



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Connaissance et utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les
médecins généralistes du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 8 mars 2018 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Grégory OLIVIER

JURY

Président :

Madame le Professeur SOBASZEK

Assesseurs :

Madame le Professeur FANTONI-QUINTON

Monsieur le Professeur LEROUGE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur LEROYER

Avertissement

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

Liste des abréviations

AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AT	Accident de travail
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et Santé au travail
CDAPH	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COCT	Conseil d'Orientation des Conditions de Travail
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPRE	Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Education en Santé
IRP	Instances Représentatives du Personnel
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MP	Maladie Professionnelle
PDP	Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RQTH	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SMIC	Salaire Minimum d'Insertion et de Croissance
VPR	Visite de pré reprise

Table des matières

Résumé	1
Introduction	1
I. Généralités	1
II. Acteurs du maintien dans l'emploi	6
A. Le médecin généraliste	6
B. Le service de santé au travail	7
C. Le médecin conseil de la CPAM	10
D. Le service social de la CARSAT	12
E. L'entreprise	13
F. Les autres acteurs du maintien dans l'emploi	16
III. Outils du maintien dans l'emploi mobilisables	19
A. Par le médecin généraliste	19
B. Par le médecin du travail	24
C. Par le service médical de la CPAM	27
D. Par le service social de la CARSAT	28
E. Par l'employeur	29
F. Par l'AGEFIPH	30
G. Par la CDAPH	34
IV. Connaissance et utilisation des outils de maintien dans l'emploi par les médecins généralistes	37
V. Objectifs de l'étude	40
Matériels et méthodes	41
I. Schéma d'étude	41
II. Echantillon de médecins interrogés	41
A. Critères d'inclusion	41
B. Critères de non-inclusion	41
C. Critères d'exclusion	41
D. Echantillonnage	42
III. Questionnaire	42
A. Structure	42
B. Réponses	44
C. Test du questionnaire	44
D. Collecte des données	44
E. Acquisition des données	45
F. Loi informatique et liberté	45
IV. Analyses statistiques	45

Résultats	47
I. Diagramme de flux.....	47
II. Population étudiée	48
III. Utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du Nord.....	50
A. Sollicitation du médecin du travail à l'initiative du médecin généraliste	50
B. Temps partiel thérapeutique	52
C. Reconnaissance administrative du handicap	53
D. Service social de la CARSAT	54
E. Formation à la prévention de la désinsertion professionnelle	54
IV. Facteurs favorisant l'utilisation des outils du maintien dans l'emploi.....	55
A. Sollicitation du médecin du travail à l'initiative du médecin généraliste	55
B. Temps partiel thérapeutique	61
C. Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé	63
D. Service social de la CARSAT	66
Discussion	71
I. Principaux résultats et comparaison avec la littérature	71
A. Sollicitation du médecin du travail par les médecins généralistes lors de situations à risque de désinsertion professionnelle	71
B. Visite de pré reprise.....	72
C. Temps partiel thérapeutique	74
D. Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé	75
E. Service social de la CARSAT	76
F. Formation au maintien dans l'emploi.....	76
II. Forces et limites de l'étude	77
Conclusion.....	79
Références bibliographiques	80
Annexes	86
Annexe 1 : Questionnaire.....	86
Annexe 2 : Courrier explicatif	93
Annexe 3 : Avis d'arrêt de travail.....	95

Liste des Tableaux

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins généralistes répondant à l'enquête	49
Tableau II : Orientation d'un patient vers le médecin du travail par les généralistes, devant un arrêt de travail à risque de désinsertion professionnelle	50
Tableau III : Répartition des réponses concernant la visite de pré reprise.....	51
Tableau IV : Recours au temps partiel thérapeutique par le médecin généraliste	52
Tableau V : Reconnaissance administrative du handicap : répartitions des réponses	53
Tableau VI : Connaissance et recours au service social de la CARSAT par les médecins généralistes.....	54
Tableau VII : Facteurs favorisant le recours au médecin du travail lors d'arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle (analyses bivariées) ...	55
Tableau VIII : Facteurs favorisant le recours au médecin du travail lors d'arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle (analyses multivariées)	56
Tableau IX : Facteurs influençant l'incitation à la réalisation d'une visite de pré reprise (analyse bivariée).....	59
Tableau X : Facteurs influençant l'incitation à la réalisation d'une visite de pré reprise (analyse multivariée)	60
Tableau XI : Recours au temps partiel thérapeutique par les médecins généralistes (analyse bivariée).....	61
Tableau XII : Recours au temps partiel thérapeutique par les médecins généralistes (analyses multivariées).....	62
Tableau XIII : Inciter fréquemment la RQTH est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux idées qu'on s'en fait ? (analyses bivariées).....	64
Tableau XIV : Inciter fréquemment une RQTH est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses multivariées).....	65
Tableau XV : Connaître le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques professionnelles ? (analyses bivariées).....	66
Tableau XVI : Connaître le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques professionnelles ? (analyses multivariées).....	67
Tableau XVII : Conseiller fréquemment le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses bivariées)	69
Tableau XVIII : Conseiller fréquemment le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses multivariées).....	70

Liste des Figures

Figure 1 : Diagramme de flux synthétisant le processus de sélection ayant permis d'obtenir les données.	47
Figure 2 : Répartition des obstacles à l'incitation d'une visite de pré reprise (n = 66 médecins).....	57
Figure 3 : Obstacles à l'incitation d'une RQTH par les médecins généralistes : répartition des réponses (n = 126 médecins)	63
Figure 4 : Obstacles à l'incitation du service social : répartitions des réponses (n = 60 médecins)	68

RESUME

Contexte : Alors qu'il est consensuellement admis que le médecin généraliste a une position privilégiée dans le repérage des situations à risque de désinsertion professionnelle, peu d'enquêtes ont étudié l'implication des médecins généralistes dans l'initiation d'une démarche de maintien dans l'emploi. L'objectif de cette étude était de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes du Nord concernant l'utilisation de certains outils y concourant.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive réalisée auprès d'un échantillon de 516 médecins généralistes du Nord. Les critères d'inclusion étaient l'inscription au conseil départemental de l'ordre des médecins en tant que médecin généraliste. Les critères d'exclusion étaient la pratique d'une médecine alternative ou dans une structure particulière. La collecte des données a été réalisée entre juin et août 2017, par l'envoi d'auto-questionnaires.

Résultats : 203 questionnaires complétés ont été analysés (39% de participation). L'échantillon était constitué majoritairement d'hommes (74%) avec une activité libérale exclusive (90%). 80% des médecins interrogés ont sollicité le médecin du travail devant une situation à risque de désinsertion professionnelle. 94% connaissaient l'existence de la visite de pré reprise. Concernant la visite de pré reprise, 40% des médecins généralistes l'ont conseillée au moins une fois par mois. 75% des omnipraticiens ont prescrit un temps partiel thérapeutique une fois par trimestre ou moins. Pour ce qui est de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, 81% des médecins généralistes l'ont suggérée au moins une fois dans l'année. Parmi ceux connaissant le service social de la CARSAT, 85% des médecins généralistes l'avaient conseillé au moins une fois à leurs patients.

Conclusion : Les médecins généralistes du Nord semblent sensibilisés à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ils sollicitaient, pour une grande majorité d'entre eux, les outils et les acteurs de proximité à mobiliser lors de situations à risque de désinsertion professionnelle. Cependant, notre étude révèle l'existence d'obstacles administratifs et déontologiques qu'il faut résoudre afin d'augmenter leur participation aux actions de maintien dans l'emploi.

INTRODUCTION

I. Généralités

Le maintien dans l'emploi est défini comme l'ensemble des actions permettant de prévenir la rupture du contrat de travail à l'occasion d'une procédure d'inaptitude médicale. Il ne doit pas être confondu avec le maintien *en* emploi qui regroupe l'insertion et le maintien dans un emploi. En effet, le champ du maintien dans l'emploi se restreint à l'ensemble des actions entreprises permettant de conserver son « aptitude » au travail au sein de l'entreprise tels que des aménagements de poste, des modifications des horaires de travail, ...

Le maintien dans l'emploi s'est construit progressivement à travers plusieurs objectifs comme la prévention des risques professionnels, de l'intégration des personnes handicapées et la prise en compte du vieillissement de la population active (1).

Le maintien dans l'emploi a donc pour finalité de prévenir la désinsertion professionnelle d'un salarié atteint de problèmes de santé. Cette notion de prévention de la désinsertion professionnelle, souvent utilisée à la place du maintien dans l'emploi, évoque implicitement un processus dynamique continu commençant par la promotion de la santé au travail jusqu'à la prévention tertiaire des maladies au travail. En plus du maintien dans l'emploi, il convient également de rappeler les concepts utilisés pour parler des problèmes de santé (handicap, déficience, incapacité, ...).

Adopté en 1976 par l'Organisation Mondiale de la Santé, la classification internationale des handicaps théorise les conséquences des maladies. Basée sur le modèle de Wood, cette classification définit plusieurs concepts. Tout d'abord, la pathologie qui est définie comme l'expression intrinsèque de la maladie quand la déficience illustre les atteintes fonctionnelles. Puis l'incapacité qui correspond à une diminution de la capacité à réaliser une action déterminée. Enfin le handicap représentant le désavantage social de la déficience (2). Ce modèle a été réactualisé en 2001 par l'adoption de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Elle permet une meilleure prise en compte du contexte environnemental dans l'origine du handicap.

L'implication de l'environnement dans la genèse du handicap a été officialisée dans la loi de 2005 sur l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées puisqu'elle définit le handicap comme une « limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (3).

Ainsi, 7 à 10% de la population en emploi souffrirait d'un handicap (4,5). Cette proportion tendrait à augmenter grâce au progrès de la médecine et du fait du vieillissement de la population active (6,7). Le nombre de situations à risque de désinsertion professionnelle devrait donc se multiplier. Ces situations devraient également se complexifier puisque les salariés handicapés sont plus âgés et moins diplômés que les autres (8).

Le vieillissement de la population active et la prévalence des maladies chroniques deviennent problématiques parce qu'ils impactent la trajectoire professionnelle. En effet, l'âge et l'altération de la santé augmentent la probabilité d'une transition vers le chômage ou l'inactivité (9). Par conséquent, les personnes handicapées sont sous-représentées sur le marché du travail. Leur taux d'emploi est de 35% contre 64% pour la population générale (10,11).

Ce lien entre mauvais état de santé et parcours professionnel a été retrouvé dans de multiples études sociologiques françaises et internationales. A titre d'illustration, nous citerons ici quelques études issues de la cohorte française « *Santé et itinéraires professionnels* » (2006-2010).

Tout d'abord, Testenoire et al. ont mis en évidence un lien entre « mauvais état de santé » et « itinéraires professionnels heurtés » (12). Barnay et al. ont montré que l'apparition d'un handicap détériorait les perspectives d'emploi dans le secteur privé, quelle que soit son origine. Cette notion n'a pas été retrouvée dans le secteur public (13). La DARES, quant à elle, a mis en évidence une relation entre les personnes qui disent avoir une santé fragile et leur sortie de l'emploi (chômage ou retraite) (14).

Barnay et al. ont montré, en 2015, l'influence négative des arrêts de travail sur les trajectoires professionnelles. Ils ont montré également un lien entre la durée de l'arrêt de travail et la probabilité d'une transition vers le chômage ou l'inactivité (15).

Ce lien a été retrouvé dans le rapport régional de 2016 sur les indicateurs des inaptitudes dans les Hauts-de-France. En effet, sur 100 inaptitudes déclarées, 91 l'ont été après un arrêt de travail de plus de 3 mois et 76 après un arrêt de plus de 6 mois.

Les risques consécutifs aux arrêts de travail semblent être intériorisés par les salariés puisqu'ils sont 80% à exprimer de l'anxiété lors de la reprise. Un tiers souhaiterait un meilleur accompagnement dans le retour au travail. Cette proportion grimpe à 74% pour de longues périodes d'absences (16).

A cette crainte sur les conséquences professionnelles de la maladie, s'ajoute un système complexe d'acteurs et de moyens non coordonnés délivrant des messages flous et parfois contradictoires. Le médecin généraliste prescrivant un arrêt de travail justifié par l'incapacité temporaire totale de travail peut voir sa décision contredite par le médecin conseil de la sécurité sociale qui estime qu'elle est tout à fait capable de reprendre une activité. Alors que le médecin du travail ne pourra envisager sa reprise qu'avec des mesures individuelles d'aménagements.

A ce message flou, s'ajoute la peur du licenciement pour inaptitude. Malgré son cadre législatif, l'inaptitude médicale ne protège pas les salariés atteints de maladies chroniques. En effet, le reclassement professionnel consécutif à une inaptitude reste marginal.

A l'opposé des conséquences professionnelles d'un état de santé fragile, l'emploi a des effets bénéfiques sur la santé. Il améliore l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques. Il limite également les hospitalisations et favorise la participation aux programmes de promotion de la santé (17–23).

Au vu de ces interactions Santé-Travail, les politiques se sont emparés du sujet pour en faire un enjeu majeur de santé publique. A chaque fois que cela était possible, un volet maintien dans l'emploi a été intégré aux plans nationaux de santé : plan

cancer, plan psychiatrie et santé mentale, plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques...

Parmi ces plans, figure le Plan de Santé au Travail 2016-2020 (PST3). Elaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), le Plan de Santé au Travail impulse la politique de santé au travail sur le territoire national. Transcrit en plan régional, il va orienter les acteurs du champ santé au travail tels que les services de santé au travail, les DIRECCTE, les organismes de la sécurité sociale. Dans ce plan, le maintien dans l'emploi occupe un pan entier.

Intégré dans l'axe stratégique numéro 2, le maintien dans l'emploi est promu en améliorant :

- la lisibilité et l'accessibilité des acteurs pour les salariés à risque de désinsertion professionnelle,
- la coordination des différents acteurs,
- la prise en charge des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives,
- les connaissances sur les outils concourant au maintien dans emploi.

Plus récemment, le rapport IGAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle a pointé les nombreux acteurs ayant des logiques différentes (entreprises, services de santé au travail, organismes de sécurité sociale, structures sanitaires et sociales). Les besoins d'information sont importants mais restent cependant mal couverts.

Nous avons passé en revue les principaux acteurs et outils mobilisables au maintien dans l'emploi des travailleurs salariés du régime général.

II. Acteurs du maintien dans l'emploi

A. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est un médecin spécialiste en soins primaires ambulatoires. Pilier du système de soins français, le médecin généraliste exerce son activité en lien avec les autres professionnels de santé afin de proposer une prise en charge cohérente en prenant en compte toutes les dimensions physiques, psychiques et sociales de son patient.

Le champ du travail est au cœur de l'activité professionnelle du médecin généraliste. Il est impliqué directement pour :

- la prescription d'arrêt de travail, d'un temps partiel thérapeutique
- la rédaction du certificat médical initial pour une demande de reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle
- la demande de mise en invalidité
- la demande d'une visite de pré reprise
- l'aide à la rédaction d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
- la prise en charge de maladies professionnelles, de maladies à caractère professionnel ou aggravées par le travail (24).

Les médecins généralistes sont souvent sollicités bien avant le médecin du travail lorsque survient une problématique de santé au travail (souffrance au travail, conduite addictive). La prescription d'arrêt de travail confère aux médecins généralistes une position centrale dans le dépistage des patients à risque de désinsertion

professionnelle. Cependant, la collaboration entre les médecins généralistes et les autres acteurs du maintien dans l'emploi est marquée de représentations négatives (manque d'indépendance professionnelle du médecin du travail, méconnaissance de son rôle, ...) et pourrait être améliorée. Les freins législatifs et déontologiques semblent renforcer ces représentations. Et la formation initiale du médecin généraliste ne plaide pas en faveur du renforcement de ces interactions. En deuxième cycle, les étudiants apprennent leur futur métier en stage. Ces stages ont lieu le plus souvent à l'hôpital et la possibilité d'en faire en médecine du travail est rare. Concernant leur formation théorique, la médecine du travail représente moins de 1% (3 sur 362) des items au programme de l'ECN. L'ensemble permet d'expliquer au moins partiellement le désintérêt des étudiants, futurs médecins, pour la discipline (25).

B. Le service de santé au travail

Le service de santé au travail est un organisme à but non lucratif dont la mission exclusive est « d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (26). Cette mission est assurée, depuis 2011, par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels, des infirmiers en santé travail, complétée si besoin par des assistants de services de santé au travail. Le médecin du travail en est l'animateur et le coordinateur (27).

Concernant le maintien dans l'emploi, les services de santé au travail sont des acteurs de proximité pour les employeurs, les salariés et les représentants du personnel. Ils les conseillent sur les mesures nécessaires à la prévention de la désinsertion professionnelle (28).

