



HAL
open science

Facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois chez 8507 salariés déclarés médicalement inaptes en Hauts-de-France entre 2014 et 2018

B. Boulanger, M. Surquin, S. Fantoni-Quinton, A. Leroyer

► To cite this version:

B. Boulanger, M. Surquin, S. Fantoni-Quinton, A. Leroyer. Facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois chez 8507 salariés déclarés médicalement inaptes en Hauts-de-France entre 2014 et 2018. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2020, 68, pp.357 - 365. 10.1016/j.respe.2020.10.002 . hal-03492753

HAL Id: hal-03492753

<https://hal.science/hal-03492753v1>

Submitted on 21 Nov 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois chez 8507 salariés déclarés médicalement inaptes en Hauts-de-France entre 2014 et 2018

Factors related to the one-month retention of 8507 employees declared medically unfit in Hauts-de-France companies between 2014 and 2018

B. Boulanger^a, M. Surquin^b, S. Fantoni-Quinton^c, A. Leroyer^{a,d*}

^a *Service de santé publique, d'épidémiologie, d'économie de santé et prévention/Public health, epidemiology, health promotion and disease prevention unit, CHU de Lille, F-59000, Lille, France*

^b *Institut de santé au travail du Nord de la France/Occupational health institute of the northern French region, F-59000, Lille, France*

^c *Centre de consultations de pathologies professionnelles et environnement/Advisory center for occupational and environment-related pathologies, CHU de Lille, F-59000, Lille, France*

^d *Université de Lille, Inserm, CHU Lille, U1286 - INFINITE - Institute for Translational Research in Inflammation, F-59000 Lille, France*

**Auteur correspondant*

Adresse e-mail : ariane.leroyer@univ-lille.fr (A. Leroyer)

Abstract

Background Given the low rate of retention in a company after an employee has been found unfit for the job, our aim was to determine the factors related to employees being kept by their company one month after being declared unfit for the job due to either a musculoskeletal disease (MSD) or a mental health disorder (MHD).

Methods This study was based on all employees declared unfit for the job by the occupational physicians in the “Unfitness” survey in the French “Hauts-de-France” region between 2014 and 2018. For each of the two groups of workers, factors related to the employees being kept by their company one month after being declared unfit for the job were studied by logistic regression.

Results Only 6.9% of the 5352 workers declared unfit for the job due to MSD were kept in their company whereas 3.6% of the 3155 workers declared unfit for the job due to MHD were kept in theirs. For the two groups of workers, the proportion of employees kept by their company decreased with female gender (OR=0.63 95%CI[0.47-0.84] for MSD and OR=0.50 [0.32-0.78] for MHD for female vs male), long sick-leave (OR=0.26 [0.18-0.40] for MSD and OR=0.22 [0.11-0.45] for MHD for sick-leave >6 months vs no sick leave), small size of the company (<50 employees) and working in the construction field or services sector (vs industry or administration). Concerning the employees declared unfit due to MSD alone, the proportion of employees kept by their company decreased for seniors (>50 years old) and for those with low seniority (<5 years).

Conclusion “Retention in a company” as a tool for “maintenance of employment” is a little-discussed subject, lending further credence to the current recommendations for reduction of inequalities in working conditions and vocational training of employees according to age and socio-occupational category, and also for reduction of inequalities in occupational pathways according to gender.

Keywords Occupational Medicine; Musculoskeletal Diseases; Mental Disorders

Résumé

Position du problème Devant le faible taux de maintien dans l'entreprise après une inaptitude, l'objectif de l'étude était de déterminer les facteurs associés au maintien dans l'entreprise un mois après l'avis d'inaptitude médicale au poste de travail du fait soit de troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TSOA), soit de troubles mentaux et du comportement (TMC).

Méthodologie Cette étude était basée sur l'ensemble des salariés déclarés inaptes par les médecins du travail participants à l'enquête régionale « Inaptitudes » dans les Hauts-de-France entre 2014 et 2018. La recherche des facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois a été réalisée par régression logistique pour chacun des deux groupes étudiés.

Résultats L'étude a concerné 5352 salariés inaptes du fait d'un TSOA et 3155 salariés inaptes du fait d'un TMC. Un mois après l'avis d'inaptitude, 6,9 % (TSOA) et 3,6 % (TMC) des salariés étaient maintenus dans leur entreprise. Les principaux facteurs influençant défavorablement le taux de maintien dans l'entreprise à un mois pour ces deux grands types de pathologies étaient le genre féminin (OR=0,63 IC95% [0,47-0,84] et OR=0,50 [0,32-0,78] respectivement pour les TSOA et TMC), une longue durée d'arrêt de travail (OR=0,26 [0,18-0,40] et OR=0,22 [0,11-0,45] respectivement pour les TSOA et TMC pour des arrêts de plus de six mois versus l'absence d'arrêt), l'appartenance à une entreprise de moins de 50 salariés, les secteurs d'activité de la « construction » et des « services divers », comparativement au « secteur industriel » et à « l'administration publique ». Pour les salariés inaptes du fait d'un TSOA uniquement, un âge plus important (>50 ans) et une faible ancienneté dans l'entreprise (<5 ans) étaient également des facteurs négativement associés à un maintien à un mois dans l'entreprise.

Conclusion Le « maintien dans l'entreprise » comme outil du « maintien en emploi » est un axe peu traité venant renforcer les recommandations actuelles de réduction des inégalités de conditions de travail et de formation professionnelle des salariés selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle, et des inégalités de parcours professionnel selon le genre.

Mots-clés Médecine et santé au travail ; Troubles musculo-squelettiques ; Troubles mentaux

1. Introduction

Le maintien en emploi (MEE) est défini par la Haute Autorité de santé (HAS) comme « un processus d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé avec un retentissement sur leurs capacités de travail, dans le but de les maintenir durablement en emploi (et pas seulement dans leur poste de travail, ni dans la seule entreprise d'origine) dans des conditions compatibles dans la durée avec leur santé » [1]. Cette problématique prend une place de plus en plus importante dans notre société du fait de l'allongement de la vie au travail [2] et de l'augmentation de la fréquence des pathologies chroniques des salariés [3]. Affichée comme l'une des priorités de l'Etat, elle apparaît dans les plans nationaux de santé publique [4-5] qui se sont appuyés sur de nombreux rapports identifiant à la fois la réalité de cette problématique et les défaillances du système français de maintien en emploi. En août 2018, le rapport Lecocq [6] « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » avait dressé un tableau mitigé de la situation française concernant l'efficacité du dispositif actuel de maintien en emploi. Il a notamment été mis en avant que la non-coordination des intervenants dans la prévention de la désinsertion professionnelle (services santé travail [SST], organismes de protection sociale, organismes pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, organismes de formation) était un frein au maintien dans l'emploi. Le rapport Lecocq a ainsi préconisé la mise en place d'un guichet unique du maintien dans l'emploi, tandis que le rapport IGAS de décembre 2017 [7] a proposé un renforcement des SST en tant qu'acteur central de la prévention de la désinsertion professionnelle. La HAS a alors publié en 2019 des recommandations sur les stratégies à mettre en œuvre dès lors qu'un risque de désinsertion professionnelle est identifié ou pressenti du fait d'une altération de la santé des travailleurs.

