

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2017

N° 248

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine du Travail

par

Sophie ARDONCEAU

née le 22 mai 1976 à PAU (64)

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2017

**Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes de
Loire-Atlantique sur les outils pour le maintien en emploi et
estimation des besoins de formations adaptées**

Président :

Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Virginie NAEL

Membres du jury :

Madame le Professeur Céline BOUTON

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Le travail c'est la santé...
Mais à quoi sert alors la médecine du travail ?

Pierre Dac

Sommaire

Remerciements.....	5
Abréviations.....	7
Liste des tableaux	8
INTRODUCTION	12
PARTIE 1 : Prérequis.....	17
1. Les outils à disposition.....	18
1.1 La visite de pré reprise	18
1.2 Le temps partiel thérapeutique	20
1.3 La reconnaissance de la qualité travailleur handicapé (RQTH)	21
1.4 La pension d'invalidité du régime général	23
1.5 Le module d'orientation approfondie indemnité journalière (MOAIJ).....	24
1.6 Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE).....	26
1.7 Autres outils usuels de la reconversion ou de la réorientation professionnelle.....	27
2. Les acteurs impliqués	28
2.1 Les médecins : médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil	28
2.2 Le service social de la CARSAT	29
2.3 La Cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle de la CPAM.....	29
2.4 Concernant le handicap : MDPH, AGEFIPH, COMETE et SAMETH	30
2.4.1 MDPH.....	30
2.4.2 AGEFIPH/FIPHFP.....	30
2.4.3 SAMETH.....	31
2.4.4 COMETE	31
2.5 La DIRECCTE.....	32
2.6 L'ARS	32
PARTIE 2 : L'étude	33
1. Introduction de l'étude.....	34
2. Matériel et méthodes	35
2.1 Type d'étude.....	35
2.2 Objectifs.....	35
2.3 Population.....	35
2.4 Méthodes de recueil et analyses statistiques	35
3. Résultats	37
3.1 concernant les relations avec le médecin du travail	39
3.2 concernant la visite de pré reprise	41

3.3 concernant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).....	47
3.4 concernant la reprise à temps partiel thérapeutique (TPT).....	53
3.5 concernant l'invalidité.....	57
3.6 concernant le Module d'Orientation Approfondie Indemnités Journalières (MOAIJ)	62
3.7 concernant le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE).....	64
3.8 concernant l'évaluation des besoins de formation/information.....	66
3.9 résultats des entretiens téléphoniques.....	68
4. Discussion	71
4.1 limites de l'étude	71
4.2 concernant les résultats sur les outils du maintien dans l'emploi.....	72
4.3 concernant les besoins de formation/information.....	78
5. Conclusion.....	79
Synthèse et ouverture.....	80
Bibliographie et Cyberographie	82
Annexes	85
Annexe 1 : questionnaire en ligne (sur google form®).....	86
Annexe 2 : questionnaire qualitatif auprès des médecins ayant laissé leurs coordonnées.	100

Remerciements

En premier lieu, je remercie l'ensemble des membres du jury.

– A Monsieur le Professeur Julien Nizard :

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président de mon jury et de juger de mon travail. J'ai passé 6 mois passionnants à vos côtés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur lors de mon premier semestre. Ce stage m'est utile au quotidien dans ma spécialité. Je vous sais particulièrement attaché à la problématique du maintien en emploi.

– A Madame le Docteur Virginie Naël :

Je vous remercie d'avoir accepté de devenir mon directeur de thèse en cours de route. Ce n'est jamais chose aisée de conseiller sur un travail déjà commencé et vous l'avez fait avec un grand professionnalisme.

– A Madame le Professeur Céline Bouton :

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Vous avez travaillé auprès de Monsieur le Professeur Yves Roquelaure au laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail à Angers et le thème du maintien en emploi vous intéresse particulièrement.

– A Madame le Docteur Maud Jourdain :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail malgré la surcharge de travail du département de médecine générale. Vous me permettez de franchir sereinement cette étape décisive dans mon cursus.

Ensuite, cette thèse est le fruit de nombreuses rencontres mais aussi de nombreux doutes et je tiens à remercier tout particulièrement les personnes qui m'ont épaulée dans ce travail.

– A l'ensemble des médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire :

Je vous remercie chaleureusement d'avoir pris de votre temps précieux pour me permettre de présenter ce travail.

– A Monsieur Pascal Clarke :

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet passionnant et de m'avoir aidée à construire le questionnaire. Vous avez été un conseiller patient et attentif.

– A Madame le Docteur Dominique Dupas :

Je vous remercie pour vos nombreux conseils, pour m'avoir donné le goût de la médecine du travail ainsi que de la pathologie professionnelle et environnementale. Vous restez un modèle pour tous les internes qui ont eu l'immense chance de passer un semestre à vos côtés.

– A Monsieur le Docteur Vincent Jubé :

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon premier tuteur de médecine du travail alors que je n'étais qu'en deuxième semestre et donc une novice en la matière. Tu as su me transmettre la rigueur et la passion pour cette spécialité. Tu as toujours répondu à mes interrogations avec patience et bonne humeur.

Enfin je termine par quelques lignes de remerciements plus personnels.

– A mes co-internes devenus des amis :

☐ A Adrien, lors de mon premier semestre, tu m'as aidée à prendre mon envol et à prendre confiance en moi. Tu as toujours été patient, compétent et drôle.

☐ A Amélie pour ton soutien, tes compétences et ta constante bonne humeur.

☐ A Hélène pour ton immense soutien, toutes nos discussions passionnantes et nos sorties culturelles, entre autres.

– A Benoit, Gwenaél, Karen et Grégory pour votre soutien dans des moments difficiles, pour votre humour et votre amitié.

– A toutes les personnes que j'ai croisées dans les différents services et qui m'ont toujours accueillie chaleureusement, en particulier l'équipe de l'Unité Claudel.

– A tous mes amis : Camille, Sylvie, Laurence et Véronique pour vingt ans d'amitié incroyable ; Céline, Xavier, Pauline, Sébastien, Caroline, Stéphane, Dimitri, Bruno, Patrick, Jérôme, Jane, Erwann, Loïc, Johan, Eléonore, Fabien, Pierre-Alban, Julie, Catherine...

– A Stéphane, pour tes conseils et ton aide précieuse.

– A mes parents et mes beaux parents qui m'ont soutenue dans ce projet de reconversion.

– A Charles : sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible.

– A Samuel et Louise, mes deux magnifiques enfants dont je suis si fière.

Abréviations

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

MOAIJ : Module d'Orientation Approfondie Indemnité Journalière

CRPE : Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise

VPR : Visite de Pré Reprise

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

SAMETH : Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (= Inspection du Travail)

ARS : Agence Régionale de Santé

COMETE : Communication et Tremplin vers l'Emploi

TPT : Temps Partiel Thérapeutique

PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CT : Code du Travail

PRST 3: Troisième Plan Régional Santé Travail 2016-2020

OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

TMS : troubles musculosquelettiques

PST 3 : Troisième Plan Santé Travail 2016-2020

RNP : Rencontres Nationales Pédagogiques

ANIMT : Association Nationale des Internes de Médecine du Travail

AT : Accident du Travail

MP : Maladie Professionnelle

ALD : Affection Longue Durée

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

ENIM : Établissement national des invalides de la marine

CSP : Code de la Santé Publique

Liste des tableaux

Tableau 1 : ancienneté en médecine générale.....	37
Tableau 2 : ancienneté de moins et de plus de 10 ans en médecine générale.....	38
Tableau 3 : habitude de contacter le médecin du travail.....	39
Tableau 4 : habitude de contacter le médecin du travail. ancienneté de moins de 10 ans.....	39
Tableau 5 : habitude de contacter le médecin du travail. ancienneté de plus de 10 ans.....	39
Tableau 6 : raison de l'absence de contact avec le médecin du travail.....	40
Tableau 7 : compléments de réponses sur le contact avec le médecin du travail.....	40
Tableau 8 : préconisation de visite de pré reprise.....	41
Tableau 9 : préconisation de visite de pré reprise. ancienneté de moins de 10 ans.....	41
Tableau 10 : préconisation de visite de pré reprise. ancienneté de plus de 10 ans.....	41
Tableau 11 : raisons de non préconisation de VPR.....	42
Tableau 12 : raisons de non préconisation de VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	42
Tableau 13 : raisons de non préconisation de VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	42
Tableau 14 : raisons de préconisation de VPR.....	43
Tableau 15 : raisons de préconisation de VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	43
Tableau 16 : raisons de préconisation de VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	43
Tableau 17 : moment le plus adapté pour la VPR.....	44
Tableau 18 : moment le plus adapté pour la VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	44
Tableau 19 : moment le plus adapté pour la VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	44
Tableau 20 : compléments de réponses sur la visite de pré reprise.....	46
Tableau 21 : praticiens à l'origine de dossier RQTH.....	47
Tableau 22 : praticiens à l'origine de dossier RQTH. ancienneté de moins de 10 ans.....	47
Tableau 23 : praticiens à l'origine de dossier RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	47
Tableau 24 : raisons d'absence de dossier de RQTH.....	48
Tableau 25 : raisons d'absence de dossier de RQTH. ancienneté de moins de 10 ans.....	49
Tableau 26 : raisons d'absence de dossier de RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	49
Tableau 27 : raisons de dossier de RQTH.....	50
Tableau 28 : raisons de dossier de RQTH. ancienneté de moins de 10 ans.....	51
Tableau 29 : raisons de dossier de RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	51
Tableau 30 : compléments de réponses sur la RQTH.....	52
Tableau 31 : praticiens à l'origine d'un TPT.....	53
Tableau 32 : praticiens à l'origine d'un TPT. ancienneté de moins de 10 ans.....	53
Tableau 33 : praticiens à l'origine d'un TPT. ancienneté de plus de 10 ans.....	53
Tableau 34 : quotité de travail la plus adaptée.....	54
Tableau 35 : quotité de travail la plus adaptée. ancienneté de moins de 10 ans.....	54