Cette politique du maintien dans l'emploi s'inscrit dans le suivi des salariés. Le rôle des services de santé au travail en matière de prévention de la désinsertion professionnelle est explicitement prévu dans le code du travail. Ce rôle est réaffirmé par l'ajout d'un volet « maintien dans l'emploi » dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

1. Le médecin du travail

Dans les services de santé au travail, le médecin du travail est l'acteur central du maintien dans l'emploi. En qualité de médecin spécialiste des interactions santé-travail, il met à disposition des salariés et des employeurs ses connaissances. Pour prévenir la désinsertion professionnelle et à l'occasion du suivi des salariés, le médecin du travail peut proposer, après échange avec l'employeur, des « mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs » (29). Les propositions émises par le médecin du travail s'imposent à l'employeur. Cette prescription d'aménagement suppose que soit pris en considération les contraintes du poste ainsi que le contexte économique et social de l'entreprise. Pour cela, il conduit des actions en milieu de travail (études de postes, fiches d'entreprise, études des conditions de travail, ...). Ces actions doivent représenter au minimum un tiers de son temps de travail.

Depuis le décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, la périodicité des visites a été espacée afin de libérer du temps médical nécessaire à la conduite de ces actions. Ce décret réduit la périodicité pour les

travailleurs dont l'état de santé le nécessite. En effet, la périodicité maximale est limitée à 3 ans contre 5 pour les salariés non exposés à des « risques particuliers » (30).

Le médecin du travail collabore avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi. Tout d'abord avec le médecin généraliste, il communique avec lui sur l'état de santé du patient, de la durée prévisible d'arrêt de travail et de la possibilité d'utiliser des dispositifs de droit commun (temps partiel thérapeutique, reprise en travail léger, ...). Ces échanges doivent respecter les règles déontologiques (respect du secret médical). Il peut également échanger avec le médecin conseil, sur la durée des arrêts de travail, de la possibilité de prolonger son indemnisation, des contraintes du poste de travail mais aussi sur la possibilité d'utiliser les dispositifs spécifiques de l'assurance maladie (essai encadré, CPRE, ...). Il échange également avec les acteurs plus spécifiques du maintien dans l'emploi tels que le SAMETH et les services sociaux des caisses de retraite.

2. Les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire

En dehors du médecin du travail, les autres professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire (médecin collaborateur, interne et infirmier en santé travail) peuvent participer au maintien dans l'emploi. En effet, sous réserve de protocole, ils participent au suivi individuel des salariés. Les salariés qui ne sont pas soumis à des risques particuliers bénéficient d'un suivi individuel incarné par les visites d'information et de prévention (ex visite périodique) dont l'objectif est, entre autres, d'identifier si l'état de santé nécessite une orientation vers le médecin du travail (31). Cette orientation est motivée par la nécessité éventuelle d'une prescription d'adaptations ou d'aménagements du poste de travail (32).

Les travailleurs handicapés ou ceux recevant une pension d'invalidité bénéficient d'une disposition particulière. En effet, alors que l'orientation vers le médecin du travail est laissée à libre appréciation des professionnels de santé pour les salariés « lambda », elle devient systématique pour ceux ayant la reconnaissance administrative du handicap ou une pension d'invalidité.

L'équipe pluridisciplinaire (ergonome, ingénieur en prévention des risques professionnels, ...) peut également assister le médecin du travail dans ses actions afin de mieux connaître les postes de travail de l'entreprise. Enfin elle peut être sollicitée par l'employeur pour rechercher et mettre en œuvre des solutions d'adaptations ou de reclassement.

C. Le médecin conseil de la CPAM

Les services médicaux de l'assurance maladie ont été instaurés par l'ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 et renforcés par celle du 24 avril 1996. Les praticiens conseils sont nommés par le directeur de la CNAMTS et exercent au sein des services médicaux organisés en 3 niveaux : local (CPAM), régional (CARSAT) et national (CNAMTS). Leur activité est régie par les codes de santé publique et de la sécurité sociale.

Les médecins conseils de la CPAM ont pour objectif de maîtriser les dépenses de santé en assurant le contrôle des prestations et en luttant, si besoin, contre la fraude. Ils accompagnent aussi les professionnels de santé en les conseillant dans leurs pratiques. Comme tout médecin, son exercice doit respecter le code de déontologie et le principe fondamental du secret médical (33). Leur statut salarié ne doit pas déroger à ces principes (34). Mais en qualité d'expert médico-social et bien

qu'il ne soit pas un médecin de soins, il est admis que le secret médical peut être partagé avec le médecin traitant dans le cadre d'une véritable consultation médico-sociale instaurée dans l'intérêt du patient (35). De plus, le médecin conseil dispose d'une indépendance professionnelle et les avis qu'il rend s'imposent à l'organisme de sécurité sociale (36).

Dans le maintien dans l'emploi, le médecin conseil de la CPAM est un acteur important. Il y participe en sollicitant le médecin du travail, lorsqu'il détecte une situation à risque de désinsertion professionnelle (37). A l'occasion d'un arrêt de travail de plus de 3 mois, il demande une visite de pré reprise (38).

Deuxièmement, il participe aux réunions locales spécialisées dans le maintien dans l'emploi représentées par les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle. Il peut également être sollicité pour avis lorsque l'assuré, en liaison avec son médecin traitant, demande à bénéficier d'actions de formations, d'évaluation et d'accompagnement à l'occasion d'un arrêt de travail (39).

Le praticien conseil statue également sur l'invalidité d'un assuré lorsqu'il estime que cela est nécessaire. Cette invalidité peut être utilisée comme un moyen de maintenir dans l'emploi un salarié en compensant une réduction du temps de travail. En effet, comme elle ne s'oppose pas à la poursuite d'une activité salariée, elle permet d'être cumulée avec une activité à temps partiel (40). Plus accessoirement, le médecin conseil régional participe au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La maladie professionnelle permet d'ouvrir des dispositifs spécifiques (doublement des indemnités de licenciements en cas d'inaptitude, indemnité temporaire d'inaptitude) favorisant parfois le maintien dans l'emploi.

D. Le service social de la CARSAT

La caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) est un organisme de sécurité social doté de missions de service publique tels que la prévention des risques professionnels, la gestion des retraites du régime général et la prévention de la désinsertion professionnelle. Pour réaliser ce dernier point, ce service assure l'accompagnement des assurés du régime général lorsqu'ils sont confrontés aux conséquences sociales, économiques et professionnelles de la maladie.

Composé de secrétaires, d'assistantes sociales et de cadres, le service social de la CARSAT collabore avec les autres acteurs locaux du maintien dans l'emploi (services de santé au travail, CPAM et SAMETH). Le signalement systématique, par la CPAM, des assurés étant en arrêt de travail de plus de 90 jours, permet au service social de la CARSAT de proposer aux assurés concernés un accompagnements plus adaptés. En 2016, les 180 assistances sociales du service social de la CARSAT Nord-Picardie ont accompagné plus de 65 000 personnes en difficultés.

E. L'entreprise

1. L'employeur

L'employeur est aussi un acteur incontournable dans l'insertion et le maintien en emploi des salariés malades. Le maintien d'un contact bienveillant entre le collectif de travail et le salarié en arrêt de travail favorise le retour dans l'emploi. En effet, la bonne cohésion du collectif de travail est essentielle dans la réussite d'un projet de maintien dans l'emploi. En effet, ils sont souvent tributaires des motivations de chacun et notamment de l'employeur.

Pour limiter l'arbitraire, les législateurs ont instauré dans le code du travail plusieurs dispositifs favorisant le maintien dans l'emploi des salariés malades. Tout d'abord, l'employeur détient une obligation générale de résultat relative à la santé de ses salariés. Il doit mettre en place sa politique de prévention en adaptant le travail à l'homme c'est-à-dire en concevant les postes de travail de manière à réduire ses effets sur la santé.

La loi « handicap » du 11 février 2005 réaffirme un autre principe général qui est le principe de non-discrimination défini par l'article L-1132-1 du code du travail. Cet article précise qu'« aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet de mesure discriminatoire en raison de son état de santé, de sa perte d'autonomie ou de son handicap » (41). L'employeur doit aussi respecter l'égalité de traitement entre ses salariés. Il doit prendre les mesures nécessaires afin que les salariés handicapés puissent accéder ou se maintenir à un poste adapté à leurs qualifications (42). En fonction de ses besoins, l'employeur pourra faire appel aux aides de l'AGEFIPH.

La loi « handicap » du 11 février 2005 réaffirme également l'obligation pour chaque entreprise de plus de 20 salariés de compter dans ses effectifs au moins 6% de travailleurs handicapés (43). Cette obligation d'emploi s'impose aux établissements privés mais aussi aux entreprises et administrations publiques. Pour satisfaire à ces obligations, l'employeur peut salarier directement des adultes bénéficiant de l'obligation d'emploi.

Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont :

- les personnes reconnues en qualité de travailleur handicapé par la MDPH,
- les victimes d'accident de travail et de maladie professionnelle bénéficiant d'une rente de la sécurité sociale,
- les titulaires d'une pension d'invalidité,
- les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé,
- les titulaires d'une pension militaire d'invalidité,
- les victimes civiles de guerres ou de terrorisme,
- les sapeurs-pompiers volontaires victimes d'accident ou atteints d'une maladie contractée en service,
- et les titulaires de la carte mobilité inclusion invalidité (44).

L'employeur peut également passer des contrats de sous-traitance avec des entreprises adaptées, des travailleurs indépendants reconnus handicapés ou bien en faisant appel à des établissements d'aide et d'insertion par le travail (45). Enfin, il peut s'acquitter de l'obligation d'emploi en appliquant un accord agréé relatif à l'insertion et au maintien des personnes handicapées (46). A défaut, les employeurs contribuent financièrement au fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Cette contribution est pondérée au regard des efforts entrepris par l'entreprise dans ce domaine (embauche de personnes reconnues handicapées, les dépenses réalisées pour favoriser le maintien des salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi) (47). A côté de ces obligations réglementaires, l'employeur peut également solliciter les partenaires internes (service social) ou externes à l'entreprise (service de santé au travail interentreprise, SAMETH).

2. Les instances représentatives du personnel

L'employeur peut également s'appuyer sur les instances pour orienter sa politique de maintien dans l'emploi dans l'entreprise.

En effet, les instances représentatives du personnel (IRP) siègent au sein du comité social et économique qui possède des prérogatives propres concernant le maintien dans l'emploi. En effet, il contribue à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail (48–51). Siégeant au sein du comité social et économique, ils sont sollicités pour avis sur les postes de reclassement proposés dans le cadre d'une inaptitude médicale (52,53).

Et dans les entreprises de plus de 50 personnes, une négociation annuelle se tient entre les IRP et l'employeur sur les mesures relatives au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (54,55). Cette négociation a également lieu au niveau des branches professionnelles.

F. Les autres acteurs du maintien dans l'emploi

1. AGEFIPH

L'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées a été créée à la suite de la loi du 10 juillet 1987 prévoyant une contribution des entreprises privées au fonds pour le développement de l'insertion des personnes handicapées lorsqu'elles employaient moins de 6% de salariés handicapés. L'AGEFIPH en assure donc la gestion. Plus récemment, ses missions ont évolué et le législateur lui a confié la gestion des déclarations d'emploi des travailleurs handicapés faites par les entreprises et l'instruction des demandes de reconnaissance de la lourdeur du handicap (56).

Administrée par les représentants des salariés, des employeurs, des personnes handicapées et de personnalités qualifiées, l'AGEFIPH a donc pour mission de favoriser le maintien dans l'emploi des personnes reconnues handicapées dans les entreprises privées. Pour se faire, elle disposait, en 2016, de 405 millions d'euros pour financer les différentes prestations servant à la compensation du handicap. Avec le nombre croissant de salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi, ce fonds tend à baisser (57).

2. FIPHFP

Le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique a été créé à la suite de la loi du 11 février 2005. Avant 2005, les employeurs publics avaient une obligation d'emploi mais aucune contribution financière n'était prévue en cas de manquement (3). Comme son homologue du privé, le FIPHFP finance les aides techniques ou humaines permettant de compenser le handicap des salariés des

fonctions publiques, qu'ils soient titulaires ou contractuels. Contrairement aux salariés du privé, les agents reconnus inaptes à leur fonction ou ayant une restriction d'aptitude peuvent également bénéficier de certains dispositifs (58,59).

3. SAMETH

Financé et animé par l'AGEFIPH, les SAMETH sont des structures spécialisées dans l'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Elles sont au nombre de 99, chaque département métropolitain disposant d'un SAMETH (57). Chaque SAMETH est constitué d'équipes pluridisciplinaires composées de chargés de missions, d'ergonomes, de psychologues du travail.

Le SAMETH délivre aux entreprises publiques et privées des conseils sur les démarches de maintien dans l'emploi. Le SAMETH est mobilisable directement par le salarié ou l'employeur. Il peut aussi être mobilisé par l'équipe médicale concourant à la prise en charge du salarié (médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil...).

Le SAMETH analyse la situation présentée et propose des solutions individualisées en faisant appel si besoin aux prestations spécifiques de l'AGEFIPH (pour les salariés des entreprises du secteur privé) ou du FIPHFP (pour les agents de la fonction publique). En 2016, les SAMETH ont réalisé plus de 18 000 actions individuelles de maintien dans l'emploi (57).

4. COMETE France

Créée en 1991 par le Docteur Michel BUSNEL, Comète France est une association dont l'objectif est de proposer, dans les centres de rééducation, une prise en charge des problématiques socioprofessionnelles des patients dès leur hospitalisation.

Soutenue financièrement par l'assurance maladie, l'AGEFIPH et le FIPHFP, COMETE France dispose de 40 équipes pluridisciplinaires (médecins, ergonomes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychologues du travail, assistants sociaux...) réparties dans 47 établissements de santé (60).

Selon le rapport annuel de l'association, en 2016, COMETE France a suivi 9 575 patients hospitalisés. Les pathologies prises en charges étaient variées (ostéoarticulaires, neurologiques, cardiovasculaires, respiratoires...). 87% des personnes accompagnées en 2014 étaient toujours maintenues dans l'emploi 2 ans après la prise en charge (60).

5. REMORA

REMORA est une structure spécialisée dans le maintien dans l'emploi des salariés présentant une déficience visuelle. Ce service intervient à la demande de l'AGEFIPH, du FIPHFP ou directement des employeurs. Outre la présence d'ergonomes, ergothérapeutes ou de psychologues, REMORA compte parmi ses équipes des professionnels spécialisés dans la déficience visuelle : adaptateurs et transpositeurs braille, opticiens et optométristes.

6. ALTHER

Labellisé par l'AGEFIPH, le réseau national ALTHER est spécialisé dans l'accompagnement des entreprises de 20 à 250 salariés dans leur politique de maintien dans l'emploi (61). Composé de conseillers, le réseau ALTHER informe les employeurs sur leurs obligations réglementaires, pose un diagnostic sur la situation dans l'entreprise et propose un plan d'action personnalisé et durable.

III. Outils du maintien dans l'emploi mobilisables

A. Par le médecin généraliste

1. Arrêt de travail

L'arrêt de travail permet aux salariés de bénéficier d'une prestation en espèces versée par l'assurance maladie et leurs conférant un revenu de remplacement à l'occasion d'une incapacité totale temporaire. Ce sont les indemnités journalières.

Cette prestation est conditionnée à :

- un arrêt de travail effectif, confirmé par l'employeur
- une constatation médicale d'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque.

Cette constatation médicale se fait par l'envoi à la CPAM d'un formulaire spécifique remis au patient par le médecin prescripteur (annexe 3). Cet envoi doit se faire dans les 48h après établissement du formulaire. Il existe pour les salariés du régime général 3 jours de carence c'est-à-dire que le versement des indemnités journalières débute au 4^e jour suivant la date de la constatation médicale de l'incapacité.

L'arrêt de travail a des conséquences juridiques sur le contrat de travail. En effet, l'arrêt de travail suspend son exécution. Un salarié en arrêt de travail n'est donc plus obligé de fournir une prestation de travail. En contrepartie, il lui est interdit d'exercer une autre activité professionnelle rémunérée. C'est le principe de loyauté. De plus, même si le salarié n'est pas tenu de répondre à la sollicitation de l'employeur, il doit cependant apporter les éléments nécessaires à la poursuite de l'activité de l'entreprise.

Le code du travail interdit explicitement le licenciement d'un salarié au motif qu'il serait en arrêt de travail sauf si son absence désorganise l'activité de l'entreprise au point qu'il eut été obligé de le remplacer définitivement. Ce licenciement n'est donc plus motivé par l'état de santé du salarié mais par la situation objective de l'entreprise dont le fonctionnement est perturbé par l'absence prolongée. Initialement instauré pour faciliter l'observance des soins, l'arrêt de travail est devenu un outil du maintien dans l'emploi puisqu'il facilite le retour dans l'emploi en envisageant la reprise qu'après une récupération suffisante. L'arrêt de travail permet également la mise en œuvre d'actions préparant la reprise.

Ainsi le versement des indemnités journalières associé à la suspension du contrat de travail et à l'encadrement des licenciements pour ce motif constitue l'un des outils de la désinsertion professionnelle les plus utilisés. Pour 2015, près de 8 millions d'arrêts de travail ont été prescrits (62). Mais les arrêts de travail non suivis d'une démarche de maintien dans l'emploi peuvent également être à l'origine d'une désinsertion professionnelle (15,63,64).

2. Visite de pré reprise

Il s'agit du seul outil permettant d'évaluer et d'anticiper les difficultés du patient à reprendre son poste de travail alors qu'il est toujours en arrêt de travail.