Une étape particulière du maintien en emploi a lieu lorsque le salarié est déclaré médicalement inapte à son poste de travail par le médecin du travail [8]. Cette situation oblige l'employeur soit à reclasser son salarié dans l'entreprise, en lui proposant un emploi approprié à ces capacités (situation appelée par la suite « maintien dans l'entreprise »), soit à le licencier si le reclassement s'avère impossible. En 2017, la Direction générale du travail (DGT) a estimé à 150 000 le nombre d'avis d'inaptitude prononcés par les médecins du travail pour les salariés du privé [9]. En 2018, Présanse, organisme de représentation des services de santé au travail interentreprises de France, a estimé à 150 000 ce même nombre d'avis en se basant sur les données de 161 services de santé au travail inter-entreprises [10]. Environ les trois quarts des avis d'inaptitudes ont été motivés par des troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TSOA) et par des troubles mentaux et du comportement (TMC) [6,11-13]. Dans plus de 95 % des cas, les salariés déclarés inaptes sont licenciés [14]. Ces licenciements sont dans la majorité des cas une perte durable de l'emploi coûteuse pour l'individu, mais également pour la société [14]. Une étude réalisée en 2012 par la Direccte (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) en Bretagne montrait que parmi les salariés inaptes licenciés, seuls 18 % avaient retrouvés un travail à un

an [15]. Enfin, des exploitations de l'enquête « Santé Itinéraire Professionnel » avaient mis en évidence que, parmi les salariés ayant eu des troubles musculo-squelettiques avec des conséquences sur leur itinéraire professionnel, c'est le retrait définitif du marché du travail qui en était la conséquence la plus fréquente, concernant 20 % d'entre eux [16]. Il importe donc d'identifier les leviers possibles permettant un maintien dans l'entreprise. Or, si certains se sont penchés spécifiquement sur cette étape du MEE, peu d'études à ce jour ont été publiées. En Hauts-de-France, un recueil d'indicateurs sur les situations d'inaptitude étant mis en œuvre depuis plusieurs années, nous avons l'opportunité d'apporter des réponses à cette question. Ainsi, l'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs associés au maintien dans l'entreprise un mois après l'avis d'inaptitude, soit du fait d'un TSOA soit d'un TMC.

2. Méthodes

2.1. Contexte

Depuis 1998, des professionnels de santé au travail des Hauts-de-France se sont regroupés au sein du réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) [17]. Ce réseau, porté par l'Institut Santé Travail du Nord de la France (ISTNF), a pour objectif le maintien en emploi et la lutte contre la désinsertion professionnelle des salariés confrontés à un problème de santé. Ce réseau favorise la mobilisation des mesures de prévention de la désinsertion professionnelle et facilite la réalisation d'actions coordonnées et harmonisées à l'échelle régionale. A partir de 2006, l'ISTNF et le réseau STME ont développé un suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes médicales. Ce dispositif consistait à recueillir, sur une base commune unique aux différents services de santé au travail de la région, des données anonymes concernant les salariés pour lesquels une inaptitude a été prononcée, la pathologie à l'origine de l'inaptitude, l'entreprise dans laquelle ils sont salariés, les contraintes de travail, la procédure suivie, les actions réalisées dans le cadre de l'inaptitude et le devenir du salarié un mois après que l'inaptitude ait été prononcée. L'évolution de la législation concernant les inaptitudes pendant la période de collecte des données (changement de procédure pour l'avis d'inaptitude [18]) a amené à des modifications de plusieurs questions au fil du temps.

2.2. Population

Étaient inclus dans l'enquête régionale sur les inaptitudes tous les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail par les médecins volontaires pour participer à l'étude exerçant leur activité dans un des services de santé au travail de la région (interentreprises et autonomes). Seuls les SST de l'ancienne région Nord-Pas de Calais étaient concernés jusqu'en 2014, puis ceux de la nouvelle région Hauts-de-France à partir de 2015. Les salariés ayant refusé que leurs données soient utilisées n'ont pas été inclus dans l'enquête.

L'étude présentée dans cet article concernait une partie des salariés inclus dans cette enquête régionale. Seuls les salariés déclarés inaptes entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2018 du fait d'un TSOA ou d'un TMC ont été considérés. Les salariés issus des catégories

« Agriculture, Sylviculture et Pêche » et « Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises » ont été exclus (catégories très peu représentées), ainsi que les salariés pour lesquels les données sur le secteur d'activité (code NAF) ou la catégorie socioprofessionnelle (code PCS-ESE) étaient manquantes. Enfin, seuls les salariés déclarés inaptes pour lesquels nous disposions d'une réponse à la notion de maintien dans l'entreprise à un mois ont pu être intégrés à l'étude.

2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies via un questionnaire complété par les médecins du travail et leurs équipes à partir des informations du dossier médical de santé au travail. L'information sur le devenir du salarié à un mois, n'ayant pas de caractère obligatoire dans le questionnaire, n'a pas été systématiquement recherchée. Cette information était connue soit à l'occasion d'échanges avec l'employeur et/ou le salarié, soit recherchée par certaines assistantes « maintien dans l'emploi » qui appelaient les entreprises pour connaître le devenir du salarié.

2.4. Données exploitées

Les variables exploitées étaient l'âge, le genre, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de formation, la taille de l'entreprise, le secteur d'activité, l'ancienneté dans l'entreprise, la pathologie principale à l'origine de l'inaptitude et l'existence de pathologies associées, les contraintes de travail jugées par le médecin du travail comme étant à l'origine de l'inaptitude, la durée de l'arrêt de travail, la mobilisation des ressources internes au SST et la notion d'accompagnement externe.

La catégorie socioprofessionnelle a été subdivisée en six catégories à partir du code PCS-ESE : les cadres et professions intellectuelles supérieures (3xxx), les professions intermédiaires (4xxx), les employés administratifs (520x-524x ; 540x-546x), les employés de commerce et services (525x-534x ; 550x-564x), les ouvriers qualifiés (620x-656x) et les ouvriers non qualifiés (670x-692x).

Le secteur d'activité a été subdivisé selon la nomenclature agrégée en six postes de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) à partir des lettres du code NAF [19] (ici réduite à cinq groupes) : « BE - industrie manufacturière, industrie extractive et autre », « F - construction », « GI - commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration », « OQ - administration publique, enseignement, santé et action sociale » et « JU - services divers ».

