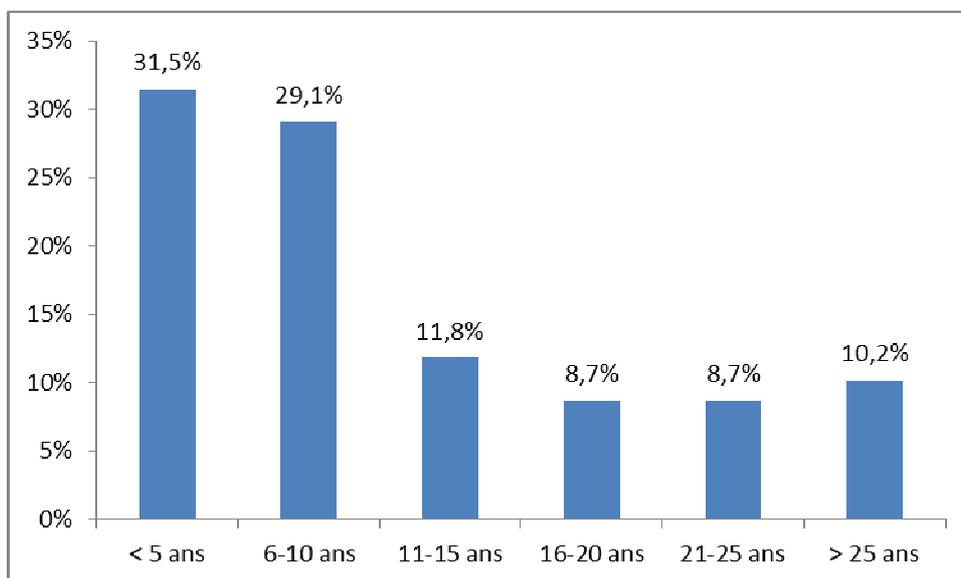
**Figure 1 : Répartition de l'effectif par tranches d'âges**

Dans leur majorité (54,8%) les salariés étaient détenteurs d'un CAP ou d'un Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP). La répartition de l'effectif par niveau d'études est illustrée sur la figure 2. 95,9% des sujets étaient en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) au moment de l'inaptitude. 3 étaient en Contrat à Durée Déterminée (CDD), 2 étaient titulaires de la fonction publique et 1 était en contrat d'apprentissage.



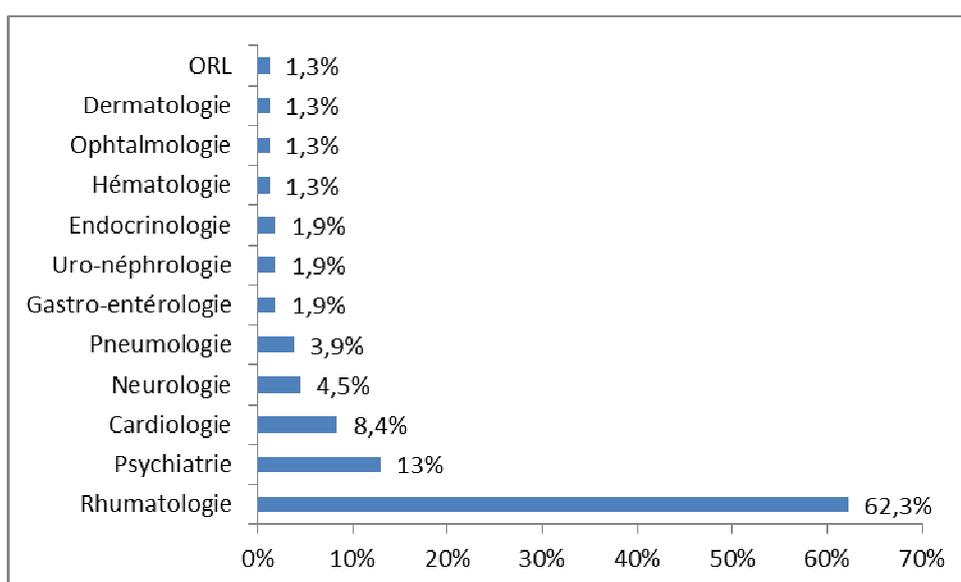
**Figure 2 : Répartition de l'effectif en fonction du niveau d'études**

L'ancienneté moyenne des salariés dans les entreprises était de 11,6 ans ( $\pm$  10,1), avec un minimum de moins d'un an et un maximum de 42 ans. La répartition de la population selon l'ancienneté est représentée sur la figure 3.



**Figure 3 : Répartition de l'effectif selon l'ancienneté**

Les pathologies les plus souvent responsables d'inaptitude étaient les pathologies rhumatologiques (62,3%), suivies par les pathologies psychiatriques (13%) et les pathologies cardiologiques (8,4%). La répartition des pathologies est représentée sur la figure 4.



**Figure 4 : Répartition de l'effectif selon la pathologie**

La pathologie responsable de l'inaptitude était secondaire à un Accident du Travail (AT) ou à une Maladie Professionnelle (MP) dans 39,6% des cas. Parmi les salariés concernés, 16,1% avaient un taux d'IPP, prévisible ou acté, supérieur à 10%. 43,5% avaient un taux d'IPP inférieur à 10% et 40,3% un taux d'IPP inconnu ou non évaluable.

46,8% des salariés de l'étude bénéficiaient d'une RQTH au moment de l'inaptitude et 13% avaient initié la procédure. Le statut du salarié vis-à-vis de la RQTH était inconnu du médecin du travail dans 1,9% des cas. 39 salariés (25,3%) touchaient une pension d'invalidité et 3 (1,9%) en avaient fait la demande. Pour 3 d'entre eux (1,9%), le statut vis-à-vis de l'invalidité était inconnu du médecin du travail. 5,2% des salariés pouvaient bénéficier d'une retraite anticipée au moment de l'inaptitude. Cette donnée était inconnue du médecin du travail dans 29,2% des cas.

72,1% des sujets étaient en accord avec la décision du médecin du travail d'initier la procédure d'inaptitude. 23,4% se sont rangés à l'avis du médecin après que ce dernier les ait informés des raisons de cette décision. Seuls 4,5% des salariés étaient en désaccord avec cette décision.

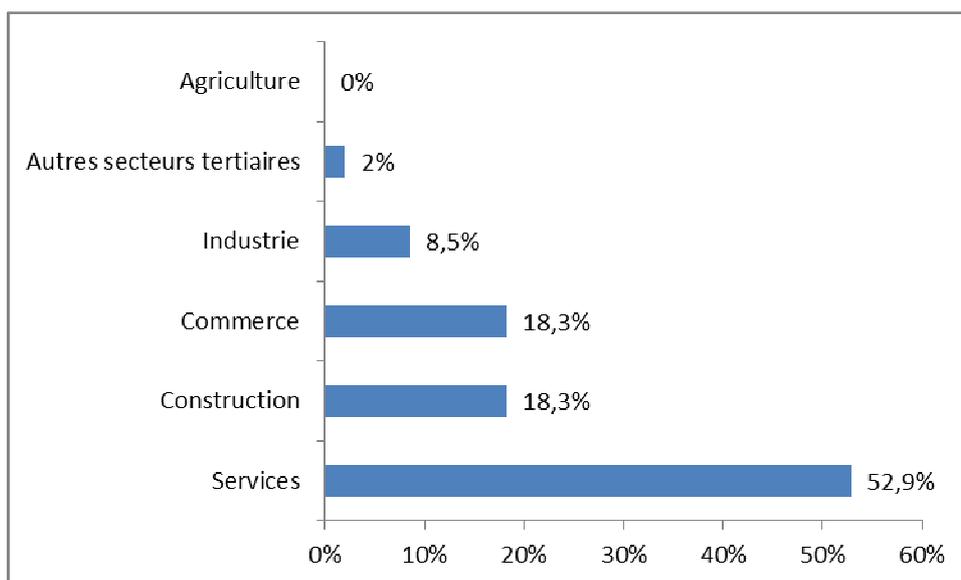
## **B. Caractéristiques des entreprises**

L'effectif moyen des entreprises concernées par notre étude était de 148,4 salariés ( $\pm$  66,5), avec un minimum de 1 salarié et un maximum de 1157. La répartition des effectifs des entreprises est représentée sur la figure 5. 54,2% des entreprises appartenaient à un groupe.



**Figure 5 : Répartition de la taille des entreprises**

Le secteur d'activité le plus représenté était le secteur du service (52,9%), suivi par le secteur de la construction (18,3%) et du commerce (18,3%) [Figure 6].



**Figure 6 : Répartition des secteurs d'activité des entreprises**

15,6% des salariés concernés par notre étude travaillaient dans des entreprises qui avaient déjà reclassé par le passé des salariés déclarés inaptes. Cette information était inconnue des médecins du travail dans 42,2% des cas. Pour 67,7% des entreprises n'ayant jamais reclassé de salariés, un contact avait été pris avec l'employeur pour échanger sur ce sujet. Les raisons principalement évoquées étaient qu'il n'existait qu'un type de poste dans l'entreprise, ou d'autres types de poste mais

ayant les mêmes caractéristiques. Les autres raisons étaient le premier cas d'inaptitude au sein de l'entreprise, l'impossibilité d'adapter les postes, la petite taille de l'entreprise et la volonté du salarié de mettre fin à son contrat de travail.

### **III. LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI AVANT L'INAPTITUDE**

Seules 4,5% des décisions d'inaptitude ne faisaient pas suite à un arrêt de travail. 80,5% des salariés avaient bénéficié d'une visite de pré-reprise durant leur arrêt. Des préconisations en vue du maintien dans l'emploi avaient été émises en visite de pré-reprise pour 46% d'entre eux.

En amont de la procédure d'inaptitude, des actions de maintien dans l'emploi avaient été demandées par le médecin du travail dans 35,3% des cas. Le nombre moyen de ces demandes était de 1,8 ( $\pm 0,7$ ), et le délai moyen depuis la dernière action demandée était de 15,6 mois ( $\pm 15,7$ ), avec un délai minimum d'1 mois et maximum de 46 mois. 17,8% des salariés ont bénéficié des actions demandées. Quand les actions demandées n'avaient pas été effectuées, les employeurs ont justifié leur refus auprès du médecin du travail dans 65,4% des cas. Les arguments avancés étaient le plus souvent l'impossibilité d'aménager le poste, la petite taille de l'entreprise ou l'absence de poste disponible à une autre activité. L'une des entreprises souhaitait attendre le retour du salarié d'arrêt maladie avant d'envisager un aménagement de poste.

Pour les salariés de notre étude, les acteurs du maintien dans l'emploi le plus souvent mobilisés étaient les cellules de maintien dans l'emploi des services de Santé au Travail et le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) (28,6%). La répartition des différents acteurs mobilisés est reprise dans le tableau 1.

	Effectif	Pourcentage
Cellule de maintien dans l'emploi / SAMETH	44	28,6%
Service social de la CARSAT	37	24%
Assistante sociale	32	20,8%
Organisme de formation	13	8,4%
Autre	10	6,5%
Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)	3	1,9%
Aucun	76	49,4%

**Tableau 1 : Les acteurs du maintien dans l'emploi mobilisés**

Les autres acteurs mobilisés par les médecins du travail étaient les organismes de bilan de compétence et la Prestation d'Orientation Professionnelle Spécialisée (POPS).

Quand aucune action de maintien dans l'emploi n'avait été demandée et aucun acteur mobilisé pour le salarié, les médecins du travail ont déclaré avoir été informés trop tard de la pathologie du salarié dans 34,9% des cas. Dans 15,9% des cas, le délai imposé pour la reprise par le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) était estimé trop court. D'autres raisons étaient avancées dans 49,2% des cas : le souhait du salarié de quitter l'entreprise, l'âge très proche du départ à la retraite, les capacités restantes très restreintes, l'impossibilité connue de toute adaptation du poste ou le remplacement d'un collègue médecin en congés pendant la procédure d'inaptitude.

Selon les médecins du travail, 33,8% des salariés de l'étude étaient motivés pour rester en emploi dans leur entreprise, et 56,5% pour rester dans l'emploi hors de leur entreprise. 32,5% d'entre eux ne semblaient pas motivés pour rester en emploi.