Tableau 36 : quotité de travail la plus adaptée. ancienneté de plus de 10 ans.....	54
Tableau 37 : organisation du temps de travail lors TPT.....	55
Tableau 38 : organisation du temps de travail lors TPT. ancienneté de moins de 10 ans.....	55
Tableau 39 : organisation du temps de travail lors TPT. ancienneté de plus de 10 ans.....	55
Tableau 40 : compléments de réponses sur le TPT.....	56
Tableau 41 : praticiens à l'origine d'une invalidité.....	57
Tableau 42 : praticiens à l'origine d'une invalidité. ancienneté de moins de 10 ans.....	57
Tableau 43 : praticiens à l'origine d'une invalidité. ancienneté de plus de 10 ans.....	57
Tableau 44 : possibilité de travailler selon les catégories d'invalidité.....	58
Tableau 45 : possibilité de travailler en invalidité de 1ère catégorie selon ancienneté.....	59
Tableau 46 : possibilité de travailler en invalidité de 2ème catégorie selon ancienneté.....	59
Tableau 47 : possibilité de travailler en invalidité de 3ème catégorie selon ancienneté.....	59
Tableau 48 : compléments de réponses sur l'invalidité.....	61
Tableau 49 : préconisation de MOAIJ.....	62
Tableau 50 : préconisation de MOAIJ. ancienneté de moins de 10 ans.....	62
Tableau 51 : préconisation de MOAIJ. ancienneté de plus de 10 ans.....	62
Tableau 52 : compléments de réponses sur le MOAIJ.....	63
Tableau 53 : préconisation de CRPE.....	64
Tableau 54 : préconisation de CRPE. ancienneté de moins de 10 ans.....	64
Tableau 55 : préconisation de CRPE. ancienneté de plus de 10 ans.....	64
Tableau 56 : estimation des besoins de formation/information (en nombre et en pourcentage).....	66
Tableau 57 : besoin de documents d'information pour les patients en fonction de l'ancienneté des praticiens.....	67
Tableau 58 : besoin d'information régulière en fonction de l'ancienneté des praticiens.....	67
Tableau 59 : besoin d'actions de développement professionnel continu en fonction de l'ancienneté des praticiens.....	67

Liste des figures

Figure 1 : ancienneté en médecine générale.....	37
Figure 2 : ancienneté de moins et de plus de 10 ans en médecine générale.....	38
Figure 3 : habitude de contacter le médecin du travail.....	39
Figure 4 : habitude de contacter le médecin du travail. ancienneté de moins de 10 ans.....	39
Figure 5 : habitude de contacter le médecin du travail. ancienneté de plus de 10 ans.....	39
Figure 6 : préconisation de visite de pré reprise.....	41
Figure 7 : préconisation de visite de pré reprise. ancienneté de moins de 10 ans.....	41
Figure 8 : préconisation de visite de pré reprise. ancienneté de plus de 10 ans.....	41
Figure 9 : raisons de non préconisation de VPR.....	42
Figure 10 : raisons de non préconisation de VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	42
Figure 11 : raisons de non préconisation de VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	42
Figure 12 : raisons de préconisation de VPR.....	43
Figure 13 : raisons de préconisation de VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	43
Figure 14 : raisons de préconisation de VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	43
Figure 15 : moment le plus adapté pour la VPR.....	44
Figure 16 : moment le plus adapté pour la VPR. ancienneté de moins de 10 ans.....	44
Figure 17 : moment le plus adapté pour la VPR. ancienneté de plus de 10 ans.....	44
Figure 18 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de la VPR dans le maintien dans l'emploi.....	45
Figure 19 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour la préconisation de la VPR (nombre de réponses en chiffre).....	45
Figure 20 : praticiens ayant l'habitude de contacter le médecin du travail et préconisation de VPR.....	46
Figure 21 : praticiens n'ayant pas l'habitude de contacter le médecin du travail et préconisation de VPR.....	46
Figure 22 : praticiens à l'origine de dossier RQTH.....	47
Figure 23 : praticiens à l'origine de dossier RQTH . ancienneté de moins de 10 ans.....	47
Figure 24 : praticiens à l'origine de dossier RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	47
Figure 25 : raisons d'absence de dossier de RQTH.....	48
Figure 26 : raisons d'absence de dossier de RQTH. ancienneté de moins de 10 ans.....	49
Figure 27 : raisons d'absence de dossier de RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	49
Figure 28 : raisons de dossier de RQTH.....	50
Figure 29 : raisons de dossier de RQTH. ancienneté de moins de 10 ans.....	51
Figure 30 : raisons de dossier de RQTH. ancienneté de plus de 10 ans.....	51
Figure 31 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de la RQTH dans le maintien dans l'emploi.....	52
Figure 32 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour la mise en place de	

dossier de RQTH (nombre de réponses en chiffre).....	52
Figure 33 : praticiens à l'origine d'un TPT.....	53
Figure 34 : praticiens à l'origine d'un TPT. ancienneté de moins de 10 ans.....	53
Figure 35 : praticiens à l'origine d'un TPT. ancienneté de plus de 10 ans.....	53
Figure 36 : quotité de travail la plus adaptée.....	54
Figure 37 : quotité de travail la plus adaptée. ancienneté de moins de 10 ans.....	54
Figure 38 : quotité de travail la plus adaptée. ancienneté de plus de 10 ans.....	54
Figure 39 : organisation du temps de travail lors TPT.....	55
Figure 40 : organisation du temps de travail lors TPT. ancienneté de moins de 10 ans.....	55
Figure 41 : organisation du temps de travail lors TPT. ancienneté de plus de 10 ans.....	55
Figure 42 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du TPT dans le maintien dans l'emploi.....	56
Figure 43 : praticiens à l'origine d'une invalidité.....	57
Figure 44 : praticiens à l'origine d'une invalidité. ancienneté de moins de 10 ans.....	57
Figure 45 : praticiens à l'origine d'une invalidité. ancienneté de plus de 10 ans.....	57
Figure 46 : possibilité de travailler selon les catégories d'invalidité.....	58
Figure 47 : possibilité de travailler en invalidité de 1ère catégorie selon ancienneté.....	59
Figure 48 : possibilité de travailler en invalidité de 2ème catégorie selon ancienneté.....	59
Figure 49 : possibilité de travailler en invalidité de 3ème catégorie selon ancienneté.....	59
Figure 50 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de l'invalidité dans le maintien dans l'emploi.....	60
Figure 51 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour le dossier invalidité (nombre de réponses en chiffre).....	60
Figure 52 : praticiens ayant été à l'origine d'une invalidité et dossier RQTH.....	61
Figure 53 : praticiens n' ayant jamais été à l'origine d'une invalidité et dossier RQTH.....	61
Figure 54 : préconisation de MOAIJ.....	62
Figure 55 : préconisation de MOAIJ. ancienneté de moins de 10 ans.....	62
Figure 56 : préconisation de MOAIJ. ancienneté de plus de 10 ans.....	62
Figure 57 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du MOAIJ dans le maintien dans l'emploi.....	63
Figure 58 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour le dossier invalidité (nombre de réponses en chiffre).....	63
Figure 59 : préconisation de CRPE.....	64
Figure 60 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du CRPE dans le maintien dans l'emploi.....	65
Figure 61 : estimation des besoins de formation/information.....	66
Figure 62 : besoin de documents d'information pour les patients en fonction de l'ancienneté.....	67
Figure 63 : besoin d'information régulière en fonction de l'ancienneté.....	67
Figure 64 : besoin d'actions de développement professionnel continu en fonction de l'ancienneté.....	67

INTRODUCTION

Selon le bilan 2015 du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail : « la désinsertion professionnelle liée à des problèmes de santé peut avoir des causes multiples, notamment les maladies chroniques évolutives, le handicap, les accidents du travail, l'usure professionnelle, le vieillissement, les maladies professionnelles ou non professionnelles. » [1]

Dans un contexte de vieillissement de la population et de recul de l'âge de la retraite, la prévention contre cette désinsertion professionnelle devient un enjeu majeur de la médecine du travail.

