

Utilité, difficultés et conditions de l'approche quantitative dans les services interentreprises de santé au travail, à propos d'une enquête sur le devenir des salariés déclarés inaptes.

Amélie Adam, Corinne Martinet, François Jabot, médecins du travail

ALSMT* NANCY

Rachel Grégoire, assistante sociale

IES** NANCY



Objectifs de l'étude

- Définir le profil des salariés déclarés inaptes par les médecins du travail au sein d'un service de Santé au Travail, les pathologies à l'origine des inaptitudes, les liens avec l'exercice professionnel.
- Réaliser le suivi de ces salariés: connaître leur devenir et repérer les facteurs susceptibles de favoriser le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi.
- Pointer les difficultés méthodologiques liées à ce suivi prospectif.



Méthodologie

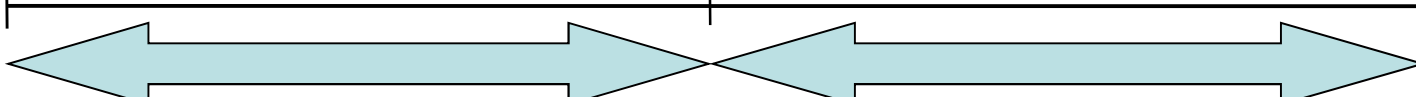
48 Médecins du travail
volontaires

1 Assistante sociale du
service de santé au travail

Début de l'enquête
1er janvier 2007

31 décembre 2007

Fin de l'enquête
31 décembre 2008



1er questionnaire 2007 :

Profil des salariés déclarés inaptes en 2007:

- Caractéristiques socioprofessionnelles et formation,
- Statut vis-à-vis du handicap,
- Pathologies et conditions de travail en cause,
- Démarches entreprises,
- Projets.

2^{ème} questionnaire 2008 :

Suivi des salariés déclarés inaptes en 2007 (entretien téléphonique semi-directif à 12 mois de l'inaptitude):

- Démarches faites,
- Activité professionnelle et formation,
- Évolution de la qualité de vie

Résultats

- 48 médecins du travail sur 63 (76 %) ont participé au recueil des données,
- population de référence: 137 969 salariés suivis à l'ALSMT (*point en milieu d'année 2007*)
 - 606 salariés reconnus inaptes définitifs à leur poste de travail en 2007 conformément aux dispositions de l'article R.4624-31 du Code du Travail
 - 341 salariés « inaptes » inclus dans l'étude (56%)