Bien qu'elle soit explicitement prévue par le code de travail pour tout arrêt de travail de plus de 3 mois, la visite de pré reprise peut être demandée à n'importe quel moment de l'arrêt de travail. Plusieurs visites peuvent être organisées pour un même arrêt de travail. Demandé par le médecin traitant, le médecin conseil ou le patient lui-même, la visite de pré reprise est organisée par le médecin du travail en vue de favoriser le maintien dans l'emploi.

Afin d'appréhender au mieux la situation, le médecin du travail pourra s'appuyer sur les documents médicaux transmis par le salarié, sa connaissance de la thérapeutique, des avis médicaux complémentaires et de sa connaissance des contraintes du poste de travail. Il pourra également échanger avec le salarié sur ses craintes, sa motivation et sur les solutions disponibles pour adapter au mieux son poste. A l'issue de cette visite, le médecin du travail peut prescrire des aménagements, des adaptations ou conseiller des formations professionnelles. Ses préconisations sont transmises, dans le respect des règles déontologiques, à l'employeur et au médecin conseil sauf si le salarié s'y oppose. En 2012, les VPR représentaient 2,6% des visites médicales réalisées par le médecin du travail (65). La visite de pré reprise est l'outil à privilégier lorsque le médecin généraliste repère une difficulté prévisible lors de la reprise.

3. Temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est une prestation en espèces financée par l'assurance maladie en vue de faciliter le retour au travail. En effet, elle permet au salarié de bénéficier d'indemnités journalières tout en reprenant son travail à temps partiel, quand cette reprise est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé. Cependant, le montant des IJ ne pourra pas dépasser l'indemnité journalière d'un arrêt de travail à temps complet.

Il est prescrit par le médecin généraliste. Les modalités du temps partiel thérapeutique sont fixées en concertation avec le médecin du travail et après accord de l'employeur. En cas de refus, l'employeur notifiera les raisons de son rejet.

Cette reprise à temps partiel doit immédiatement faire suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, exception faite lorsque le sujet est atteint d'une affection longue durée empêchant une reprise à temps complet (66).

Selon le rapport IGAS de décembre 2017, 135 000 salariés du régime général ont bénéficié de ce dispositif en 2016 (63).

4. Reprise du travail léger

Dispositif analogue au temps partiel thérapeutique, la reprise du travail léger concerne les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident d'origine professionnelle. Contrairement au temps partiel thérapeutique, la reprise du travail doit être validée obligatoirement par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. La deuxième différence se situe dans la possibilité de le prescrire dès le premier jour d'arrêt de travail ou bien après une reprise à temps complet (67).

5. Pension d'invalidité

La pension d'invalidité est utile au maintien dans l'emploi du salarié dans la mesure où elle peut être cumulée avec une activité professionnelle salariée. Même si ce n'est pas une prescription, le médecin généraliste peut conseiller au patient d'en faire la demande auprès de la CPAM. L'invalidité est accordée par la CPAM à une personne justifiant d'une diminution de sa capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers. Elle fait suite à la fin de l'indemnisation de l'arrêt de travail ou bien lorsqu'elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme (68). Elle peut cependant être retirée si l'état de santé de l'assuré s'améliore. L'assuré doit satisfaire certains critères administratifs. En effet, il doit justifier d'une durée d'affiliation d'au moins 12 mois à compter du premier jour du mois de la demande. Il doit également satisfaire au moins

une des deux conditions suivantes : avoir travaillé au moins 600 heures ou avoir perçu au moins 2 030 fois le SMIC horaire dans les 12 mois précédant l'interruption de travail (soit 20 056€ brut au 1er janvier 2018). La pension d'invalidité prend fin avec l'ouverture des droits à la retraite (69).

Il existe 3 catégories d'invalidité. La première catégorie concerne les assurés sociaux qui ont perdu 2/3 de leur capacité de gain mais qui peuvent néanmoins travailler. La deuxième catégorie s'applique aux personnes qui ont perdu 2/3 de leur capacité de travail et qui ne peuvent théoriquement plus exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit et la troisième aux invalides incapables d'exercer une profession et devant recourir à l'aide d'une autre personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (70).

Même si le code de la sécurité sociale indique explicitement l'articulation avec l'incapacité partielle ou totale d'effectuer une activité professionnelle quelconque, la pension d'invalidité peut être utilisée pour maintenir dans l'emploi un salarié. Elle permet à ses détenteurs de bénéficier de l'obligation d'emploi et par conséquent de l'ensemble des prestations qui leurs est réservé (44). Elle permet également au salarié titulaire d'une pension d'invalidité de diminuer son temps de travail sans perte de revenu (71).

B. Par le médecin du travail

1. Mesures individuelles d'aménagements

Afin de prévenir la désinsertion professionnelle, le médecin du travail peut proposer à tout moment des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par l'état de santé du salarié (29). Ces propositions, avant d'être adressées à l'employeur, doivent faire l'objet d'un échange avec le salarié. L'employeur doit appliquer les préconisations émises par le médecin du travail. En cas de refus, l'employeur fait connaître par écrit au travailleur et au médecin du travail ses (72). En cas de désaccord, l'employeur ou le salarié peut contester les préconisations du médecin du travail en saisissant le conseil des prud'hommes en la forme des référés (73).

Le médecin du travail peut également solliciter les acteurs internes du service de santé (équipe pluridisciplinaire, ...) ou externes (SAMETH, ...), afin d'évaluer la situation et de faciliter la mise en œuvre par l'employeur.

Les inspecteurs des affaires sociales, dans leur rapport de décembre 2017 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, insistent sur l'importance de la précocité des démarches et sur le rôle essentiel des aménagements de poste (63). En effet, lorsque le médecin du travail prescrit des aménagements, ces derniers sont souvent plus efficaces pour maintenir un salarié dans l'emploi que le reclassement interne via l'inaptitude.

En 2012, 7,8% des visites médicales de santé au travail se sont soldées par une aptitude avec aménagements ou avec des restrictions des tâches de travail. 39%

étaient émises lors de visites de reprise et 23% lors de visites de pré reprise et des visites occasionnelles. Ces 3 types de visites représentent ainsi 60% des propositions d'aménagements alors qu'elles ne représentent que 19% des visites réalisées (65).

2. Reclassement

Alors que l'inaptitude est vécue aujourd'hui comme une source d'exclusion professionnelle des salariés malades, elle était conçue initialement par le législateur dans l'intérêt des salariés. En effet, si aucune mesure individuelle d'aménagement du poste n'est possible, le médecin du travail peut préconiser un changement de poste dans l'intérêt du salarié. Mais ce reclassement professionnel ne peut se faire que dans le cadre d'une inaptitude. En effet, l'article L1133-3 du Code de travail précise que « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées ».

Conscient des conséquences néfastes de l'inaptitude, les décideurs politiques ont voulu s'assurer que cette décision ne soit envisagée qu'après avoir épuisé toutes les autres possibilités. Ainsi depuis le 1^{er} janvier 2017, le médecin du travail ne peut prononcer l'inaptitude que s'il a réalisé ou fait réaliser une étude du poste de travail, une étude des conditions de travail et la mise à jour de la fiche d'entreprise. Il devra également avoir échangé avec l'employeur sur la situation (74).

Cette décision d'inaptitude s'impose à l'employeur et il devra rechercher un autre emploi adapté aux capacités restantes du salarié en proposant si besoin une formation. Il ne le licenciera que s'il prouve qu'il est dans impossibilité de le reclasser ou si le médecin du travail mentionne expressément que tout maintien dans un emploi

serait gravement préjudiciable à sa santé ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi (75).

3. Indemnité temporaire d'inaptitude

Plus accessoirement, il existe un dispositif d'aide spécifique pour les salariés déclarés inaptes. Ce dispositif ne s'adresse qu'aux salariés déclarés inaptes et dont le médecin du travail pourrait supposer l'existence d'un lien entre la survenue d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle et l'inaptitude. Il s'agit de l'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI). A cette occasion, le médecin du travail remet au salarié un formulaire dédié. L'indemnité temporaire d'inaptitude, permet le versement d'une indemnisation par la sécurité sociale, dans l'attente d'une proposition de reclassement de l'employeur. En effet, entre la déclaration d'inaptitude et le licenciement ou le reclassement interne, le salarié ne perçoit plus de rémunération de l'employeur.

C. Par le service médical de la CPAM

A côté des prestations de base financées par la caisse (indemnité journalières, temps partiel thérapeutique, pension d'invalidité) la CPAM propose d'autres outils contribuant au maintien dans l'emploi.

1. Essai encadré

L'essai encadré permet de remobiliser le salarié encore en arrêt de travail en testant ses capacités sur son poste de travail sans perdre les indemnités journalières. Tous les assurés du régime général en arrêt de travail et présentant un risque de désinsertion professionnelle peuvent y prétendre.

A l'initiative du salarié, l'essai encadré nécessite l'accord des acteurs concourant à sa prise en charge médico-socio-professionnelle (médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil de la CPAM et cellule PDP). Il dure 3 jours ouvrés maximum, qui peuvent être fractionnés. Il s'effectue généralement dans l'entreprise d'origine. L'essai encadré teste les capacités du salarié à reprendre son poste que les aménagements aient été réalisés ou non. Il permet également de reprendre contact avec le collectif de travail et de lever les freins psychologiques à la reprise.

Expérimenté en région Haut-de-France, l'essai encadré reste, à l'heure actuelle, assez confidentiel.

2. Contrat de rééducation professionnelle en entreprise

Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise est un dispositif contractuel mettant en relation le salarié, l'employeur, la CPAM et la DIRECCTE qui permet à l'assuré d'entamer un nouveau projet professionnel en apprenant un nouveau métier par le biais d'une formation pratique et théorique. Ce dispositif est

assez restrictif car il demande aux assurés sociaux d'avoir la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé et d'être reconnu inapte. Demandé par le salarié, ce contrat nécessite l'accord du médecin du travail et de la MDPH. Contrairement à l'essai encadré, ce contrat est conclu pour une durée de 3 mois à 1 an. La rémunération afférente est prise en charge respectivement par la CPAM et l'employeur (76,77).

D. Par le service social de la CARSAT

Le service social participe au maintien dans l'emploi en informant et en accompagnant les salariés du régime général en arrêt de travail. Pour cela, il propose des réunions d'informations individuelles ou collectives, et des accompagnements via les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle.

1. Réunions d'informations

Chaque assuré social en arrêt de travail depuis plus de 90 jours fait l'objet d'une invitation afin de rencontrer le service social de la CARSAT. Cette rencontre peut prendre la forme d'une réunion individuelle ou collective pour proposer un suivi en lien avec les autres acteurs institutionnels.

2. Cellules PDP

Un accompagnement peut également être réalisé par les cellules locales de prévention de la désinsertion professionnelle (cellules PDP), cellules coanimées par la CPAM. Dans ces cellules, sont coordonnées les actions de maintien dans l'emploi des salariés ayant fait l'objet d'un repérage.

L'objectif de ces cellules est d'accompagner les salariés, de la détection du risque jusqu'à la mise en œuvre d'une solution personnalisée, en prenant en compte les aspects médicaux, sociaux et médico-professionnels. Comme les réunions d'information, ces cellules s'adressent aux salariés du régime général indemnisés par la sécurité sociale (indemnités journalière ou invalidité) présentant un risque de désinsertion professionnelle.

E. Par l'employeur

1. Visite occasionnelle

En dehors du suivi périodique, l'employeur peut faire bénéficier aux salariés d'un examen médical par le médecin du travail (78). A cette occasion, le médecin du travail pourra lui proposer des mesures individuelles d'aménagements ou d'adaptation du poste de travail. Souvent mal vécues par les salariés, ces visites peuvent cependant permettre à l'employeur de faire bénéficier au salarié de l'expertise du médecin du travail ou de son équipe.

2. Signalement SAMETH

L'employeur, lorsqu'il détecte un risque de désinsertion professionnelle pour un de ses salariés ayant la reconnaissance administrative de son handicap, peut solliciter directement le SAMETH. Il est cependant conseillé de prendre contact avec le médecin du travail afin de l'impliquer dans la prise en charge.

3. Reconnaissance de la lourdeur du handicap

Demandé par l'employeur pour un salarié ayant la RQTH, la reconnaissance de la lourdeur du handicap permet à l'employeur de compenser les conséquences financières ou économiques du handicap sur l'activité de l'entreprise.

Elle ne s'applique qu'après avoir aménagé de façon optimale le poste de travail. Versée par l'AGEFIPH, la demande doit être accompagnée de l'avis circonstancié du médecin du travail, d'une liste de l'ensemble des aménagements réalisés ainsi qu'une estimation des conséquences économiques induites par le handicap. Une fois obtenue, cette aide permet une diminution de la contribution versée à l'AGEFIPH ou l'octroi d'une aide financière dont le montant est de 550 fois le SMIC horaire pour le taux de base et de 1 095 fois le SMIC horaire pour le taux majoré (79).

F. Par l'AGEFIPH

Les aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées sont destinées principalement aux employeurs. Cependant, certains dispositifs bénéficient directement aux salariés. Pour en bénéficier, il faut avoir obtenu ou demandé une reconnaissance administrative du handicap.

1. A destination des employeurs

a) Aides au maintien dans l'emploi

Il s'agit une aide forfaitaire de 2 000 € mobilisable très rapidement et non soumise à justification par l'employeur. Cette aide d' « urgence » permet de couvrir rapidement les frais engagés par le maintien dans l'emploi du salarié. En cas de nécessité, 3 000 € supplémentaires peuvent être accordés afin de poursuivre les efforts de recherche ou bien de compléter les coûts afférents. Cette aide n'est mobilisable qu'après avoir obtenu l'accord du chargé de mission SAMETH référent.

b) Aides à la formation professionnelle des salariés

Cette prestation permet au salarié handicapé de compléter ses compétences afin de favoriser son maintien au poste de travail. Cette aide n'est accordée que sur prescription du chargé de mission SAMETH et sous réserve de s'inscrire dans un projet de maintien dans l'emploi précis.

c) Aide à l'adaptation des situations de travail

Cette prestation permet d'avoir une participation financière de l'AGEFIPH aux actions concourant à l'adaptation d'une situation de travail rendue nécessaire par le handicap. Elle peut financer des aides techniques (aménagement de poste, logiciels spécifiques...) ou humaines (auxiliaire professionnelle).

d) Aide au tutorat

Cette prestation permet la prise en charge d'une partie du salaire d'un collègue de travail ou d'un manager afin d'accompagner le salarié handicapé lors de sa reprise. Une première aide de 1 000€ permet de former le tuteur puis une autre de 2 000€ compense le temps consacré à accompagner son collègue handicapé.

e) Aide au maintien dans l'emploi des personnes handicapées en fin de carrière

Elle s'adresse aux salariés handicapés âgés de 52 ans ou plus, titulaire d'un contrat à durée indéterminée. Elle permet une réduction du temps de travail avec le maintien du salaire initial. Sur 3 ans, son montant peut atteindre 12 000 € pour une réduction de travail entre 20 à 34% et 20 000 € pour une réduction de 35 à 50%. Pour bénéficier de cette aide, le salarié doit connaître la date prévisionnelle de départ en

retraite. L'employeur doit s'engager à ne pas licencier le salarié pendant le versement de cette aide. Le médecin de travail valide la démarche en prescrivant une réduction du temps de travail justifiée en raison du handicap.

2. A destination des salariés

a) Les aides aux transports

i. Aide à l'aménagement d'un véhicule

Cette aide permet de financer l'aménagement d'un véhicule nécessaire à compenser le handicap qui lui aurait interdit la conduite. L'AGEFIPH prend en charge la moitié du coût total dans la limite de 9 000 €. Elle est renouvelable tous les 5 ans. Ces aménagements doivent représenter un surcoût et être spécifique c'est-à-dire ne doivent pas être disponible sur des véhicules de série. Cette aide est personnelle c'est-à-dire qu'elle ne finance que l'aménagement des véhicules de particulier et non les véhicules professionnels (véhicule de fonction).

ii. Aide ponctuelle au trajet

Si le salarié est dans l'impossibilité de prendre les transports en commun pour des raisons médicales, il peut bénéficier d'une aide ponctuelle permettant de financer le trajet par ambulance ou par taxi.

iii. Aide au surcoût du permis de conduire

Elle compense les surcoûts que représente le passage du permis de conduire par la personne handicapée (adaptations techniques, leçons supplémentaires) dans la limite de 1 000€.

b) Les aides techniques

i. Aides aux déficients visuelles

Il s'agit de financer des outils techniques compensant le handicap visuel (bloc-notes Braille, plage tactile Braille, loupe, logiciel d'agrandissement de texte...). Ce montant est forfaitaire (3 000 € pour une plage tactile, 5 000 € pour un bloc-notes en Braille et 1 500 € pour du matériel non Braille). Cependant, ce montant n'est mobilisable que pour les salariés d'entreprises d'insertion économique c'est-à-dire les entreprises dont l'objectif est de réinsérer socialement les personnes éloignées du marché du travail.

ii. Aides aux déficients auditifs

Il s'agit de financer des prothèses compensant la déficience. Pour cela, il faut que le coût du dispositif avec ses réglages soit supérieur à 800 € par prothèse. Cette aide est renouvelable tous les 3 ans. Le dossier doit être déposé avant l'achat du dispositif car l'aide n'est pas rétroactive.