L'appareil ou l'organe en cause motivant l'inaptitude était choisi (choix unique) parmi 12 possibilités de réponse : « sang et organes hématopoïétique », « endocrinien, nutritionnel et métabolique », « système nerveux », « œil et ses annexes », « oreille et apophyse mastoïde », « troubles mentaux et du comportement », « appareil circulatoire », « appareil respiratoire supérieur ou inférieur », « appareil digestif », « peau et tissu cellulaire sous cutané », « système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif », « appareil génito-urinaire ». La notion de

pathologie associée était une question binaire, pour laquelle le médecin pouvait ensuite renseigner, en clair, la ou les pathologies en question.

Les contraintes de travail jugées par le médecin du travail comme étant à l'origine de l'inaptitude et étudiées ici étaient : la manutention, les postures pénibles, les vibrations mécaniques, les agents chimiques et biologiques, les températures extrêmes, le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif, le bruit, les contraintes temporelles, la pression psychologique, les problèmes relationnels, les déplacements prolongés à pied et le risque d'agression.

La notion d'accompagnement interne au SST faisait référence à la mobilisation du médecin ou à l'assistant référent « Santé travail maintien dans l'emploi », à l'infirmier-ère de santé au travail, à un-e assistant-e sociale, à un psychologue ou un ergonome. Celle d'accompagnement externe au SST était quant à elle reliée à la mobilisation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), du Cap Emploi, du service social de l'Assurance maladie (CARSAT), des organismes de bilan de compétence, des organismes de formation professionnelle ou des acteurs de l'entreprise (autre que l'employeur).

2.5. Éthique

L'enquête a bénéficié d'un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherches dans le domaine de la santé (avis CCTIRS n°09.010bis) le 19 mars 2009 et d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (autorisation CNIL N° 909164) le 1^{er} septembre 2009.

2.6. Traitement des données

Une analyse descriptive a été réalisée pour chaque groupe de salariés inaptés (TSOA et TMC). La recherche des facteurs liés au maintien dans l'entreprise à un mois a été réalisée en deux étapes, séparément pour chacun des deux groupes étudiés. Tout d'abord nous avons effectué une analyse univariée (tests du khi 2). Nous avons retenu toutes les variables pour lesquelles la valeur de p était inférieure à 0,15 dans cette première analyse afin de les intégrer dans une régression logistique binaire pas-à-pas descendante. Le degré de significativité retenu pour cette analyse multivariée était de 0,05. Cette étape nous a permis d'estimer des odds ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % pour chaque variable liée au maintien dans l'entreprise.

Des analyses de sensibilité ont été conduites, en ajoutant dans les modèles finaux des effets « SST » et « médecin » en tant qu'effets aléatoires, afin de prendre en compte les disparités potentielles de gestion du maintien en emploi entre médecins et entre SST. Les OR obtenus pour les effets fixes n'ont été que peu modifiés, permettant de s'assurer de la stabilité des modèles obtenus.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel R (version 3.6.1) [20] et la régression logistique par la fonction « glm » du package « stats-package ».

3. Résultats

Entre 2014 et 2018, 392 médecins du travail volontaires et leurs équipes de santé au travail (issus de 20 SST de la région Hauts-de-France) ont participé à l'enquête régionale sur les inaptitudes — soit 58,2 % des médecins en moyenne sur la période. Ces équipes ont enregistré 22 243 inaptitudes au poste de travail, dont 10 742 prononcées du fait d'un TSOA (48,3 %) et 6337 du fait d'un TMC (28,5 %). Plus de 80 % des inaptitudes enregistrées provenaient de 7 des 16 SST interentreprises participants (sur les 17 SSTI de la région), près de 3 % des fiches ont été enregistrées par les deux services de la MSA de la région, tandis que les deux services autonomes participants ont enregistré moins de 1 % des fiches. Après exclusion des fiches non incluables dans notre étude (secteurs d'activité manquants ou trop peu représentés, catégories socioprofessionnelles manquantes, et réponses manquantes au devenir à 1 mois), les deux groupes étudiés comportaient au final 5353 salariés déclarés inaptes du fait d'un TSOA (soit 49,8 % des salariés inaptes du fait d'un TSOA) et 3155 salariés déclarés inaptes du fait d'un TMC (soit 49,8 % des salariés inaptes du fait d'un TMC) (Fig. 1).

3.1. Salariés déclarés inaptes

Les salariés ayant eu un avis d'inaptitude du fait d'un TSOA étaient aussi souvent des hommes que des femmes (Tableau 1). Plus de la moitié d'entre eux étaient âgés de 50 ans ou plus. Près de 58 % étaient ouvriers, et près de 85 % avaient un niveau de formation inférieur au baccalauréat. Plus de $\frac{3}{4}$ d'entre eux étaient en arrêt depuis plus de six mois. Des contraintes de travail étaient souvent présumées à l'origine de leur inaptitude, notamment les manutentions et les postures pénibles. L'état de santé global de ces salariés se trouvait impacté par une pathologie associée à celle motivant l'inaptitude dans plus de 45 % des cas.

Les salariés ayant eu un avis d'inaptitude du fait d'un TMC étaient majoritairement des femmes (62 %). Plus de $\frac{3}{4}$ d'entre eux avaient moins de 50 ans, près de la moitié étaient des employés. Ils étaient en arrêt de travail depuis plus de six mois dans 60 % des cas et entre trois et six mois dans 22 % des cas. Les contraintes de travail le plus souvent présumées à l'origine de l'inaptitude étaient la pression psychologique, les problèmes relationnels et les contraintes temporelles. Un quart de ces salariés avaient une pathologie associée à celle ayant motivé l'inaptitude.

3.2. Salariés maintenus dans l'entreprise

Un mois après que l'avis d'inaptitude ait été prononcé, 6,9 % (n=372, 139 femmes et 233 hommes) des salariés inaptes du fait d'un TSOA et 3,6 % (n=114, 59 femmes et 55 hommes) de ceux inaptes du fait d'un TMC étaient maintenus dans l'entreprise. Sur une partie des données étudiées (années 2014 à 2016), nous avons pu constater que ces maintiens étaient très majoritairement des reclassements dans l'entreprise (82 %), les autres maintiens correspondant à des maintiens au poste après aménagements.