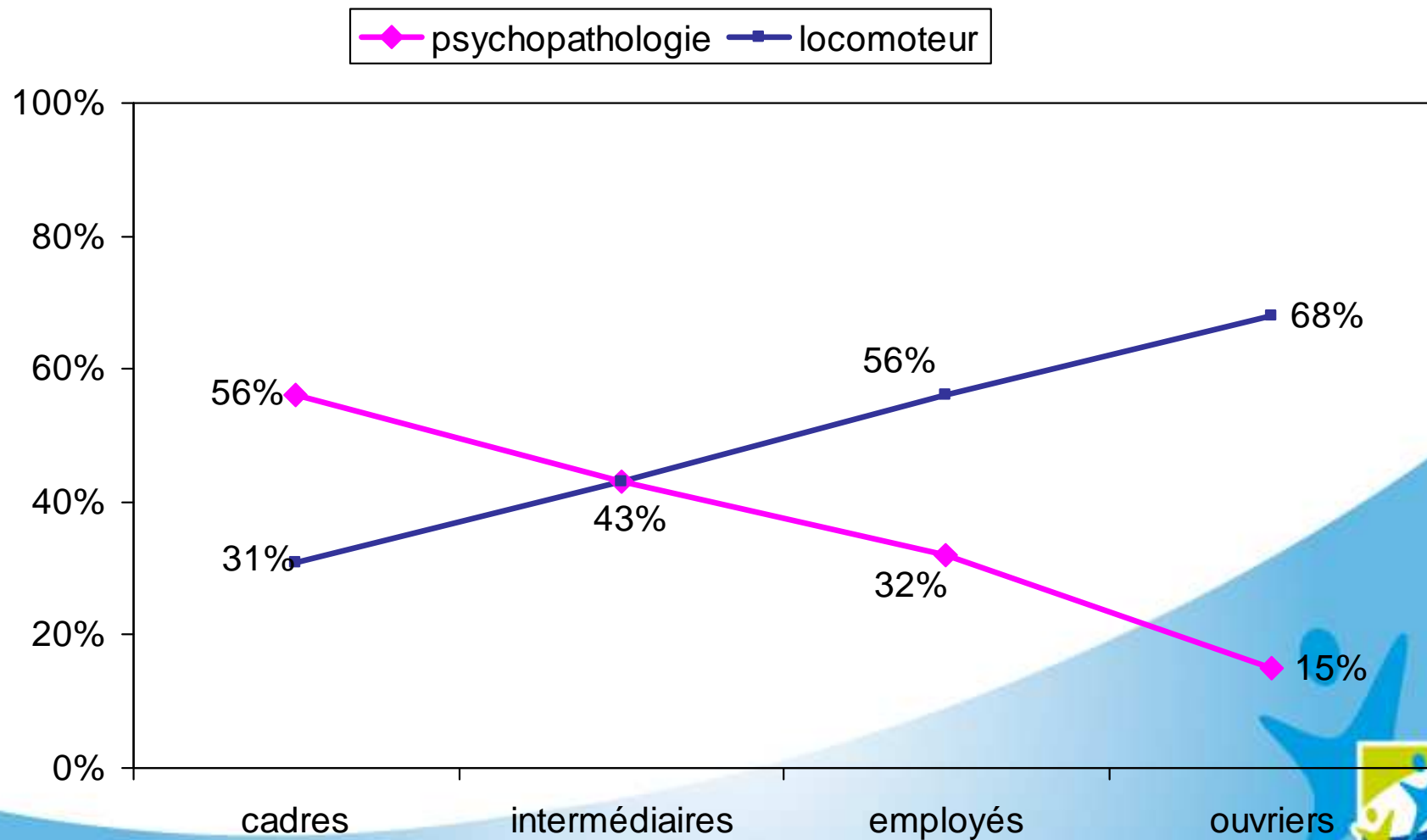
Résultats : qui sont-ils?

	Inaptes	Population suivie ALSMT
Femmes	62%	46%
Employés	46%	38%
Ouvriers	39%	39%
Professions intermédiaires	10%	18%
Cadres	4%	5%
>= 45 ans	57%	34%