3. Les autres prestations

a) Prestation ponctuelle spécifique

Permet de mobiliser un expert du handicap pour identifier précisément les conséquences du handicap et proposer les aménagements à mettre en œuvre. Cette prestation est prescrite par le chargé de mission SAMETH lorsque la situation est complexe et nécessite un avis complémentaire. Elle existe quel que soit le handicap (physique, psychique, mentale, auditif, visuel...).

b) Etude préalable à l'aménagement et à l'adaptation des situations de travail

Auparavant appelée « plateforme ergonomique », l'étude préalable à l'aménagement et à l'adaptation des situations de travail permet d'étudier la situation afin d'aménager les postes. L'ergonome procède à une évaluation de la situation au regard du poste de travail, de l'entreprise et des déficiences du salarié. Puis il propose des aménagements techniques ou organisationnels afin de favoriser au mieux l'adéquation entre le handicap et le poste de travail sans que les aménagements soient disproportionnés pour l'employeur. Enfin, il met en place les solutions préconisées.

c) Prestation spécifique d'orientation professionnelle

La prestation spécifique d'orientation professionnelle (PSOP) permet d'initier avec le travailleur handicapé un bilan de compétence adapté à l'occasion d'un nouveau projet professionnel s'inscrivant dans un reclassement. Pour cela, il faut avoir obtenu l'accord des médecins concourant à la prise en charge médico-socio-professionnelle (médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail). Contrairement aux bilans de compétences classique, la PSOP prend en considération les contraintes spécifiques liées aux déficiences.

G. Par la CDAPH

Instauré par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits des personnes handicapées, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ne participent pas directement aux actions de maintien dans l'emploi mais accordent plusieurs dispositifs administratifs et financiers.

1. Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé est un dispositif administratif de reconnaissance des personnes ayant des difficultés à l'accès et au maintien dans l'emploi du fait des déficiences. Elle se demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées.

Obtenir ce statut permet aux salariés de bénéficier de dispositifs conditionnés à celle-ci (prestations de l'AGEFIPH ou du FIPHFP). Elle permet également d'avoir un suivi médical rapproché. En effet, disposer de la RQTH, c'est attirer l'attention du médecin du travail ou de son équipe à l'occasion des visites médicales avec une périodicité moindre. Par ailleurs, la RQTH permet de doubler la durée de préavis de licenciement et de partir plus tôt à la retraite sous conditions.

Ce dispositif fait l'objet de critiques malgré les avantages qu'il apporte. En décembre 2017, le rapport IGAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle pointe une trop grande facilité d'octroi et l'existence de représentations sociales empêchant certains d'en faire la demande.

2. Prestation compensatoire du handicap

Attribuée par la CDAPH, la prestation compensatoire du handicap (PCH) permet de compenser financièrement le surcoût lié aux handicaps dans la vie de tous les jours.

Pour obtenir la PCH, la personne handicapée doit avoir une difficulté « absolue » pour la réalisation d'une activité de la vie quotidienne ou avoir une difficulté « grave » pour la réalisation d'au moins deux activités.

La difficulté absolue s'entend par l'impossibilité de réaliser une activité qui serait accomplie facilement chez une personne du même âge et sans problème de santé.

Ces difficultés doivent avoir une durée minimum prévisible d'au moins 1 an sans que la pathologie soit consolidée. Pour évaluer ces difficultés, la CDAPH se sert d'un référentiel listant les domaines d'activités pris en compte. Elles sont au nombre de quatre : la mobilité (se mettre debout, marcher, faire ses transferts, la préhension fine), l'entretien personnel (se laver, prendre ses repas, utiliser les toilettes), la communication (parler, entendre, voir, utiliser des appareils de communication) et enfin les tâches et exigences générales et les relations avec autrui (s'orienter dans le temps et dans l'espace, assurer sa sécurité...) (80). Cette aide peut être utilisée en complément des autres dispositifs existants.

IV. Connaissance et utilisation des outils de maintien dans l'emploi par les médecins généralistes.

Peu d'études ont abordé les connaissances et les pratiques des médecins généralistes français sur l'utilisation des outils du maintien dans l'emploi. Les études qui s'y emploient sont principalement qualitatives et ont analysé leurs perceptions vis-à-vis des acteurs du maintien dans l'emploi et de la visite de pré reprise.

En 2007, Saliba et al. publiaient une étude qualitative sur les pratiques et perceptions des acteurs du maintien dans l'emploi en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans cette étude, des acteurs du maintien dans l'emploi, dont certains médecins généralistes, ont été interrogés. Ces derniers n'exprimaient pas l'idée qu'ils pouvaient jouer un rôle dans le repérage précoce des situations à risque de désinsertion professionnelle. Ce repérage précoce n'était pas non plus pour eux un élément essentiel dans les chances de réussite d'une démarche de maintien dans l'emploi. Ils évoquaient cependant réaliser de nombreuses tâches administratives qu'ils considèrent comment étant de nature à favoriser le maintien dans l'emploi tels que la prescription d'arrêt de travail ou de temps partiel thérapeutique mais aussi la demande d'allocation adulte handicapé (81).

Pourtant cette opinion est contredite dans l'étude de Verger et al. sur la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du travail. Dans cette étude, les médecins traitants considéraient pour 56% qu'ils doivent aider leurs patients dans leur reprise d'une activité professionnelle (82).

Concernant la RQTH, les médecins traitants exprimaient des sentiments plutôt dépréciatifs. Ils ont l'impression que l'obtention du dispositif peut avoir des retombées négatives sur le parcours professionnel de leur patient (discriminations, stigmatisations). Ils exprimaient également des difficultés pour collaborer avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi, principalement par l'absence de coordonnées fiables et le manque de retour des actions entreprises (81).

Concernant la sollicitation du médecin du travail lors d'arrêt de travail, Doussin observait que 60% des médecins interrogés sollicitaient systématiquement le médecin du travail en cas de difficultés prévisibles à la reprise, 35% pas toujours et 5% ne le faisaient jamais. Quand un aménagement de poste leur semblait utile, ce chiffre grimpe à 65% pour ceux qui le sollicitent systématiquement et 27% le faisaient parfois (83).

L'étude de INPES de 2012 a montré que 70% des omnipraticiens déclaraient inciter leur patient à prendre contact avec leur médecin du travail en cas d'arrêt de travail récurrent, sans que la forme de cette sollicitation soit précisée (84).

Très récemment, une étude angevine sur la connaissance et les pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire confirmait leurs participations dans le maintien dans l'emploi. Ils étaient 60% à prendre contact avec le médecin du travail lorsqu'ils anticipaient des difficultés prévisibles pour la reprise professionnelle (85).

Concernant la visite de pré reprise, l'étude réalisée par Pires et al. a permis d'avoir un éclairage sur la pratique des médecins généralistes du Nord. Dans cette étude, les MG étaient à l'origine des VPR dans 16% des cas et celles-ci étaient accompagnées d'un courrier dans 75% des cas (86). Cependant, ce chiffre est probablement sous-estimé car les médecins généralistes pourraient conseiller cette

visite à leur patient sans pour entrer dans les statistiques. Un autre facteur de sous-estimation potentiel serait que chaque incitation ne serait pas suivie d'une prise de rendez-vous.

Dans le Maine et Loire, les médecins généralistes déclaraient majoritairement connaître la visite de pré reprise. Cependant, 75% pensaient qu'elle permettait de statuer sur l'aptitude, 60% que l'employeur pouvait en être l'initiateur et 73% estimaient qu'elle ne pouvait pas être demandée à n'importe quel moment de l'arrêt de travail à tort.

Au niveau national, l'enquête de l'INPES de 2012 montrait que 49% des médecins traitants avaient demandé au moins une fois une visite de pré reprise après un arrêt de travail de longue durée. Sur une année écoulée, 24% ont demandé une VPR entre 1 à 3 fois, 47% entre 4 et 10 fois, 15% plus de 10 fois (84).

Concernant le temps partiel thérapeutique, les seules données récentes disponibles sont celles apportées par 2 thèses de médecine. Couturier et Desmidt ont montré que tous les médecins généralistes connaissaient le temps partiel thérapeutique mais seuls 47% le connaissait très bien. Sur son utilisation, 90% des médecins généralistes en prescrivaient « fréquemment » (85). Doussin observait que 51% des médecins généralistes demandant un temps partiel thérapeutique, l'ont fait en sollicitant le médecin du travail alors que 40% ne le faisait pas systématiquement et 6% jamais (83).

Concernant la relation entre les médecins généralistes et le service social de la CARSAT, il n'existe pas à notre connaissance d'étude traitant de ce sujet.

L'univers du maintien dans l'emploi mobilise donc de multiples acteurs (sécurité sociale, médecins de soins, médecins du travail, organismes spécialisés, ...) rendant le système complexe pour des médecins généralistes maîtrisant mal le sujet.

Alors que les médecins généralistes ont un rôle primordial dans le repérage des patients à risque de désinsertion professionnelle, peu d'études ont étudié ce phénomène.

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes du Nord concernant l'utilisation de certains outils du maintien dans l'emploi.

L'objectif secondaire était d'explorer les facteurs favorisant l'utilisation de ces outils.

MATERIELS ET METHODES

I. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive réalisée auprès des médecins généralistes du Nord.

II. Echantillon de médecins interrogés

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- Exercer la médecine générale dans le département du Nord en juin 2017

B. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient :

- Exercer une autre spécialité médicale
- Exercer une spécialité chirurgicale

C. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Pratiquer un exercice particulier de la médecine (phlébologie, allergologie, expertise...).
- Pratiquer la médecine générale dans une structure spécialisée (centre de PMI, établissement français du sang...).

- Pratiquer des thérapies alternatives.

D. Echantillonnage

Les adresses des médecins généralistes a été obtenue en croisant la base de données du site ameli.fr et du CNOM et a été compilé sur le logiciel tableur Excel.

Le nombre minimal de réponses nécessaires a été estimé à 100 et le taux de réponse a été estimé à 20% au vu de la méthode utilisée.

En conséquence, un échantillon de 500 médecins généralistes a été estimé comme nécessaire pour ce travail.

Afin d'avoir un échantillon représentatif, nous avons décidé de réaliser un pas de sondage moyen de 4,5. Après avoir trié les médecins par ordre alphabétique, nous avons tiré au sort le premier nom parmi les 5 premiers. De ce premier nom, nous les avons sélectionnés avec un intervalle de 4 jusqu'à la ligne 1038 puis avec un intervalle de 5 jusqu'à la ligne 2326.

III. Questionnaire

A. Structure

Un questionnaire ad hoc a été élaboré (annexe 1). Il était composé de 21 questions et structuré en 3 parties.

La construction du questionnaire était basée essentiellement sur nos connaissances du sujet. Afin de les compléter, une étude bibliographie avait été réalisée en interrogeant la littérature grise et les bases de données des sites

Google Scholar, EM Premium et Science Direct. Les termes utilisés ont été les suivants : maintien dans l'emploi, prévention de la désinsertion professionnelle, maladie chronique, insertion professionnelle, qualité de vie au travail, médecine du travail, médecine générale, pratiques.

1. Première partie

La première partie du questionnaire s'intéressait aux pratiques des médecins généralistes concernant la prévention de la désinsertion professionnelle.

Cette première partie était composée de 12 questions. La logique des blocs a été respectée c'est-à-dire que chaque question d'un même thème a été abordée à la suite.

Quelques brefs rappels ont été introduits avant chaque grand thème. Ainsi plusieurs pans du maintien dans l'emploi ont été abordés : la reprise après des arrêts de travail pour maladie, la visite de pré reprise, le temps partiel thérapeutique, la reconnaissance en qualité travailleur handicapé, les services sociaux de la CARSAT.

2. Deuxième partie

La deuxième partie s'intéressait à la perception qu'ont les médecins généralistes de bien appréhender ou pas la désinsertion professionnelle au travers de leur formation. Il leur a également été demandé s'ils souhaitaient bénéficier de formations dans ce domaine.

3. Troisième partie

Sept questions permettaient de mieux caractériser l'échantillon : âge, sexe, expérience professionnelle, conventionnement, lieu d'exercice...

B. Réponses

Les réponses étaient de type qualitatif c'est-à-dire qu'il était proposé plusieurs réponses. L'enquêté devait en choisir une ou plusieurs, selon les questions. Pour éviter toute erreur, des consignes étaient inscrites pour chaque question.

C. Test du questionnaire

Afin de vérifier qu'il n'était pas trop chronophage, le questionnaire a été testé par des internes en médecine du travail ainsi que par un médecin généraliste installé dans le département. Le temps de remplissage était compris entre 5 et 7 minutes.

Le médecin généraliste testeur a vérifié la compréhension et la pertinence des questions posées. Il a été demandé de modifier l'intitulé de la question 9 et de rajouter un item « autre » aux questions 9 et 12.

D. Collecte des données

Afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses, un courrier explicatif (annexe 2) et une enveloppe affranchie ont été joints au questionnaire. Pour y répondre, les médecins avaient 3 possibilités : le retour par courrier avec l'enveloppe affranchie, sur internet en utilisant le lien hypertexte ou en flashant le QR code avec leur smartphone ou leur tablette tactile. Le lien hypertexte et le QR Code orientaient sur un questionnaire en ligne construit sur Google Forms™.

Le recueil s'est déroulé du 22 juin au 24 août 2017. Toutes les réponses reçues après cette date n'ont pas fait l'objet d'analyses statistiques.

E. Acquisition des données

Pour les questionnaires remplis sur internet et par QR Code, les données étaient saisies automatiquement sur le logiciel en ligne Google Forms™. Pour les réponses papiers, elles ont été retranscrites manuellement sur le logiciel en ligne Google Forms™. Les données issues du logiciel ont ensuite été extraites sous format Excel.

Pour permettre l'analyse statistique, les réponses étaient codées en variables chiffrées : oui = 1, non = 0, réponse 1 = 1, réponse 2 = 2...

Les questions 5, 9 et 12 contenaient un item « autre ». Nous avons donc codifié ces réponses en créant de nouveaux items.

F. Loi informatique et liberté

L'étude n'a pas fait l'objet d'une déclaration CNIL. En effet, l'ensemble des données recueillies étaient strictement anonymes et le droit d'opposition a été respecté.

IV. Analyses statistiques

Les analyses statistiques des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info™ version 7.2.1.0

Afin de satisfaire l'objectif principal, nous avons effectué une analyse descriptive des réponses données par les médecins généralistes. Cette analyse consistait à calculer l'effectif et la fréquence de chaque réponse.

Afin d'explorer les facteurs favorisant l'utilisation des principaux outils, l'analyse a consisté à utiliser un test d'indépendance de fréquence, en utilisant soit un test de khi 2 d'indépendance soit un test de Fisher.

Afin d'augmenter la puissance statistique, des regroupements d'items ont été effectués. Pour les questions 3, 6, 8, et 11, nous avons regroupé l'item « En moyenne, une fois par mois », « En moyenne, une fois par semaine » et « Plus d'une fois par semaine » en un seul item « Une fois par mois ou plus ». Ensuite nous avons regroupé les 2 items restants : « En moyenne, une fois par trimestre ou moins » et « Jamais » en « Moins d'une fois par mois »

Ensuite, le lien avec les facteurs favorisant potentiels a été analysé en prenant en compte les autres variables. Pour ce faire, des analyses multivariées par régression logistique ont été effectuées pour chaque outil de prévention du maintien dans l'emploi exploré. Ces analyses l'ont été à l'aide du logiciel de statistique SAS.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 0,05.

RESULTATS

I. Diagramme de flux

Au total, une liste de 2325 médecins a été obtenue. Le processus d'échantillonnage a permis de tirer au sort 516 médecins généralistes. 203 questionnaires ont été retournés, soit un taux de participation de 39% : 5 questionnaires (2.5%) ont été remplis par internet ou par QR code, 198 questionnaires (97.5%) ont été renvoyés par courrier. Par ailleurs, 4 questionnaires, retournés tardivement, n'ont pu être pris en compte dans l'exploitation des données.

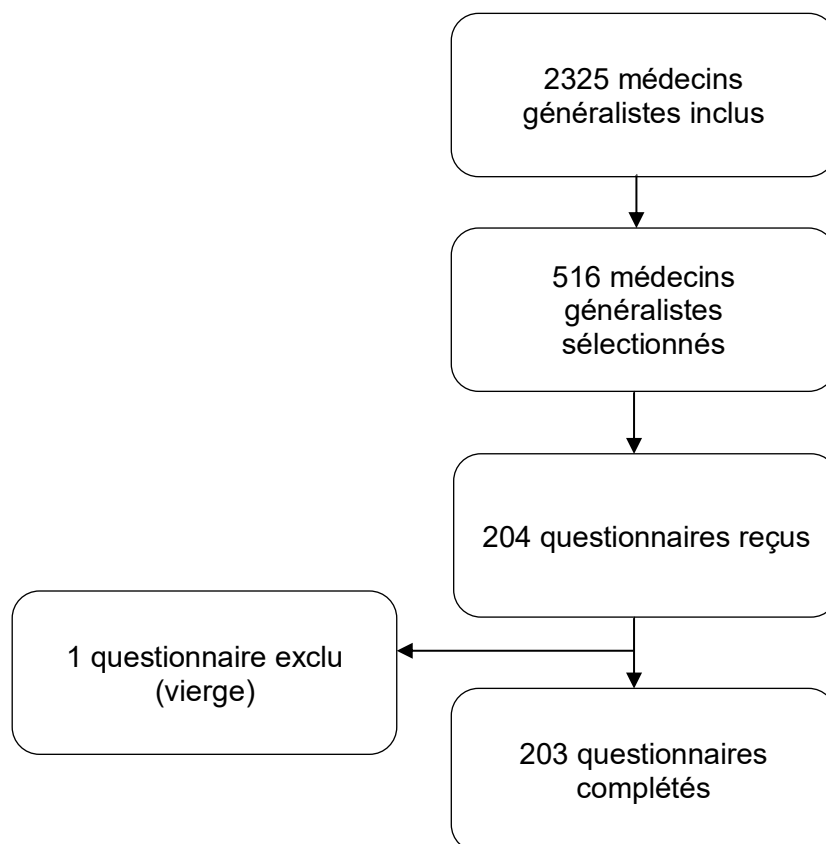


Figure 1: Diagramme de flux synthétisant le processus de sélection ayant permis d'obtenir les données.