3.3. Facteurs liés au maintien dans l'entreprise

La première étape de l'analyse des facteurs liés au maintien dans l'entreprise consistait à étudier les liens univariés entre le maintien et les caractéristiques des salariés, de leur entreprise et de leur travail, ainsi que les modes d'accompagnements sollicités pour le maintien en emploi (Tableau 1). Pour les salariés déclarés inaptes, que ce soit du fait d'un TSOA ou d'un TMC, les hommes bénéficiaient plus souvent d'un maintien dans l'entreprise que les femmes. Les cadres, les professions intermédiaires et les employés administratifs présentaient un taux de maintien plus important que les employés de commerce ou les ouvriers non qualifiés. Le taux de maintien en entreprise était deux fois supérieur pour les salariés inaptes ayant achevé des études supérieures que pour ceux ayant un niveau inférieur au bac. Le taux de maintien augmentait avec la taille de l'entreprise. On notait également que plus la durée de l'arrêt de travail était importante, plus le taux de maintien était faible. Chez les salariés inaptes du fait d'un TSOA, ceux âgés de 40 à 49 ans étaient davantage maintenus dans leur entreprise que ceux d'âge extrême (<30 ans et ≥60 ans), tandis que le maintien n'était pas lié à l'âge chez les salariés inaptes du fait d'un TMC. De la même façon, les salariés ayant de 16 à 25 ans d'ancienneté étaient plus souvent maintenus dans l'entreprise que ceux ayant des anciennetés moindres ou plus élevées chez les salariés inaptes du fait d'un TSOA, tandis qu'il n'y avait pas de lien entre ancienneté et maintien chez les salariés inaptes du fait d'un TMC. Les salariés inaptes du fait d'un TSOA travaillant dans l'industrie étaient plus souvent maintenus dans l'entreprise que ceux travaillant dans les autres secteurs d'activité ; concernant les salariés inaptes du fait d'un TMC, ce sont les salariés de l'administration publique qui étaient plus souvent maintenus que ceux des autres secteurs. Le fait que le médecin ait identifié une exposition à certains risques professionnels comme étant à l'origine de l'inaptitude du fait d'un TSOA, comme la manutention, le travail répétitif, les contraintes temporelles et la pression psychologique, était associé à un taux plus important de maintien. En revanche, pour les salariés inaptes du fait d'un TMC, seule l'identification de problèmes relationnels comme étant supposés à l'origine de l'inaptitude était significativement associée à un maintien moins fréquent.

L'analyse multivariée, par la prise en compte simultanée de l'ensemble des facteurs étudiés, a permis de confirmer les facteurs indépendamment liés au maintien dans l'entreprise (Tableau 2). Certains facteurs étaient communs quelle que soit la pathologie à l'origine de l'inaptitude. Les femmes inaptes du fait d'un TSOA étaient moins souvent maintenues dans l'entreprise que les hommes (OR=0,60, IC95% [0,47-0,84]), tout comme celles inaptes du fait d'un TMC (OR=0,50 [0,32-0,78]). Comparativement aux employés de commerce, les cadres, les professions intermédiaires et les employés administratifs étaient plus souvent maintenus dans l'entreprise, quelle que soit la cause de leur inaptitude. Les salariés avaient d'autant moins de chance d'être maintenus dans l'entreprise qu'ils avaient eu un arrêt de travail et que celui-ci avait une durée importante (OR=0,26 [0,18-0,40] pour des arrêts de plus de six mois lors des inaptitudes pour TSOA, OR=0,22 [0,11-0,45] lors des inaptitudes pour TMC, par rapport à

l'absence d'arrêt de travail). Enfin, plus la taille de l'entreprise était importante, meilleur était le taux de maintien dans l'entreprise : OR=3,68 [2,47-6,17] pour les salariés inaptes du fait d'un TSOA, OR=2,33 [1,25-4,51] pour ceux inaptes du fait d'un TMC pour ceux travaillant dans une entreprise de plus de 250 salariés versus une entreprise de moins de 10 salariés.

Dans le cas des inaptitudes du fait d'un TSOA, l'âge élevé était lié à un maintien moins fréquent (OR=0,53 [0,30-0,99] et OR=0,44 [0,21-0,94] respectivement pour les 50-59 ans et les 60 ans et plus, par rapport aux moins de 30 ans). À âge égal, le taux de maintien était significativement plus important pour les salariés ayant plus de 10 ans d'ancienneté que pour ceux ayant moins de six ans d'ancienneté. Les secteurs d'activité ayant les plus faibles taux de maintien étaient la construction et les services divers (OR=0,44 [0,28-0,68] et OR=0,40 [0,26-0,61] respectivement, comparativement au secteur de l'industrie). Enfin, lorsque la manutention a été identifiée comme étant à l'origine de l'inaptitude, le taux de maintien était plus important (OR=1,36 [1,07-1,73]) qu'en l'absence de l'identification de cette contrainte.

Dans le cas des inaptitudes du fait d'un TMC, le fait de travailler dans l'administration, l'enseignement ou l'action sociale était lié à un meilleur taux de maintien dans l'entreprise que dans l'industrie (OR=2,72 [1,33-5,87]). Le maintien était moins fréquent lorsque des problèmes relationnels ont été identifiés comme étant à l'origine de l'inaptitude (OR=0,57 [0,44-0,92]) que lorsqu'il n'y en avait pas. Enfin, les salariés ayant bénéficié d'un accompagnement externe au service de santé au travail pour leur maintien en emploi étaient plus souvent maintenus dans l'entreprise (OR=1,84 [1,17-2,85]).

4. Discussion

Dans cette étude, un mois après l'avis d'inaptitude, 6,9 % des salariés déclarés inaptes du fait d'un TSOA avaient bénéficié d'un maintien dans l'entreprise et 3,6 % des salariés inaptes du fait d'un TMC. Les principaux facteurs influençant défavorablement le taux de maintien dans l'entreprise à un mois pour ces deux grands types de pathologies étaient le genre féminin, une longue durée d'arrêt de travail, l'appartenance à une entreprise de petite taille et travailler dans les secteurs d'activité de la « construction » et des « services divers ». Pour les salariés inaptes du fait d'un TSOA uniquement, un âge de plus de 50 ans et une faible ancienneté dans l'entreprise (moins de cinq ans) étaient également des facteurs négativement associés à un maintien à un mois dans l'entreprise.

La principale limite de notre étude est liée au pourcentage de données manquantes à la question portant sur le maintien dans l'entreprise à un mois de l'avis d'inaptitude (pour 47,6 % des salariés inaptes). Cependant, l'analyse comparant les groupes « présence d'une réponse » et « absence d'une réponse » à cette question n'a pas montré de différences significatives pour l'ensemble des variables étudiées. L'absence de réponse à la question sur le maintien dans l'entreprise est due au fait que, dans bien des cas, le médecin n'est tout simplement pas informé du devenir du salarié à un mois, ce qui, comme dit plus haut, ne semblait pas lié, dans notre étude, aux caractéristiques des salariés déclarés inaptes. Par ailleurs, l'étude régionale

« inaptitudes » n'est pas exhaustive, puisque 58 % des médecins du travail des Hauts de France ont participé. Nous n'avons cependant pas de raison de penser que le fait de participer à l'enquête soit lié au taux de maintien dans l'entreprise, d'autant que cette information n'était pas l'objet principal de l'enquête régionale.

Les taux de maintien obtenus dans notre étude (6,9 % et 3,6 % pour les TSOA et TMC respectivement) se sont révélés comparables à ceux de la littérature (3 % en Bretagne toutes pathologies confondues en 2012 [15], environ 5 % à l'échelle nationale [6]). Pour rappel, ces inaptitudes aboutissent dans la grande majorité des cas à des licenciements [14] et ce malgré l'obligation de reclassement des employeurs. Il nous a semblé impératif d'améliorer la connaissance des facteurs liés au maintien dans l'entreprise afin de repérer des leviers d'action.