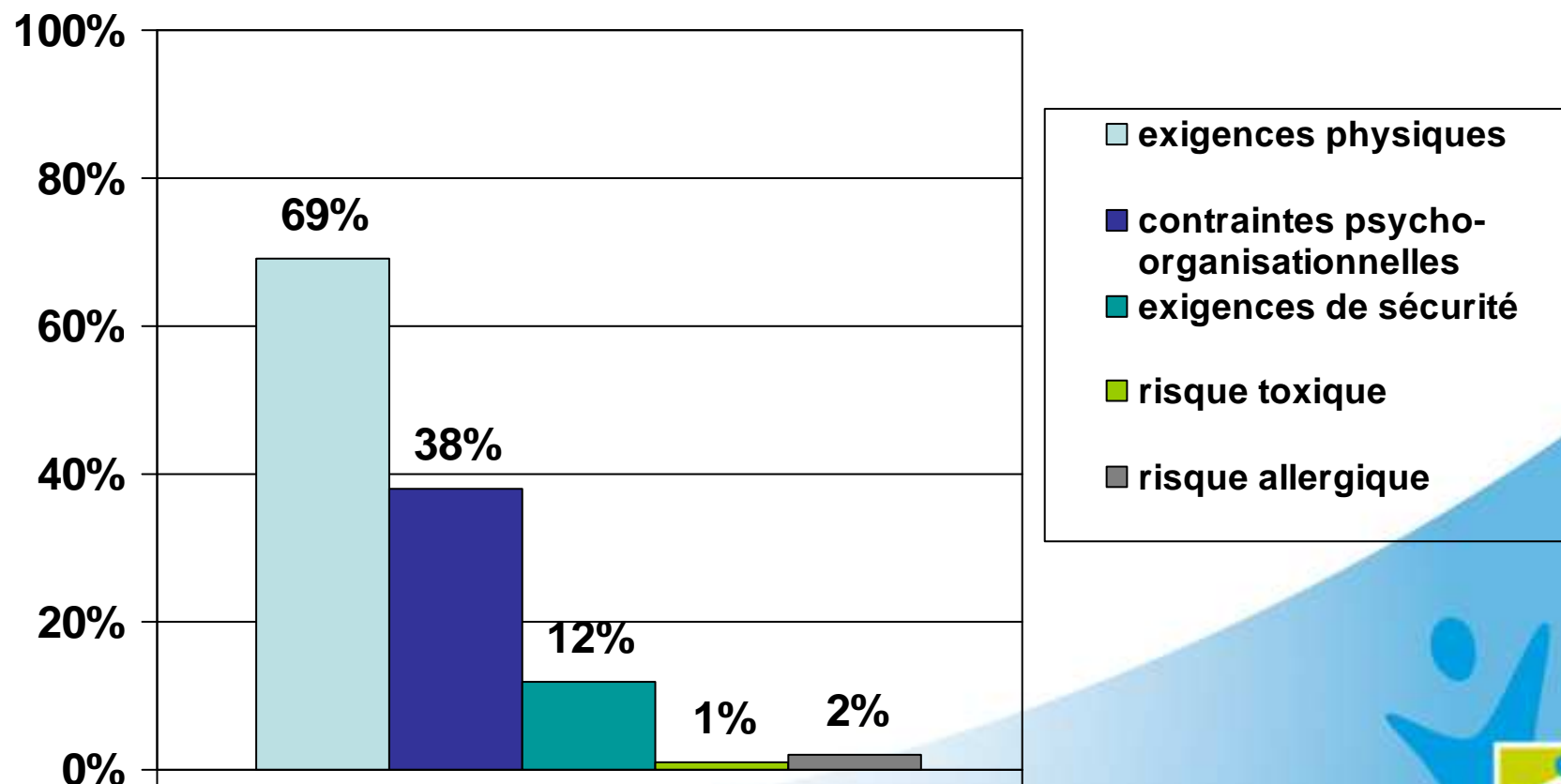
Pathologies à l'origine de l'inaptitude

Pathologie locomotrice seule	189 (51%)
Psychopathologie seule	80 (22%)
Pathologie locomotrice et psychopathologie associées	23 (6%)
Autre (cardiologie, neurologie, pneumologie,...)	77 (21%)