II. Population étudiée

L'échantillon était composé majoritairement d'hommes avec un sexe ratio de 3 hommes pour 1 femme. 90% des médecins généralistes avaient un exercice exclusivement libéral. Ils exerçaient majoritairement au sein d'un cabinet de groupe (57%), en secteur 1 (94%). 69% des médecins réalisaient entre 20 et 39 consultations par jour, 12% en réalisaient plus de 40.

Concernant le lieu d'exercice, la métropole lilloise était la plus représentée (49%) suivie du valenciennois (14%) et du dunkerquois (8%). Il s'agissait de médecins expérimentés. En effet, 6 médecins sur 10 avaient au moins 20 ans d'expérience.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon ont été retranscrites dans le Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins généralistes répondant à l'enquête

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	151	74,4
Femme	52	25,6
Durée d'exercice		
9 ans ou moins	42	20,7
Entre 10 et 19 ans	40	19,7
Entre 20 et 29 ans	63	31,0
Entre 30 et 39 ans	52	25,6
40 ans ou plus	6	3,0
Mode d'exercice		
Activité libérale exclusive	183	90,2
Activité salariée exclusive	0	0,0
Activité mixte	20	9,8
Type de cabinet		
Cabinet individuel	88	43,3
Cabinet de groupe	115	56,7
Conventionnement		
Secteur 1	191	94,1
Secteur 2	11	5,4
Secteur 3	1	0,5
Nombre d'actes par jour		
9 actes ou moins	5	2,5
Entre 10 et 19 actes	33	16,2
Entre 20 et 29 actes	76	37,6
Entre 30 et 39 actes	63	31,2
40 actes ou plus	25	12,4
Lieu d'exercice		
Dunkerquois	17	8,4
Flandre intérieure	14	6,9
Métropole Lilloise	99	49,0
Douaisis	16	7,9
Valenciennois	28	13,9
Sambre Avesnois	15	7,4
Cambrésis	13	6,4

III. Utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du Nord

A. Sollicitation du médecin du travail à l'initiative du médecin généraliste

1. Lors d'arrêt de travail pouvant avoir des répercussions professionnelles

193 médecins généralistes (96%) ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir incité au moins une fois leurs patients à prendre contact avec leur médecin du travail quand leur état de santé pouvait avoir des répercussions sur leur employabilité (Tableau II). 51 médecins (25%) ont déclaré l'avoir fait à chaque fois que la situation se présentait.

Tableau II : Orientation d'un patient vers le médecin du travail par les généralistes, devant un arrêt de travail à risque de désinsertion professionnelle

	Effectif	Pourcentage
<i>Face à des arrêts de travail pouvant avoir des répercussions sur la situation professionnelle de vos patients, vous arrive-t-il d'inciter ces derniers à prendre contact avec leur médecin du travail ? (n=202)</i>		
A chaque fois	51	25,2
Le plus souvent possible	111	55,0
De temps en temps	31	15,4
Jamais	9	4,5

2. Visite de pré reprise

190 médecins généralistes (94%) connaissaient la visite de pré reprise (Tableau III). Parmi ceux-là, 179 médecins (97%) ont incité leurs patients à solliciter une telle visite, au moins une fois dans l'année. Ils n'étaient cependant que 39 (21%) à transmettre systématiquement un courrier à destination du médecin du travail.

Tableau III : Répartition des réponses concernant la visite de pré reprise

	Effectif	Pourcentage
<i>Etiez-vous informé de la possibilité d'une telle visite (visite de pré reprise) ? (n=203)</i>		
Oui	190	93,6
Non	13	6,4
<i>A quelle fréquence avez-vous conseillé une visite de pré reprise à vos patients ? (n=184)</i>		
Jamais	5	2,7
En moyenne, une fois par trimestre ou moins	106	57,6
En moyenne, une fois par mois	62	33,7
En moyenne, une fois par semaine	10	5,4
Plus d'une fois par semaine	1	0,5
<i>Quand vous conseillez une visite de pré reprise, vous arrive-t-il de transmettre un courrier destiné au médecin du travail ? (n=184)</i>		
A chaque fois	39	21,2
Le plus souvent possible	57	40,0
De temps en temps	62	33,7
Jamais	26	14,1

B. Temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est un outil peu utilisé : 37 généralistes (18%) ont estimé le prescrire au moins une fois par mois (Tableau IV).

Tableau IV : Recours au temps partiel thérapeutique par le médecin généraliste

	Effectif	Pourcentage
<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous prescrit un temps partiel thérapeutique ? (n=203)</i>		
Jamais	14	6,9
En moyenne, une fois par trimestre ou moins	152	74,9
En moyenne, une fois par mois	35	17,2
En moyenne, une fois par semaine	2	1,0
Plus d'une fois par semaine	0	0,0

C. Reconnaissance administrative du handicap

200 médecins généralistes (99%) ont déclaré avoir aidé, au moins une fois dans l'année, leur patient à compléter un dossier MDPH (Tableau V).

Concernant, plus spécifiquement, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, 165 médecins généralistes (81%) ont déclaré avoir inciter leurs patients à demander une telle reconnaissance au moins une fois au cours des 12 derniers mois et 19% l'ont fait au moins une fois par mois.

Tableau V : Reconnaissance administrative du handicap : répartitions des réponses

	Effectif	Pourcentage
<i>Au cours des 12 derniers mois...</i>		
<i>... à quelle fréquence en moyenne avez-vous aidé vos patients à constituer un dossier MDPH ? (n=203)</i>		
Jamais	3	1,5
En moyenne, une fois par trimestre ou moins	80	39,4
En moyenne, une fois par mois	87	42,9
En moyenne, une fois par semaine	26	12,8
Plus d'une fois par semaine	7	3,5
<i>... à quelle fréquence avez-vous suggéré à vos patients une demande en RQTH ? (n=203)</i>		
Jamais	38	18,7
En moyenne, une fois par trimestre ou moins	126	62,0
En moyenne, une fois par mois	34	16,8
En moyenne, une fois par semaine	2	1,0
Plus d'une fois par semaine	3	1,5

D. Service social de la CARSAT

Le service social de la CARSAT était connu par 152 médecins (75%) (Tableau VI). Parmi ceux connaissant ce service, 128 (85%) avaient conseillé à leurs patients une rencontre avec une assistante sociale du service au moins une fois dans l'année.

Tableau VI : Connaissance et recours au service social de la CARSAT par les médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage
<i>Connaissez-vous le service social de la CARSAT ? (n=203)</i>		
Oui	152	74,9
Non	51	25,1
<i>A quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, avez-vous conseillé à vos patients de rencontrer une assistante sociale de la sécurité sociale ? (n=150)</i>		
Jamais	22	14,7
En moyenne, une fois par trimestre ou moins	104	69,3
En moyenne, une fois par mois	24	16,0
En moyenne, une fois par semaine	0	0,0
Plus d'une fois par semaine	0	0,0

E. Formation à la prévention de la désinsertion professionnelle

Malgré l'expérience des médecins généralistes, 7 médecins sur 10 estimaient ne pas être bien formés à la prévention de la désinsertion professionnelle et 59% souhaitaient bénéficier d'une formation dans ce domaine.

IV. Facteurs favorisant l'utilisation des outils du maintien dans l'emploi

A. Sollicitation du médecin du travail à l'initiative du médecin généraliste

1. Arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle

Parmi les facteurs favorisant, le sexe féminin et le sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle semblaient être associés à un recours plus systématique au médecin du travail lors d'arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle (Tableau VII).

Tableau VII : Facteurs favorisant le recours au médecin du travail lors d'arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle (analyses bivariées)

<i>Face à des arrêts de travail pouvant avoir des répercussions [...] vous arrive-t-il d'inciter vos patients à prendre contact avec son médecin du travail ?</i>	A chaque fois		P
	Effectif	%	
Sexe			0,02
Homme	32	21,2	
Femme	19	37,3	
Mode d'exercice			0,98
Activité libérale exclusive	46	25,3	
Activité mixte	5	25,0	
Activité journalière			0,34
< 20 actes par jour	9	24,3	
Entre 20 et 29 actes par jour	23	30,3	
≥ 30 actes par jour	18	20,5	
Expérience professionnelle			0,18
≤ 9 ans	10	23,8	
Entre 10 et 19 ans	8	20,0	
Entre 20 et 29 ans	22	34,9	
≥ 30 ans	11	19,3	
Sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle			0,01
Oui	23	37,7	
Non	28	20,0	

Les analyses multivariées confirmaient cela puisqu'ils exprimaient le sentiment d'être bien formé à la PDP restait associé à un meilleur recours au médecin du travail lors d'arrêt de travail à risque de désinsertion professionnelle (Tableau VIII).

Les femmes incitaient plus systématiquement leurs patients à rencontrer leur médecin du travail quel que soit leur appréciation vis-à-vis de leur formation à la PDP.

Tableau VIII : Facteurs favorisant le recours au médecin du travail lors d'arrêts de travail à risque de désinsertion professionnelle (analyses multivariées)

<i>Face à des arrêts de travail pouvant avoir des répercussions [...] vous arrive-t-il d'inciter vos patients à prendre contact avec son médecin du travail ?</i>	A chaque fois		OR	[IC95%]	P
	Effectif	%			
Sexe					
Homme	32	21,2	1	[réf]	
Femme	19	37,3	2,7	[1,3 – 5,8]	0,01
Expérience professionnelle					
≤ 9 ans	10	23,8	1,3	[0,4 – 3,7]	
Entre 10 et 19 ans	8	20,0	0,8	[0,3 - 2,5]	
Entre 20 et 29 ans	22	34,9	2,3	[1,0 - 5,6]	
≥ 30 ans	11	19,3	1	[réf]	0,13
Sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle					
Non	28	20,0	1	[réf]	
Oui	23	37,7	2,8	[1,4 - 5,7]	< 0,01

2. Visite de Pré reprise

Les médecins pouvaient expliciter les raisons pour lesquelles ils n'incitaient pas plus souvent une visite de pré reprise. Sur les 189 médecins qui ont répondu, 110 médecins (58%) ont déclaré ne pas rencontrer d'obstacles particuliers, 13 (7%) ont déclaré ne pas avoir d'avis.

Au total, 95 items ont été renseignés par 66 médecins (35%) dont la répartition est résumée dans la figure 2.

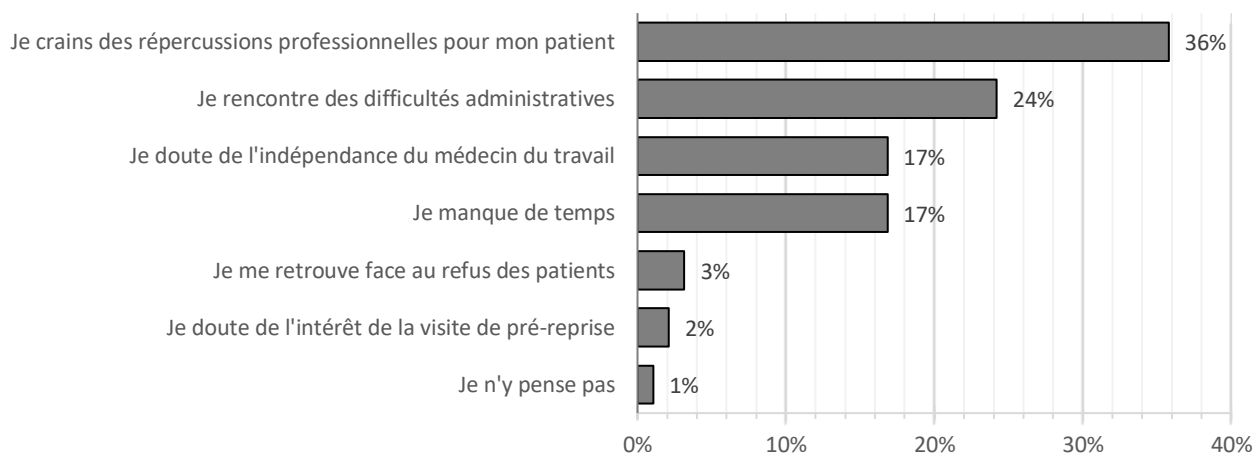


Figure 2 : Répartition des obstacles à l'incitation d'une visite de pré reprise (n = 66 médecins)

Ainsi nous avons cherché à savoir si cette incitation à la visite de pré reprise pouvait être influencée par ces obstacles (Tableau IX).

L'analyse bivariée a permis de mettre en évidence des liens statistiquement significatifs entre l'incitation fréquente (une fois par mois ou plus) et le mode d'exercice, l'activité quotidienne, l'expérience professionnelle et la méfiance vis-à-vis de l'indépendance professionnelle du médecin du travail.

Les analyses multivariées par régression logistique ont permis de confirmer que les médecins qui incitaient plus d'une fois par mois leurs patients à demander une visite de pré reprise avaient une activité journalière plus importante.

En tenant compte de cette activité journalière, craindre des répercussions professionnelles suite à cette visite diminuait son recours tandis que douter de l'indépendance professionnelle du médecin du travail avait tendance à l'augmenter. De plus, les médecins ayant une durée d'exercice comprises entre 10 et 29 ans incitaient plus fréquemment à la réalisation d'une visite de pré reprise que les médecins ayant plus de 30 années d'expérience (Tableau X).

Tableau IX : Facteurs influençant l'incitation à la réalisation d'une visite de pré reprise (analyse bivariée)

<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous conseillé une visite de pré reprise à vos patients ?</i>	Une fois ou plus par mois		P
	Effectif	%	
Sexe			0,27
Homme	52	37,4	
Femme	21	46,7	
Mode d'exercice			0,04
Activité libérale exclusive	70	42,2	
Activité mixte	3	16,7	
Activité journalière			< 0,01
< 20 actes par jour	5	14,7	
Entre 20 et 29 actes par jour	27	40,3	
≥ 30 actes par jour	41	50,0	
Expérience professionnelle			0,01
≤ 9 ans	14	35,9	
Entre 10 et 19 ans	18	52,9	
Entre 20 et 29 ans	28	49,1	
≥ 30 ans	13	20,1	
Doute sur l'indépendance du Médecin du travail			0,05
Oui	10	62,5	
Non	62	37,1	
Crainte de répercussions professionnelles			0,19
Oui	10	29,4	
Non	62	41,6	
Difficultés administratives			0,63
Oui	8	34,8	
Non	64	40,0	
Sentiment d'être bien formé à la PDP			0,17
Oui	27	46,5	
Non	45	36,0	

Tableau X : Facteurs influençant l'incitation à la réalisation d'une visite de pré reprise (analyse multivariée)

<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous conseillé une visite de pré reprise à vos patients ?</i>	Une fois ou plus par mois		OR	[IC95%]	P
	Effectif	%			
Mode d'exercice					
Activité libérale exclusive	70	42,2	1	[réf]	0,21
Activité mixte	3	16,7	0,4	[0,1 - 1,6]	
Activité journalière					
< 20 actes par jour	5	14,7	1	[réf]	0,02
Entre 20 et 29 actes par jour	27	40,3	3,5	[1,1 - 11,1]	
≥ 30 actes par jour	41	50,0	5,3	[1,7 - 16,3]	
Expérience professionnelle					
≤ 9 ans	14	35,9	1,7	[0,6 - 4,6]	0,04
Entre 10 et 19 ans	18	52,9	3,3	[1,2 - 9,1]	
Entre 20 et 29 ans	28	49,1	3,1	[1,3 - 7,6]	
≥ 30 ans	13	20,1	1	[réf]	
Doute sur l'indépendance du médecin du travail					
Non	62	37,1	1	[réf]	0,03
Oui	10	62,5	4,7	[1,2 - 18,6]	
Crainte de répercussions professionnelles					
Non	62	41,6	1	[réf]	0,05
Oui	10	29,4	0,3	[0,1 - 0,98]	
Sentiment d'être bien formé à la PDP					
Non	45	36,0	1	[réf]	0,07
Oui	27	46,5	1,9	[0,9 - 3,9]	

B. Temps partiel thérapeutique

Aucun médecin généraliste ayant une activité mixte n'a prescrit de temps partiel thérapeutique au moins une fois par mois (Tableau XI).

Concernant l'activité journalière, les médecins généralistes réalisant plus de 30 actes par jour prescrivaient plus souvent un temps partiel thérapeutique que les autres.

Ce lien restait significatif lors des analyses multivariées.