## **IV. CARACTÉRISTIQUES DES PROCÉDURES D'INAPTITUDE**

La procédure d'inaptitude s'est déroulée en deux visites dans 77,3% des cas. Parmi ces derniers, pour 83,2% des salariés, les médecins du travail ont estimé que la seconde visite n'avait pas été utile à leur décision finale.

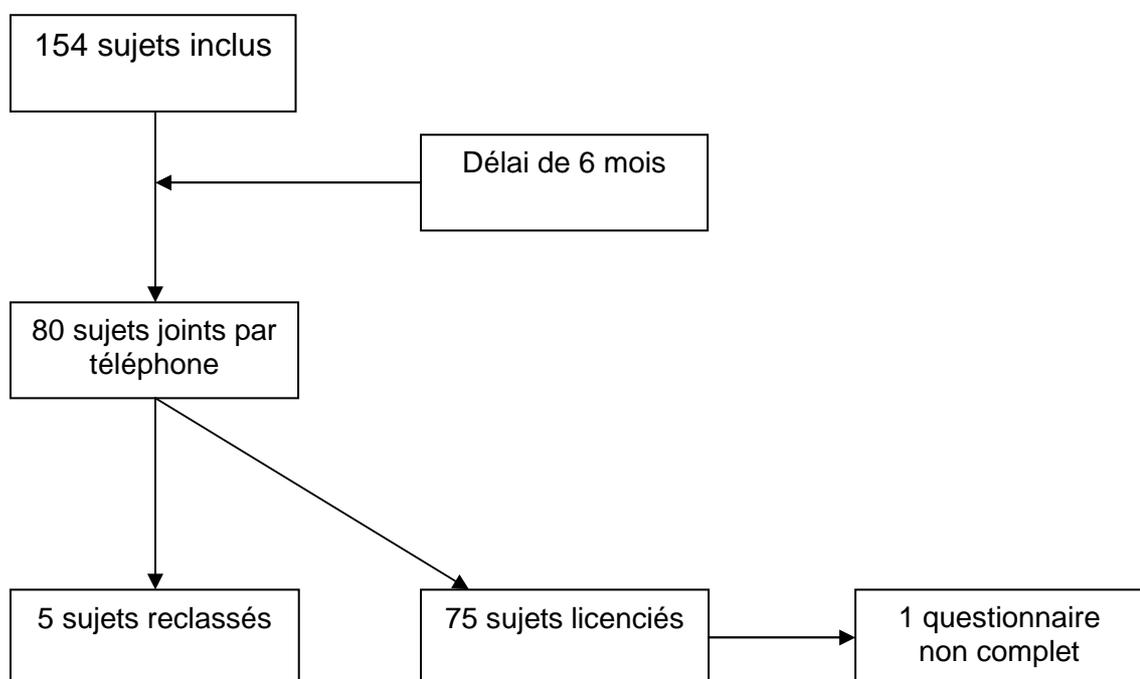
La procédure de visite du poste de travail pour l'étude de poste a été réalisée dans 80,7% des cas, dont 94,9% avec un contact direct avec l'employeur.

Pour 2,6% des salariés, aucune capacité restante n'a été émise par le médecin du travail. 93,5% des sujets ont eu des capacités restantes émises par le médecin du travail à la première visite, et 76,6% à la première et à la seconde visite.

## V. TAUX DE RECLASSEMENT ET SITUATION SOCIALE À SIX MOIS

Lors du rappel téléphonique des sujets à six mois de la décision d'inaptitude, 5 personnes avaient été reclassées (6,3%) et 75 avaient été licenciées (93,8%). Aucun sujet n'était en attente d'une décision.

**Figure 7 : Répartition de la population de l'étude**



Le dépôt d'une demande d'ALD avait été conseillé à 32,1% des patients joints, et 26,9% avaient réalisé cette démarche. L'ALD avait été refusée à 1 sujet (1,3%).

Il avait été conseillé à 65,4% des sujets de réaliser une demande de RQTH. 50% avaient fait cette demande. Il n'y a eu aucun refus.

Une demande d'invalidité a été conseillée à 28,2% des sujets de l'étude. 5,1% avaient une invalidité de première catégorie et 19,2% une invalidité de deuxième catégorie. Le délai moyen depuis l'obtention de cette invalidité était de 18,7 mois ( $\pm$  24,3). Pour deux sujets (2,6%), la demande d'invalidité avait été rejetée.

La demande d'AAH avait été conseillée à 5 sujets (6,4%). 2 sujets avaient initié la démarche (2,6%) mais ont essuyé un refus.

La retraite ou la pré-retraite avait été conseillée à 8 sujets (10,3%). 2 sujets avaient réalisé ces démarches (2,6%).

D'autres démarches avaient été conseillées à 6,4% des sujets, et réalisées par 5,1%. Il s'agissait de rente de MP, de complément de revenus versé par le PRO BTP, d'allocations allouées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou de l'attribution d'une carte de stationnement de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

## **A. Situations en cas de reclassement**

Cette partie concerne les 5 sujets ayant été reclassés à l'issue du délai de six mois.

La totalité des sujets avait été reclassée au sein de leur entreprise antérieure. Aucun n'avait dû accepter de mutation pour accéder à leur nouveau poste. Le délai moyen pour obtenir un poste de reclassement était de 4 mois ( $\pm$  3).

Pour 1 sujet (20%), le poste de reclassement était le même que celui occupé avant l'inaptitude médicale. Tous les reclassements s'étaient faits sur la base d'un CDI. 2 sujets (40%) avaient dû suivre une formation avant de prendre leur nouveau poste.

Pour 2 sujets (40%), le reclassement avait des conséquences sous la forme d'une diminution de revenus.

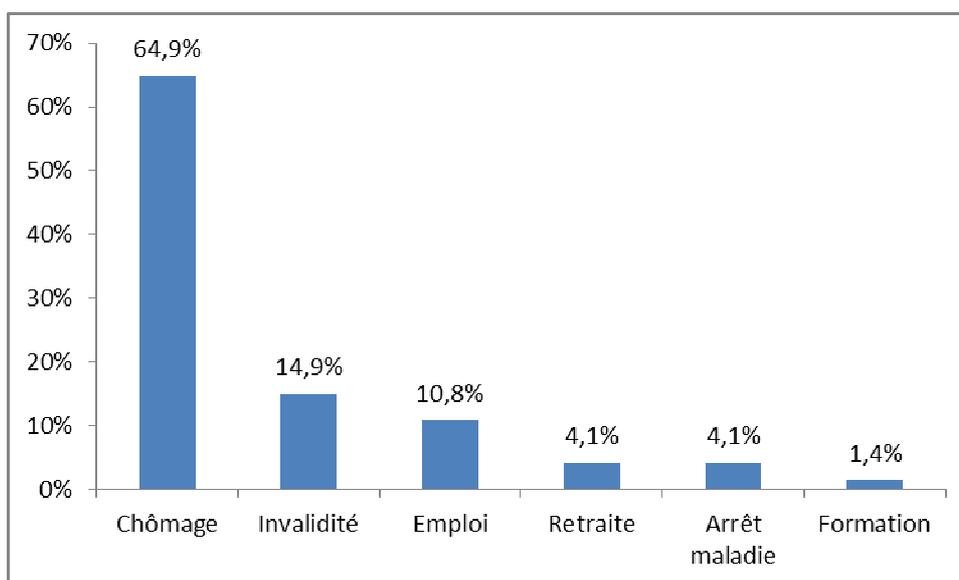
2 sujets (40%) avaient bénéficié d'un aménagement horaire de leur poste de travail. 1 sujet (20%) était passé d'horaires de nuit à des horaires de jour et 1 sujet (20%) bénéficiait d'un aménagement ergonomique de son poste de travail.

## B. Situations en cas de licenciement

Cette partie concerne les 74 sujets ayant été licenciés à l'issue du délai de six mois et dont le questionnaire est complet.

29,7% des sujets avaient eu des propositions de reclassement de la part de leur ancien employeur. Le délai moyen entre la fin de la procédure d'inaptitude et la notification du licenciement était de 6,1 semaines ( $\pm 3,7$ ), avec un minimum d'1 semaine et un maximum de 20 semaines.

Au moment du rappel téléphonique, 64,9% des personnes licenciées étaient au chômage. 10,8% avaient retrouvé un emploi. Les différentes situations sociales au moment du rappel sont représentées sur la figure 8.



**Figure 8 : Situations sociales des sujets licenciés**

Pour les sujets au chômage, 20,8% étaient suivis par la structure CAP Emploi et 79,2% par Pôle Emploi.

Pour les sujets en situation d'emploi, 25% avaient dû suivre une formation avant de retrouver un nouveau poste. Le délai moyen avant l'obtention de ce poste était de 4,4 mois ( $\pm 2,4$ ). 25% des sujets occupaient un poste identique à leur poste antérieur. Les sujets étaient embauchés en CDI dans 12,5% des cas, en contrat intérimaire dans 37,5% des cas et sous d'autres régimes dans 50% des cas (auto-entrepreneur, apprenti).

Concernant les sujets au chômage ou en emploi, un bilan de compétence avait été conseillé dans 23,3% des cas, et réalisé dans 9,6% des cas. Pour 1,4% des sujets, ce bilan avait été refusé.

Une formation continue avait été proposée à 19,2% des sujets et réalisée par 6,8% d'entre eux.

À 1,4% des sujets, un contrat de rééducation professionnelle en entreprise avait été conseillé. Aucun n'avait réalisé la démarche.

11% des sujets s'étaient vus conseiller une pré-orientation ou une rééducation professionnelle, et 4,1% avaient initié cette démarche.

## VI. COMPARAISON DES SUJETS RECLASSÉS ET DES SUJETS LICENCIÉS

Par détermination de sexe, il y avait 42,5% d'hommes licenciés pour 3,8% de reclassés, et 51,3% de femmes licenciées pour 2,5% de reclassées [Tableau 2]. Il n'existait aucune différence significative entre les hommes et les femmes.

Sexe	Reclassés	Licenciés	p
Femmes	2 (2,5%)	41 (51,3%)	0,43
Hommes	3 (3,8%)	34 (42,5%)	

**Tableau 2 : Comparaison des reclassés et des licenciés selon le sexe**

Il existait une différence significative d'âge entre les deux groupes ( $p = 0,01$ ). Les sujets licenciés étaient en moyenne plus âgés que les sujets reclassés [Tableau 3].

Age	Reclassés	Licenciés	p
Moyenne	32,4 ans	47,7 ans	0,01
Médiane	31 ans	50 ans	

**Tableau 3 : Comparaison des reclassés et des licenciés selon l'âge**

Aucune différence significative n'était observée pour le niveau d'études ainsi que pour le contrat de travail.

Les sujets licenciés présentaient une ancienneté moyenne plus importante que les sujets reclassés (12,2 ans contre 4,6 ans). Cette différence n'était pas significative ( $p = 0,07$ ).

Les 5 sujets reclassés souffraient d'une pathologie rhumatologique. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes selon la pathologie ( $p = 0,12$ ). Le nombre de pathologies secondaires à un AT ou une MP n'était pas significativement plus important dans l'un ou l'autre des deux groupes ( $p = 0,34$ ). Néanmoins, lorsque la pathologie était due à un AT ou une MP, il existait une différence significative entre les groupes pour un taux d'IPP inférieur à 10% avec un taux de reclassement plus important ( $p = 0,04$ ).

Il n'existait pas de différence significative entre les sujets reclassés et les sujets licenciés selon la RQTH, l'invalidité ou la possibilité d'une retraite anticipée. De même, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes selon l'accord du sujet avec l'avis d'inaptitude.

Les entreprises employant les sujets reclassés avaient en moyenne un effectif plus important que celles employant les sujets licenciés (190 salariés contre 136,6). Cependant, aucune différence significative n'existait entre les deux groupes ( $p = 0,3$ ).

De même, il n'y avait pas de différence significative entre les sujets reclassés et licenciés selon que l'entreprise appartenait ou non à un groupe ( $p = 0,49$ ).

Aucune différence significative n'était observée selon le secteur d'activité des entreprises. Le taux de reclassement était significativement plus important si l'entreprise avait déjà reclassé des salariés inaptes antérieurement ( $p = 0,02$ ).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes selon la réalisation d'une visite de pré-reprise. Lorsque la visite de pré-reprise avait été effectuée, le nombre de sujets reclassés était significativement plus important quand des préconisations pour le maintien dans l'emploi avaient été émises ( $p = 0,04$ ). Il n'existait pas de différence significative entre les sujets reclassés et licenciés selon la demande par le médecin du travail d'actions de maintien dans l'emploi.