L'âge moyen de notre population de salariés inaptes était de 46,9 ans. Cette valeur est comparable avec celles observées dans d'autres études conduites en France à Montpellier (44,4 ans) [21] et à Troyes (45,9 ans) [22]. Cela est également cohérent avec les résultats de la méta-analyse de Cornelius et al. [23] qui ont affirmé avec un haut niveau de preuve un lien entre un âge supérieur à 50 ans et le risque d'inaptitude. Dans notre étude, plus de 85 % des salariés déclarés médicalement inaptes du fait d'un TSOA n'avaient pas le baccalauréat, alors que ceux déclarés inaptes du fait d'un TMC avaient un niveau d'étude plus élevé (près de 45 % avaient le baccalauréat). La littérature confirme cette observation dans les cas des TSOA, dans la mesure où les travailleurs avec un faible niveau de formation présentent un risque accru d'incapacité [24].

Dans notre étude, l'un des principaux facteurs de risque de non-maintien dans l'entreprise était l'existence d'un arrêt de travail de longue durée précédant l'inaptitude : les salariés en arrêt de plus de six mois étaient environ quatre fois moins nombreux à être maintenus dans l'entreprise que ceux n'ayant pas eu d'arrêt avant que l'inaptitude ne soit prononcée, que ce soit du fait d'un TSOA ou d'un TMC. Il a été déjà établi que les arrêts de travail de longue durée sont à haut risque de répercussions sur le retour au travail du salarié, son environnement social et sur ses revenus [25,26]. Il a également été observé que la durée de l'arrêt de travail avait une relation inverse avec le retour au travail et que les personnes avec un arrêt de plus de six mois avaient moins de 50 % de chance de retravailler un jour [26]. Sachant que l'amélioration du mode de vie et des conditions de travail a déjà montré des effets sur la diminution des durées des arrêts de travail [28,29], on peut supposer que les actions sur ces différents facteurs contribueraient également à un meilleur taux de maintien dans les entreprises.

Les femmes étaient moins souvent maintenues dans l'entreprise que les hommes (OR=0,63 pour les TSOA et OR=0,50 pour les TMC). Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude traitant spécifiquement de ce sujet dans la littérature. Il a cependant été rapporté par Streenstra et al. que les femmes ont des temps de retour au travail plus longs que ceux des hommes [30] – ce que nous ne prenons que partiellement en compte dans notre étude, les arrêts longs étant définis comme des arrêts de plus de six mois. Nous avons observé une baisse du maintien

dans l'entreprise d'un facteur 2 environ pour les salariés de plus de 50 ans inaptés du fait d'un TSOA comparativement à ceux de moins de 30 ans. L'impact sur le taux de maintien des salariés déclarés inaptés est important, puisque 50 % de ces salariés ont plus de 50 ans. A âge égal, nous avons observé que les taux de maintien des salariés inaptés du fait d'un TSOA augmentaient avec l'ancienneté dans l'entreprise (sauf au-delà de 25 années). Ceci a été retrouvé dans l'étude d'Infante-Rivard et Lortie, qui concernait des salariés ayant des douleurs du rachis, et dans laquelle les salariés qui étaient employés depuis plus de deux ans avaient des taux de retour à l'emploi plus élevés [31]. Ceci pourrait s'expliquer par le choix de préserver les salariés mieux intégrés, avec une plus grande expérience et dont le licenciement coûterait plus cher aux entreprises en raison des indemnités de licenciement à verser.

Nous avons mis en évidence des taux de maintien dans l'entreprise plus importants pour les cadres, les professions intermédiaires et les employés administratifs dans les deux groupes, que pour les ouvriers et employés de commerce. La méta-analyse rapportée par Van der Berg et al. a montré des risques majorés de désinsertion et de perte d'emploi chez les salariés ayant un bas niveau de formation – autre caractéristique utilisée pour approcher le niveau socioéconomique [32]. Dans notre étude, nous avons également observé, dans l'analyse univariée, des taux de maintien plus importants à mesure que le niveau de formation était élevé ; cette relation n'a pas été retenue dans l'analyse multivariée, du fait de son lien fort avec les catégories socio-professionnelles.

Nous avons observé que le maintien à un mois augmentait nettement avec la taille de l'entreprise. Ce constat nous semble cohérent avec les résultats attendus, en montrant que plus l'entreprise est grande, plus elle semble être en mesure de reclasser les salariés déclarés inaptés. Une seule étude abordant ce sujet a été trouvée, dans laquelle les salariés avec des problèmes respiratoires motivant une inaptitude et travaillant dans des entreprises de moins de 50 employés avaient plus de risque de perdre leur emploi ou de changer d'entreprise [33].

Notre étude a montré un meilleur taux de maintien chez les salariés du secteur de l'industrie en cas d'inaptitude du fait d'un TSOA, et dans l'administration publique pour ceux inaptés du fait d'un TMC. À notre connaissance, il n'y a pas d'étude traitant spécifiquement du maintien suite à une inaptitude en fonction du secteur d'activité. Les salariés issus de l'administration publique occupent le plus souvent un poste de fonctionnaire, et bénéficient d'une protection de l'emploi plus importante que dans le secteur privé, pouvant expliquer cette observation. Cependant, pour le cas de l'industrie, nous n'avons pas d'hypothèses pouvant expliquer ces meilleurs taux de maintien.

Dans le cas des salariés avec un TSOA, nous avons observé que le maintien était plus fréquent lorsque le médecin avait identifié que des manutentions étaient potentiellement à l'origine de l'inaptitude. Cette observation, qui peut paraître surprenante de prime abord, est probablement liée au fait que, l'origine du problème ayant été identifiée et circonscrite, le médecin peut alors rédiger un avis mettant en avant de façon précise les postes dans lesquels cette contrainte n'est pas présente, ce qui aide l'employeur à faire des propositions de reclassement adaptées.

Inversement, dans le cas des inaptitudes pour TMC, l'identification, par le médecin du travail, de problèmes relationnels comme étant potentiellement à l'origine de l'inaptitude, limite les propositions de maintien dans l'entreprise. Nous avons également noté que le recours à un accompagnement externe au SST était associé à de meilleurs taux de maintien dans l'entreprise, dans le cas des inaptitudes du fait d'un TMC uniquement. Plutôt qu'une conséquence de la sollicitation d'acteurs externes au service de santé au travail, cette observation pourrait s'expliquer par le fait qu'un accompagnement externe au SST est le stigmate d'un processus lent, qui a laissé au temps le temps faire son œuvre dans le processus de soin et dans la mise à distance des problématiques en jeu dans ce contexte particulier.