Tableau XI : Recours au temps partiel thérapeutique par les médecins généralistes (analyse bivariée)

<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous prescrit un temps partiel thérapeutique ?</i>	Une fois par mois ou plus		P
	Effectif	%	
Sexe			0,54
Homme	29	19,2	
Femme	8	15,4	
Mode d'exercice			0,03
Activité libérale exclusive	37	20,2	
Activité mixte	0	0,0	
Activité journalière			< 0,01
< 30 actes par jour	11	6,7	
≥ 30 actes par jour	26	29,6	
Expérience professionnelle :			0,67
≤ 9 ans	7	16,7	
Entre 10 et 19 ans	10	25,0	
Entre 20 et 29 ans	10	15,9	
≥ 30 ans	10	17,2	
Sentiment d'être bien formé à la PDP			0,10
Oui	15	24,6	
Non	21	14,9	

Tableau XII : Recours au temps partiel thérapeutique par les médecins généralistes (analyses multivariées)

<i>Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous prescrit un temps partiel thérapeutique ?</i>	Une fois par mois ou plus		OR [IC95%]	p
	Effectif	%		
Activité journalière				
< 30 actes par jour	11	6,7	1 [réf]	
≥ 30 actes par jour	26	29,6	3,9 [1,8 – 8,6]	< 0,01
Sentiment d'être bien formé à la PDP				
Oui	15	24,6	2,1 [0,9 - 4,5]	0,07
Non	21	14,9	1 [réf]	

C. Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

Les médecins pouvaient expliciter les raisons pour lesquelles ils n'incitaient pas plus souvent leur patient à demander une RQTH. 199 médecins (98%) ont répondu. 73 médecins (37%) ont déclaré ne pas rencontrer d'obstacles particuliers.

Au total, 215 items ont été renseignés par 126 médecins (63%) dont la répartition est résumée dans la figure 3.

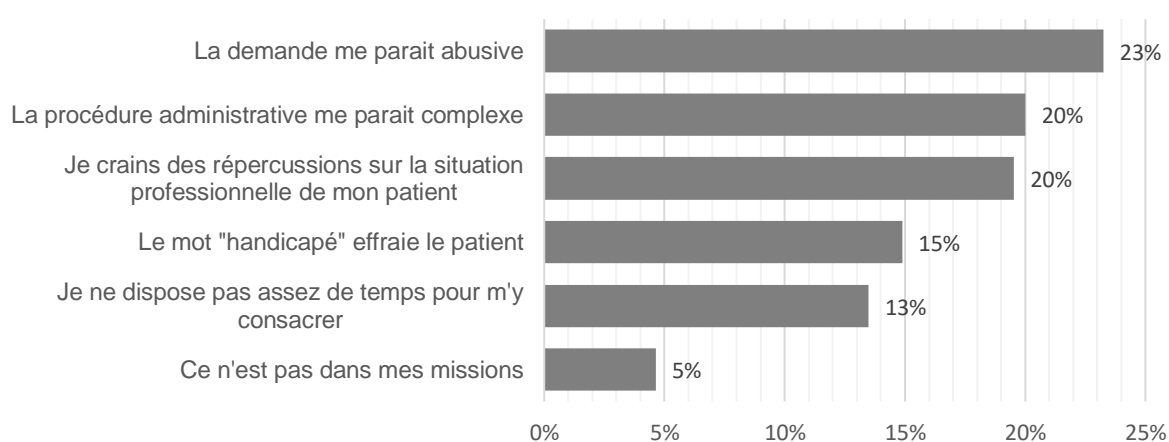


Figure 3 : Obstacles à l'incitation d'une RQTH par les médecins généralistes : répartition des réponses (n = 126 médecins)

Plusieurs autres difficultés ont été exprimées : « Je me heurte au refus du patient. » (n=2 ; 1%), « Je ne connaissais pas cet outil. » (n=2 ; 1%), « J'oublie parfois de le proposer en consultation. » (n=2 ; 1%), « Il n'y a pas de dialogue avec le médecin de la MDPH. » (n=1), « Cette reconnaissance n'apporte rien concernant l'emploi. » (n=1)

Seule la perception de la procédure administrative comme étant complexe influençait cette incitation (Tableau XIII). Les médecins généralistes ayant exprimés cette idée étaient 7 fois moins nombreux à inciter fréquemment (1 fois par mois ou plus) une RQTH que les autres. (Tableau XIV)

Tableau XIII : Inciter fréquemment la RQTH est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux idées qu'on s'en fait ? (analyses bivariées)

<i>A quelle fréquence, avez-vous suggéré à vos patients, dans les 12 derniers mois, une demande en RQTH ?</i>	Une fois par mois ou plus		p
	Effectif	%	
Sexe			0,10
Homme	33	21,9	
Femme	6	11,5	
Mode d'exercice			0,61
Activité libérale exclusive	36	19,7	
Activité mixte	3	15	
Activité journalière			< 0,01
< 20 actes par jour	3	7,9	
Entre 20 et 29 actes par jour	8	10,5	
≥ 30 actes par jour	28	31,8	
Expérience professionnelle			0,72
≤ 9 ans	7	16,7	
Entre 10 et 19 ans	9	22,5	
Entre 20 et 29 ans	14	22,2	
≥ 30 ans	9	15,5	
Sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle			0,21
Oui	15	24,6	
Non	24	17,0	
Le mot "handicapé" effraie			0,27
Oui	4	12,5	
Non	35	21,0	
Crainte de répercussions professionnelles			0,33
Oui	6	21,0	
Non	33	14,3	
Demande perçue comme abusive			0,93
Oui	10	20,0	
Non	29	19,5	
Procédure administrative perçue comme complexe			< 0,01
Oui	2	4,7	
Non	37	23,7	

Tableau XIV : Inciter fréquemment une RQTH est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses multivariées)

<i>A quelle fréquence, avez-vous suggéré à vos patients, dans les 12 derniers mois, une demande en RQTH ?</i>	Une fois par mois ou plus		OR	[IC95%]	p
	Effectif	%			
Sexe					
Homme	33	21,9	1	[réf]	
Femme	6	11,5	0,6	[0,2 - 1,6]	0,29
Activité journalière					
< 20 actes par jour	3	7,9	1	[réf]	< 0,01
Entre 20 et 29 actes par jour	8	10,5	1,4	[0,3 - 5,6]	
≥ 30 actes par jour	28	31,8	5,0	[1,4 - 18,3]	
Procédure administrative perçue comme complexe					
Non	37	23,7	1	[réf]	
Oui	2	4,7	0,14	[0,03 - 0,6]	0,01

D. Service social de la CARSAT

Nous avons exploré les facteurs influençant la connaissance et le recours au service social de la CARSAT.

Lors des analyses bivariées, le sexe masculin, de l'expérience professionnelle et du sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle étaient associés à une meilleure connaissance de ce service (Tableau XV).

Tableau XV : Connaître le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques professionnelles ? (analyses bivariées)

<i>Avant cette étude, aviez-vous eu connaissance de ce service ?</i>	Oui		p
	Effectif	%	
Sexe			0,01
Homme	120	79,5	
Femme	32	61,5	
Mode d'exercice			0,98
Activité libérale exclusive	137	74,9	
Activité mixte	15	75,0	
Activité journalière			0,07
< 20 actes par jour	25	65,8	
Entre 20 et 29 actes par jour	54	71,0	
≥ 30 actes par jour	73	83,0	
Expérience professionnelle			0,01
≤ 9 ans	24	57,1	
Entre 10 et 19 ans	29	72,5	
Entre 20 et 29 ans	54	85,7	
≥ 30 ans	45	77,6	
Sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle :			< 0,01
Oui	55	90,2	
Non	97	68,8	

Dans le modèle multivarié, les médecins généralistes ayant le sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle étaient 5 fois plus nombreux à connaître cet outil que les autres (Tableau XVI). En prenant en compte cet aspect, les médecins généralistes de sexe féminin semblaient moins connaître ce service que leurs confrères masculins, mais l'analyse n'était pas significative ($p=0,14$).

Tableau XVI : Connaître le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques professionnelles ? (analyses multivariées)

<i>Avant cette étude, aviez-vous eu connaissance de ce service ?</i>	Oui		OR	[IC95%]	p
	Effectif	%			
Sexe					
Homme	120	79,5	1	[réf]	0,14
Femme	32	61,5	0,5	[0,2 - 1,2]	
Activité journalière :					
< 20 actes par jour	25	65,8	1	[réf]	0,13
Entre 20 et 29 actes par jour	54	71,0	1,1	[0,4 - 2,9]	
≥ 30 actes par jour	73	83,0	2,3	[0,9 - 6,2]	
Expérience professionnelle :					
≤ 9 ans	24	57,1	0,6	[0,2 - 1,5]	0,08
Entre 10 et 19 ans	29	72,5	1,1	[0,4 - 3,1]	
Entre 20 et 29 ans	54	85,7	2,1	[0,8 - 5,8]	
≥ 30 ans	45	77,6	1	[réf]	
Sentiment d'être bien formé à la PDP					
Oui	55	90,2	5,1	[1,9 - 14,2]	< 0,01
Non	97	68,8	1	[réf]	

Comme pour la visite de pré reprise et la RQTH, nous avons interrogé les médecins généralistes afin de savoir ce qui pouvait entraver l'utilisation de ce service. 22 médecins (15%) ont affirmé ne pas avoir d'obstacles particuliers, 67 médecins (45%) n'ont pas donné d'avis et 60 médecins (40%) ont explicité les raisons pour lesquelles ils n'incitaient pas plus souvent leurs patients à solliciter ce service (Figure 4).

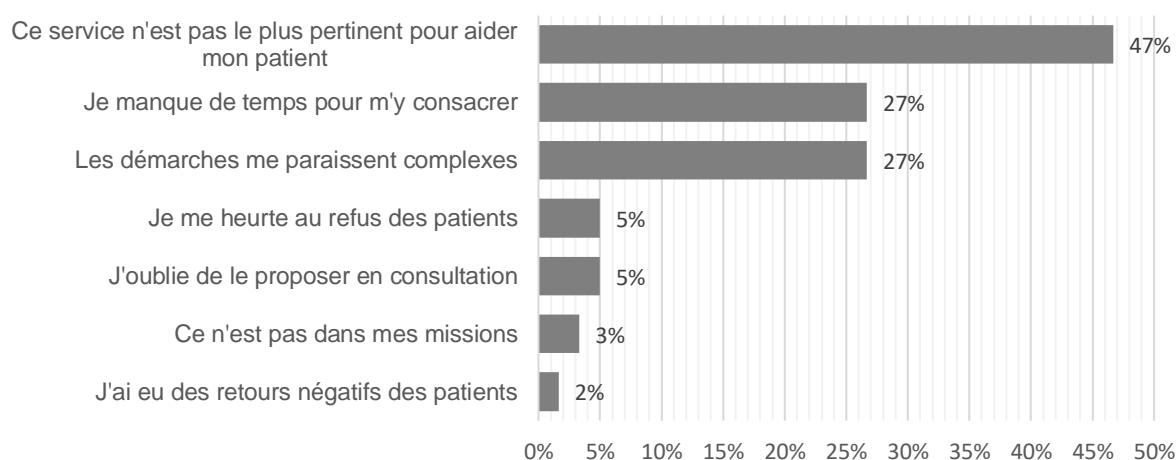


Figure 4 : Obstacles à l'incitation du service social : répartitions des réponses (n = 60 médecins)

Les obstacles les plus cités étaient : le manque de pertinence (n = 28 ; 47%) le manque de temps (n = 16 ; 27%) et les démarches perçues comme complexes (n = 16 ; 27%).

Cependant, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de différence statistiquement significative entre ces obstacles, les caractéristiques des médecins et la fréquence d'incitation de ce service (Tableau XVII, Tableau XVIII).

Tableau XVII : Conseiller fréquemment le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses bivariées)

<i>A quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, avez-vous conseillé à vos patients de rencontrer une assistante sociale de la sécurité sociale ?</i>	Une fois par mois ou plus		p
	Effectif	%	
Sexe			0,57
Homme	18	15,1	
Femme	6	19,4	
Mode d'exercice			0,07
Activité libérale exclusive	24	17,8	
Activité mixte	0	0,0	
Activité journalière			0,08
< 20 actes par jour	1	4,0	
Entre 20 et 29 actes par jour	8	15,1	
≥ 30 actes par jour	15	20,8	
Expérience professionnelle			0,16
≤ 9 ans	5	20,8	
Entre 10 et 19 ans	2	7,1	
Entre 20 et 29 ans	8	15,1	
≥ 30 ans	9	20,0	
Difficultés administratives			0,06
Oui	0	0,0	
Non	24	18,3	
Je manque de temps			0,66
Oui	22	16,8	
Non	2	12,5	
Je trouve que ce service est peu utile pour la prise en charge			0,75
Oui	4	14,3	
Non	20	16,8	
Sentiment d'être bien formé à la PDP			0,41
Oui	7	12,7	
Non	17	17,9	

Tableau XVIII : Conseiller fréquemment le service social de la CARSAT est-il lié aux caractéristiques socioprofessionnelles ou aux obstacles perçus ? (analyses multivariées)

<i>A quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, avez-vous conseillé à vos patients de rencontrer une assistante sociale de la sécurité sociale ?</i>	Une fois par mois ou plus		OR	IC95%	p
	Effectif	%			
Activité journalière					
< 20 actes par jour	1	4,0	1	[réf]	0,19
Entre 20 et 29 actes par jour	8	15,1	5,1	[0,6 - 44,5]	
≥ 30 actes par jour	15	20,8	6,9	[0,8 - 55,5]	
Expérience professionnelle					
≤ 9 ans	5	20,8	0,9	[0,3 - 3,3]	0,42
Entre 10 et 19 ans	2	7,1	0,3	[0,1 - 1,4]	
Entre 20 et 29 ans	8	15,1	0,6	[0,2 - 1,8]	
≥ 30 ans	9	20,0	1	[réf]	

DISCUSSION

I. Principaux résultats et comparaison avec la littérature

Les résultats de notre étude permettent de mieux appréhender la connaissance et l'utilisation des principaux outils du maintien dans l'emploi en médecine générale.

A. Sollicitation du médecin du travail par les médecins généralistes lors de situations à risque de désinsertion professionnelle

Si la très grande majorité des médecins généralistes interrogés (96%) sollicite l'avis du spécialiste en santé au travail quand il existe un risque de désinsertion professionnelle, ils ne sont que 25% à le faire systématiquement. Cette différence peut être expliquée à l'aune des réponses de la question 5 concernant les obstacles à l'incitation d'une visite de pré reprise. Certains médecins considèrent encore que le médecin du travail serait dépendant du patronat et le rencontrer ne serait pas dans l'intérêt du patient.

Notre étude a précédemment montré que le genre féminin et sa sensation d'avoir un bon niveau de formation au maintien dans l'emploi augmentaient le recours au médecin du travail devant un arrêt de travail à risque de désinsertion professionnelle.

Les médecins généralistes de sexe féminin seraient-elles plus sensibles au devenir socioprofessionnel de leurs patients ? Il s'agit du seul outil pour lequel nous avons réussi à mettre en évidence une différence de genre statistiquement significative. Cette sensibilité pour le devenir socioprofessionnel de leurs patients a également été observée dans l'enquête INPES de 2011 « Médecin généraliste et santé au travail » qui mettait en évidence une demande de visite de pré reprise moins importante pour les médecins généralistes de sexe masculin (OR=0,7 ; $p<0.05$) (84).

B. Visite de pré reprise

La visite de pré reprise est connue par une immense majorité des médecins généralistes du Nord, puisque notre étude révèle que 93% ont déclaré la connaître. Couturier et Desmidt, ont, très récemment, montré que les médecins généralistes du Maine et Loire connaissaient également la visite de la pré reprise dans la même proportion (12).

Nous avons montré que la visite de pré reprise est incitée assez fréquemment en médecine générale puisque 40% des médecins interrogés ont déclaré l'avoir fait au moins une fois par mois. Ce résultat diverge de l'étude menée par Pires et al. en 2014 qui constatait que 16% des visites de pré reprise étaient à l'initiative du médecin généraliste (86). Cependant, l'étude angevine de 2017 confirme nos résultats puisqu'elles montrent que 92% des médecins déclaraient utiliser la visite de pré reprise « souvent » ou « toujours » (85). Cela accrédirait l'idée qu'une partie des visites de pré reprise demandées par le salarié seraient, en réalité, incitées par les médecins généralistes en laissant aux patients la latitude d'y concourir ou non.

Cette propension à laisser au patient le choix d'y recourir peut être expliquée par les représentations des médecins généralistes sur cet outil. Nous montrons qu'ils expriment des difficultés administratives à son incitation (procédures complexes, manque de temps) mais aussi des conflits éthiques (doute sur l'indépendance du médecin, crainte de répercussion professionnelle).

Les difficultés organisationnelles peuvent trouver leurs explications par la durée des consultations de médecines générales (16 minutes en moyenne en 2006), la part des activités annexes (40% du temps de travail du médecin généraliste est consacré aux tâches annexes) et le manque d'information sur l'identité du médecin du travail (87,88).