Conformément au rapport dit « Issindou » de mai 2015¹, « s'agissant de l'inaptitude, elle ne joue que marginalement un rôle de protection de l'emploi du salarié puisque 95% des salariés déclarés inaptes sont licenciés, une petite minorité d'entre eux seulement parvenant à retrouver un travail. La constatation de l'inaptitude intervient désormais, soit en conclusion d'un processus continu d'adaptation du poste de travail, soit comme une mesure thérapeutique visant à soustraire le salarié de son milieu de travail afin de protéger sa santé. » [2]

Dans le Plan Santé Travail 2016-2020, on apprend qu'en 2014, « près de 64 000 nouvelles inscriptions à Pôle emploi résultent d'une déclaration d'inaptitude. Ces salariés déclarés inaptes sont surreprésentés parmi les chômeurs de longue durée : 50 % des demandeurs d'emploi à la suite d'un licenciement pour inaptitude contre 43 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. » [3]

Il faut également rappeler que les travailleurs handicapés sont plus touchés par le chômage : 19% de taux de chômage chez les personnes handicapées contre 10% dans la population générale selon le rapport de l'AGEFIPH 2016. [4] Leur insertion dans l'emploi et un maintien en emploi pérenne est un objectif important de nombreux partenaires et des services de santé au travail.

Lors des Rencontres Nationales Pédagogiques de l'ANIMT² en 2016 à Paris, le Dr Alain JABES, médecin du travail, animateur de la cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi du département des Yvelines, a rappelé qu'après un arrêt de 6 mois, la moitié des salariés ne reprendront pas d'activité professionnelle et trois quarts après un arrêt d'un an.

1 Rapport à l'origine de la loi Travail dite El Khomri n°2016-1088 du 8 août 2016.

2 L'ANIMT est l'Association Nationale des Internes de Médecine du Travail qui organise tous les ans depuis 2014 des rencontres pour les internes de médecine du travail de France. Le thème en 2016 était « le maintien dans l'emploi ».

Face à ces constats, il apparaît indispensable de prévenir le risque d'exclusion de l'emploi pour cause d'inaptitude au poste de travail. [5]

Le maintien en emploi est conçu ici dans un sens large, incluant le maintien dans l'emploi (maintien sur le poste, grâce à des aménagements ou sur un autre poste dans l'entreprise, par reclassement interne) et le maintien en emploi proprement dit (grâce à un reclassement externe). [3]. Il est un des axes prioritaires du 3^{ème} Plan Santé au Travail 2016-2020.

Lorsqu'une situation est trop complexe et ne se résout pas d'elle-même, le signalement détermine le moment où est repéré le cas de la personne qui, pour raison médicale, éprouve des difficultés à tenir son poste de travail et en faveur de laquelle il s'agit désormais de mener collectivement une réflexion sur les conditions de la poursuite de son activité professionnelle. [4]

Le médecin traitant, prévoyant les conséquences futures de l'état de santé de son patient [4], a un rôle primordial à jouer dans ce signalement puisqu'il est le principal prescripteur des arrêts de travail.

Selon l'article R4624-31 du Code du Travail, la visite de reprise est obligatoire après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident de travail, de maladie ou d'accident non professionnel ou après un congé maternité ou une absence pour cause de maladie professionnelle.

Le médecin du travail n'a, en général, aucun contact avec le salarié pendant l'arrêt de travail jusqu'à la visite de reprise et ne connaît pas toujours les situations complexes. Lors de cette visite, il peut alors faire des préconisations d'aménagements ou d'adaptations du poste ou émettre un avis d'inaptitude. Mais il est souvent difficile de trouver des solutions dans « l'urgence » sans aucune anticipation du problème.

La précocité du signalement permet de mener une réflexion plus apaisée, d'envisager une négociation plus ouverte et de se donner toutes les chances d'anticiper tant l'aggravation de l'état de santé de la personne que ses conséquences socialement dommageables. [4]

Il faut toutefois rappeler que le salarié demeure le centre autour duquel gravite la pratique du maintien en emploi. Il est le premier acteur de la solution construite avec l'employeur. C'est pourquoi le signalement, s'il nécessite une fluidité dans le transfert de l'information entre les différents professionnels, ne doit jamais négliger l'accord du salarié. [4]

La communication entre le médecin traitant, qui connaît parfaitement l'état de santé de son patient, le programme de soins, et le médecin du travail, qui maîtrise les conditions de travail, le poste du salarié, n'est pourtant pas toujours facile.

Les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail sont de qualité inégale, alors que la collaboration du médecin de soins avec le médecin du travail est essentielle dans la prise en charge thérapeutique de certaines pathologies (troubles musculosquelettiques, lombalgies...) pour favoriser le retour à l'emploi. [6]

La visite de pré reprise permet aux salariés de rencontrer le médecin du travail le plus précocement possible pour envisager les possibilités de reprise à moyen et long terme. Celle-ci est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du travailleur, conformément à l'article R4624-29 du Code du Travail. Pourtant cette possibilité offerte aux médecins traitants n'est pas toujours connue et/ou utilisée.

Lors du 5^{ème} séminaire sur le maintien dans l'emploi organisé par le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés à Nantes en juin 2017³, un médecin du travail de la Loire-Atlantique a rappelé que la précocité d'une visite de pré reprise permettait toujours de donner des perspectives aux salariés. Le Dr Nicolas Sandret, médecin attaché à la consultation de pathologie professionnelle de Créteil, souligne que « le travail est potentiellement un facteur d'émancipation et de construction de la santé physique, psychique et sociale des salariés ». [7]

Il existe également d'autres outils permettant le maintien en emploi qui ne sont pas toujours employés par les médecins généralistes.

L'objectif principal de ce travail est de faire l'état des lieux des connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur certains outils du maintien en emploi mis à leur disposition et d'organiser des formations adaptées à leurs besoins.

3 Le PRITH des Pays de la Loire organise tous les ans un séminaire sur le maintien dans l'emploi réunissant de nombreux partenaires (AGEFIPH, DIRECCTE, CPAM, SAMETH, COMETE...). En 2017, des petits groupes de réflexion ont particulièrement abordé le thème « anticiper et préparer la reprise ».

Dans une première partie, nous étudierons certains dispositifs de maintien en l'emploi et de lutte contre la désinsertion professionnelle. Il faut noter que nous nous bornerons essentiellement aux cas relevant du régime général de la Sécurité Sociale qui sont ceux majoritairement rencontrés par les médecins généralistes. Les dispositifs spécifiques de la Fonction Publique ou du Régime des Indépendants ne seront que rarement abordés.

Dans une deuxième partie nous analyserons les résultats d'une étude menée auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique sur leurs connaissances en matière de maintien dans l'emploi.

PARTIE 1 : Prérequis

1. Les outils à disposition

Ici il s'agira de faire un vade-mecum des outils actuels du maintien dans l'emploi à la disposition des médecins traitants en collaboration avec le médecin du travail. Cette liste ne sera toutefois pas exhaustive.

1.1 La visite de pré reprise

La visite de pré reprise est un rendez-vous médical entre le salarié et le médecin du travail qui se déroule au cours de l'arrêt de travail afin de faire le point sur son état de santé [8]. L'entretien peut être initié par le salarié lui-même, le médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou le médecin traitant selon l'article R 4624-29 du CT [9]. Cette VPR est obligatoire⁴ en cas d'arrêt de travail d'une durée supérieure à 3 mois mais elle peut être organisée à tout moment dès lors que des difficultés à la réintégration au poste de travail sont prévisibles. [10]

L'article R. 4624-30 du CT [9] prévoit qu' « au cours de l'examen de pré reprise, le médecin du travail peut recommander :

- des aménagements et adaptations du poste de travail ;
- des préconisations de reclassement ;
- des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle.

A cet effet, il s'appuie en tant que de besoin sur le service social du travail du service de santé au travail interentreprises ou sur celui de l'entreprise.

Il informe, sauf si le travailleur s'y oppose, l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur. »

Ni l'employeur, ni le médecin du travail ne peuvent demander ou imposer cet examen.

Le médecin traitant, étant le prescripteur de l'arrêt de travail, a souvent de bonnes notions de la durée de ce dernier et des difficultés futures pour le retour à l'emploi. Il peut donc orienter son patient vers le médecin du travail dès qu'il évalue un risque lié à la reprise de l'emploi.

Le médecin du travail restera en étroite collaboration avec le médecin traitant qui connaît parfaitement le dossier médical du patient.

La VPR peut être déclenchée même si la reprise n'est pas envisagée dans un futur proche car

4 Même si en pratique elle n'est pas toujours organisée.

elle ouvre des perspectives d'avenir au patient/salarié. Le médecin du travail peut recevoir le salarié plusieurs fois avant la reprise effective.

Lors des RNP de l'ANIMT à Paris en 2016, le Dr Alain Jabes (cf. introduction) a présenté une théorie selon laquelle « s'occuper des personnes pendant l'arrêt de travail, le plus précocement possible, permet la sécrétion de neuromédiateurs aidant à un rétablissement plus rapide ». Il n'a toutefois pas cité de source particulière. Il ajoute « ce n'est pas parce que quelqu'un est arrêté pour de graves raisons de santé qu'il ne faut pas lui parler de son avenir social et professionnel ». [11]

Il est important de comprendre qu'au cours de la VPR, aucun avis d'aptitude ou d'inaptitude n'est délivré. Les préconisations faites lors de celle-ci ne seront transmises à l'employeur qu'après accord du salarié. Cette visite peut donc rester complètement inconnue de l'employeur.

Il ne faut pas confondre la VPR avec la visite de reprise proprement dite qui doit être demandée par l'employeur. Cette dernière doit avoir lieu le jour de la reprise effective et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent (Art R 4624-31 CT). Lors de celle-ci le médecin du travail peut prononcer une inaptitude au poste ou à tout poste (Art R 4624-32 CT) et il est parfois trop tard pour proposer des aménagements, des adaptations du poste ou un reclassement.