PCS et causes d'inaptitude

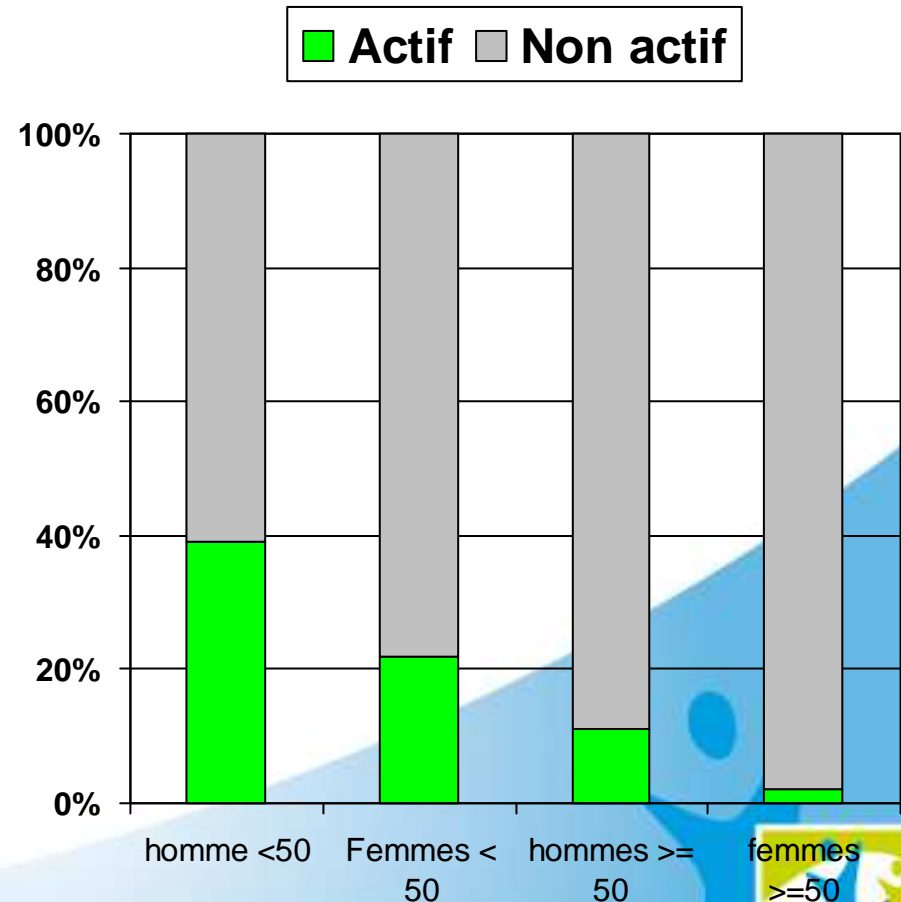


Conditions de travail ayant favorisé l'inaptitude



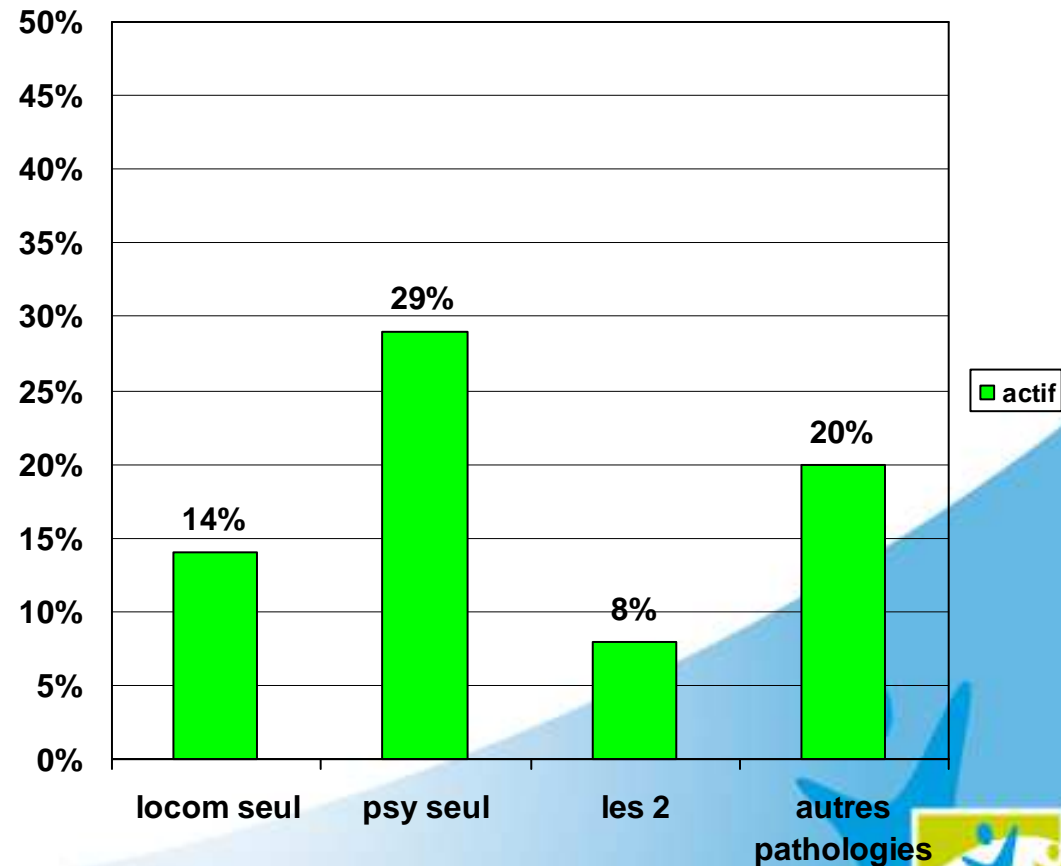
Suivi à 12 mois de l'inaptitude

- 221 salariés ont pu être recontactés au téléphone par l'assistante sociale du SST (65%)
- Seuls 39 interviewés (18%) avaient un travail
- La reprise d'activité professionnelle est très liée à l'âge mais aussi au sexe: 12% des femmes qui ont été contactées travaillent contre 30% des hommes (**)