Concernant les acteurs mobilisés pour le maintien dans l'emploi, une différence significative entre les deux groupes était mise en évidence lors de la mobilisation d'un « autre » acteur (organismes de bilan de compétence et POPS) ( $p = 0,004$ ).

Le nombre de sujets reclassés était significativement plus important lorsque les sujets avaient semblé motivés à rester en emploi au sein de leur entreprise ( $p = 0,01$ ).

Critères étudiés	Différences entre les deux groupes
Sexe	non significative (NS)
Âge	<b>Significative (p = 0,01)</b>
Niveau d'études	NS
Contrat	NS
Ancienneté	NS
Pathologie	NS
AT-MP	NS
Taux d'IPP < 10%	<b>Significative (p = 0,04)</b>
RQTH	NS
Invalidité	NS
Retraite anticipée	NS
Accord du salarié avec l'avis	NS
Effectif de l'entreprise	NS
Entreprise appartenant à un groupe	NS
Secteur d'activité	NS
Entreprise ayant reclassée antérieurement	<b>Significative (p = 0,02)</b>
Visite de pré reprise	NS
Préconisations	<b>Significative (p = 0,04)</b>
Actions de maintien dans l'emploi	NS
Acteurs du maintien dans l'emploi	<b>Significative (p = 0,004)</b>
Motivation à rester dans l'entreprise	<b>Significative (p = 0,01)</b>

**Tableau 4 : Récapitulatif des données comparées entre les salariés reclassés et les salariés licenciés**

## DISCUSSION

### I. RÉSULTATS PRINCIPAUX

#### A. Profil des salariés

La proportion de femmes dans notre étude (46,8%) était similaire à celle retrouvée dans la population active de la région Nord-Pas-de-Calais (47%) d'après l'Atlas de la Santé au Travail en 2014 [34]. Ce taux était également quasiment identique à celui constaté par l'ISTNF lors de son suivi d'indicateurs sur les inaptitudes (46,6%) [33].

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 46 ans, avec des écarts allant de 20 à 75 ans. Elle était relativement similaire à celles relevées dans les études régionales sur les inaptitudes, qui varient de 43 à 46 ans [20 ; 21 ; 22 ; 24 ; 25 ; 31 ; 32]. La répartition par tranches d'âges retrouvait une prédominance des sujets âgés de plus de 55 ans (31,8%). Ce résultat s'éloigne des chiffres de la population active de la région, où la proportion des plus de 45 ans s'élevait à 37% en 2014 [34], mais présente des similitudes avec les résultats retrouvés dans les études régionales [22 ; 31 ; 32 ; 33]. Les séniors sont concernés de façon prépondérante par l'inaptitude médicale, qui touche néanmoins toutes les tranches d'âges.

La majorité des salariés inclus dans l'étude présentait un niveau de diplôme de CAP-BEP (54,8%). Cette proportion est plus importante que celle retrouvée par l'ISTNF (38%) [33], mais similaire à celle relevée par l'étude réalisée en région Bretagne sur les inaptitudes (54%) [31]. Néanmoins, notre travail s'accorde avec ces deux dernières sur le point que la majorité des salariés concernés par l'inaptitude ont un niveau de diplôme inférieur ou égal au CAP-BEP [31 ; 33].

L'écrasante majorité (95,9%) des salariés inclus avaient un CDI. Cette tendance se retrouve dans l'étude régionale réalisée en Haute-Normandie [32]. Concernant l'ancienneté au sein de l'entreprise, nos résultats montraient un pic pour la tranche « inférieure à cinq ans » (31,5%), avec une moyenne de 11,6 ans. Ces résultats sont similaires à ceux constatés par l'ISTNF (34,9% pour une ancienneté inférieure à cinq ans) [33], mais très divergents de ceux retrouvés dans d'autres études, où un pic est constaté à plus de dix ans, voire plus de trente ans d'ancienneté [20 ; 21 ; 32]. Ces écarts peuvent probablement s'expliquer par les différences observées au sein de la population active entre les régions.

Les pathologies responsables d'inaptitude dans notre étude se composaient principalement de pathologies rhumatologiques (62,3%), suivies par les pathologies psychiatriques (13%) et les pathologies cardiologiques (8,4%). Cette hiérarchie se retrouve dans les études antérieures [20 ; 21 ; 22 ; 25 ; 32 ; 33]. Néanmoins, dans le suivi d'indicateurs réalisé par l'ISTNF, on observe une proportion moins importante de pathologies rhumatologiques (49,3%) et plus importante de pathologies psychiatriques (25,5%) [33]. Il est probable qu'une partie des salariés mis en inaptitude pour ces motifs, ou dans un contexte de souffrance au travail, aient refusé leur consentement à la participation de l'étude, expliquant ainsi ces différences.

Le taux d'AT-MP responsables d'inaptitude était plus élevé dans notre étude (39,6%) que dans celles antérieures [22 ; 25 ; 33]. Concernant les études réalisées dans d'autres régions, ces différences s'accordent avec la fréquence des accidents de travail plus importante en Nord-Pas-de-Calais que dans le reste du pays [34]. Cependant, les différences observées avec le suivi de l'ISTNF (30,2%) pourraient s'expliquer par le fait que les données de notre enquête ne concernent que deux centres de Santé au Travail de la région. Notre étude, comme celles réalisées antérieurement, indique une part non négligeable des AT-MP responsables d'inaptitudes médicales. Le travail de prévention sur ce sujet reste donc une mission prioritaire des employeurs, des salariés et des services de Santé au Travail.

59,8% des salariés de notre étude avaient une RQTH ou avaient initié la démarche pour l'obtenir au moment de l'inaptitude, et étaient donc à ce titre

bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ce chiffre est similaire à celui retrouvé par l'étude régionale réalisée en Bretagne (55%) [31], mais très différents de ceux relevés par l'ISTNF dans notre région (15%) [33]. Cette importante différence s'explique possiblement par le nombre restreint de centres de Santé au Travail ayant participé à notre étude. Il est également possible que le statut de travailleur handicapé soit de mieux en mieux accepté par les salariés, qui initient peut-être plus facilement la démarche.

Une pension d'invalidité était accordée ou en cours de demande pour 27,2% des salariés au moment de l'inaptitude. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans d'autres études régionales [32 ; 33].

Nous n'avons retrouvé aucune étude antérieure traitant de la possibilité des salariés déclarés inaptes de prétendre à une retraite anticipée.

Les résultats établis par notre travail indiquent qu'une part importante de la population étudiée bénéficie de l'obligation d'emploi, ou en a initié la demande. Cependant, un effort important reste encore à fournir afin de pouvoir maintenir ces salariés dans un parcours d'emploi.

Notre travail a mis en évidence qu'une très faible proportion des salariés (4,5%) se trouvait en désaccord avec leur médecin du travail sur l'avis rendu. 23,4% étaient en désaccord au début de la procédure, mais se rangeaient à l'avis du médecin dès que celui-ci leur exposait les arguments le menant à cette décision. La majorité d'entre eux constataient eux-mêmes l'inadéquation de leur poste avec leurs problèmes de santé. Le salarié est donc un acteur primordial dans les décisions d'aptitude et d'inaptitude, et son consentement après une information éclairée doit être recherché dès que possible.

## **B. Profil des entreprises**

Selon l'Atlas de la Santé au Travail de 2014, les entreprises de plus de 100 salariés sont les principaux employeurs (41%) dans la région Nord-Pas-de-Calais, avec une répartition relativement homogène pour les autres entreprises (20% pour les entreprises de 1 à 9 salariés, 10% entre 10 et 49 salariés, 17% entre 20 et 49 salariés et 12% pour les entreprises de 50 à 99 salariés) [34]. Notre étude retrouve

une proportion plus importante de travailleurs déclarés inaptes dans des entreprises de 10 à 49 salariés (31,6%). Ces résultats sont corrélés à ceux retrouvés par l'ISTNF dans la région (33,2%), ainsi que par d'autres études régionales [22 ; 33]. Cette prédominance dans les entreprises employant moins de 50 salariés pourrait s'expliquer par la faible polyvalence des postes et, par conséquent, la limite des aménagements possibles.

Les métiers agricoles n'étaient pas du tout représentés dans notre étude, car le suivi en Santé au Travail des salariés de cette branche dépend d'une entité spécifique, la MSA. Dans les autres secteurs d'activité, les salariés travaillant dans des entreprises de services étaient surreprésentés (52,9%) dans notre étude. On retrouve cette même représentation dans les études antérieures, avec un taux de salariés inaptes entre 45 et 49,8% [32 ; 33]. L'essor des activités médico-sociales et des sociétés de travail temporaires, associé au déclin du secteur industriel dans certaines régions, explique très probablement ce résultat.

Selon les médecins du travail, peu d'entreprises avaient déjà reclassé des salariés à la suite d'une inaptitude (15,6%). Ces chiffres semblent indiquer que le maintien dans l'emploi des salariés inaptes à leur poste reste difficile. Les employeurs avaient néanmoins expliqué cette absence de reclassement dans la majorité des cas. La raison principalement évoquée était l'existence d'un seul type de poste au sein de la structure, dans des entreprises parfois très petites ou très spécialisées. Même si notre étude n'a montré aucun lien significatif entre le licenciement et la taille ou le secteur d'activité des entreprises, ces deux critères semblent importants à prendre en compte pour créer une dynamique efficace de maintien dans l'emploi.

### **C. Maintien dans l'emploi**

Seules 4,5% des visites concluant à l'inaptitude ne faisaient pas suite à un arrêt de travail dans notre étude. Ce résultat est très proche de celui retrouvé par l'ISTNF en 2013 (4,4%) [33]. La grande majorité des salariés inclus avaient bénéficié d'une visite de pré reprise, tendance qui se retrouve dans les études régionales

antérieures, mais dans une part moins importante [22 ; 33]. Ces différences peuvent être dues au nombre de salariés moins important de notre enquête. Parmi les salariés ayant bénéficié de cette visite de pré-reprise, des préconisations pour le maintien dans l'emploi avaient été émises dans moins de la moitié des cas. La période d'arrêt de travail représente donc un moment charnière, permettant d'anticiper un retour au poste de travail. L'information des salariés sur l'intérêt des visites de pré-reprise et la communication entre le monde du soin et le monde de l'entreprise via le médecin du travail sont des points capitaux, qu'il convient de toujours plus promouvoir.

Pour 35,6% des salariés de notre étude, une ou plusieurs actions de maintien dans l'emploi avaient été demandées antérieurement à la procédure. Ce résultat, légèrement supérieur à celui relevé par l'ISTNF dans son suivi des inaptitudes en 2013 (22,4%) [33], tient probablement au fait que notre étude se déroulait sur un petit nombre de centres impliquant moins de médecins, et qui sans doute, constituaient un recrutement de médecins particulièrement impliqués dans le maintien en emploi. Le délai moyen depuis la dernière action demandée était supérieur à un an, ce qui montre que les démarches de maintien dans l'emploi sont mises en place assez tôt par les médecins du travail. Cependant, seule la moitié des actions demandées ont été effectives dans les entreprises. Dans la situation contraire, les employeurs sont revenus vers le médecin du travail dans près des deux tiers des cas, ce qui montre la réalité d'un échange entre l'employeur et le médecin. Cependant, les retours des employeurs consistaient en quasi-totalité à préciser qu'aucune adaptation de poste n'était possible, sans en préciser les raisons.

Les acteurs du maintien dans l'emploi les plus mobilisés par les médecins de notre étude étaient le SAMETH et les cellules de maintien dans l'emploi (28,6%), suivis par le service social de la CARSAT et les assistants sociaux. Ces résultats sont globalement similaires à ceux retrouvés dans les travaux antérieurs, avec des variantes selon les régions [20 ; 21 ; 32 ; 33]. Les ressources mobilisées dépendent en effet de la pratique de chaque médecin. Le maintien dans l'emploi des salariés semble donc actuellement l'une des priorités des médecins du travail dans leur prise en charge.