L'ensemble des acteurs de la santé au travail converge pour penser que la visite de pré reprise est décisive pour préparer les conditions du retour du salarié dans son emploi dans l'entreprise ou éventuellement pour envisager la réorientation professionnelle que son état de santé exige. [2] « Cette visite, qui intervient alors que le salarié est encore en arrêt maladie, permet de mobiliser l'ensemble des partenaires relativement tôt pour pouvoir encore agir et organiser collectivement une prise en charge de la personne en difficulté. Nous nous attachons à renforcer ce dispositif », insiste le Pr Paul Frimat.[12] Ce dernier était en 2011 président de l'ISTNF, l'Institut de santé au travail du Nord de la France. Une enquête épidémiologique menée en 2011 dans le Nord de la France indique que les maladies du système ostéoarticulaire (lombalgies, troubles musculo-squelettiques...), relevées dans 47 % des cas, demeurent la principale cause de l'inaptitude. Viennent en deuxième position les troubles mentaux et du comportement (24 %), qui incluent, selon les auteurs de l'étude, les pathologies liées à la souffrance au travail.

Il faut toutefois rappeler que le rôle du médecin conseil des organismes de sécurité sociale reste primordial puisqu'il a un rôle de contrôle auprès des assurés et qu'il devrait déclencher de façon systématique une VPR après 90 jours d'arrêt de travail. Mais les médecins conseils sont peu nombreux, souvent débordés et ils n'ont pas toujours les moyens de la déclencher.

1.2 Le temps partiel thérapeutique

Son but est de permettre une reprise progressive du travail avec une réassurance du patient/salarié et la possibilité de maintenir des soins en parallèle (notamment de la kinésithérapie).

Cette reprise à TPT est prescrite par le médecin traitant sur le formulaire d'arrêt de travail en indiquant la mention « temps partiel thérapeutique » (dans le cadre de la maladie non professionnelle) ou « reprise d'un travail léger » (dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle). C'est une prolongation de l'arrêt de travail qui doit permettre la reprise à temps complet dans les plus brefs délais. [10]

Le TPT est souvent appelé à tort « mi-temps thérapeutique » car la reprise se fait la plupart du temps à 50%. Il faut rappeler que la quotité de temps de travail sera fixée par le médecin du travail (de 10 à 90% du temps complet), lors de la visite de reprise et pourra être progressive jusqu'à la reprise à temps complet. Il en est de même en ce qui concerne l'organisation du temps de travail qui peut se faire par demi-journées ou par journées entières.

La rémunération comprend un salaire versé par l'employeur en fonction du temps de présence dans l'emploi auquel s'ajoutent les prestations versées par la CPAM.

Les conditions d'accès sont les suivantes [10] :

- accord du salarié ;
- accord préalable de l'employeur ⁵;
- prescription du médecin traitant ;
- accord du médecin conseil pour le maintien des indemnités journalières ;
- accord du médecin du travail pour la reprise.

Cette reprise doit faire suite à un arrêt à temps complet indemnisé par la CPAM de minimum 4 jours au titre de la maladie non professionnelle et de minimum 1 jour au titre de l'AT/MP et sans minimum pour l'ALD exonérante ou non. Une dérogation existe toutefois si une période de congés annuels fait suite à un arrêt à temps complet. [8]

La reprise à TPT s'inscrit le plus souvent dans une durée inférieure à 3 mois et constitue une mesure transitoire.

Nous abordons le cas spécifique de la fonction publique qui vient d'être modifié par une ordonnance de janvier 2017 [13]. Auparavant les fonctionnaires ne pouvaient prétendre à une reprise à TPT qu'après 6 mois d'arrêt maladie ordinaire et après passage en Comité Médical

5 Art 4624-6 CT : « en cas de refus, l'employeur fait connaitre par écrit les motifs qui s'y opposent ».

Départemental (ou en Commission de Réforme si AT/MP). Cette nouvelle ordonnance assouplit considérablement le dispositif puisque le TPT peut faire suite à un arrêt maladie d'une durée quelconque et après accord d'un médecin agréé. Les médecins traitants n'auront ainsi plus à se demander si la reprise à TPT est possible pour un patient fonctionnaire. Cette souplesse devrait permettre un retour à l'emploi plus rapide et plus efficace sans être contraint d'attendre 6 mois avant la reprise.

1.3 La reconnaissance de la qualité travailleur handicapé (RQTH)

Se faire reconnaître travailleur handicapé permet d'avoir accès à un ensemble de mesures mises en place pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap et leur maintien dans l'emploi. Les démarches pour obtenir cette reconnaissance s'effectuent auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est une décision administrative qui accorde aux personnes en situation de handicap une qualité leur permettant de bénéficier d'aides spécifiques. [14]

Anciennement appelés « travailleurs COTOREP », les travailleurs handicapés peuvent bénéficier de la RQTH depuis la loi du 11 février 2005.

Est considérée comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique », selon l'article 2 de la loi du 11 février 2005. [15]

Demander la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), c'est faire reconnaître officiellement par la CDAPH son aptitude au travail, suivant ses capacités liées au handicap.

La CDAPH peut ne pas reconnaître la qualité de travailleur handicapé. Dans ce cas, elle conclut soit à l'impossibilité d'accéder à tout travail soit, à l'inverse, à la possibilité d'accéder normalement à un travail (absence de handicap reconnu).

Être reconnu travailleur handicapé permet, notamment, de bénéficier des mesures suivantes :

- l'orientation, par la CDAPH vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle ;
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap emploi ;

- un appui particulier pour le maintien dans l'emploi via les Sameth (services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) ;
- l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)⁶ ;
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique ;
- les aides de l'AGEFIPH
- accès à des dispositifs spécifiques (MOAII⁷...)

La RQTH est accordée pour une durée de 1 à 5 ans. La personne qui en bénéficie n'a aucune obligation d'en informer son employeur.

Le médecin traitant joue un rôle primordial dans la constitution du dossier puisqu'il peut remplir le certificat médical obligatoire pour toute demande. Le médecin du travail peut en parallèle compléter la partie concernant le travail sur ce même certificat, pour donner des éléments plus précis et appuyer la décision.

La RQTH a une importance essentielle pour le maintien en emploi puisqu'elle permet souvent de financer des aménagements de poste (via l'AGEFIPH ou le FIPHFP) qui auraient été trop coûteux pour certaines entreprises.

Le Dr Gilles Levery déclare que les mentalités doivent changer : « aujourd'hui, il ne faut plus chercher à compenser le handicap, mais il faut valoriser la plus-value que chacun apporte ».

[16]

En France, en 2016, il y avait 2,7 millions de personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans dont 938 000 en situation d'emploi. [4]

6 Toutes les entreprises du secteur privé de plus de 19 salariés doivent employer des personnes handicapées (à temps plein ou partiel) dans la proportion de 6 % de leur effectif total. Elle s'applique également dans la fonction publique, selon des modalités particulières. Les employeurs peuvent s'acquitter de leur OETH en versant à l'AGEFIPH une contribution annuelle pour chacun des bénéficiaires qu'ils auraient dû employer.

7 Voir chapitre 2.5

1.4 La pension d'invalidité du régime général

Nous aborderons ici uniquement le cas de la pension d'invalidité de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (régime général).

Dans la fonction publique, la retraite pour invalidité a un autre sens. Le fonctionnaire définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions peut être mis, d'office ou à sa demande, en retraite anticipée pour invalidité. Il a également droit à une rente d'invalidité en cas d'invalidité d'origine professionnelle (Commission de Réforme).

Dans le régime général, l'assuré social peut bénéficier d'une pension d'invalidité lorsque sa capacité de travail est réduite de plus des deux tiers.

La pension, destinée à compenser la perte de gain, est versée au salarié immatriculé depuis 12 mois au premier jour du mois auquel débute l'affection invalidante et justifiant, pendant cette période, d'un nombre déterminé d'heures de travail. Depuis la loi du 9 novembre 2010 [17], le salarié peut continuer, jusqu'à 65 ans, à percevoir la pension tout en ayant une activité.

La demande d'invalidité peut se faire soit sur proposition du Médecin Conseil de la CPAM, soit sur demande de l'assuré par un formulaire (S4150 de la CPAM) accompagné d'un certificat médical rédigé par son médecin traitant.

L'état d'invalidité est apprécié par le Médecin Conseil.

La capacité restante détermine la catégorie d'invalidité selon les modalités suivantes :

- Catégorie 1 : le salarié reste médicalement apte à une activité à temps partiel. Il perçoit 30% du salaire annuel de référence sur la base de la moyenne des 10 meilleures années.
- Catégorie 2 : le salarié est reconnu médicalement inapte à toute activité. Il perçoit 50% du salaire annuel moyen.
- Catégorie 3 : le salarié est reconnu médicalement inapte à toute activité et a besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (toilette, habillage, alimentation et élimination). Il perçoit 50% du salaire annuel moyen ainsi qu'une majoration permettant de compenser les frais occasionnés par la nécessité d'aide par une tierce personne.

Il faut noter toutefois que les montants sont plafonnés⁸.