Sur l'ensemble des représentations observées dans notre étude, la crainte de répercussions professionnelles est associée à une moindre incitation par le médecin généraliste à réaliser une visite de pré reprise. Un autre résultat a attiré notre attention. En effet, nous avons pu mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre douter de l'indépendance professionnelle du médecin du travail et conseiller fréquemment une visite de pré-reprise. Ce lien est difficilement explicable.

Néanmoins, cela soulève tout de même la question du doute persistant chez les médecins généralistes, concernant l'indépendance des médecins du travail. L'étude de Verger et al. a retrouvé ce sentiment chez 59% des médecins traitants interrogés (82).

Ces résultats semblent en contradiction avec l'expression d'un besoin d'accompagnement des médecins généralistes quant à la prescription d'arrêt de travail et le devenir socioprofessionnel de leur patient. Ils pourraient trouver auprès de leurs confrères médecins du travail l'appui nécessaire (89–91).

Afin de favoriser l'incitation, par les médecins généralistes, des salariés à recourir aux visites de pré reprise, il serait intéressant de limiter les obstacles organisationnels et d'améliorer l'image du médecin du travail. Pour lever certains freins administratifs, on pourrait imaginer d'impliquer la visite de pré reprise dès la prescription ou le renouvellement de l'arrêt de travail. Pour cela, on pourrait modifier le CERFA d'avis d'arrêt de travail (annexe 3) et y inclure une rubrique « Prévention de la désinsertion professionnelle » où la visite de pré reprise serait mentionnée (par exemple : situation à risque de désinsertion professionnelle : oui / non ; intérêt d'une visite de pré reprise : oui / non). Une fois coché, le service médical de la CPAM serait alerté et la situation évaluée en cellule PDP. Le service médical pourrait aussi demander directement une visite de pré reprise.

C. Temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est prescrit peu fréquemment. En effet, la grande majorité (75%) des médecins généralistes ont déclaré l'avoir prescrit une fois par trimestre au moins avec un lien statistiquement significatif avec l'activité journalière et le type d'activité (libérale exclusive vs mixte). En effet, logiquement, les médecins ayant un nombre de consultations journalières plus important ont une fréquence accrue d'être confronté à des situations cliniques nécessitant la prescription d'un temps partiel thérapeutique.

Le sentiment d'être bien formé à la prévention de la désinsertion professionnelle ne semble pas avoir influé sur la fréquence de prescription d'un temps partiel thérapeutique. Cependant, le test est à la limite de la significativité statistique ($p=0,07$). L'étude angevine de 2017 a montré que 90% des médecins généralistes interrogés prescrivait « souvent » ou « toujours » le temps partiel thérapeutique quand ils anticipaient une difficulté prévisible (85).

D. Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé n'est pas un outil confidentiel pour les médecins généralistes puisque nous avons montré dans notre étude que 81% des praticiens interrogés ont déclaré l'avoir conseillé, au moins une fois dans l'année. Malgré l'expression de plusieurs obstacles potentiels, seul le sentiment d'une procédure complexe et fastidieuse en réduit la fréquence. Vu le nombre important de réponses concernant le sentiment de « demande abusive » dans la demande de reconnaissance, il serait intéressant d'approfondir cette perception et d'interroger les médecins généralistes sur les modalités d'obtentions et les bénéfices d'une telle reconnaissance. Il nous semble difficile de penser que le salarié demanderait une telle reconnaissance en espérant avoir un bénéfice secondaire alors que cette dernière ne procure pas d'avantage financier particulier. La RQTH permet cependant, et sous certaines conditions, une cessation d'activité anticipée. Comme pour les autres outils analysés, il a été observé une fréquence moindre de demande de RQTH chez les médecins exprimant une crainte de répercussions professionnelles ou de stigmatisation.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude concernant les demandes de RQTH en médecine générale.

E. Service social de la CARSAT

Concernant le service social de la CARSAT, notre étude a permis de mettre en évidence une connaissance satisfaisante des médecins généralistes sur ce service d'autant plus qu'ils se sentaient bien formés et qu'ils avaient une activité importante. Afin d'augmenter le recours à ce service, il serait intéressant d'améliorer sa connaissance et de simplifier les démarches pour y recourir en diffusant par exemple la liste des assistantes sociales de chaque secteur.

F. Formation au maintien dans l'emploi

En plus des moyens de prévention de la désinsertion professionnelle nous avons demandé aux médecins généralistes de s'auto-évaluer sur leur niveau formation au maintien dans l'emploi. En majorité, ils ne s'estimaient pas être bien formés à la prévention de la désinsertion professionnelle et souhaiteraient bénéficier d'une formation afin de parfaire leurs pratiques. Notre étude a par ailleurs pu mettre en évidence qu'avoir le sentiment d'être bien formé permettait de recourir plus souvent au médecin du travail quand ils estimaient qu'il existait un risque prévisible lors de la reprise. A ce titre, notre étude est la seule à établir ce lien statistique.

II. Forces et limites de l'étude

Notre étude est l'une des rares à étudier l'utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du Nord. Quand elles étaient réalisées, elles se concentraient principalement sur la visite de pré reprise. En étudiant, les autres outils du maintien dans l'emploi (RQTH, service sociale de la CARSAT), notre étude est sur ce point inédite.

Concernant la méthodologie, nous avons fait le choix de recueillir les informations par la diffusion d'un questionnaire car il permet de travailler à grande échelle en limitant les effets liés à la personnalité des enquêtés. En contrepartie, il nous était difficile d'approfondir les obstacles au risque d'augmenter le temps de réponse, et donc de diminuer le taux de participation à l'étude.

Par ailleurs, nous avons donné le choix aux médecins entre plusieurs possibilités pour répondre à l'enquête : par courrier, sur ordinateur ou sur smartphone ou tablette. Notre étude nous enseigne que malgré l'apparition des nouvelles technologies, les médecins généralistes restent encore attachés au papier puisqu'ils étaient 98% à l'avoir renvoyé sous ce format. Cela étant probablement favorisé par l'adjonction d'une enveloppe pré-affranchie.

Ces possibilités, ainsi que peut être l'intérêt de l'étude, ont permis d'obtenir un taux de réponse de 39% (203 médecins ont répondu à l'enquête). Comparativement à d'autres enquêtes quantitatives auprès des médecins généralistes, ce taux de réponses était globalement plus élevé. En effet, seuls 2 thèses traitant du sujet et ayant analysé quantitativement les réponses ont obtenu un taux de participation supérieur au nôtre (70% chez Doussin et 60% chez Couturier & Desmidt) (79,81). Ainsi les biais

de sélection sont probablement moins importants dans notre étude que dans les autres enquêtes sur les médecins généralistes.

Concernant les types de propositions de réponses quand il s'agissait d'outils de la PDP bien définis, nous avons choisi de reconcourir aux échelles de fréquence objectives afin d'éviter les jugements ; ceux-ci ont été analysés, par ailleurs, dans d'autres questions. Il se peut que certaines propositions aient été trop larges pour des événements rares (« une fois par trimestre ou moins ») et n'aient alors pas permis une étude fine de la fréquence d'utilisation de certains outils. Il existe un biais de mémorisation, inévitable dans ce genre d'étude.

Dans notre étude, les femmes étaient sous-représentées par rapport à la population inscrite au CDOM du Nord en qualité de généraliste (26% des répondants contre 39% de femmes dans la population cible, en 2013). Cela pourrait s'expliquer par les critères de non-inclusion de notre étude. En effet, nous avons choisi d'exclure les médecins généralistes exerçant dans des structures particulières (PMI...) ce qui a potentiellement écarté une proportion de médecins généralistes féminins. Nous avons limité le biais de sélection potentiel en constituant l'échantillon de façon aléatoire.

Malgré cela, nos résultats concernant les facteurs favorisant l'utilisation des outils de maintien dans l'emploi restent probablement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes libéraux puisque nous avons intégré le genre dans nos modèles multivariés.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude suggèrent que les médecins généralistes du Nord semblent sensibilisés au maintien dans l'emploi. Ils connaissaient, pour une grande majorité d'entre eux, les outils et les acteurs de proximités à mobiliser lors de situations à risque de désinsertion professionnelle. La visite de pré reprise était connue et était assez souvent utilisée par les médecins interrogés. Les outils plus spécialisés, tels que le service social de la CARSAT et la RQTH, l'étaient moins et faisaient l'objet de craintes pour une plus grande proportion d'entre eux (doute sur l'existence d'un bénéfice secondaire, craintes de répercussions professionnelles, sentiment d'inutilité).

Ces craintes peuvent en partie être expliquées par le manque de formation. Il est ainsi indispensable que des formations ou informations sur ce sujet soient proposées aux médecins généralistes, afin qu'ils puissent repérer précocement les situations à risque de désinsertion professionnelle et mieux maîtriser les outils et les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle. En les repérant au plus tôt, ils pourront recourir, sans crainte, aux acteurs spécialisés du maintien dans l'emploi, maximisant ainsi les chances de réussites de ces démarches. Sans formation, les médecins généralistes resteront dans ce dilemme entre accompagnement des patients fragiles et crainte d'utiliser des outils qu'ils maîtrisent mal.

En associant formation et meilleure coordination entre les différents acteurs, le maintien dans l'emploi ne sera plus dans le pré carré des seuls initiés mais investira quotidiennement la réflexion des prescripteurs afin qu'ils puissent améliorer durablement la qualité de vie des travailleurs touchés par la maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Clainchard E. Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi [Internet]. Prachis Ile-de-France; 2005. Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/Etude_maintien.pdf
2. Chapiro F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):37-56.
3. République Française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. SANX0300217L février, 2005 p. 2353. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
4. Baradat D, Quériaud C. La maladie au travail: un risque de désinsertion professionnelle ? In: 46e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. Paris: SELF; 2011. p. 29–34.
5. Mauroux A. Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. DARES; 2016.
6. Diène É, Fouquet A, Geoffroy-Perez B, Julliard S. Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2014;75(3):S46.
7. Olivier L. La population active en métropole à l'horizon 2030 : une croissance significative dans dix régions. oct 2011;(1371). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2124013>
8. Barhoumi M, Chabanon L. Emploi et chômage des personnes handicapées. nov 2015;
9. Erhel C, Guergoat-Larivière M. La mobilité de la main-d'oeuvre en Europe: le rôle des caractéristiques individuelles et de l'hétérogénéité entre pays. 2010;(1330). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00616797>
10. DARES. L'accès à l'emploi des personnes handicapé en 2007. nov 2008;(47.1).
11. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Les maladies chroniques. *adsp*. 2010;(72):11–53.
12. Testenoire A, Trancart D. Parcours professionnels, ruptures et transitions,

- inégalités face aux événements de santé. Centre d'études de l'emploi; 2011. Report No.: 65.
13. Barnay T, Duguet E, Le Clainche C, Narcy M, Videau Y. The impact of a disability on labour market status: a comparison of the public and private sectors. Centre d'études de l'emploi; 2015.
 14. Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. DARES; 2015.
 15. Barnay T, Favrot J, Pollak C. L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles. *Economie et statistique*. 2015;475(1):135–156.
 16. PONS Y. Les demandeurs d'emploi en situation de handicap : un accompagnement renforcé pour une population éloignée de l'emploi. *nov 2017*;37(8):8.
 17. Ross CE, Mirowsky J. Does employment affect health? *J Health Soc Behav*. sept 1995;36(3):230-43.
 18. Mesrine A. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Economie et Statistique*. 2000;334(1):33-48.
 19. Tillmann T, Pikhart H, Peasey A, Kubinova R, Pajak A, Tamosiunas A, et al. Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: A multicentre prospective cohort study. *PLoS Med*. déc 2017;14(12).
 20. Soliman EZ, Zhang Z-M, Judd S, Howard VJ, Howard G. Comparison of Risk of Atrial Fibrillation Among Employed Versus Unemployed (from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study). *Am J Cardiol*. 15 oct 2017;120(8):1298-301.
 21. Eshak ES, Honjo K, Iso H, Ikeda A, Inoue M, Sawada N, et al. Changes in the Employment Status and Risk of Stroke and Stroke Types. *Stroke*. mai 2017;48(5):1176-82.
 22. Imanishi Y, Fukuma S, Karaboyas A, Robinson BM, Pisoni RL, Nomura T, et al. Associations of employment status and educational levels with mortality and hospitalization in the dialysis outcomes and practice patterns study in Japan. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0170731.
 23. Kroll LE, Müters S, Lampert T. Unemployment and Health: An overview of current research results and data from the 2010 and 2012. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. févr 2016;59(2):228-37.
 24. Gallais JL. Le salarié, le médecin généraliste traitant et le médecin du travail : Quel trio possible ou souhaitable ? [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1364/fichier_le_salarie-le_mg_et_le_med_travail9f8e5.pdf

25. Chastel X, Blemont P, Soulat J-M. Attractivité et formation des professions de santé au travail [Internet]. IGAS; 2017 Août [cité 26 janv 2018] p. 176. Report No.: 2017-057. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-023R.pdf>
26. République Française. Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail [Internet]. ETSX1104600L juillet, 2011 p. 12677. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/7/20/ET SX1104600L/jo/texte>
27. République Française. Article L4622-8. Code du travail.
28. République Française. Article L4622-2. Code du travail.
29. République Française. Article L4624-3. Code du travail.
30. République Française. Article R4624-17. Code du travail.
31. République Française. Article R4624-11. Code du travail.
32. République Française. Article R4624-13. Code du travail.
33. République Française. Article R4127-4. Code de la santé publique.
34. République Française. Article R4127-95. Code de la santé publique.
35. Calloch' L-J. Les médecins-conseils : missions et déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 1998 p. 13. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-medecins-conseils-missions-et-deontologie-711>
36. République Française. Article L315-2. Code de la sécurité sociale.
37. République Française. Article L323-4-1. Code de la sécurité sociale.
38. République Française. Article R4624-29. Code du travail.
39. République Française. Article L323-3-1. Code de la sécurité sociale.
40. République Française. Article R341-17. Code de la sécurité sociale.
41. République Française. Article L1132-1. Code du travail.
42. République Française. Article L5213-6. Code du travail.
43. République Française. Article L5212-2. Code du travail.
44. République Française. Article L5212-13. Code du travail.
45. République Française. Article L5212-6. Code du travail.
46. République Française. Article L5212-8. Code du travail.
47. République Française. Article D5212-19. Code du travail.

48. République Française. Article L2312-5. Code du travail.
49. République Française. Article L2312-8. Code du travail.
50. République Française. Article L2312-9. Code du travail.
51. République Française. Article L2312-12. Code du travail.
52. République Française. Article L1226-2. Code du travail.
53. République Française. Article L1226-10. Code du travail.
54. République Française. Article L2242-17. Code du travail.
55. République Française. Article L2242-18. Code du travail.
56. AGEFIPH. Profil et missions [Internet]. agefiph.fr. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/A-propos-de-l-Agefiph/Profil-et-missions>
57. AGEFIPH. Rapport d'activité. 2016.
58. République Française. Décret n°2006-501 relatif au fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. 2006-501, FPPA0600034D mai, 2006 p. 6599.
59. FIPHFP. Catalogue des interventions. 2017.
60. Comete France. Rapport national d'activité. 2016.
61. Emploi et Handicap. Alther [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.emploi-et-handicap.com/alther/nos-services/>
62. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 [Internet]. 2017 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cnam_RAPC18_interactif.pdf
63. du Mesnil du Buisson M-A, Aballea P. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2017 Décembre. Report No.: 2017-025R.
64. Jusot F, Khalat M, Rochereau T, Sermet C. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Questions d'économie de la santé. 2007;(125):1-4.
65. COCT. Conditions de travail - Bilan 2014 [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social; 2015 [cité 26 janv 2018] p. Paris. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ct_2014_dynamique.pdf
66. République Française. Article L323-3. Code de la sécurité sociale.

67. République Française. Article R433-15. Code de la sécurité sociale.
68. République Française. Article L341-3. Code de la sécurité sociale.
69. République Française. Article L341-15. Code de la sécurité sociale.
70. République Française. Article L341-4. Code de la sécurité sociale.
71. République Française. Article L341-12. Code de la sécurité sociale.
72. République Française. Article L4624-6. Code du travail.
73. République Française. Article L4624-7. Code du travail.
74. République Française. Article R4624-12. Code du travail.
75. République Française. Article L1226-2-1. Code du travail.
76. République Française. Article L432-9. Code de la sécurité sociale.
77. Assurance maladie Branche professionnelle. Le retour à l'emploi. Les matinées employeur; 2017.
78. République Française. Article R4624-34. Code du travail.
79. AGEFIPH. Reconnaissance de la lourdeur du handicap [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/Entreprise/Reconnaissance-de-la-lourdeur-du-handicap>
80. République Française. Annexe 2-5. Code de l'action sociale et des familles.
81. Saliba M-L, Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P. Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2013;(61):172-9.
82. Verger P, Ménard C, Richard J-B, Demortière G, Beck F. Collaboration Between General Practitioners and Occupational Physicians: A Comparison of the Results of Two National Surveys in France. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. févr 2014;56(2):209.
83. Doussin F. Relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail. Université de Nantes; 2009.
84. Verger P, Ménard C, Richard J-B, Viau A. Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés. INPES; 2011.
85. Couturier A-L, Desmidt L. Connaissances et pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire concernant la visite de pré-reprise et le temps partiel thérapeutique. Université d'Angers; 2017.