Retour à l'emploi selon la pathologie à l'origine de l'inaptitude

- Les inaptitudes pour psychopathologie sont plus fréquemment suivies d'un retour à l'emploi (ns).



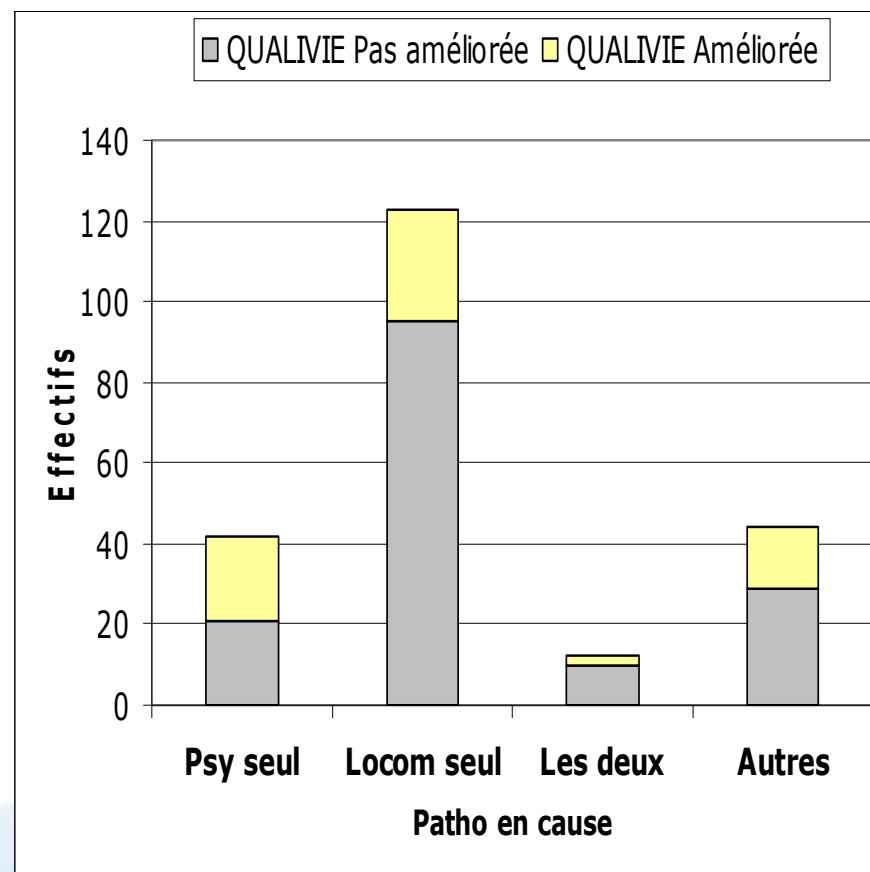
Qualité de vie déclarée et apport des entretiens individuels

- La qualité de vie s'est dégradée pour 36% des personnes recontactées et améliorée pour 30% d'entre eux:
 - « *C'est un choc d'être licencié. Il fallait que je fasse le deuil de mon travail. Au début, c'était dur.* »
 - « *Depuis que j'ai arrêté ce travail, je refais surface.* »
- La reprise d'une activité professionnelle est associée à une amélioration de la qualité de vie: 51% de ceux ayant repris une activité professionnelle estiment que leur qualité de vie s'est améliorée (25% en cas de non-reprise d'activité):
 - « *J'ai retrouvé un travail qui me plait et plus du tout répétitif.* »



Qualité de vie estimée et apport des entretiens individuels

- La reprise d'une activité professionnelle est associée à une amélioration de la qualité de vie: 51% de ceux ayant repris une activité professionnelle estiment que leur qualité de vie s'est améliorée (25% en cas de non-reprise d'activité)
- La pathologie en cause dans l'inaptitude influence également la qualité de vie à 1 an.
 - « *Le changement était indispensable.* »
 - « *Je n'en pouvais plus, il fallait que j'arrête ce travail.* »
 - « *L'inaptitude est un soulagement pour moi.* »



Ce qui n'est pas dit par les statistiques...