L'invalidité prononcée par la Sécurité Sociale n'est pas l'inaptitude au poste de travail ou à tout poste dans l'entreprise. La décision de mise en invalidité n'a pas d'incidence directe sur

⁸ Montants consultables sur le site ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/invalidite>.

la relation contractuelle entre le salarié et son employeur. Au terme de l'article L 1132-1 du code du travail, l'employeur ne peut licencier le salarié du fait de sa mise en invalidité. Par contre l'avis d'inaptitude prononcé par le médecin du travail d'un salarié par ailleurs classé invalide va avoir des conséquences sur le contrat de travail.

Il faut bien comprendre que l'attribution d'une invalidité de catégorie 2 ou 3 ne saurait constituer une interdiction de travailler. Seul le médecin du travail peut se prononcer sur l'inaptitude au poste.

Par exemple, Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées de 1988 à 1993, était tétraplégique et dépendant d'autrui pour les gestes de la vie quotidienne. On peut imaginer aisément qu'il relevait d'une invalidité de catégorie 3 mais qu'il a pu se maintenir dans l'emploi.

Il faut noter que le système assurantiel n'indemnise jamais deux fois un même dommage et qu'il est inutile de constituer un dossier d'invalidité dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle déjà indemnisés.

Il est important de savoir que la carte d'invalidité, attribuée en fonction d'un barème par la MDPH à la personne handicapée présentant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% n'a rien à voir avec la pension d'invalidité sus-décrite.

La reconnaissance en invalidité par l'organisme de Sécurité Sociale peut être considérée comme une réelle mesure de maintien en emploi. En effet, la pension versée compensant l'état de handicap permet de conserver une activité professionnelle rémunérée (souvent à temps partiel). [8]

1.5 Le module d'orientation approfondie indemnité journalière (MOAIJ)

Chaque année, plusieurs centaines de personnes licenciées pour inaptitude médicale s'inscrivent à Pôle Emploi, demeurent durablement sans activité professionnelle et risquent une désocialisation.

Le MOAIJ est l'une des réponses que le Service social de la Carsat et ses partenaires peuvent apporter.

Ce dispositif d'accompagnement a pour objectif d'anticiper, le plus précocement possible, les risques de désinsertion professionnelle pour raison de santé. Il va permettre aux personnes concernées d'élaborer un nouveau projet professionnel, et ce, pendant la période d'arrêt de travail couverte par le versement des indemnités journalières de l'Assurance Maladie.

Il concerne les salariés, les assurés sociaux (régime général, MSA, RSI et ENIM) en arrêt de travail de longue durée qui sont titulaires d'un contrat de travail au moment de l'arrêt et

indemnisés au titre d'un arrêt maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Ils doivent remplir plusieurs conditions [10] :

- les Services de Santé au Travail ont émis une présomption d'incapacité médicale à leur poste, formalisée par un écrit lors d'une visite de pré reprise, sans possibilité de reclassement dans leur entreprise ;
- la reconnaissance de statut de travailleur handicapé est acquise ou en cours auprès de la MDPH ;
- l'état de santé est en voie de stabilisation ;
- une reprise d'emploi est envisagée à court terme par le médecin conseil.

Le module d'orientation approfondie d'une durée totale de 6 semaines est construit sur une alternance de séquences en centre et en entreprises. Chaque module est conduit pour un groupe de 12 participants en moyenne.

Le Service social de la Carsat accompagne le groupe avant, pendant et après le module.

Au cours du MOAIJ, les personnes accompagnées vont réaliser un bilan personnel et professionnel permettant de mettre en exergue les acquis, les aptitudes et les compétences transférables vers un nouveau projet professionnel.

Elles feront le point sur les connaissances générales, les acquis professionnels et extra professionnels, les centres d'intérêts, les facultés mnésiques, dans le but d'établir un tel bilan.

Elles pourront découvrir les secteurs d'activité par une immersion directe en entreprise et y vérifier le transfert possible des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Tout au long du parcours, elles bénéficieront d'un accompagnement collectif et individuel qui permettra d'évaluer la faisabilité du nouveau projet de travail au regard des restrictions médicales, des aptitudes cognitives et professionnelles.

Le MOAIJ vise une reconversion professionnelle dans les six mois qui suivent le stage.

Le rôle du médecin traitant est d'orienter son patient vers le Service Social de la CARSAT. Il doit également assurer la continuité des arrêts de travail pendant le MOAIJ.

Il peut également remplir le formulaire de demande de RQTH si ce n'est pas déjà le cas.

Il faut bien noter que le patient ne doit en aucun cas être consolidé ou guéri pendant la durée du module.

De son côté, le médecin du travail peut préconiser le MOAIJ. [8]

1.6 Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

Le contrat de rééducation professionnelle est destiné aux personnes assurées sociales qui, du fait d'un handicap, ont perdu la possibilité d'exercer leur emploi. L'objectif de ce contrat est de leur permettre de se réaccoutumer à leur profession ou d'exercer un nouveau métier. Ce contrat est conclu, pour une durée déterminée, entre l'employeur, le salarié et la Sécurité sociale. Il est assorti d'une rémunération et d'une formation.[18]

Le CRPE s'adresse à toute personne reconnue travailleur handicapé par la CDAPH qui, à la suite d'une maladie invalidante, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, a perdu la possibilité d'exercer son emploi. Ce constat doit avoir été fait par le médecin du travail. Ce contrat peut être mis en place à l'issue d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique.

L'employeur signataire du contrat peut être l'ancien employeur du salarié (réadaptation) ou un nouvel employeur (apprentissage d'un nouveau métier). S'il n'est pas conclu chez l'employeur habituel de l'intéressé, le contrat de rééducation peut donner lieu au bénéfice d'une aide versée par l'AGEFIPH.

Grâce à une formation pratique en entreprise, éventuellement complétée par une formation théorique, le contrat de rééducation professionnelle doit permettre à la personne en situation de handicap de se réaccoutumer à son ancienne profession ou d'être reclassée sur un nouveau métier dans son entreprise d'origine ou dans une autre entreprise.

Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise est un contrat de travail à durée déterminée, renouvelable une fois. Conclu pour une durée de 3 mois à 1 an selon les besoins du bénéficiaire, le contrat est signé par l'organisme de Sécurité Sociale (CPAM ou MSA), l'employeur et le salarié.

Il revient au travailleur handicapé de déposer une demande de contrat de rééducation professionnelle auprès de la CPAM ou de la MSA. L'initiative de proposer un tel contrat peut aussi venir du médecin du travail, lors d'une visite de pré reprise, qui accompagnera le salarié durant la durée du contrat.

Une rencontre regroupant le médecin du travail, le salarié, l'employeur, et l'organisme de Sécurité sociale, aura lieu en entreprise dans le but de définir les termes du contrat.

Les modalités du contrat doivent être soumises à l'approbation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Le rôle du médecin traitant est d'orienter son patient vers le Service Social de la CARSAT. Il peut également remplir le formulaire de demande de RQTH si ce n'est pas déjà le cas.

1.7 Autres outils usuels de la reconversion ou de la réorientation professionnelle

Il existe de nombreux dispositifs, autres que ceux sus-cités, qui contribuent à la prévention de la désinsertion professionnelle :

- la formation professionnelle continue regroupe des actions de formation, d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil pendant l'arrêt de travail en vue de favoriser le développement de compétences et le maintien en emploi. Le médecin traitant s'assure que l'état de santé est compatible avec l'action de formation et adresse son accord à la CPAM. Le médecin du travail préconise cette formation notamment lors d'une VPR ;
- le bilan de compétences se déroule en 3 phases [19] sur une durée de 24 heures. La phase préliminaire permet de définir et analyser les besoins ; de vérifier la pertinence de l'engagement dans cette démarche ; d'informer sur le déroulement, les méthodes, les techniques et le financement. La phase d'investigation permet d'identifier les compétences, aptitudes et potentiels au travail ; de repérer les valeurs, motivations, attentes et intérêts professionnels ; d'analyser les aspects de la personnalité, des comportements et attitudes au travail et d'identifier des perspectives d'évolution. La phase de conclusion permet de dresser le bilan des atouts et points de vigilance au regard des pistes étudiées ; d'élaborer un plan d'actions pour mettre en œuvre le ou les projet(s) ; de restituer le document de synthèse. Il peut être proposé pendant l'arrêt de travail.

Ce bilan s'inscrit dans le cadre du Compte Personnel d'Activité créé par la loi travail El Khomri [20]. Le Compte Personnel d'Activité regroupe le Compte Personnel de Formation (CPF), le Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité (C3P) et le Compte Engagement Citoyen (CEC). L'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention vient de modifier le compte C3P sus-cité en compte professionnel de prévention (C2P).

Le médecin traitant peut suggérer un tel bilan s'il pressent des difficultés professionnelles susceptibles d'entraîner de futures conséquences sur la santé de son patient.

2. Les acteurs impliqués

De nombreux acteurs interviennent dans la recherche d'une solution de maintien en emploi et la réussite de cette recherche réside dans la précocité de l'intervention et la qualité de collaboration et de coordination des différents acteurs entre eux.

2.1 Les médecins : médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil

Il est primordial de rappeler que l'accord de la personne (patient/salarié) doit être recueilli avant tout échange entre les différents médecins impliqués.

- Le médecin traitant est souvent le premier intervenant en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et il est l'interlocuteur privilégié du médecin du travail.

Il détient la plupart des informations sur l'état de santé du patient/salarié. Il connaît les conséquences du handicap (s'il existe) et les contre-indications médicales.