Lorsque rien n'avait été entrepris pour maintenir le salarié à son poste, la raison principalement évoquée était le souhait du salarié de quitter l'entreprise, notamment dans les cas de souffrance au travail. La recherche du consentement du salarié et son adhésion dans la démarche de maintien dans l'emploi sont donc des étapes indispensables. Une autre raison souvent évoquée par les médecins était l'âge avancé du salarié, proche de celui de la retraite. Le vieillissement croissant de la population accentuera cette problématique, et le maintien dans l'emploi des seniors sera évidemment un dispositif à intensifier. Enfin, la dernière raison évoquée le plus souvent était la restriction des capacités restantes, notamment en cas de poly pathologies très lourdes. Aucun médecin n'a évoqué la petite taille de l'entreprise ou le manque de polyvalence des postes, même si certains ont spécifié « l'inutilité » d'une démarche de maintien dans l'emploi, sans en préciser les raisons.

La majorité des salariés de notre étude semblait motivée à rester dans une dynamique d'emploi. Cependant, selon les médecins du travail, au moment de la visite d'inaptitude, près d'un tiers d'entre eux ne semblait pas vouloir rester en emploi, que ce soit au sein de leur entreprise ou dans une autre structure. Ce chiffre, qui semble somme toute très important, est peut-être dû à l'âge avancé de certains salariés, ou à un sentiment de lassitude dans un contexte pathologique. Par ailleurs, seul un tiers des salariés de l'étude semblait motivé à rester au sein même de l'entreprise. Ces résultats peuvent s'expliquer par le ressenti d'une souffrance au travail, mais également par le souhait de se réorienter professionnellement dans une autre branche. Certains salariés, connaissant bien leur employeur, sont conscients qu'un reclassement sera difficile. Il semble pourtant évident qu'un reclassement dans l'entreprise ou le maintien dans l'emploi d'un point de vue général, nécessitent une réelle implication des salariés.

## **D. Procédure d'inaptitude**

22,7% des procédures d'inaptitude de notre étude s'étaient déroulées en une seule visite. Ce résultat est similaire à celui retrouvé par l'étude régionale réalisée en Haute-Normandie en 2010 (25%) [32], mais supérieur à celui relevé par l'ISTNF dans notre région en 2013 (16,5%) [33]. Il est possible qu'en raison du nombre plus

important de visites de pré-reprise antérieures à l'inaptitude dans notre étude, plus de procédures aient pu être réalisées en une seule visite. En effet, il est possible de constater l'inaptitude d'un salarié en une seule visite depuis 2012 si une visite de pré-reprise a été réalisée au cours des trente derniers jours. La grande majorité des procédures restent donc réalisées en deux visites.

Nous avons interrogé les médecins du travail sur l'utilité, selon eux, de la deuxième visite de la procédure dans leur décision finale. Cette seconde visite a été déclarée utile dans 16,8% des cas seulement. La procédure est donc estimée trop lourde dans la majorité des cas, mais reste consciencieusement suivie par les médecins.

Pour plus de 80% des salariés, la visite de poste prévue par la réglementation avait été réalisée par le médecin du travail. Parmi les personnes concernées, un contact avec l'employeur avait été pris dans près de 95% des cas. Ces résultats sont plus importants que ceux retrouvés dans la région par l'ISTNF en 2013 [33] et dépendent très probablement des méthodes des médecins ayant participé à notre étude. Ces résultats démontrent que le cadre procédural imposé par la législation est dans la très grande majorité des cas scrupuleusement suivi par les médecins du travail.

De même, seuls 2,6% des salariés de notre étude ne se sont pas vus spécifier de capacités restantes sur leur fiche d'inaptitude, que ce soit à la première ou à la seconde visite. Les cas où les salariés ne présenteraient aucune capacité restante restent donc exceptionnels, et ne dispensent pas l'employeur de son obligation de reclassement.

## **E. Devenir des répondants**

Seuls 6,3% des salariés contactés à 6 mois avaient été reclassés. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés par les études régionales réalisées antérieurement, où il oscille entre 5,5% et 12% [31 ; 32 ; 33]. Ce faible pourcentage, démontre que malgré l'obligation de reclassement qui incombe aux employeurs, la décision d'inaptitude

reste, à l'heure actuelle, synonyme de licenciement pour le salarié. Elle doit donc rester une solution de dernier recours, lorsque toutes les possibilités en termes de maintien dans l'emploi ont été épuisées. Par ailleurs, un gros travail reste à faire du côté des employeurs pour privilégier le maintien dans l'entreprise de ces salariés.

La moitié des travailleurs contactés bénéficiaient d'une RQTH, alors que cette démarche avait été conseillée à près des deux tiers d'entre eux. Cela tient probablement à l'image péjorative que peut encore avoir la qualification de « travailleur handicapé » auprès des salariés. Il semble donc important de continuer à communiquer sur les avantages de ce statut, qui facilite à bien des égards le maintien dans l'emploi.

La plupart des salariés ayant reçu un conseil de demande d'invalidité avait réalisé la démarche. Deux personnes s'étaient vues octroyer un refus, la majorité des autres avaient obtenu une invalidité de deuxième catégorie. Les patients pouvant bénéficier d'une pension d'invalidité semblent donc bien conseillés et bien orientés par les professionnels qui les prennent en charge.

Il avait été conseillé à quelques salariés de faire une demande d'AAH. Néanmoins, seules deux personnes ont initié cette démarche et se sont vues opposer un refus. L'obtention de l'AAH dépend en effet d'un barème spécifique à la MDPH. Elle est attribuée aux patients souffrant d'un handicap important ou d'une pathologie qui est un obstacle conséquent et durable à l'accès à l'emploi.

L'intégralité des salariés reclassés l'avait été au sein de leur entreprise, aucun n'avait dû accepter de mutation. 20% d'entre eux occupaient un poste similaire à leur poste antérieur. Cette proportion est semblable à celle retrouvée par l'ISTNF lors de son suivi en 2013 [33]. Le reclassement d'un salarié au même poste de travail peut se voir dans les cas d'inaptitude pour souffrance au travail, où les médecins précisent souvent sur la fiche « apte à un poste similaire dans un environnement différent ».

La quasi-totalité des salariés reclassés (83,3%) avaient bénéficié d'un CDI. Le délai moyen entre la décision d'inaptitude et la prise du nouveau poste était de 4 mois. La recherche d'un poste adapté à l'état de santé d'un salarié est donc un processus long, qui nécessite parfois une formation préalable, comme pour 40% des salariés reclassés de notre étude.

Néanmoins, malgré les formations, 40% des salariés reclassés nous ont déclaré subir une diminution de revenus par rapport à leur poste antérieur. Cette perte s'expliquait principalement par la suppression de primes spécifiques à leur ancien poste. En effet, lors du reclassement, l'employeur doit légalement proposer au salarié un poste aussi comparable que possible à celui occupé antérieurement [41 ; 42].

Des aménagements avaient dû être réalisés pour la plupart des postes de reclassement, sur les préconisations du médecin du travail. Il s'agissait dans la majorité des cas d'aménagements horaires, mais également d'aménagements ergonomiques. En effet, même lorsqu'il s'agit d'un poste de reclassement, ce dernier doit être aménagé afin de l'adapter à l'état de santé du salarié. Joindre le médecin du travail au processus de reclassement après une inaptitude semble donc un point clé du maintien dans l'emploi.

Parmi les salariés contactés qui avaient subi un licenciement, seuls 29,7% nous ont déclaré avoir reçu une ou plusieurs propositions de reclassement dans leur ancienne entreprise. C'est un résultat très faible, compte-tenu de l'obligation réglementaire de recherche de reclassement qui incombe aux employeurs [41 ; 42]. Dans certaines entreprises, le reclassement suite à une inaptitude semble extrêmement difficile, autant pour l'employeur que pour le salarié. Ainsi, lors d'une étude réalisée dans le Vaucluse en 2010, 72% des salariés déclarés inaptes avaient déclaré que, selon eux, un reclassement au sein de leur entreprise semblait impossible [22]. Or l'employeur a l'obligation dans tous les cas de rechercher des postes de reclassement dans le cadre des capacités restantes émises par le médecin du travail. Il est à noter cependant que, depuis le mois d'août 2015, dans le cadre d'une inaptitude secondaire à un AT ou une MP, l'employeur est dispensé de rechercher un reclassement si le médecin du travail précise sur son avis que « tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à son état de santé » [49].

Le délai moyen entre la décision finale d'inaptitude et le licenciement des salariés était de 6,1 semaines. Il s'agit d'un délai très court, surtout quand on le compare au délai moyen de 4 mois entre l'inaptitude et le reclassement à un nouveau poste. Il est possible que ce court délai illustre la volonté des employeurs

de licencier avant l'expiration du délai d'un mois rétablissant le versement du salaire [44 ; 45].

La grande majorité (64,9%) des sujets licenciés contactés était au chômage lors du rappel téléphonique. Ce résultat est un peu plus important que celui retrouvé par l'enquête sur le suivi des inaptitudes en Nord-Pas-de-Calais (47,9%) [33]. Néanmoins, cette dernière évalue le devenir des sujets un mois après la décision, soit un délai beaucoup plus court que celui de notre étude. Il est possible que certains salariés attendaient encore à ce moment-là une décision de leur employeur, ou étaient en cours de formation. Cette proportion importante de personnes sans emploi suite à une inaptitude se retrouve dans de nombreuses études régionales, et ce quel que soit le délai écoulé entre la décision et la réalisation de l'étude. L'inaptitude au poste reste donc synonyme de chômage de moyenne ou longue durée avec un fort impact sur la situation sociale des personnes concernées.

Par ailleurs, seuls 20,8% des sujets en situation de chômage nous ont déclaré être suivis par une structure de CAP Emploi, qui assure l'accompagnement, la formation et la réinsertion professionnelle des sujets en situation de handicap. Or, 50% des personnes contactées bénéficiaient d'une RQTH. Une partie des sujets souffrant d'un handicap n'est donc pas suivie par les structures adaptées. Certains nous ont affirmé être toujours en attente de cette prise en charge quatre à six mois après avoir quitté leur entreprise. Un long travail reste donc à faire pour que les structures adaptées puissent assurer un accompagnement optimal de ces sujets, dans le but d'un retour à l'emploi.

Seuls 10,8% des personnes que nous avons contactées se trouvaient en situation d'emploi 6 mois après l'inaptitude. Ces résultats sont légèrement inférieurs à ceux retrouvés par l'étude régionale réalisée dans le Puy de Dôme (16,5%), qui avait recontacté les sujets dans les mêmes délais [25]. Néanmoins, cette enquête avait été menée en 1999, dans un contexte socio-économique bien différent de celui que nous connaissons aujourd'hui. Lorsqu'on observe les résultats des autres études régionales sur le devenir des salariés, on constate que le taux de sujets en situation d'emploi augmente en fonction du temps écoulé depuis la déclaration d'inaptitude, passant de 1% à un mois [33] à plus de 50% à trois ans [20]. Les délais jusqu'au retour à l'emploi restent donc très longs.

Parmi les personnes en situation d'emploi, 25% avaient dû suivre une formation avant d'accéder à leur nouveau poste. En effet, pour la majorité d'entre eux, celui-ci différait de l'ancien. La formation professionnelle dans le cadre de la réorientation est donc un soutien efficace au maintien dans l'emploi.

Même pour ces sujets en situation d'emploi, le retour à la vie active reste relativement long. La moitié de ces personnes avaient généré leur propre emploi, en adoptant le statut d'auto-entrepreneur. La plus grande partie des autres étaient en contrat d'intérim. Le retour à l'emploi des personnes déclarées inaptes, lorsqu'il existe, se fait donc dans la précarité.

Parmi les autres sujets contactés, 14,9% percevaient une pension d'invalidité, sans exercer d'activité. Il s'agissait d'invalidité de deuxième catégorie. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par l'ISTNF dans son enquête régionale en Nord-Pas-de-Calais (31,8%) [33]. Cette différence s'explique peut-être par le nombre de médecins participants et de salariés inclus, bien moindres dans notre étude que dans l'enquête régionale.

Seuls 1,4% des personnes contactées étaient en formation au moment du rappel téléphonique. Ce résultat reste inférieur à ceux retrouvés dans d'autres études régionales [22 ; 31 ; 32 ; 33]. Cette différence s'explique probablement par le petit nombre de sujets contactés, ainsi que par le délai de six mois écoulé depuis l'inaptitude. Néanmoins, 6,8% des sujets avaient suivi une formation continue depuis la décision d'inaptitude.