Devant le faible taux de maintien dans l'entreprise à un mois de l'avis d'inaptitude, l'objet de notre étude était de mettre en avant les facteurs associés à ce maintien, afin d'en identifier les leviers. Ainsi, nous avons identifié trois leviers possibles, dont deux étaient déjà clairement bien identifiés [1]. Il s'agit d'une part des actions à envisager tout au long du parcours professionnel, visant de façon globale au maintien en emploi de tous les salariés : amélioration des conditions de travail et actions de formation tout au long de la vie professionnelle. L'accès à la formation doit notamment concerner les salariés de tous âges et de toutes catégories socio-professionnelles, ce qui n'est actuellement pas le cas puisque la formation est moindre lorsque l'âge avance et moindre également pour les salariés ayant un faible niveau d'éducation [34]. Enfin, la question du genre doit être également abordée, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent à notre connaissance. En effet, les femmes avaient, dans notre étude, un taux de maintien bien moindre que les hommes, qu'elles aient été déclarées inaptes du fait d'un TSOA ou d'un TMC. Ceci est probablement lié aux inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes : d'une part, la palette des métiers traditionnellement dévolus aux femmes est moins large que celle des hommes, notamment chez les travailleurs ayant un niveau d'étude peu élevé [35], d'autre part les trajectoires professionnelles des femmes sont différentes de celles des hommes [36]. Il est également envisageable que, face à l'éventualité d'une perte de l'emploi, les hommes et les femmes puissent adopter des stratégies différentes selon l'impact financier et ce qui est socialement acceptable. Une réflexion sur ces inégalités de genre, au sein des entreprises, permettrait probablement aux femmes d'accéder à d'autres propositions de maintien en interne.

Remerciements L'enquête régionale « Inaptitudes » a été réalisée grâce au soutien financier de la Direccte Hauts-de-France, du Conseil régional des Hauts-de-France et de l'Agence régionale de santé du Nord Pas-de-Calais (2014-2016). Cette enquête a été organisée par l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France et l'Université de Lille avec l'appui du réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) Hauts-de-France et des services de santé au travail des Hauts-de-France. Nous remercions particulièrement les référents du réseau STME dans les services de santé au travail et l'ensemble des médecins qui ont participé à l'enquête régionale Hauts-de-France.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- 1** Baumann C, Fantoni S, Fassier J-B, Petit A, Rollin L. Recommandation de bonne pratique. Santé et maintien en emploi : Prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Haute Autorité de santé 2019, p.12-13.
- 2** Demaison C, Grivet L, Maury-Duprey D, Mayo-Simbsler S. Caractéristiques des personnes en emploi. In : Emploi, chômage, revenus du travail. Insee Références, 2019, p.94-95.
- 3** Fourcade N, von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F, Luciano L, Rey S, et al. Exposition aux facteurs de pénibilité dans le travail. In: L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Drees et Santé Publique France, 2017, p.160-163.
- 4** Direction générale du travail. Maintien en Emploi. In : Plan Santé Travail 2016-2020. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2015, p.29-31.
- 5** Etendre aux malades chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise. In : Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2007, p.22-23.
- 6** Lecocq C, Dupuis B, Forest H, Lanouziere H. Le diagnostic des avantages et des lacunes du système est largement partagé. In : Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, 2018, p.71-86.
- 7** Aballea P, du Mesnil du Buisson M-A, Burstin A. Synthèse et recommandations. In : La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Inspection générale des affaires sociales, 2017, p.78-87.
- 8** Article L4624-4, Code du Travail. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000033024926>
- 9** Direction générale du travail et Ministère du travail. Maintien dans l'emploi et inaptitude. In : Condition de travail, bilan 2018. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 2018, p.86.
- 10** Présanse. Rapport Chiffres clés 2017-2018. 2018.
- 11** Chen Y, McDonald J-C, Cherry N-M. Incidence and suspected cause of work-related musculoskeletal disorders, United Kingdom, 1996-2001. *Occup Med* 2006;56(6):406-13.
- 12** Reinhardt J-D, Wahrendorf M, Siegrist J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries. *Occup Environ Med* 2013;70(3):156-63.
- 13** Carder M, McNamee R, Turner S, Hodgson J-T, Holland F, Agius RM. Time trends in the incidence of work-related mental ill-health and musculoskeletal disorders in the UK. *Occup Environ Med* 2013;70(5):317-24.

- 14** Issindou M, Ploton C, Fantoni-Quinton S, Bensadon A-C, Gosselin H. L'inaptitude conduit à la rupture du contrat de travail. In : Aptitude et médecine du travail. 2014, p.51-56.
- 15** Fernand J, Greugny H, Nouchet C, Moulin N. Situation professionnelle : 12 mois après la déclaration d'inaptitude. In : Trajectoires Inaptitude. Direccte Bretagne, 2012, p.14-16.
- 16** Leclerc A, Chastang J-F, Pascal P, Plouvier S, Mediouni Z. Conséquences des troubles musculosquelettiques sur l'itinéraire professionnel, résultats d'une enquête nationale, 2014.
- 17** Réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi. [Consulté le 20 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://istnf.fr/info-22>
- 18** Décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail. Code du travail. [Consulté le 20 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/27/ETST1633599D/jo/texte>
- 19** Déclaration annuelle des données sociales. Insee. 2019. [Consulté le 20 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/information/2407785>
- 20** R : The R Project for Statistical Computing, [Consulté le 20 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.r-project.org>
- 21** Lesage F-X, Dutheil F, Godderis L, Divies A, Choron G. Incidence of ill-health related job loss and related social and occupational factors. The unfit for the job study: a one-year follow-up study of 51,132 workers. *PeerJ* 2018;6:e5073.
- 22** Dutheil F, Naughton G, Sindyga P, Lesage F-X. Ill Health–Related Job Loss: A One-Year Follow-Up of 54,026 Employees. *Occup Environ Med* 2016;58(9):918-23.
- 23** Cornelius L-R, van der Klink J-J, Groothoff J-W, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehab* 2011;21(2):259-74.
- 24** White M-I, Wagner S-L, Schultz I-Z, Murray E, Bradley S-M, Hsu V, *et al.* Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work* 2015;52(2):353-73.
- 25** Henderson M, Flozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ* 2005;330(7495):802-3.
- 26** Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Transforming disability into ability: policies to promote work and income security for disabled people. 2003, p.89-95.
- 27** Waddell G, Burton A-K. Is work good for your health & well-being? Commissioned by the Department for Work and Pensions. The Stationery Office. 2006. p.145.
- 28** Alavinia S-M, van den Berg T-I, van Duivenbooden C, Elders L-A, Burdorf A. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health* 2009;35(5):325-33.
- 29** Lund T, Labiola M, Christensen K-B, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ* 2006;332(7539):449-52.