Il lui est conseillé de prendre contact avec le médecin du travail dès qu'une difficulté dans la reprise du travail est pressentie lors d'un arrêt prolongé. Il peut également se mettre en contact avec ce dernier si, lors d'une consultation, il perçoit une difficulté à se maintenir au poste de travail, en dehors même d'un arrêt de travail.

Il peut aussi joindre directement le service social de la CARSAT.

Il doit être bien conscient que la précocité dans la détection de telles difficultés permet aux différents acteurs impliqués de rechercher une solution adaptée. Tout dispositif de maintien en l'emploi nécessite du temps. [8]

- Le médecin du travail est l'acteur pivot incontournable du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle.

Il évalue l'aptitude du salarié à occuper ou retrouver son poste. Il fait toutes les préconisations nécessaires si l'aptitude est limitée en concertation avec le salarié et l'employeur. Il organise notamment des réunions tripartites.

Il est dans l'obligation de recevoir le salarié en visite occasionnelle à sa demande ou en visite de pré reprise.

- Le médecin conseil peut solliciter le médecin du travail en cas d'arrêt de travail supérieur à trois mois voire avant ce délai pour préparer la reprise du travail, lors d'une VPR.

Il doit toutefois en informer le salarié et le médecin traitant au préalable. Il peut également saisir le Service social de la CARSAT.

2.2 Le service social de la CARSAT

Ce service est l'interlocuteur privilégié de l'assuré pour l'informer et l'accompagner. [8]

Il aide les personnes, confrontées à un problème de maintien en emploi du fait de leur état de santé, à se maintenir dans leur poste, leur emploi ou leur entreprise.

Il aide les personnes, qui n'ont pu conserver leur emploi du fait de leur santé, à retrouver les conditions nécessaires à un retour à l'emploi (MOAIJ, CRPE....).

Il propose un accompagnement individuel et collectif.

2.3 La Cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle de la CPAM

La cellule de prévention de la désinsertion professionnelle est un dispositif de coordination mis en place par l'Assurance Maladie en vue de faciliter le retour à l'emploi des salariés en arrêt de travail pour maladie ou pour AT/MP.

Ces salariés présentent un risque d'inaptitude et de licenciement à la reprise du travail et nécessitent un accompagnement médical, social et administratif renforcé et coordonné en vue de les aider à se maintenir dans l'emploi voire d'élaborer un nouveau projet professionnel.

La prise en charge des situations est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée de représentants du service médical de la CPAM, du service social de la CARSAT et des partenaires externes : le médecin du travail, le chargé de mission Sameth, le conseiller Comète France, et, le cas échéant, d'autres opérateurs ou partenaires du maintien dans l'emploi (réfèrent MDPH, assistante de service social d'entreprise, etc.).

La cellule de coordination n'intervient qu'avec l'accord du salarié.

La connaissance précoce des situations de salariés en risque de désinsertion professionnelle à la reprise renforce l'efficacité du dispositif (ou de l'action de la cellule). La mise en œuvre d'actions pour favoriser le maintien dans l'emploi (aménagement de poste, action de remobilisation) requiert du temps et peut se faire pendant l'arrêt de travail si l'état de santé (après avis du médecin traitant) du salarié le permet.

2.4 Concernant le handicap : MDPH, AGEFIPH, COMETE et SAMETH

Il existe de très nombreux acteurs impliqués dans les démarches de maintien en emploi des personnes handicapées. Nous citerons ici les principaux, sans toutefois établir une liste exhaustive.

2.4.1 MDPH

La loi de 2005 [15] a créé un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées : la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Elle met en oeuvre également une sensibilisation aux handicaps de tous les citoyens. [8]

Elle assure l'organisation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH, anciennement la COTOREP) qui traite notamment les demandes de RQTH.

Le médecin coordonnateur de la MDPH joue le rôle d'interface auprès des médecins du travail, du SAMETH⁹, des services sociaux de la CARSAT, des médecins traitants et des autres partenaires institutionnels. Il assure également des actions de formation auprès des médecins libéraux.

2.4.2 AGEFIPH/FIPHFP

L'AGEFIPH est l'Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées.

Cette association apporte des aides aux entreprises pour engager les premières dépenses occasionnées par la recherche ou la mise en place de mesures de maintien en emploi, notamment les aménagements et les préconisations prévus par le médecin du travail.

L'AGEFIPH encourage l'entreprise à embaucher des travailleurs handicapés en attribuant une prime d'insertion à l'entreprise ou des aides au travailleur handicapé.

Elle apporte des aides à l'accessibilité des situations de travail, à la formation professionnelle, au bilan de compétence, à la mobilité. [8]

Son pendant dans la fonction publique est le FIPHFP.

9 Cf chapitre 2.3.3

2.4.3 SAMETH

Le SAMETH est le Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés.

Il est financé par l'AGEFIPH (ou le FIPHFP) et représenté au niveau local par un conseiller Maintien Emploi.

Il informe toute personne ou organisme sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

Après saisine du médecin du travail, du salarié ou de l'employeur¹⁰ il peut :

- faciliter la mise en oeuvre d'une solution de maintien déjà identifiée et acceptée par l'entreprise ;
- informer et conseiller les salariés et les employeurs sur les conditions d'une démarche de maintien dans l'emploi ;
- rechercher, élaborer et proposer la mise en oeuvre de solutions de maintien dans l'emploi.

Il est l'interlocuteur privilégié de l'employeur et du médecin du travail. [8]

2.4.4 COMETE

COMMunication Et Tremplin vers l'Emploi, COMETE France est une association Loi 1901 regroupant des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés et des Unités de Médecine Physique et de Réadaptation intégrées dans les établissements publics de santé.

Son objectif est de maintenir pour, autour et avec la personne en situation de handicap une dynamique d'insertion sociale et professionnelle par la mise en oeuvre d'un projet de vie cohérent. Ce projet doit pouvoir se concrétiser le plus rapidement possible après la sortie de l'établissement de soins. Il peut consister en un maintien en milieu ordinaire de travail, une réorientation professionnelle complète, une entrée en formation ou une reprise d'études. [8]

En 2015, les derniers chiffres clés de l'association établissent qu'il existait 47 établissements sanitaires impliqués dans le dispositif. 8775 personnes étaient suivies ; 76% des personnes accompagnées ont été insérées et 86% des personnes étaient toujours insérées 2 ans après la concrétisation de leur projet professionnel [21]. Ce dispositif, financé à 45% par l'AGEFIPH, a fait ses preuves. Il s'appuie sur l'implication du salarié et sur la concertation entre médecin, ergonomiste et employeur. [11]

¹⁰ Certaines grandes entreprises ont leur propre service de conseil en maintien dans l'emploi et ne font pas appel au SAMETH.

2.5 La DIRECCTE

La DIRECCTE est la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi¹¹.

Elle coordonne le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés.

Le PRITH des Pays de Loire est à l'origine de ce travail de thèse, via son Comité Maintien dans l'emploi.

Le Médecin Inspecteur du Travail exerce une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs. Il participe à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs.

Son action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail auprès desquels il joue un rôle d'animation et d'appui technique.

Il agit en liaison avec les inspecteurs du travail et coopère avec eux à l'application de la réglementation relative à la santé au travail.

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, il conseille et appuie les médecins du travail. [8]

2.6 L'ARS

L'Agence Régionale de Santé à travers le Médecin Inspecteur Régional de la Santé est chargée de la conception et de la mise en oeuvre de la politique de santé publique en liaison avec les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements de santé, les organismes d'Assurance Maladie et les associations.

¹¹ Plus communément connue sous le terme « inspection du travail ».

PARTIE 2 : L'étude

1. Introduction de l'étude

Ce travail de thèse provient d'un constat simple : les médecins généralistes n'utilisent pas toujours les outils du maintien dans l'emploi mis à leur disposition.

Quelles en sont les raisons ? Un manque de temps lors des consultations ? Un manque d'information ? Un manque de communication avec le médecin du travail ?

Dans le contexte sociodémographique actuel de vieillissement de la population, de recul de l'âge de la retraite, d'une meilleure prise en considération de certaines pathologies (troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux...), le maintien dans l'emploi devient un enjeu majeur.

Les médecins généralistes en tant que médecins traitants ont un rôle primordial dans le signalement et l'accompagnement des situations dites « à risque de désinsertion professionnelle », notamment au cours des arrêts de travail de leurs patients. Le nouveau Plan santé travail les implique d'ailleurs pleinement dans ses nouvelles orientations pour les années 2016-2020 : « Développer le dialogue et la coopération entre professionnels de santé (médecin du travail, médecin-conseil, médecin traitant, de ville et hospitalier) y compris via des actions à caractère expérimental et pluriprofessionnel. » [3]

Le comité « maintien dans l'emploi » du Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés des Pays de la Loire, composé notamment de la DIRECCTE, de l'AGEFIPH et de l'Assurance Maladie, a mobilisé une interne en médecine du travail pour interroger l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur leurs pratiques en matière de maintien dans l'emploi.

Cette enquête a pour but de dresser un état des lieux des besoins d'information/de formation/de coopérations identifiés par les médecins traitants. A l'issue de l'enquête, des propositions seront faites à l'échelle de la région pour répondre à leurs besoins.