Enfin, 4,1% des sujets contactés étaient à la retraite. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés lors de précédentes études [22 ; 33].

Seuls 9,6% des sujets contactés avaient réalisé un bilan de compétence, alors que cette démarche avait été conseillée à 23,3% d'entre eux. Le bilan de compétence permet d'éclairer les personnes n'ayant pas encore de projet de réorientation professionnelle. Cela peut permettre à certains, un peu perdus à la suite, ou en amont, de l'inaptitude médicale, de redéfinir un projet.

Une personne s'est vue conseiller un contrat de rééducation professionnelle en entreprise. Ce contrat à durée déterminée permet aux personnes bénéficiant d'une RQTH, après une inaptitude, de se réaccoutumer à son ancienne profession ou d'être reclassé dans un autre métier. Il reste encore peu connu ; il est par conséquent

difficile de trouver des employeurs prêts à prendre cette initiative. Dans notre étude, la personne à qui cette démarche avait été conseillée ne l'avait pas effectuée.

11% des sujets contactés s'étaient vus proposer une pré-orientation, mais seuls 4,1% l'avaient suivie. Cette démarche permet aux personnes bénéficiaires d'une RQTH d'être accompagnées dans la définition de leur projet professionnel et de réaliser des stages afin de l'affiner. Comme pour le contrat de rééducation professionnelle, il s'agit d'une possibilité peu connue.

L'accompagnement des sujets ayant des difficultés à se maintenir dans l'emploi en raison de leurs problèmes de santé est donc primordial. Une information claire et adaptée doit leur être délivrée, et tous les moyens techniques et humains doivent être déployés pour que le maintien et la réinsertion dans l'emploi soient réellement efficaces.

## **F. Facteurs favorisant le reclassement**

Il n'existe, à notre connaissance, que peu d'enquêtes ayant recherché des facteurs statistiquement associés au reclassement ou au licenciement des salariés.

Lors du rappel téléphonique à six mois, il est apparu une différence significative entre les sujets reclassés et les sujets licenciés en fonction de l'âge ( $p = 0,01$ ). Les sujets licenciés (47,7 ans) étaient significativement plus âgés que ceux reclassés (32,4 ans). Le reclassement après une inaptitude médicale semble donc favoriser les personnes jeunes. Le maintien dans l'emploi des salariés âgés est une problématique importante. Les personnes plus âgées présentent également des risques accrus en termes de santé. Cette population sera, à l'avenir, de plus en plus suivie par les services de Santé au Travail, en raison, entre autres, de l'augmentation de l'âge légal de départ à la retraite [3 ; 4]. Par ailleurs, les sujets âgés sortant de l'emploi ont plus de mal à y revenir que les sujets jeunes. L'inaptitude chez les salariés âgés est donc non seulement associée à un probable licenciement, mais également à des difficultés sociales importantes.

Il n'existait pas de différence significative entre les groupes selon que la pathologie soit secondaire ou pas à un AT ou une MP ( $p = 0,34$ ). Néanmoins, notre analyse a retrouvé une différence significative entre les sujets reclassés et les sujets licenciés lorsque, après un AT ou une MP, le taux d'IPP était estimé inférieur à 10% ( $p = 0,04$ ). Les sujets présentant ce taux d'IPP avaient plus de chances d'être reclassés que ceux dont le taux était supérieur ou inconnu. Ce résultat semble cohérent. En effet, le taux d'IPP évalue les séquelles prévisibles après un AT ou une MP. Par conséquent, on peut penser que les salariés ayant les taux les plus bas présenteront plus de capacités restantes, et seront donc plus facilement reclassables au sein d'une entreprise.

Lors de l'étude CASIM, réalisée par la DIRECCTE de Haute-Normandie en 2010, il était apparu que le nombre de sujets reclassés était significativement plus important lorsque que l'entreprise comptait plus de cent salariés, ou qu'elle appartenait à un groupe. Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les groupes sur ces critères.

Nous avons retrouvé une proportion significativement plus importante de salariés reclassés lorsque l'entreprise avait déjà procédé à des reclassements par le passé ( $p = 0,02$ ). Il semble, en effet, cohérent que les entreprises ayant déjà reclassé des salariés soient plus sensibles à la démarche.

Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les groupes selon la présence ou l'absence d'une visite de pré reprise. Cependant, dans le cas d'une visite de pré-reprise à la suite de laquelle le médecin du travail avait émis des préconisations, le nombre de reclassements était significativement plus important ( $p = 0,04$ ). La visite de pré reprise est donc un élément clé lorsqu'elle prépare le retour à l'emploi. Il est important de continuer à informer les salariés sur l'existence et les possibilités de cette démarche.

Il a été retrouvé une différence significative entre les sujets reclassés et les sujets licenciés lorsqu'un « autre » acteur du maintien dans l'emploi était mobilisé ( $p = 0,004$ ). D'après les données renseignées par les médecins du travail, il s'agissait des organismes de bilan de compétence et de l'orientation vers la POPS. Ce résultat

semble surprenant. En effet, ces deux organismes sont sollicités dans le cadre d'une réorientation professionnelle, afin de proposer des formations adaptées. Les sujets y font généralement appel pour prévoir l'avenir en dehors de leur entreprise, et non dans le but d'un éventuel reclassement.

Enfin, il existait une différence significative entre les deux groupes lorsque les salariés étaient motivés à rester en emploi au sein de leur entreprise ( $p = 0,01$ ). En effet, les salariés motivés à quitter leur entreprise refuseront toute proposition de reclassement afin de pouvoir rompre leur contrat de travail.

Notre étude a donc relevé certains facteurs associés à un reclassement. Il s'agit de salariés relativement jeunes, avec une motivation à rester dans l'emploi dans leur entreprise et, dans le cadre d'un AT ou d'une MP, avec un taux d'IPP faible. Ces salariés travaillent généralement dans des entreprises ayant déjà reclassé des salariés dans le cadre d'une inaptitude. Enfin, lors des visites de pré reprise, des préconisations pour le maintien dans l'emploi ont été émises pour ces salariés.

## **II. AVANTAGES ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

Notre étude présentait comme principal avantage de s'intéresser au devenir social global des salariés après une inaptitude. En effet, la plupart des travaux réalisés antérieurement recherchaient si les salariés avaient été reclassés au sein de leur entreprise ou licenciés. Nous nous sommes intéressés à leur situation globale vis-à-vis de l'emploi, situation dont les médecins du travail ne sont habituellement pas tenus informés.

Par ailleurs, notre travail avait l'avantage de recontacter les salariés six mois après la procédure d'inaptitude. Cela nous a permis d'avoir un aperçu à moyen terme de leurs situations sociales.

Enfin, nous avons recherché des facteurs pouvant être associés au maintien des salariés dans l'entreprise. Nous n'avons retrouvé que peu d'études dans la

littérature tentant de rechercher ces facteurs. De plus, nous avons pu retrouver certains résultats significatifs, malgré le faible effectif de certains de nos groupes.

Cependant, notre travail présentait plusieurs limites.

Il existait des biais de recrutement.

En effet, les salariés n'ont été inclus que sur deux centres de Santé au Travail de la région Nord-Pas-de-Calais, en fonction de zones géographiques. Tous les médecins du travail de ces deux centres n'ont pas participé à l'étude.

Par ailleurs, les centres d'inclusion appartenaient à des services inter-entreprises de Santé au Travail. Selon l'article D 4622-5 du Code du Travail, les entreprises sont libres d'adhérer à un service inter-entreprises ou d'organiser un service autonome de médecine du travail dès que leurs effectifs dépassent les 500 salariés [50]. Dans les faits, les très grosses entreprises comptant plusieurs milliers de salariés ne sont pas souvent suivies par les services inter-entreprises et échappent donc à notre étude. De plus, aucun salarié du secteur agricole n'a été intégré, ces derniers possédant leur propre système distinct de Santé au Travail.

Certains salariés ont probablement également refusé leur consentement à l'étude lors de la visite d'inaptitude. Cela peut être le cas dans le cadre d'inaptitude pour souffrance au travail, où le salarié souhaite couper tout lien qui pourrait lui rappeler l'entreprise, ou dans le cadre des inaptitudes pour des problématiques d'addiction.

De plus, notre taux de réponse lors du rappel téléphonique six mois après l'inaptitude était de 51,9%. Ce taux est relativement faible, d'autant plus que les salariés inclus avaient donné leur consentement à l'étude et étaient au courant du rappel. Quatre sujets ont retiré leur consentement au moment du rappel.

Enfin, le faible effectif (N = 6) des sujets reclassés au sein de leur entreprise confère un manque de puissance à notre analyse statistique.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le maintien dans l'emploi représente l'un des objectifs les plus importants des politiques de Santé au Travail. Par conséquent, l'inaptitude médicale et ses conséquences sur le plan professionnel et social sont à l'heure actuelle un sujet qui préoccupe à de nombreux niveaux.

Le contexte socio-économique dans lequel nous évoluons depuis plusieurs années fait que l'inaptitude médicale est très souvent associée à une perte d'emploi. Pour tenter de contrer cet état de fait, la législation et les missions des services de Santé au Travail évoluent sans cesse.

Notre étude s'est intéressée spécifiquement au devenir social et professionnel des salariés mis en inaptitude par le médecin du travail. Il ressort que le profil de ceux-ci est globalement similaire aux études déjà réalisées sur le sujet.

Nos résultats démontrent que le maintien dans l'emploi de ces travailleurs reste à l'heure actuelle extrêmement difficile, avec des taux de reclassement très faibles malgré les obligations des employeurs. Une fois ces personnes sorties de leur entreprise, une grande majorité reste exclue du circuit de l'emploi, plusieurs mois après la décision. De plus, un certain nombre d'entre elles ne sont pas prises en charge par les structures adaptées, sensées leur assurer un suivi et une aide dans le retour à l'emploi.

Il serait intéressant de pouvoir réaliser à l'avenir un travail similaire, avec un délai plus important entre la décision d'inaptitude et le contact avec les sujets, afin d'en suivre l'évolution sociale sur le long terme. Les études déjà réalisées dans d'autres régions tendent à montrer que le taux d'emploi des sujets inaptes augmente avec le temps. Un délai plus important permettrait de vérifier si cette tendance s'applique aussi à notre région.

Notre étude a également mis en évidence certains facteurs associés au maintien dans l'emploi. Ainsi, un âge moins élevé, une motivation à rester au sein de son entreprise, un employeur ayant déjà reclassé des salariés semblent être des facteurs associés au maintien dans l'entreprise après une inaptitude.

Au vu de notre travail, il apparaît important de privilégier toujours plus les actions de maintien dans l'emploi très en amont de l'inaptitude. Cela passe par l'information des salariés sur les missions des médecins du travail, et leur possibilité de s'en rapprocher à la demande. Cette notion est d'ailleurs à présent précisée dans le Code du Travail, et spécifie qu'un salarié qui anticipe un risque d'inaptitude peut demander un examen médical au médecin du travail pour engager une démarche de maintien dans l'emploi [51]. En effet, face au risque important de sortie de l'emploi après une inaptitude, il apparaît essentiel que les médecins et les équipes de Santé au Travail accompagnent le salarié par des démarches qui se réaliseront au-delà du licenciement, par exemple en anticipant une réorientation professionnelle.

Notre étude a également démontré que la procédure d'inaptitude telle que définie par le Code du Travail demeure une procédure lourde, dont l'utilité n'est pas toujours reconnue. Elle sera modifiée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et sera pour la première fois abordée dans la partie législative du Code du Travail. Le médecin pourra alors constater l'inaptitude en une visite, après avoir effectué, ou fait effectuer, une étude de poste et avoir échangé avec l'employeur et le salarié [51]. Cette notion d'échange tripartite entre le salarié, l'employeur et le médecin du travail est mise en avant par la nouvelle législation, que ce soit en amont ou en aval de l'inaptitude. Cette évolution législative devrait permettre une meilleure anticipation. De même, les médecins du travail devront à présent émettre des indications sur les capacités du salariés à occuper un nouveau poste ou à suivre une formation, et ce quelle que soit la taille de l'entreprise [51]. Il existe donc une réelle volonté du législateur d'alléger la procédure légale et de favoriser les échanges entre les parties afin de favoriser au maximum le maintien dans l'emploi des salariés inaptes.