- 30** Steenstra IA, Verbeek J, Heymans M, Bongers P. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: A systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005;62(12):851–860.
- 31** Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occup Environ Med* 1996;53(7):488-94.
- 32** van den Berg T-I, Elders L-A, de Zwart B-C, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: A systematic review. *Occup Environ Med* 2009;66(4):211-20.
- 33** Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E, Blank L. Predictors of delayed return to work or job loss with respiratory ill-health: A systematic review. *J Occup Rehab* 2007;17(2):317-26.
- 34** Lambert M, Marion-Vervoux I, Descamps R, Dubois J-M, Dupray A, Fournier C, *et al.* Age et Formation. In : *Quand la formation continue. Repères sur les pratiques de formation des employeurs et des salariés.* CEREQ. 2014, p.38-39.
- 35** Magnier A, Ruault M, Ferreira E, Tabaton F. La répartition des hommes et des femmes par Métiers - Une baisse de la ségrégation depuis 30 ans. *DARES analyses n°079*, 2013.
- 36** Meron M, Omalek L, Ulrich V. Métiers et parcours professionnels des hommes et des femmes. *Insee - Portrait social.* 2009. p195-217.

Tableau 1

Facteurs associés au maintien à un mois dans l'entreprise pour les salariés déclarés inaptes soit du fait de troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TSOA), soit du fait de troubles mentaux et du comportement (TMC) – analyses univariées.

	Salariés déclarés inaptes pour TSOA n = 5 352			Salariés déclarés inaptes pour TMC n = 3 155		
	n	%	p	n	%	p
Genre			<10 ⁻⁴			0,019
Hommes	2719	8,5		1192	4,5	
Femmes	2633	5,3		1963	3,0	
Âge			<10 ⁻⁴			0,235
< 30 ans	337	4,5		464	2,5	
30-39 ans	875	9,4		831	3,1	
40-49 ans	1256	10,7		852	4,7	
50-59 ans	2414	5,0		866	3,4	
≥ 60 ans	470	4,4		142	2,8	
Ancienneté dans l'entreprise			<10 ⁻⁴			0,449
≤ 5 ans	1724	4,9		1287	3,4	
6-10 ans	1234	6,2		709	2,9	
11-15 ans	876	7,5		428	3,9	
16-20 ans	522	10,1		240	5,6	
21-25 ans	349	11,2		163	4,1	
> 25 ans	569	7,6		277	3,8	
Niveau de formation			<10 ⁻⁴			0,004
Primaire - Collège	1663	5,1		597	2,9	
Secondaire	1713	6,5		735	2,5	
Baccalauréat	390	9,0		522	3,5	
Etudes Supérieures	219	12,3		645	5,9	
Catégorie socio-professionnelle			<10 ⁻⁴			0,004
Cadres	41	14,6		204	5,9	
Professions Intermédiaires	364	11,3		683	4,5	
Employés administratifs	173	10,4		471	5,5	
Employés de commerce	1684	4,6		1025	2,3	
Ouvriers qualifiés	2134	8,0		565	3,2	
Ouvriers non qualifiés	956	6,1		207	1,5	
Secteur d'activité			<10 ⁻⁴			< 10 ⁻⁴
Industrie	952	11,6		404	3,6	
Construction	734	4,7		178	1,7	

Commerce, transports, hébergement et restauration	1545	7,3		1006	2,7
Administration, enseignement, santé et action sociale	1015	7,1		625	6,5
Services divers	1106	3,6		942	2,8
Taille de l'entreprise			<10 ⁻⁴		<10 ⁻⁴
< 10 employés	932	3,6		756	2,3
10-49 employés	1843	4,4		1035	1,9
50-99 employés	1006	6,7		408	3,3
100-249 employés	948	9,1		396	6,2
≥ 250 employés	616	16,7		554	6,6
Durée de l'arrêt de travail			<10 ⁻⁴		<10 ⁻⁴
Pas d'arrêt	246	18,7		94	13,8
≤ 1 mois	74	12,2		76	7,9
> 1 mois et ≤ 3 mois	275	8,4		398	3,8
> 3 mois et ≤ 6 mois	639	7,4		673	3,0
> 6 mois	3997	5,9		1854	2,9
Autre(s) pathologie(s) associée ^a			0,004		0,469
Non	2917	7,7		2361	3,5
Oui	2435	5,7		794	4,0
Contraintes de travail ^b					
- Manutentions			0,001		0,524
Non	2845	5,9		3080	3,7
Oui	2507	8,2		75	1,3
- Postures pénibles			0,621		0,457
Non	3052	6,9		3072	3,7
Oui	2300	7,0		83	1,2
- Vibrations mécaniques			0,727		1,000
Non	4980	6,9		3144	3,6
Oui	372	7,8		11	0,0
- Agents chimiques			1,000		1,000
Non	5329	7,0		3149	3,6
Oui	23	4,3		6	0,0
- Températures extrêmes			0,952		1,000
Non	5276	7,0		3154	3,6
Oui	76	6,6		1	0,0
- Travail de nuit			1,000		1,000
Non	5289	7,0		3118	3,6
Oui	63	4,8		37	2,7

- Travail en équipes successives			0,458		0,250
Non	5287	6,9		3129	3,6
Oui	65	9,2		26	7,7
- Travail répétitif			0,012		1,000
Non	4580	6,6		3111	3,6
Oui	772	9,1		44	2,3
- Bruit			1,000		1,000
Non	5298	7,0		3143	3,6
Oui	54	5,6		12	0,0
- Contraintes temporelles			0,018		0,275
Non	5052	6,7		2811	3,5
Oui	300	10,3		344	4,7
- Pression psychologique			0,025		0,085
Non	5216	6,8		2298	3,3
Oui	136	11,8		857	4,6
- Problèmes relationnels			0,099		0,038
Non	5228	7,0		2246	4,1
Oui	124	3,2		909	2,5
- Déplacements prolongés à pied			0,738		0,322
Non	5018	7,0		3148	3,6
Oui	334	5,7		7	0,0
- Risques d'agression			0,252		0,748
Non	5336	6,9		3082	3,5
Oui	16	6,2		73	5,5
Accompagnement du salarié					
- Ressources externes au service de santé au travail			0,542		0,006
Non	2829	6,8		2526	3,1
Oui	2523	7,2		629	5,4
- Ressources internes au service de santé au travail			0,746		0,718
Non	4060	6,7		2311	3,6
Oui	1292	7,7		844	3,4

^a Autre pathologie en plus de la pathologie principale à l'origine de l'inaptitude.

^b Contraintes de travail déclarées par le médecin du travail comme potentiellement à l'origine de l'inaptitude.

Tableau 2

Facteurs associés au maintien à un mois dans l'entreprise pour les salariés déclarés inaptes soit du fait de troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TSOA), soit du fait de troubles mentaux et du comportement (TMC) - régression logistique binomiale.