En parallèle une thèse est menée dans le Maine et Loire par deux internes¹² sur un sujet un peu plus ciblé : « connaissances et pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant la visite de pré reprise et le temps partiel thérapeutique ». Les résultats combinés permettront d'affiner nos conclusions pour une meilleure adaptation des formations au niveau régional.

12 Anne-Laure Couturier et Lucille Desmidt

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit ici d'une étude observationnelle, descriptive, transversale de type « *enquête de pratiques* » portant sur les connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur certains outils du maintien en emploi ainsi que sur l'évaluation de leurs besoins de formation.

2.2 Objectifs

Cette enquête a pour objectif principal de faire un état des lieux des besoins d'information, de formation et de coopérations identifiés par les médecins généralistes. Elle permettra d'organiser, notamment dans le cadre du PRST3 des Pays de la Loire 2016-2020 [22] et du PRITH, une sensibilisation et des formations ciblées sur les besoins précis des médecins généralistes de la région Pays de la Loire, après une extrapolation des résultats obtenus en Loire-Atlantique (et dans le Maine et Loire).

2.3 Population

Au 1er janvier 2017, il y avait 1336 médecins généralistes en Loire-Atlantique (données recueillies auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins 44). C'est la population cible de l'étude.

Il était impossible de rassembler les coordonnées (adresses courriel) de l'ensemble des praticiens et le Conseil de l'Ordre des Médecins a accepté d'envoyer le questionnaire en ligne à l'ensemble des contacts qui avaient donné une autorisation préalable à de tels envois. 654 courriels ont été expédiés à partir du 4 janvier 2017, soit environ 49 % des praticiens concernés. C'est notre population source.

2.4 Méthodes de recueil et analyses statistiques

Dans un premier temps, un questionnaire en ligne a été élaboré (annexe 1) et envoyé via google form®. Il comportait à la fois des questions fermées (oui/non) et des questions ouvertes soumettant plusieurs propositions. Pour chaque question, une seule réponse était acceptée pour simplifier l'analyse statistique. Il comportait également des échelles de 0 à 10 pour lesquelles 0 signifie « aucun intérêt » et 10 « un intérêt maximal ».

Ce questionnaire a été « testé », avant l'envoi auprès d'une dizaine de médecins généralistes de Vendée pour s'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des questions.

Après un premier envoi par courriel à 654 personnes, le Conseil de l'Ordre a refusé de faire un deuxième envoi pour éviter de « lasser » les praticiens.

Nous avons réussi à récupérer les coordonnées courriel d'une centaine de médecins généralistes tuteurs d'internes en Loire-Atlantique, ce qui a malgré tout permis un deuxième envoi limité.

Les réponses apportées au questionnaire étaient anonymes en vue d'un traitement statistique des données. Les médecins ont disposé de quatre semaines pour répondre au questionnaire.

La majorité de nos résultats seront donnés sous la forme de statistiques descriptives. Nous avons cherché également des corrélations entre certaines données grâce à des tableaux croisés dynamiques (calculs faits via google form®).

Dans un deuxième temps, nous avons contacté par courriel les 35 praticiens qui avaient laissé leurs coordonnées en vue de préciser leurs réponses par téléphone (annexe 2).

3. Résultats

Au total, 106 praticiens ont été inclus et ont rempli le questionnaire après nos deux envois par courriel, soit 7,9 % de l'effectif total des médecins généralistes de Loire-Atlantique (population cible) et environ 16,2 % de l'effectif contacté par courriel (population source).

8 médecins ont accepté de répondre à l'entretien téléphonique d'une quinzaine de minutes, dans un deuxième temps. Nous détaillerons les résultats plus qualitatifs dans une partie spécifique (partie 3.9)

L'ancienneté en médecine générale de notre échantillon se répartit ainsi :

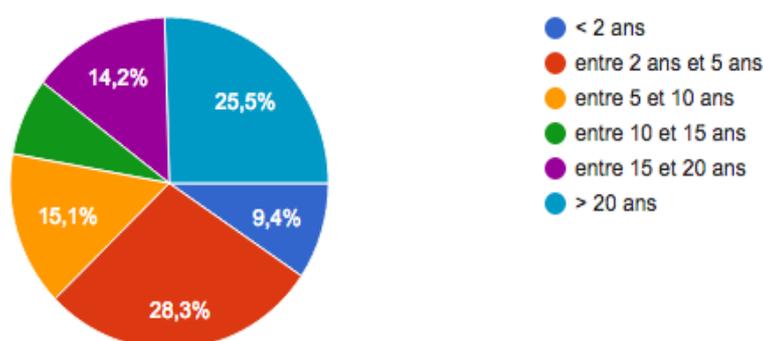


Figure 1 : ancienneté en médecine générale

ancienneté	Nombre de réponses
< 2 ans	10
entre 2 ans et 5 ans	31
entre 5 et 10 ans	15
entre 10 et 15 ans	8
entre 15 et 20 ans	15
> 20 ans	27

Tableau 1 : ancienneté en médecine générale

Nous avons choisi de répartir les résultats en deux groupes en fonction de leur ancienneté dans la spécialité : les « jeunes » médecins qui ont moins de 10 ans d'expérience et les plus expérimentés qui pratiquent depuis plus de 10 ans. Nous pourrions ainsi comparer les deux groupes par rapport à leurs différentes pratiques.

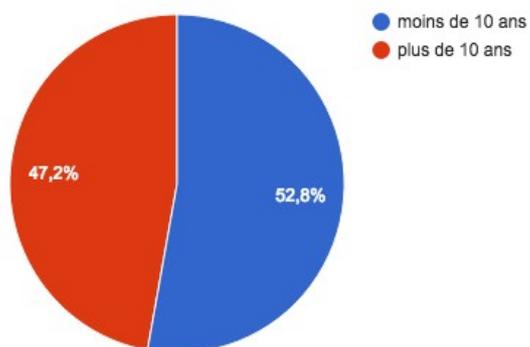


Figure 2 : ancienneté de moins et de plus de 10 ans en médecine générale

ancienneté	Nombre de réponses
Moins de 10 ans	56
Plus de 10 ans	50

Tableau 2 : ancienneté de moins et de plus de 10 ans en médecine générale

Nous allons présenter nos résultats dans l'ordre des questions posées aux praticiens.

3.1 concernant les relations avec le médecin du travail

La question posée était : « lorsque la reprise du travail risque d'être compliquée pour un patient, avez-vous l'habitude de contacter le médecin du travail ? »

Les 106 praticiens ont répondu et voici les résultats globaux obtenus :

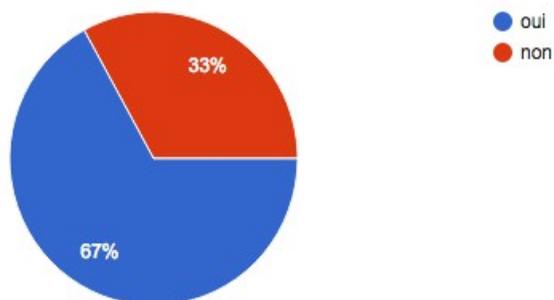


Figure 3 : habitude de contacter le médecin du travail

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	71
non	35

Tableau 3 : habitude de contacter le médecin du travail

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

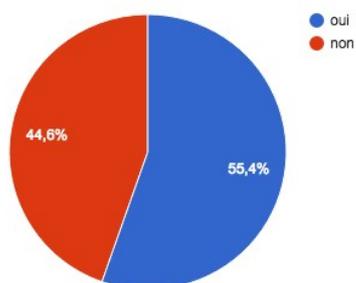


Figure 4 :
habitude de contacter le médecin du travail
ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	31
non	25

Tableau 4 :
habitude de contacter le médecin du travail
ancienneté de moins de 10 ans

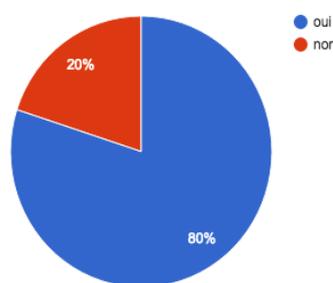


Figure 5 :
habitude de contacter le médecin du travail
ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	40
non	10

Tableau 5 :
habitude de contacter le médecin du travail
ancienneté de plus de 10 ans

Nous avons ensuite posé la question : si non, pourquoi ?

Et nous avons obtenu 33 réponses sur les 35 personnes qui avaient répondu non. Certains praticiens ont toutefois donné plusieurs réponses.

Voici les résultats obtenus regroupés par « grandes catégories » :

Réponses	Demande au patient de le faire lui même (+/-lettre d'accompagnement)	Difficultés à le contacter (identification, coordonnées, médecin du travail sur plusieurs secteurs ...)	Manque de temps	Remplaçant	Situation inconnue ou qui ne s'est pas présentée	Le médecin du travail pourrait se mettre en relation avec le médecin traitant	Manque de confiance par rapport au médecin du travail
Nombre de réponses	10	10	7	3	3	1	1

Tableau 6 : raisons de l'absence de contact avec le médecin du travail

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur les relations avec le médecin du travail et nous avons obtenu 30 réponses. Certains praticiens ont donné plusieurs réponses.