L'obligation de reclassement évolue également avec cette nouvelle réforme législative. Les employeurs ne devront plus proposer un reclassement dans un

poste, mais dans un emploi [51]. Par ailleurs, les obligations de ces derniers seront les mêmes, que l'inaptitude soit d'origine professionnelle ou non. Les délégués du personnel devront être consultés pour tout reclassement, et le salarié devra être informé par écrit des motifs s'opposant à son reclassement le cas échéant. Le législateur reprecise que les propositions de reclassement devront prendre en compte les conclusions écrites du médecin du travail, qui est donc inclus dans la démarche [51]. Ces modifications devraient permettre un élargissement de l'obligation de reclassement, et privilégier ainsi le maintien dans l'emploi. Avec ces évolutions du Code du Travail, il existe un effort conjoint du législateur et du juge pour que l'inaptitude se transforme le moins possible en perte d'emploi.

Réaliser une enquête similaire à la nôtre à distance de ces évolutions pourrait permettre d'évaluer leurs impacts sur le taux de reclassement des travailleurs inaptes. Il serait alors intéressant de questionner à nouveau les médecins du travail, afin de savoir si ces nouvelles procédures améliorent, selon eux, leur pratique et le maintien dans l'emploi.

Le maintien dans l'emploi des salariés mis en inaptitude reste donc une priorité, à la fois du législateur et des médecins, et doit mobiliser toutes les ressources des services de Santé au Travail, afin d'accompagner les salariés de manière toujours plus efficace.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
2. Insee. Enquêtes Emploi du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> trimestre 2008. [En ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/> (consulté en Décembre 2015).
3. Article L 161-17-2 du Code de la Sécurité Sociale (Modifié par LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 – art. 88 (V))
4. Article D 161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale (Modifié par Décret n° 2011-2034 du 29 décembre 2011 – art. 1)
5. Article L 5212-13 du Code du Travail (Modifié par LOI n° 2008-492 du 26 mai 2008 – art 5)
6. Insee. Enquête Handicap et santé après des ménages. 2008. [En ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/> (consulté en Décembre 2015).
7. Article R 4624-18 du Code du Travail (Modifié par Décret n° 2014-798 du 11 juillet 2014 – art 4)
8. CNAMTS et CCSS. Programme « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ». Octobre 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://www.securite-sociale.fr/> (consulté en Décembre 2015).
9. Insee. Les entreprises en France. Edition 2015. [En ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/> (consulté en Décembre 2015).
10. Eurostat. Semaine européenne des PME 2015. 17 novembre 2015. [En ligne]. Disponible sur <http://ec.europa.eu/> (consulté en Décembre 2015).
11. Insee. Chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) et principaux indicateurs sur le marché du travail – Résultats de l'enquête Emploi au troisième trimestre 2015. 3 décembre 2015. [En ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/> (consulté en Décembre 2015).

12. Commission des communautés européennes. Améliorer la qualité et la productivité au travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail. 2007. [En ligne]. Disponible sur <http://www.afssa.fr/> (consulté en Novembre 2015).
13. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Plan Santé Travail 2010-2014. [En ligne]. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/> (consulté en Novembre 2015).
14. Les orientations retenues par le groupe permanent d'orientation du COCT pour le troisième Plan Santé au Travail (PST 3). Décembre 2014. [En ligne]. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/> (consulté en Novembre 2015).
15. Rebsamen F. Validation des orientations du prochain Plan Santé Travail 2015-2019. Janvier 2015. [En ligne]. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/> (consulté en Novembre 2015).
16. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (J. O. du 24 juillet 2011).
17. Article R 4623-1 du Code du Travail (Modifié par Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 – art. 1).
18. Kergress M., Fanello S., Delahaye I., Durand-Moreau Q., Pellé-Duporté D., Roquelaure Y. Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire. Arch Mal Prof 2013 ; 74 (6) : 630-637.
19. Issindou M. Rapport du groupe de travail « aptitude et médecine du travail ». Mai 2015. [En ligne]. Disponible sur <http://www.travail-emploi.gouv.fr/> (consulté en Décembre 2015).
20. Vilaine C, Kesselring C, Gal A, L'équipe du secteur ACMS de Bagneux. Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'un avis médical d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail. Présentation du protocole et premiers résultats. Arch Mal Prof 2004 ; 65 (2-3) : 228.
21. Gal A, Bruno F, Cazali N, Kesselring C, Lam L, Munier M, Ozkan-Rabret E, Paquet C, Sauvagere J, Vilaine C. Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'une réclamation médicale d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail. Arch Mal Prof Env 2006 ; 67 (2) : 397.
22. C. Buchet, A. Col, B. de Labrusse, H. Rigaut, A.-M. Masse, M. Faivre-Dupaigre. Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004. Arch Mal Prof 2010 ; 71 (2) : 108-116
23. ISTNF. Les actions de maintien dans l'emploi réalisées par les médecins du travail en Nord-Pas-de-Calais. Action expérimentale en 2014. Février 2015. [En ligne]. Disponible sur [http://istnf.fr/\\_docs/Fichier/2015/4-150313033613.pdf](http://istnf.fr/_docs/Fichier/2015/4-150313033613.pdf) (consulté en Novembre 2015)

24. Lesage F.-X., Divies A. Analyse de l'incidence des inaptitudes et des facteurs socioprofessionnels associés dans une population de salariés du bassin d'emploi de Montpellier. *Arch Mal Prof* 2015 ; 76 (4) : 397
25. Gourdon M, Régeard E. Devenir socioprofessionnel des salariés déclarés inaptes par le médecin du travail. *Arch Mal Prof* 1999 ; 60 (2) : 136-8.
26. Paolillo AG, Haubold B, Leproust H, D'Escatha A, Soula MC, Ameille J, et al. Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé. *Documents pour le Médecin du Travail* ; trimestre 2006 ; 105 : 49-59.
27. De Clavière C, Kasbi-Benassouli V, Paolillo AG, Puypalat A, D'Escatha A, Pairon JC. Devenir médical et socioprofessionnel des patients pris en charge pour souffrance psychologique au travail au sein d'une consultation de pathologie professionnelle. *Arch Mal Prof* 2008 ; 69 : 24-30.
28. Lachmann H, Larose C, Penicaud M. Rapport fait à la demande du Premier Ministre. Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail - Février 2010 [En ligne]. Disponible sur <http://www.travail-emploi-gouv.fr/> (consultée en Décembre 2015).
29. Carrier V. Devenir socio-professionnel de patients adressés en consultation de « psychopathologie et travail » du CHRU de Lille. Thèse de doctorat en médecine. Lille. 2011.
30. Savatxath J. Caractéristiques et devenir des salariés déclarés inaptes pour risques psychosociaux pris en charge par le service de santé au travail d'Arras. Thèse de doctorat en médecine. Lille. 2013
31. GREF Bretagne. Trajectoires inaptitudes. Devenir à 12 mois des personnes déclarées inaptes au poste de travail. Septembre 2012. [En ligne] Disponible sur [http://www.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Trajectoires\\_inaptitudes\\_web.pdf](http://www.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Trajectoires_inaptitudes_web.pdf) (consulté en Novembre 2015)
32. DIRECCTE Haute-Normandie. Etude CASIM. Les inaptitudes médicales et leurs conséquences pour les salariés. Décembre 2010. [En ligne]. Disponible sur [http://www.haute-normandie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette\\_72\\_CASIM.pdf](http://www.haute-normandie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_72_CASIM.pdf) (consulté en Novembre 2015)
33. ISTNF. Suivi d'indicateurs sur les inaptitudes en Nord-Pas-de-Calais. Résultats 2013. Novembre 2014. [En ligne]. Disponible sur [http://istnf.fr/\\_docs/Fichier/2015/4-150120015024.pdf](http://istnf.fr/_docs/Fichier/2015/4-150120015024.pdf) (consulté en Novembre 2015)
34. DIRECCTE. Atlas de la santé au travail 2014 [En ligne]. Disponible sur <http://www.nord-pas-de-calais.direccte.gouv.fr/> (consulté en Novembre 2015).

35. Article L4622-8 du Code du Travail Modifié par LOI n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1 (V)
36. Article L4622-3 du Code du Travail (Modifié par LOI n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 26)
37. Davezies P. Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Médecine et Travail*, 2000, 183, 38-41
38. Gosselin H. Rapport sur l'aptitude et l'inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspective. Janvier 2007. [En ligne]. Disponible sur <http://www.handipole.org/> (consulté en Décembre 2015)
39. Article R 4624-31 du Code du Travail (Modifié par Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 - art. 1)
40. Article. L.4624-1 du Code du Travail (Modifié par LOI n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 26)
41. Article L 1226-2 du Code du Travail
42. Article L 1226-10 du Code du travail (Modifié par Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 - art. 43)
43. Article L1133-3 du Code du Travail
44. Article. L 1226-4 du Code du Travail (Modifié par Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 - art. 47)
45. Article L 1226-11 du Code du travail
46. Fantoni-Quinton S. Inaptitude, reclassement, maintien en emploi : cadre juridique et enjeux. *Arch Mal Prof* 2015 ; 76 (4) : 389-390
47. Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Bilan 2014. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Direction Générale du Travail. [En ligne]. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr> (consulté en Mai 2016)
48. Pelissier C., Chauvin F., Fontana L. Facteurs prédictifs d'une restriction d'aptitude ou d'une inaptitude au poste de travail antérieur en visite de reprise : élaboration d'un score. *Références en Santé au Travail TF 234* : INRS ; 2016.
49. Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi (J.O. du 18 août 2015)
50. Article D 4622-5 du Code du Travail (Modifié par Décret n° 2015-135 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012 – art. 1)

51. Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (J.O. du 9 août 2016)

## **ANNEXES**

## Annexe 1 : Déclaration à la CNIL



8 rue Vercenne 75088 Paris cedex 02  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

1839716

## DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

### ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

#### 1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : RONDI Auriane	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 2 RUE DU COLONEL DRIANT	Code APE :
Code postal : 59136 Ville : WAVRIN	Téléphone : 0624625298
Adresse électronique : AURIANE.RONDI@GMAIL.COM	Fax :

#### 2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence  
MR-1 Recherches biomédicales

#### 3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (tiers, sous-traitant, prestataire de services, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non  Oui

#### 4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra à vos éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : RONDI Auriane	
Service :	
Adresse : 2 RUE DU COLONEL DRIANT	
Code postal : 59136- Ville : WAVRIN	Téléphone : 0624625298
Adresse électronique : AURIANE.RONDI@GMAIL.COM	Fax :

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

N° CERFA 13810\*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

**CNIL**  
 8 rue Vivienne 75002 Paris cedex 02  
 T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
 www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL  
 N° d'enregistrement:  
 1839716

## 5 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : RONDI Auriane

Date le : 27-02-2015

Fonction : Médecin, Praticien

Signature :

Adresse électronique : AURIANE.RONDI@GMAIL.COM

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont déposées aux membres et services de la CNIL. Ces données figurent dans ce formulaire sans être à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL : 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75003 Paris cedex 02.

N° CERFA 13810\*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

## Annexe 2 : Fiche ISTNF 2015



SAISIE

**Inaptitude – Procédure R 4624 – 31 du CT  
FICHE 2015**

*La fiche est à conserver dans le dossier du salarié*

*Partie à remplir par la personne qui saisit*

Code médecin du travail [ ][ ][ ][ ]

Code du service de santé au travail : [ ][ ][ ]

N° Dossier : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**A / LE SALARIÉ**

**1) Identification du salarié**

Date de naissance (mois/année) : \_\_\_ / \_\_\_ Sexe : M  F

Ancienneté dans l'entreprise : \_\_\_ ans

Ancienneté cumulée dans le secteur professionnel durant la carrière : \_\_\_ ans

Poste : \_\_\_\_\_ Code PCS - ESE : [ ][ ][ ][ ]

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

**2) Pathologie(s) principale(s) (en clair) : (cf. guide de remplissage)**

**et conséquence médicale motivant l'inaptitude (en clair) :**

**a) Appareil ou organe en cause motivant l'inaptitude :**

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

**b) La pathologie principale est-elle d'origine tumorale ?**

Oui →  maligne OU  bénigne  
 Non

**c) La pathologie principale est-elle d'origine professionnelle ?**

Oui →  AT OU  MP OU  MCP  
 Non →  accident OU  maladie

**d) Existe-t-il une ou plusieurs pathologie(s) associée(s) ?  Oui  Non**

Si oui, pathologie(s) en clair (une pathologie par ligne) :

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

**3) Entreprise**

Effectif : [ ][ ][ ][ ] Code Postal [ ][ ][ ][ ] Code NAF 2008 : [ ][ ][ ][ ][ ] OU code NAF 2003 [ ][ ][ ][ ]

**4) Le salarié bénéficie-t-il déjà de l'obligation d'emploi (loi du 11 février 2005) au moment de la 1<sup>ère</sup> visite de la procédure :**

Oui  Non

Si oui :

- Invalidité Sécurité Sociale :  1<sup>ère</sup> cat.  2<sup>ème</sup> cat.  3<sup>ème</sup> cat.
- Reconnaissance Travailleur Handicapé
- AT/MP avec IPP ≥ 10 %
- Autre situation permettant de bénéficier de cette loi



5) Le salarié a-t-il bénéficié antérieurement d'une action de maintien au sein de cette entreprise ?  
 Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,  Aménagement  Changement de poste

6) Les facteurs de pénibilité

a) Estimez-vous que la pénibilité du poste actuel est à l'origine de l'inaptitude ?  
 Oui  Non

Si oui, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) en cause ?