	TSOA			p	TMC			p
	n	OR	IC		r	OR	IC	
Genre								
Hommes	2719	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	119 2	1,0 0	Réf.	0,01 9
Femmes	2633	0,6 3	0,47-0,84		196 3	0,5 0	0,32- 0,78	
Âge								
< 30 ans	337	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	-			
30-39 ans	875	1,4 7	0,84-2,72					
40-49 ans	1256	1,4 2	0,82-2,62					
50-59 ans	2414	0,5 3	0,30-0,99					
≥ 60 ans	470	0,4 4	0,21-0,94					
Ancienneté dans l'entreprise								
≤ 5 ans	1724	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	-			
6-10 ans	1234	1,3 2	0,93-1,87					
11-15 ans	876	1,6 4	1,13-2,39					
16-20 ans	522	2,4 6	1,62-3,71					
21-25 ans	349	2,7 6	1,72-4,37					
> 25 ans	569	1,8 4	1,14-2,96					
Catégorie socioprofessionnelle								
Cadres	41	4,8 1	1,65- 12,05		204	2,7 6	1,21- 6,00	
Professions intermédiaires	364	2,8	1,79-4,50		683	1,8	1,01-	

		5			2	3,33	
Employés administratifs	173	2,9 0	1,52-5,27		471	2,5 0	1,34- 4,69
Employés de commerce	1684	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	102 5	1,0 0	Réf. 0,00 4
Ouvriers qualifiés	2134	1,4 3	0,98-2,11		565	1,2 5	0,59- 2,64
Ouvriers non qualifiés	956	1,3 9	0,91-2,12		207	0,4 9	0,11- 1,51
Secteur d'activité							
Industrie manufacturière, extractive et autres	952	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	404	1,0 0	Réf. <10 ⁻⁴
Construction	734	0,4 4	0,28-0,68		178	0,6 7	0,15- 2,18
Commerce, transports, hébergement et restauration	1545	0,7 9	0,57-1,09		100 6	1,0 3	0,50- 2,21
Administration publique, enseignement, santé et action sociale	1015	1,1 1	0,73-1,69		625	2,7 2	1,33- 5,87
Services divers	1106	0,4 0	0,26-0,61		942	0,9 2	0,44- 2,00
Taille de l'entreprise							
<10 employés	932	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	756	1,0 0	Réf. <10 ⁻⁴
10-49 employés	1843	1,1 2	0,73-1,76		103 5	0,7 5	0,38- 1,50
50-99 employés	1006	1,7 9	1,14-2,88		408	1,1 1	0,50- 2,40
100-249 employés	948	2,4 5	1,58-3,89		396	2,3 1	1,17- 4,66
≥250 employés	616	3,8 6	2,47-6,17		554	2,3 3	1,25- 4,51
Durée de l'arrêt de travail							
Pas d'arrêt	246	1,0 0	Réf.	<10 ⁻⁴	94	1,0 0	Réf. <10 ⁻⁴
≤1 mois	74	0,6 7	0,28-1,49		76	0,9 6	0,28- 2,92
>1 mois et ≤3 mois	275	0,4 3	0,24-0,75		398	0,3 6	0,15- 0,86
>3 mois et ≤6 mois	639	0,3	0,23-0,60		673	0,2	0,13-

		7			9	0,67	
>6 mois	3997	0,2 6	0,18-0,40		185 4	0,2 2	0,11- 0,45
Contraintes de travail ^a							
Manutention	2507	1,3 6	1,07-1,73	0,001	-		
Problèmes relationnels	-				909	0,5 7	0,33- 0,92
							0,03 8
Accompagnement externe au SST ^b	-				629	1,8 4	1,17- 2,85
							0,00 6

Notes : seules les variables avec une significativité <0,15 lors de l'étude univariée ont été intégrées aux modèles multivariés.

^a Contraintes de travail déclarées par le médecin du travail comme potentiellement à l'origine de l'inaptitude.

^b SST : service de santé au travail.

Fig. 1. Organigramme de sélection de la population d'étude

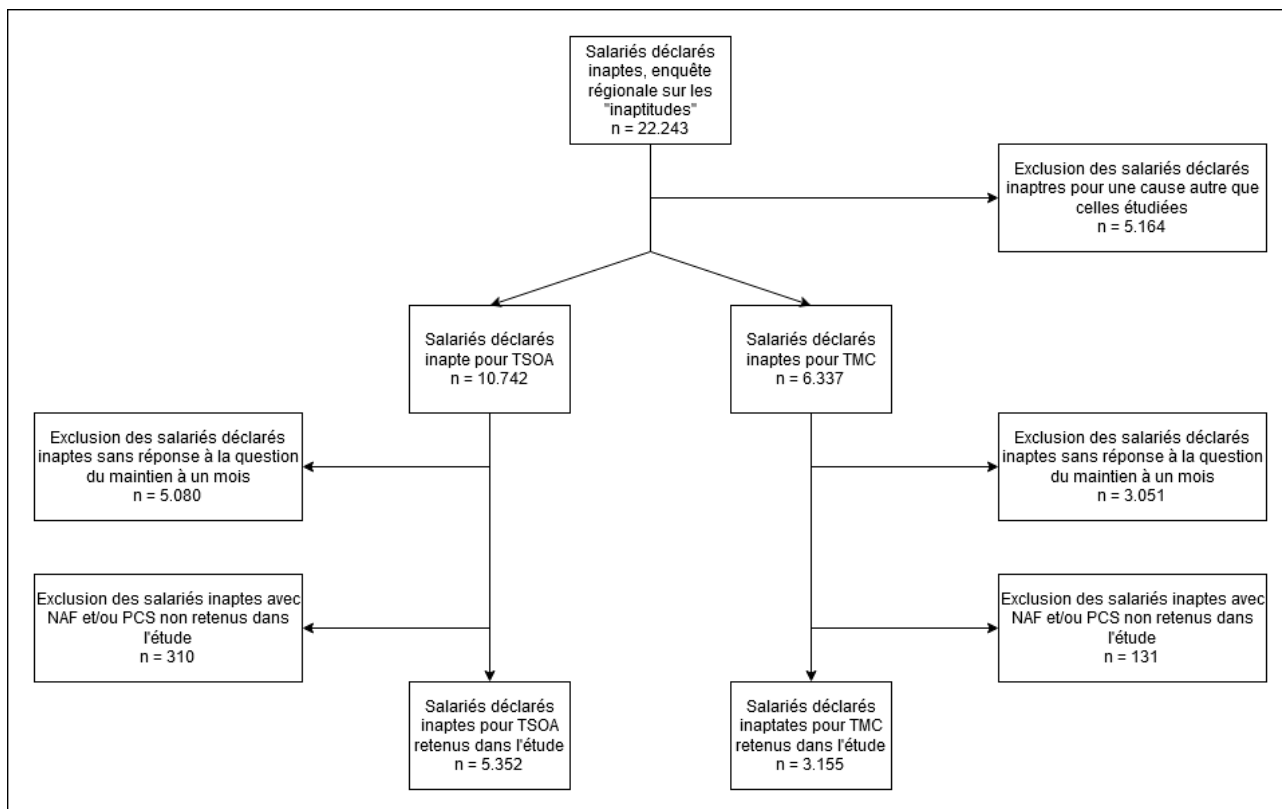


Fig. 1 Organigramme de sélection de la population d'étude