86. Pires S, Tone F, Wloch K, Fantoni-Quinton S. Utilisation et intérêt de la visite de pré-reprise : enquête réalisée auprès de médecins du travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2016;77(3):393.
87. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. 2016;(486). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
88. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps du médecin généraliste. 2010;(15):15.
89. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skanér Y. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Déc 2011*; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126222>
90. Kedzia S, Kunz R, Zeller A, Rosemann T, Frey P, Sommer J. Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physician. *Swiss Med Wkly [Internet]*. nov 2015; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26588114>
91. Depersin C. Enquête régionale sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes [Internet]. Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2017. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-8077>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Prévention de la désinsertion professionnelle : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Nord.

Ce questionnaire a pour objectif de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes du Nord quant à l'utilisation des acteurs et des outils institutionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Le questionnaire est anonyme, contient 21 questions et ne prendra que 5 à 7 minutes. Il convient de le remplir sans aide extérieure, en vous basant sur votre activité des 12 derniers mois. Il est agrémenté de quelques rappels sur les acteurs et sur les outils disponibles en cas de situation à risque de désinsertion professionnelle.

Je vous suis très reconnaissants par avance de l'aide que vous m'apporterez.

Grégory OLIVIER,
Interne

*Obligatoire



Préparer la reprise professionnelle

Selon le dernier rapport de l'institut de Santé au Travail du Nord de la France, 90% des salariés ayant été déclarés inaptes ont eu un arrêt de travail de plus de 3 mois.

1. Q1) Face à des arrêts de travail pouvant avoir des répercussions sur la situation professionnelle de votre patient, vous-arrive-t-il d'inciter vos patients à prendre contact avec son médecin du travail ? *

Une seule réponse possible.

- A chaque fois
- Le plus souvent possible
- De temps en temps
- Jamais

Visite de pré-reprise

Durant un arrêt de travail, votre patient, son médecin traitant ou le médecin-conseil de l'Assurance Maladie, peuvent demander à son médecin du travail l'organisation d'une visite de pré-reprise. Elle est de droit si la durée de l'arrêt de travail excède 3 mois.

Cette visite permet de prévoir, si nécessaire, des mesures d'adaptation de son poste et / ou du temps de travail.

Le médecin du travail peut également préconiser des formations professionnelles en vue de faciliter le reclassement ou la réorientation professionnelle. Sauf opposition de la part du salarié, il informera l'employeur et le médecin-conseil de l'Assurance Maladie de ces recommandations, afin que toutes les mesures soient mises en œuvre pour favoriser son maintien dans l'emploi.

2. **Q2) A ce jour, étiez-vous informé(e) de la possibilité d'une telle visite? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passez à la question 6.*

3. **Q3) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous conseillé une visite de pré-reprise à vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
 En moyenne, une fois par trimestre ou moins
 En moyenne, une fois par mois
 En moyenne, une fois par semaine
 Plus d'une fois par semaine

4. **Q4) Quand vous conseillez une visite de pré-reprise, vous arrive-t-il de transmettre, à votre patient, un courrier destiné au médecin du travail ? ***

Une seule réponse possible.

- A chaque fois
 Le plus souvent possible
 De temps en temps
 Jamais

5. **Q5) Quels sont les obstacles qui vous empêchent de conseiller plus souvent la visite de pré-reprise ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Je crains des répercussions sur la situation professionnelle de mon patient.
 La procédure administrative me paraît complexe.
 Je manque de temps.
 Je doute de l'indépendance du médecin du travail.
 Je ne rencontre pas d'obstacle.
 Je ne me prononce pas.
 Autre : _____

Temps partiel thérapeutique :

La reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) est prescrite par le médecin traitant lorsqu'il estime que son patient ne peut pas reprendre son travail à charge pleine, mais qu'il juge que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement.

Les conditions d'éligibilité :

1. le TPT est prescrit par le médecin traitant
2. le TPT doit être immédiatement précédé d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet, sauf en cas d'affection de longue durée (ALD)
3. le TPT est subordonné à l'accord de l'employeur qui n'a pas l'obligation d'accepter et peut invoquer l'impossibilité de cet aménagement du fait des contraintes de fonctionnement de l'entreprise.
4. Si l'entreprise accepte, les modalités de mise en œuvre doivent être négociées entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail.

Lorsque toutes les conditions sont réunies, en complément du salaire versé par l'employeur, la caisse de sécurité sociale verse une indemnisation sous la forme d'indemnités journalières.

6. Q6) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous prescrit un temps partiel thérapeutique ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- En moyenne, une fois par trimestre ou moins
- En moyenne, une fois par mois
- En moyenne, une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

La reconnaissance travailleur handicapé :

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

La reconnaissance administrative en qualité travailleur handicapés (RQTH) permet de bénéficier des dispositifs spécifiques d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi (CAP Emploi, AGEFIPH, SAMETH..).

Sont bénéficiaires de ces services :

- les bénéficiaires de la reconnaissance administrative délivrée par la MDPH
- les bénéficiaires d'une rente de la sécurité sociale pour accident du travail ou maladie professionnelle
- les titulaires d'une pension d'invalidité
- les titulaires de l'allocation adulte handicapé

Une personne bénéficiant d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) n'est pas tenue d'en informer son employeur, mais l'accès aux avantages conférés par une RQTH n'est possible que si l'employeur est informé.

7. Q7) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous aidé vos patients à constituer un dossier MDPH ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- En moyenne, une fois par trimestre ou moins
- En moyenne, une fois par mois
- En moyenne, une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

8. **Q8) A quelle fréquence, avez-vous suggéré à vos patients, dans les 12 derniers mois, une demande en reconnaissance en qualité travailleur handicapé (RQTH) ?**

Une seule réponse possible.

- Jamais
- En moyenne, une fois par trimestre ou moins
- En moyenne, une fois par mois
- En moyenne, une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

9. **Q9) En faisant abstraction de l'état clinique de votre patient, qu'est-ce qui vous empêche de proposer plus souvent une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Avant cette étude, je ne connaissais pas cette reconnaissance administrative.
- Je crains des répercussions sur la situation professionnelle de mon patient.
- La procédure administrative me paraît complexe.
- Je ne dispose pas assez de temps pour m'y consacrer.
- Ce n'est pas dans mes missions.
- La demande me paraît abusive.
- Le mot "handicapé" effraie.
- Je ne rencontre pas d'obstacle m'empêchant de proposer plus souvent une telle reconnaissance.
- Autre : _____

Service social de la CARSAT / CPAM

Si vous avez un patient en arrêt de travail et que son état de santé complexifie son retour au travail, une assistante sociale du service social de l'assurance maladie peut :

- informer vos patients sur ses droits et les démarches à effectuer,
- lui conseiller les actions qu'il peut engager pendant son arrêt de travail (visite de pré-reprise, bilan de compétences, aménagement du poste de travail...),
- l'orienter ou le mettre en relation avec le bon interlocuteur (médecin du travail, service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés SAMETH...),
- évaluer avec lui sa situation et l'aider à construire un projet professionnel adapté.

10. **Q10) Avant cette étude, aviez-vous eu connaissance de ce service ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 13.*

11. **Q11) A quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, avez-vous conseillé à vos patients de rencontrer une assistante sociale de la sécurité sociale ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais
- En moyenne, une fois par trimestre ou moins
- En moyenne, une fois par mois
- En moyenne, une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

12. **Q12) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne conseillez pas plus souvent un entretien avec l'assistante sociale de la sécurité sociale ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Les démarches me paraissent complexes.
- Je manque de temps pour m'y consacrer.
- Ce n'est pas dans mes missions.
- Ce service ne me semble pas le plus pertinent pour aider mon patient.
- Je n'ai pas d'avis.
- Autre : _____

Formation

13. **Q13) Estimez-vous être bien formé(e) à la prévention de la désinsertion professionnelle ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. **Q14) Souhaitez-vous bénéficier de formations sur la prévention de la désinsertion professionnelle ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Signalétique

15. **Q15) Êtes-vous : ***

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

16. Q16) Exercez-vous : *

Une seule réponse possible.

- En cabinet de groupe
 En cabinet individuel

17. Q17) Quel est votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Activité libérale exclusive
 Activité salariée exclusive *Passez à la question 19.*
 Activité mixte

18. Q18) Êtes-vous conventionné ? *

Une seule réponse possible.

- Oui , en secteur 1
 Oui, en secteur 2
 Non, je ne suis pas conventionné

19. Q19) Combien d'actes médicaux réalisez-vous en moyenne par jour ? *

Une seule réponse possible.

- 9 actes ou moins / jour
 entre 10 et 19 actes / jour
 entre 20 et 29 actes / jour
 entre 30 et 39 actes / jour
 40 actes ou plus / jour

20. Q20) Depuis combien de temps exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Depuis 9 ans ou moins
 Entre 10 et 19 ans
 Entre 20 et 29 ans
 Entre 30 et 39 ans
 Depuis 40 ans ou plus

21. Q21) Dans quelle zone géographique exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Dans le Dunkerquois
- Dans la Flandre intérieure
- Dans la Métropole lilloise
- Dans le Douaisis
- Dans le Valenciennois
- Dans la Sambre Avesnois
- Dans le Cambrésis

Remerciements


Encore merci pour votre participation.

Si vous avez une suggestion quant à ce questionnaire ou si vous souhaitez recevoir les résultats de ce travail, vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse suivante :

these.maintiendanslemploi.59@gmail.com

Grégory OLIVIER

Fourni par

 Google Forms

Annexe 2 : Courrier explicatif



Chère Consœur, cher Confrère,

Je m'appelle Grégory OLIVIER, interne en médecine du travail à la faculté de médecine de Lille.

Mon travail de thèse, qui s'intitule « Prévention de la désinsertion professionnelle : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Nord » a pour objectif de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes du Nord sur l'utilisation des acteurs et des outils institutionnels du maintien dans l'emploi.

En France, être atteint d'une affection chronique multiplie par 4 le risque d'être inactif (chômage, invalidité...). Parce que vous êtes au cœur de la prise en charge et que le maintien dans l'emploi améliore la qualité de vie, il est indispensable de favoriser la collaboration entre les différents acteurs du maintien dans l'emploi.

Au fil de ce questionnaire, vous trouverez des informations relatives aux outils et aux acteurs mobilisables lorsque vous êtes confrontés à un risque de désinsertion professionnelle.

Les résultats de cette enquête serviront de base à la construction d'un module de FMC destiné aux médecins généralistes.

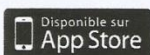
Pour répondre au questionnaire, 3 possibilités vous sont proposées :

- 1) En remplissant le questionnaire papier en l'envoyant grâce l'enveloppe affranchie fournie.
- 2) Ou en entrant, sur votre barre de recherche internet, le lien suivant :
<https://goo.gl/forms/25uUHPdoldlbOso72>
- 3) Vous avez également la possibilité de flasher le QR Code ci-dessous avec votre smartphone ou votre tablette. En le flashant, vous y répondez directement sur le téléphone.



Voici la liste des applications gratuites et compatibles :

- Unitag QR Code Scanner
- QR Reader
- Flashcode
- QR +
- Quick scanner
- QuickMark



En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande.

Confraternellement,

Grégory OLIVIER
Interne en médecine du travail
oliviergregory59@yahoo.fr

Dr Ariane LEROYER
MCU-PH
Université de Lille 2 / CHRU de Lille
Directrice de thèse

Annexe 3 : Avis d'arrêt de travail



n° 50069#0(.)

avis d'arrêt de travail

notice

à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous seront remises avec les avis d'arrêt de travail.

1 Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

2 Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

3 Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

3^{bis} Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

4 En application de l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique dès lors qu'un arrêt de travail à temps complet indemnisé précède immédiatement la reprise de travail à temps partiel. Ce dispositif concerne les assurés qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée (ALD).

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assurés atteints d'une ALD dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection et que l'intéressé(e) a déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de l'ALD (dans un délai de trois ans).

Vous devez indiquer la durée du temps partiel thérapeutique dans la limite prévue par la réglementation.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante.

5 Eléments d'ordre médical :

L'article L162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale prévoit la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, si besoin, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse, soit reporter en toutes lettres ces éléments.

NOTICE PRN-PRE S 3116x

cerfa
n°10170*0
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-teral, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-Sinemat, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.316-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)	
numéro d'immatriculation	
nom et prénom <small>(nom de famille - de naissance - actuel, le cas échéant, de nom d'usage)</small>	
code de l'organisme de rattachement <small>(voir votre attestation papier MSA)</small>	
adresse où le malade peut être visité <small>(si différente de votre adresse habituelle) (*)</small>	
code postal	ville n° téléphone :
bâtiment : escalier : étage : appartement :	code d'accès de la résidence :
<small>(*) L'accord préalable de votre caisse est obligatoire si cette adresse se situe hors de votre département de résidence</small>	
activité salariée <input type="checkbox"/>	profession indépendante <input type="checkbox"/>
sans emploi <input type="checkbox"/>	date de cessation d'activité : précisez votre situation <small>(voir notice 0*)</small>
l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers <small>(voir notice 0*)</small> : oui <input type="checkbox"/> date : non <input type="checkbox"/>	
l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :	
médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescrip leur initial <input type="checkbox"/>	médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant <input type="checkbox"/>
autre cas <input type="checkbox"/>	à l'occasion d'une hospitalisation <input type="checkbox"/>
précisez et indiquez le motif :	

l'employeur	
nom, prénom ou dénomination sociale	n° téléphone : e.mail :
adresse	

les renseignements médicaux	
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :	
* prescrit un arrêt de travail jusqu'au	inclus
- en toutes lettres : <small>(à compléter obligatoirement)</small> et - en chiffres	
sans rapport* <input type="checkbox"/> en rapport* <input type="checkbox"/>	avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale <small>(voir notice 1)</small>
sans rapport* <input type="checkbox"/> en rapport* <input type="checkbox"/>	avec un état pathologique résultant de la grossesse <small>(voir notice 2)</small>
<small>*une des deux cases doit être obligatoirement cochée</small>	
sorties autorisées : oui <input type="checkbox"/> à partir du : non <input type="checkbox"/>	
<small>(l'attard(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)</small>	
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :	
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à partir du <small>(voir notice 3 bis)</small>	
* prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :	
<small>(voir notice 4)</small>	
sans rapport* <input type="checkbox"/> en rapport* <input type="checkbox"/>	avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale <small>(voir notice 1)</small>
<small>*une des deux cases doit être obligatoirement cochée</small>	

éléments d'ordre médical <small>(voir notice 5)</small>	
Codification du motif médical	OU éléments en toutes lettres :
identification du praticien (nom et prénom)	
identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)	
identifiant	n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)
date	signature du praticien

PRN-PRE 53116x

La loi n° 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au simulateur. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines d'amendes, d'amende et/ou d'empêchement (articles 313-1, 44-1-1 et 44-1-5 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

AUTEUR : Nom : OLIVIER

Prénom : Grégory

Date de Soutenance : 8 mars 2018

Titre de la Thèse : Connaissance et utilisation des outils du maintien dans l'emploi par les médecins généralistes du nord

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine du travail

DES + spécialité : DES Médecine du travail

Mots-clés : Désinsertion professionnelle, maintien dans l'emploi

Contexte : Alors qu'il est consensuellement admis que le médecin généraliste a une position privilégiée dans le repérage des situations à risque de désinsertion professionnelle, peu d'enquêtes ont étudié l'implication des médecins généralistes dans l'initiation d'une démarche de maintien dans l'emploi. L'objectif de cette étude était de mieux connaître les pratiques des médecins généralistes du Nord concernant l'utilisation de certains outils y concourant.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive réalisée auprès d'un échantillon de 516 médecins généralistes du Nord. Les critères d'inclusion étaient l'inscription au conseil départemental de l'ordre des médecins en tant que médecin généraliste. Les critères d'exclusion étaient la pratique d'une médecine alternative ou dans une structure particulière. La collecte des données a été réalisée entre juin et août 2017, par l'envoi d'auto-questionnaires.

Résultats : 203 questionnaires complétés ont été analysés (39% de participation). L'échantillon était constitué majoritairement d'hommes (74%) avec une activité libérale exclusive (90%). 80% des médecins interrogés ont sollicité le médecin du travail devant une situation à risque de désinsertion professionnelle. 94% connaissaient l'existence de la visite de pré reprise. Concernant la visite de pré reprise, 40% des médecins généralistes l'ont conseillée au moins une fois par mois. 75% des omnipraticiens ont prescrit un temps partiel thérapeutique une fois par trimestre ou moins. Pour ce qui est de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, 81% des médecins généralistes l'ont suggérée au moins une fois dans l'année. Parmi ceux connaissant le service social de la CARSAT, 85% des médecins généralistes l'avaient conseillé au moins une fois à leurs patients.

Conclusion : Les médecins généralistes du Nord semblent sensibilisés à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ils sollicitaient, pour une grande majorité d'entre eux, les outils et les acteurs de proximité à mobiliser lors de situations à risque de désinsertion professionnelle. Cependant, notre étude révèle l'existence d'obstacles administratifs et déontologiques qu'il faut résoudre afin d'augmenter leur participation aux actions de maintien dans l'emploi.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur SOBASZEK

Assesseurs : Madame le Professeur FANTONI-QUINTON, Monsieur le Professeur LEROUGE, Madame le Docteur LEROYER