FACTEURS REGLEMENTAIRES :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manutention   | <input type="checkbox"/> Travail de nuit                            |
| <input type="checkbox"/> Postures pénibles   | <input type="checkbox"/> Travail en équipes successives alternantes |
| <input type="checkbox"/> Vibrations mécaniques   | <input type="checkbox"/> Travail répétitif                          |
| <input type="checkbox"/> Agents chimiques dangereux – poussières – fumées (sauf amiante) | <input type="checkbox"/> Milieu hyperbare                           |
| <input type="checkbox"/> Températures extrêmes   | <input type="checkbox"/> Bruit                                      |

FACTEURS NON REGLEMENTAIRES :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contrainte temporelle  | <input type="checkbox"/> Déplacements prolongés à pieds |
| <input type="checkbox"/> Pression psychologique | <input type="checkbox"/> Risque d'agression             |
| <input type="checkbox"/> Problème relationnel   | <input type="checkbox"/> Autres, précisez _____         |

b) Ce(s) facteur(s) a (ont)-t-il(s) été répertorié(s) dans le dossier médical sur une fiche de prévention ?  
 Oui  En partie  Non

## B / LA PROCEDURE

1) Visite de pré reprise :

a) Nombre de visite(s) de pré reprise :  Aucune  1  2 ou +

b) Date de la visite de pré reprise (date de la 1ère si plusieurs) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

c) Qui est à l'initiative de cette visite ?  Salarié  Médecin traitant  Médecin conseil

2) Première visite – Art. 4624-31 du Code du Travail :

a) Date de la première visite : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

b) Cette visite fait-elle suite à un arrêt de travail ?  Oui  Non  
 Si oui, arrêt :  < 1 mois  ≥ 1 mois et < 3 mois  ≥ 3 mois et < 6 mois  ≥ 6 mois

c) Sur la fiche d'aptitude remise au salarié à l'issue de cette 1ère visite :  
 Les capacités restantes ont-elles été précisées ?  Oui  Non  
 A t-on demandé un avis médical ou un examen complémentaire supplémentaire ?  Oui  Non

3) L'étude de poste obligatoire a-t-elle été réalisée ?  Oui  Non

Si non, pourquoi ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Procédure en 1 visite       | <input type="checkbox"/> Déplacements/chantier/particulier |
| <input type="checkbox"/> Poste déjà étudié récemment | <input type="checkbox"/> Autre                             |

**4) Deuxième visite – Art. 4624-31 du Code du Travail :**

A été effectuée

Date de la deuxième visite : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Sur la fiche d'aptitude remise au salarié à l'issue de cette 2<sup>ème</sup> visite, les capacités restantes ont-elles été : Confirmées  ou Modifiées

N'a pas été effectuée

Procédure d'aptitude réalisée en une seule visite pour danger immédiat :

ou  Visite de pré reprise ayant eu lieu dans un délai de 30 jours avant la visite de reprise

**C / SOLUTIONS MISES EN ŒUVRE**

**1) Un contact a-t-il eu lieu avec le médecin traitant ?**

Oui, lors de la visite de pré reprise       Oui, lors de la visite de reprise       Non

**2) Un contact a-t-il eu lieu avec un médecin spécialiste ?**

Oui, lors de la visite de pré reprise       Oui, lors de la visite de reprise       Non

**3) Un contact a-t-il eu lieu avec un médecin conseil ?**

Oui       Non

Si oui,

<input type="checkbox"/> Tps partiel thérapeutique	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise
<input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Cat1 <input type="checkbox"/> Cat2 <input type="checkbox"/> Cat3 <input type="checkbox"/> Non connu	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise
<input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> ≥ 10% et < 20% <input type="checkbox"/> ≥ 20%	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise
<input type="checkbox"/> Prolongation arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise

**4) Un avis complémentaire a-t-il été sollicité ?**

Oui       Non

Si oui,

<input type="checkbox"/> Inspection médicale du travail	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise
<input type="checkbox"/> Consultation de pathologie professionnelle	<input type="checkbox"/> Pré reprise	<input type="checkbox"/> Reprise

**5) Une concertation entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail a-t-elle été organisée ?**

Oui, lors de la visite de pré reprise       Oui, lors de la visite de reprise       Non

**6) Un accompagnement a-t-il été envisagé ou mis en œuvre (quel que soit le professionnel à l'initiative) ?**

Oui       Non

Si oui,

	Pré reprise	Reprise
<input type="checkbox"/> MDPH -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SAMETH -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICE SOCIAL CARSAT -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ORGANISME DE BILAN DE COMPETENCE -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ORGANISME DE FORMATION PROFESSIONNELLE -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CELLULE PDP -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AUTRES, précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Des ressources internes au service de santé au travail ont-elles été sollicitées ?

Oui  Non

Si oui,

	Pré reprise	Reprise
<input type="checkbox"/> Médecin référent STME .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assistante référente maintien dans l'emploi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infirmière.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assistante sociale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychologue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergonome.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Suite à cette procédure des actions de prévention collectives ont-elles été réalisées dans l'entreprise ?

Oui  Non

**0 / DEVENIR DU SALARIÉ A L'ISSUE DU DELAI D'UN MOIS**

Maintien dans l'entreprise :  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser :

Même poste avec aménagement/restriction  Poste différent  Ne sait pas

Si non, préciser :

Demandeur d'emploi  Oui  Non  
 Si oui  Recherche active  Dispense de recherche d'emploi  
 Dossier de formation/réorientation professionnelle  Oui  Non  
 Projet de création d'entreprise  Oui  Non  
 Invalidité  Oui  Non  
 Si oui  Cat. 1  Cat. 2  Cat. 3  Non connu  
 Retraite  Oui  Non  
 Autre emploi  Oui  Non  
 Absence d'information  Oui  Non  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

## Annexe 3 : Note explicative diffusée aux médecins

### **Devenir des salariés après une inaptitude médicale**

Le maintien dans l'emploi est devenu l'un des enjeux majeurs de la santé au travail dans le contexte socio-économique actuel. La désinsertion socio-professionnelle des salariés après une décision d'inaptitude reste une problématique importante qu'il convient de mieux cerner pour mieux la combattre.

Dans ce but, l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France effectue depuis plusieurs années un suivi des inaptitudes médicales dans notre région.

La présente enquête vise à évaluer la situation socio-professionnelle des salariés à la suite d'une décision d'inaptitude médicale et les actions réalisées en amont de cette décision afin de limiter la désinsertion socio-professionnelle. Elle s'articule avec l'enquête réalisée chaque année par l'ISTNF et servira à alimenter un travail de thèse.

Elle s'intéresse à plusieurs critères :

- Caractéristiques du salarié
- Caractéristiques de l'entreprise
- Informations sur les actions de maintien dans l'emploi antérieures
- Caractéristiques de la procédure d'inaptitude

Cette enquête se compose de deux questionnaires. Le premier est destiné aux médecins du travail ne remplissant pas habituellement le suivi d'inaptitude de l'ISTNF. Le second est un questionnaire complémentaire au suivi de l'ISTNF, il est destiné aux médecins du travail complétant ce suivi et est à remplir conjointement.

Cette enquête se déroule sur une période de trois mois à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Les questionnaires sont à remplir lors de chaque décision d'inaptitude définitive. Les salariés seront recontactés individuellement par téléphone à six mois de la décision. Leur consentement à l'enquête est recueilli par signature de la page de garde du questionnaire.

Nous vous remercions de votre participation à notre étude et ne manquerons pas de vous informer des résultats.

Il y a 27 questions dans le premier questionnaire et 14 questions dans le questionnaire complémentaire.

Auriane Rondi  
*Interne en médecine du travail*

## Annexe 4 : Fiche informative diffusée aux salariés

### Fiche informative à remettre au salarié

#### Madame, Monsieur

Je me présente, je suis Auriane RONDI, interne en médecine du travail.

Je réalise ma Thèse de Docteur en Médecine sur le sujet : « Devenir des salariés après une inaptitude médicale »

Vous avez été déclaré inapte à votre poste par votre médecin du travail.

Mon étude s'intéresse :

- Aux actions réalisées par votre entreprise et votre médecin du travail en amont de cette décision.
- A votre devenir au sein ou en dehors de votre entreprise à la suite de cette décision.

A cette fin, je serai amenée à reprendre contact avec vous par téléphone, dans un délai de 6 mois, afin de discuter de votre situation.

Toutes les données qui me seront transmises resteront confidentielles. Elles seront anonymisées et ne serviront qu'à mon étude de thèse.

Je vous remercie sincèrement d'y prendre part, je compte sur vous pour avoir le maximum de réponses.

Bonne continuation et encore un grand merci d'avance.

Auriane RONDI

06-24-62-52-98

auriane.rondi@gmail.com

## Annexe 5 : Questionnaire complet

### Devenir des salariés après une inaptitude médicale Questionnaire de thèse

Numéro de dossier : .....  
*A remplir par la personne qui fait la saisie*

- Nom et prénom du salarié : .....
  
  
- Coordonnées téléphoniques du salarié : .....

#### Recueil de consentement du salarié :

Par la présente, j'autorise mon médecin du travail à communiquer mes coordonnées téléphoniques à Mme Auriane Rondi, en charge de l'étude « Devenir des salariés après une inaptitude médicale ». J'ai bien pris compte que ces dernières ne serviront qu'à me recontacter dans le cadre de l'étude et que toutes les données me concernant seront anonymisées et resteront confidentielles.

Signature :

## Devenir des salariés après une inaptitude médicale Questionnaire de thèse

Numéro de dossier : .....

*A remplir par la personne qui fait la saisie*

Date du constat de l'inaptitude définitive : ... /... /.....