- La diminution de revenus, l'isolement social:
 - « *C'est financièrement dur, ça diminue beaucoup.* »
 - « *Je me sens jetée de la Société, exclue.* »
 - « *L'avenir me fait peur.* »
 - « *C'est déprimant, je ne vois plus personne.* »
- La nécessité d'un accompagnement ultérieur à la procédure d'inaptitude:
 - « *J'ai manqué d'informations et de suivi* »,
 - « *je n'ai pas eu de suivi... je me sens abandonnée, on me laisse seule, tout le monde s'en fout* »,

Mais aussi...

- « *je suis bien soutenue par CAP EMPLOI* »
- « *je peux prendre en compte plus facilement mon traitement, d'où une amélioration de mon état de santé* »



Ce qui n'est pas dit par les statistiques...

- La nécessité d'un accompagnement ultérieur à la procédure d'inaptitude:

- « *J'ai manqué d'informations et de suivi* »,
- « *je n'ai pas eu de suivi... je me sens abandonnée, on me laisse seule, tout le monde s'en fout* »,
- « *j'attends toujours le soutien du SAMETH* »

Mais aussi...

- « *je suis bien soutenue par CAP EMPLOI* »



Difficultés méthodologiques rencontrées

- Difficultés communes à toutes les études faites au sein d'un service de santé au travail:
 - La population décrite doit être connue (nécessite une connaissance à jour des caractéristiques de la population suivie dans le service)
 - Ces études prennent du temps pour la mise en place, l'information des confrères, le recueil des données, l'analyse, alors que ce temps fait cruellement défaut dans les SST. Il faut donc une volonté du service d'y consacrer du temps médical.
 - Participation basée sur le volontariat (ex: pas d'informations sociodémographiques disponibles sur les « inaptés » non inclus dans l'étude car vus par un médecin non-participant)
 - La réussite dépend grandement de la capacité à communiquer sur les objectifs pour convaincre (« *encore un questionnaire!* »)



Difficultés rencontrées

- Nécessité d'un questionnaire court pour une bonne adhésion des médecins, d'où une limitation nécessaire de la quantité de données recueillies.
- Difficultés classiques à recueillir des données complexes ou rétrospectives (ex: formations initiales et surtout au cours du parcours professionnel).
- PCS insuffisamment ou mal renseignées
- Difficultés d'un suivi longitudinal (1 an!): changement fréquent d'adresse, coordonnées recueillies erronées, rappels réitérés nécessaires
- Difficultés d'une enquête interservices (BTP et MSA associés à l'étude) avec nécessité d'une déclaration CNIL .



Difficultés méthodologiques rencontrées

- Connaissance de la population décrite,
- Nécessité de temps donc volonté du service d'y consacrer du temps médical,
- Participation basée sur le volontariat donc amputation de données,
- Nécessité d'un questionnaire court,
- Difficultés classiques à recueillir des données complexes ou rétrospectives,
- Difficultés d'un suivi longitudinal pourtant sur 1 an,
- Difficultés d'une enquête interservices (BTP et MSA associés à l'étude) avec nécessité d'une déclaration CNIL .



Conclusions

Constats :

- *Usure physique prépondérante mais montée en fréquence des troubles neuropsychiques,*
- *Vulnérabilité des femmes,*
- *Inaptitude des cadres pour raisons psychopathologiques,*
- *Accompagnement insuffisant à la suite du « verdict ».*

Leçons :

- *Nécessite des moyens temporels donc une volonté des SST,*
- *Richesse des informations qualitatives recueillies grâce à un entretien semi-directif,*

Perspectives

- *Suivi à 24 mois?*
- *Étude sur les restrictions d'aptitude?*
- *Travaux interservices au niveau régional (populations plus vastes et plus captives).*