### Informations concernant le salarié

- Sexe :
  - Homme
  - Femme
- Date de naissance : ..... /... /.....
- Niveau de formation :
  - Etudes supérieures
  - Baccalauréat
  - CAP ,BEP
  - Brevet des collèges/BEP C
  - Aucun, certificat d'études
- Contrat de travail :
  - CDI
  - CDD
  - Intérim
  - Autre
- Ancienneté au sein de l'entreprise actuelle : .....
- Pathologie à l'origine de l'inaptitude (plusieurs réponses possibles) :
  - Rhumatologie-Traumatologie
  - Pathologie mentale (dont souffrance au travail)
  - Cardiologie
  - Neurologie
  - Pneumologie
  - Uro-néphrologie
  - Gastro-entérologie
  - Endocrinologie
  - Hématologie
  - Dermatologie
  - Ophtalmologie
  - ORL
- La pathologie à l'origine de l'inaptitude est-elle secondaire à un accident de travail ou une maladie professionnelle ?
  - Oui
  - Non
- Si oui, le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) est-il supérieur ou égal à 10% ?
  - Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- Le salarié bénéficie-t-il d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ?
  - Oui
  - En cours
  - Non
  - Ne sait pas
- Le salarié bénéficie-t-il d'une invalidité de 1<sup>ère</sup> ou de 2<sup>ème</sup> catégorie ?
  - Oui
  - En cours
  - Non
  - Ne sait pas

3

- Le salarié peut-il prétendre à une retraite anticipée ?
  - Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- Quelle était la volonté du salarié par rapport à la décision d'inaptitude ?
  - Désaccord avec l'avis d'inaptitude
  - Accord avec l'avis d'inaptitude
  - Accord avec l'avis d'inaptitude après discussion avec le médecin du travail

#### Informations concernant l'entreprise

- Taille de l'entreprise (nombre de salariés): .....
  - Entreprise appartenant à un groupe :
    - Oui
    - Non
  - Secteur d'activité (code NAF): .....
  - Cette entreprise a-t-elle déjà reclassée des salariés déclarés inaptes ?
    - Oui
    - Non
    - Ne sait pas
- Si non, s'est-on rapproché de l'employeur pour en connaître les raisons ?
- Oui, les raisons évoquées sont : .....
  - Non

#### Informations concernant les actions de maintien dans l'emploi

- Si l'inaptitude a été précédée d'un arrêt de travail, y a-t-il eu une visite de pré-reprise ?
    - Oui
    - Non
    - Ne fait pas suite à un arrêt de travail
- Si oui, a-t-elle été suivie de préconisations en vue du maintien dans l'emploi ?
- Oui
  - Non
- En amont de l'inaptitude, des actions de maintien dans l'emploi pour ce salarié (aménagement du poste, adaptation du temps de travail...) ont-elles été :
    - Demandées :  Oui  Non
- Si oui, combien d'actions ont été demandées : .....
- Quelle est la date de la dernière action : .....
- Effectuées  Oui  Non
- Si demandées et non effectuées, l'employeur a-t-il justifié son refus ?
- Oui, les raisons évoquées sont : .....
  - Non

- Quels acteurs du maintien dans l'emploi ont été mobilisés pour ce salarié sur tout le parcours de maintien dans l'emploi ?
  - Cellule de maintien dans l'emploi/SAMETH
  - IPRP (ergonome, psychologue...)
  - Assistante sociale
  - Service social de la CARSAT
  - Organisme de formation
  - Autre : .....
  - Aucun
- Si aucun acteur n'a été mobilisé ou aucune action entreprise, expliquer pourquoi :
  - Vous n'avez été informé de la pathologie qu'au dernier moment
  - Le délai entre la visite de pré-reprise et la reprise imposée par le médecin conseil est trop court
  - Autre : .....
- Le salarié vous a-t-il semblé motivé pour rester en emploi (plusieurs réponses possibles) :
  - Dans l'entreprise
  - Hors entreprise
  - Non

Informations concernant la procédure d'inaptitude

- En combien de visite s'est déroulée la procédure ?
  - Deux visites
  - Une seule visite
- Si procédure en deux visites, d'après vous, la deuxième visite a-t-elle été utile à votre décision finale ?
  - Oui
  - Non
- Si procédure en deux visites, la visite de poste a-t-elle été réalisée ?
  - Oui
  - Non
- Y a-t-il eu un contact direct avec l'employeur durant cette visite de poste ?
  - Oui
  - Non
- Les capacités restantes ont-elles été précisées à la suite de l'une des visites ? (plusieurs réponses possibles)
  - Oui, à l'issue de la première visite
  - Oui, à l'issue de la deuxième visite
  - Non

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire et de bien vouloir le déposer dans la bannette à mon nom.

Auriane Rondi  
Interne en médecine du travail

## Annexe 6 : Questionnaire complémentaire de la fiche ISTNF

### Questionnaire à remplir en complément de la fiche ISTNF

Numéro de dossier : .....  
*A remplir par la personne qui fait la saisie*

- Nom et prénom du salarié : .....
  
  
- Coordonnées téléphoniques du salarié : .....

#### Recueil de consentement du salarié :

Par la présente, j'autorise mon médecin du travail à communiquer mes coordonnées téléphoniques à Mme Auriane Rondi, en charge de l'étude « Devenir des salariés après une inaptitude médicale ». J'ai bien pris compte que ces dernières ne serviront qu'à me recontacter dans le cadre de l'étude et que toutes les données me concernant seront anonymisées et resteront confidentielles.

Signature :

## Questionnaire à remplir en complément de la fiche ISTNF

Numéro de dossier : .....  
*A remplir par la personne qui fait la saisie*

Date du constat de l'invalidité définitive : ... /... /.....

### Informations concernant le salarié

- Contrat de travail :
  - CDI
  - CDD
  - Intérim
  - Autre
- Le salarié peut-il prétendre à une retraite anticipée ?
  - Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- Quelle était la volonté du salarié par rapport à la décision d'invalidité ?
  - Désaccord avec l'avis d'invalidité
  - Accord avec l'avis d'invalidité
  - Accord avec l'avis d'invalidité après discussion avec le médecin du travail

### Informations concernant l'entreprise

- Entreprise appartenant à un groupe :
    - Oui
    - Non
  - Cette entreprise a-t-elle déjà reclassée des salariés déclarés inaptes ?
    - Oui
    - Non
    - Ne sait pas
- Si non, s'est-on rapproché de l'employeur pour en connaître les raisons ?
- Oui, les raisons évoquées sont : .....
  - Non

### Informations concernant les actions de maintien dans l'emploi

- Si une visite de pré reprise a précédé l'invalidité, a-t-elle été suivie de préconisations en vue du maintien dans l'emploi ?
  - Oui
  - Non

- En amont de l'inaptitude, des actions de maintien dans l'emploi pour ce salarié (aménagement du poste, adaptation du temps de travail...) ont-elle été :
  - Demandées :  Oui  Non
 Si oui, combien d'actions ont été demandées : .....  
 Quelle est la date de la dernière action : .....
  - Effectuées  Oui  Non
 Si demandées et non effectuées, l'employeur a-t-il justifié son refus ?
  - Oui, les raisons évoquées sont : .....
  - Non
- Si aucun acteur n'a été mobilisé ou aucune action entreprise, expliquer pourquoi :
  - Vous n'avez été informé de la pathologie qu'au dernier moment
  - Le délai entre la visite de pré-reprise et la reprise imposée par le médecin conseil est trop court
  - Autre : .....
- Le salarié vous a-t-il semblé motivé pour rester en emploi (plusieurs réponses possibles) :
  - Dans l'entreprise
  - Hors entreprise
  - Non

#### Informations concernant la procédure d'inaptitude

- Si procédure en deux visites, d'après vous, la deuxième visite a-t-elle été utile à votre décision finale ?
  - Oui  Non
- Y a-t-il eu un contact direct avec l'employeur durant la visite de poste ?
  - Oui  Non  Pas de visite de poste réalisée
- Les capacités restantes ont-elles été précisées à la suite de l'une des visites ? (plusieurs réponses possibles)
  - Oui, à l'issue de la première visite
  - Oui, à l'issue de la deuxième visite
  - Non

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.  
 Ce feuillet est à agraffer à **une copie** de la fiche ISTNF  
 et à déposer dans la bannette à mon nom.

Auriane Rondi  
*Interne en médecine du travail*

## Annexe 7 : Questionnaire de rappel des salariés

### Questionnaire de rappel des salariés

N° du salarié :

• Quelle est votre situation actuelle :

- Redassé       Licencié       En attente d'une décision

Démarches	Non concerné	Conseillée O/N	Réalisée O/N	Non accordée
Demande d'ALD				
RQTH				
CLD / CLM				
Invalidité (catégorie... depuis.....)				
A4H				
Pré retraite, retraite				
Autre (PCH, ...)				

• Si redassement :

- Au sein de l'entreprise       Au sein du groupe (si concerné)

Avez-vous dû accepter une mutation :     Oui       Non

Quel poste occupez-vous actuellement ? :

Quel est votre contrat de travail :     CDI       CDD       Intérim       Autre

Au bout de combien de temps avez-vous obtenu ce nouveau poste :

Avez-vous dû suivre une formation avant la prise de ce nouveau poste :  Oui     Non

Ce redassement a-t-il eu des conséquences. :

- Perte de responsabilité       Diminution de revenus       Autre :  
 Aucune

Démarches	Non concerné	Conseillée O/N	Réalisée O/N	Non accordée
Aménagement horaire				
Diminution du temps de travail				
Autre (télétravail, changement d'horaire...)				
Reprise avec aménagement ergonomique du poste				

• Si licenciement :

Avez-vous eu des propositions de reclassement :  Oui  Non

Au bout de combien de temps avez-vous été licencié :

Vous êtes actuellement :  En emploi  Au chômage  En formation  
 En invalidité  A la retraite  Autre

Si chômage, par quelle structure êtes-vous suivi :  Pôle Emploi  CAP Emploi  
 Autre

Si emploi :

Avez-vous du suivre une formation afin d'obtenir ce nouvel emploi :  Oui  Non

Quel poste occupez-vous actuellement ? :

Au bout de combien de temps avez-vous trouvé ce nouveau poste :

Quel est votre contrat de travail :  CDI  CDD  Intérim  Autre

Démarches	Non concerné	Conseillée O/N	Réalisée O/N	Non accordée
Bilan de compétence				
Formation continue (DIF - CPF ; CIF)				
Contrat de rééducation professionnel en entreprise				
Pré orientation / Rééducation professionnelle				

**AUTEUR : Nom : RONDI**

**Prénom : Auriane**

**Date de Soutenance : 1<sup>er</sup> février 2017**

**Titre de la Thèse : Devenir socio-professionnel des salariés après une inaptitude médicale**

**Thèse - Médecine – Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine du Travail**

**DES + spécialité : DES Médecine du Travail**

**Mots-clés : Inaptitude, Devenir socio-professionnel, Maintien dans l'emploi, Situation sociale**

**Contexte :** L'inaptitude médicale est une procédure qui aboutit dans la majorité des cas à un licenciement du salarié. Dans le contexte socio-économique actuel, cette décision peut donc être lourde de conséquences. Notre étude s'est intéressée au devenir socio-professionnel des salariés déclarés inaptes, aux facteurs associés à leur maintien dans l'entreprise, aux actions de maintien dans l'emploi mobilisées pour eux et au suivi de la procédure d'inaptitude par les médecins du travail.

**Méthode :** Un questionnaire était rempli par chaque médecin du travail lors de la décision d'inaptitude. Les salariés étaient ensuite contactés par téléphone après un délai de six mois. Le recueil s'est effectué sur trois centres de Santé au Travail entre juillet et octobre 2015.

**Résultats :** 154 salariés ont été inclus dans l'étude et 80 ont été joints par téléphone (51.9%). Les hommes étaient majoritairement représentés (53.2%), ainsi que la tranche d'âge des plus de 55 ans (31.8%) et les détenteurs d'un CAP-BEP (54.8%). Une grande partie d'entre eux avait une ancienneté inférieure à 5 ans (31.5%). Les pathologies les plus souvent impliquées étaient rhumatologiques (62.3%) et psychiatriques (13%). 39.6% des inaptitudes étaient secondaires à un AT ou une MP. 46.8% des sujets bénéficiaient d'une RQTH. Seuls 4.5% des salariés étaient en désaccord avec la décision d'inaptitude. Les entreprises de services (52.9%) et employant 10 à 49 salariés (31.6%) étaient majoritaires. 80.5% des salariés avaient bénéficié d'une visite de pré-reprise. 67.5% étaient motivés à rester en emploi. 6.3% des salariés avaient été reclassés. Parmi les licenciés, 64.9% étaient au chômage et 10.8% en emploi. Les facteurs associés au maintien dans l'entreprise étaient un âge plus jeune ( $p=0.01$ ), un taux d'IPP inférieur à 10% en cas d'AT ou de MP ( $p=0.04$ ). Un employeur ayant déjà reclassé des salariés inaptes ( $p=0.02$ ), l'émission de préconisations lors de la visite de pré-reprise ( $p=0.04$ ) et la motivation du salarié à rester en emploi au sein de son entreprise ( $p=0.01$ ) étaient également déterminants.

**Conclusion :** La majorité des salariés déclarés inaptes sont licenciés et se trouvent en situation de chômage six mois après la procédure d'inaptitude. Le Code du Travail évolue actuellement pour tenter de favoriser le maintien dans l'emploi de ces personnes. Les services de Santé au Travail doivent mobiliser toutes leurs ressources pour accompagner au mieux ces sujets.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**

**Asseseurs : Madame le Docteur Ariane LEROYER**

**Madame le Docteur Véronique BUEWAERT**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**