Réponses	Contact par courrier	Demande de visite de pré reprise	Peu aidant (crainte inaptitude, relations rares, protection employeur)	Difficulté à le joindre	Bonnes relations, très bénéfique	Contact par téléphone après accord du patient	Manque des courriers de retour	Pas de contact direct du fait du secret professionnel
Nombre de réponses	6	6	5	5	4	3	3	2

Tableau 7 : compléments de réponses sur le contact avec le médecin du travail

3.2 concernant la visite de pré reprise

Nous avons posé plusieurs questions concernant cette visite spécifique.

La première question était : « avez-vous déjà préconisé une visite de pré reprise auprès du médecin du travail ? »

Nous avons eu 106 réponses et voici les résultats globaux obtenus :

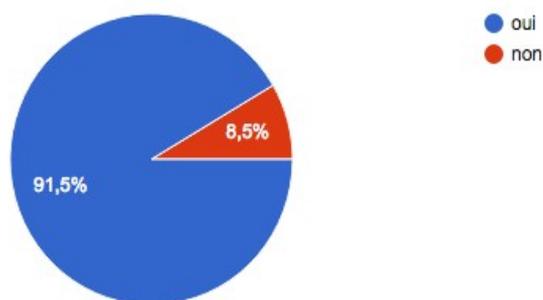


Figure 6 : préconisation de visite de pré reprise

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	97
non	9

Tableau 8 : préconisation de visite de pré reprise

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

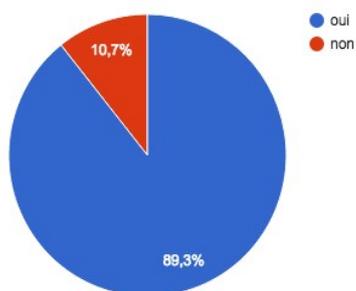


Figure 7:
préconisation de visite de pré reprise
ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	50
non	6

Tableau 9 :
préconisation de visite de pré reprise
ancienneté de moins de 10 ans

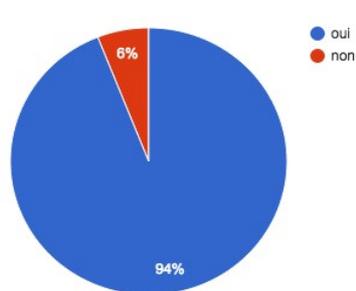


Figure 8:
préconisation de visite de pré reprise
ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	47
non	3

Tableau 10:
préconisation de visite de pré reprise
ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était « si NON, pourquoi principalement ? ». Une seule réponse était acceptée.

Sur les 9 personnes ayant répondu négativement à la première question nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

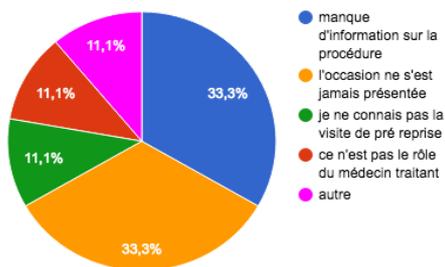


Figure 9 : raisons de non préconisation de VPR

Réponses	Nombre de réponses
manque d'information sur la procédure	3
l'occasion ne s'est jamais présentée	3
je ne connais pas la visite de pré reprise	1
ce n'est pas le rôle du médecin traitant	1
autre	1 : « le plus souvent le patient sait qu'il doit avoir cette consultation »
crainte d'une inaptitude	0
refus du patient	0

Tableau 11 : raisons de non préconisation de VPR

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

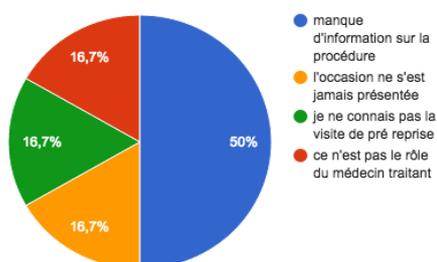


Figure 10 : raisons de non préconisation de VPR

ancienneté de moins de 10 ans



Figure 11 : raisons de non préconisation de

ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
manque d'information sur la procédure	3
l'occasion ne s'est jamais présentée	1
je ne connais pas la visite de pré reprise	1
ce n'est pas le rôle du médecin traitant	1

Tableau 12 : raisons de non préconisation de VPR

ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
l'occasion ne s'est jamais présentée	2
autre	1

Tableau 13 : raisons de non préconisation de VPR

ancienneté de plus de 10 ans

La troisième question posée était « si OUI, dans quel but principalement ? ». Une seule réponse était acceptée.

Sur les 97 personnes ayant répondu positivement à la première question, nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

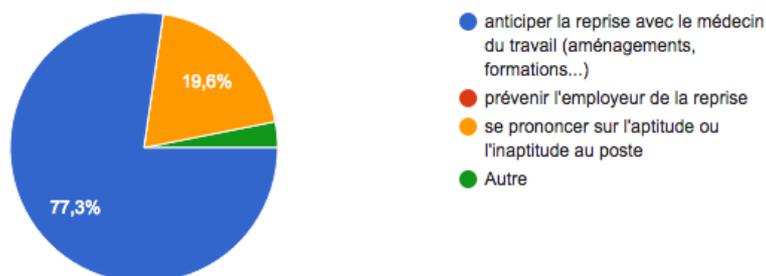


Figure 12: raisons de préconisation de VPR

Réponses	Nombre de réponses
anticiper la reprise avec le médecin du travail (aménagements, formations...)	75
se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste	19
autre	3
prévenir l'employeur de la reprise	0

Tableau 14 : raisons de préconisation de VPR

Dans les 3 réponses « autre », nous trouvons 2 personnes qui auraient voulu cocher deux réponses et une personne qui répond « pour faire converger nos points de vue sur le patient ».

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

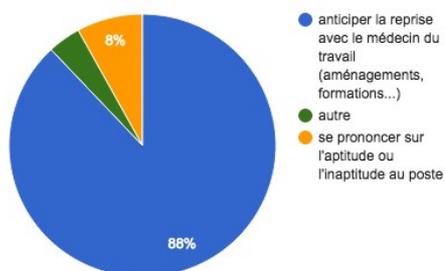


Figure 13 : raisons de préconisation de VPR

ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
anticiper la reprise avec le médecin du travail (aménagements, formations...)	44
se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste	4
autre	2

Tableau 15 : raisons de préconisation de VPR

ancienneté de moins de 10 ans

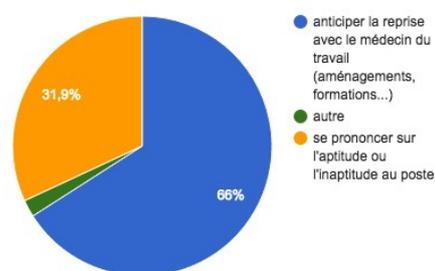


Figure 14 : raisons de préconisation de VPR

ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
anticiper la reprise avec le médecin du travail (aménagements, formations...)	31
se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste	15
autre	1

Tableau 16 : raisons de préconisation de VPR

ancienneté de plus de 10 ans

La quatrième question posée était : « à quel moment d'un arrêt de travail la VPR est-elle, selon vous, le plus adaptée ? ». Une seule réponse était acceptée.

Nous avons eu 106 réponses et voici les résultats globaux obtenus :

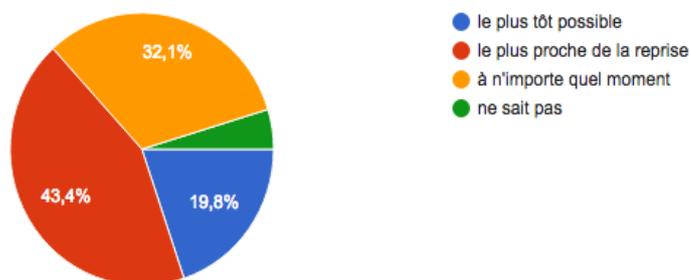


Figure 15 : moment le plus adapté pour la VPR

Réponses	Nombre de réponses
le plus tôt possible	21
le plus proche de la reprise	46
à n'importe quel moment	34
ne sait pas	5

Tableau 17 : moment le plus adapté pour la VPR

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

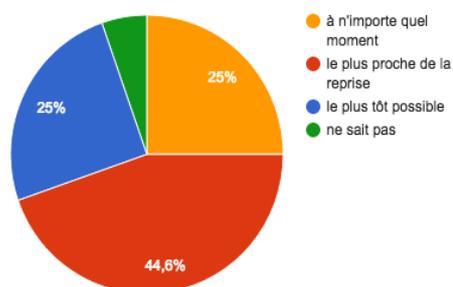


Figure 16 : moment le plus adapté pour la VPR
ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
le plus tôt possible	14
le plus proche de la reprise	25
à n'importe quel moment	14
ne sait pas	3

Tableau 18 : moment le plus adapté pour la VPR
ancienneté de moins de 10 ans

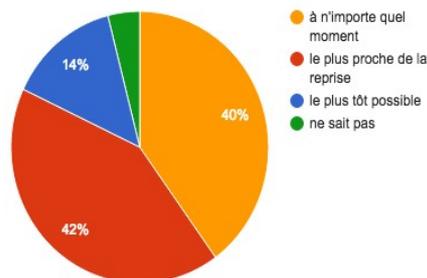


Figure 17 : moment le plus adapté pour la VPR
ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
le plus tôt possible	7
le plus proche de la reprise	21
à n'importe quel moment	20
ne sait pas	2

Tableau 19 : moment le plus adapté pour la VPR
ancienneté de plus de 10 ans

La dernière question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? ».

Nous avons obtenu 105 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

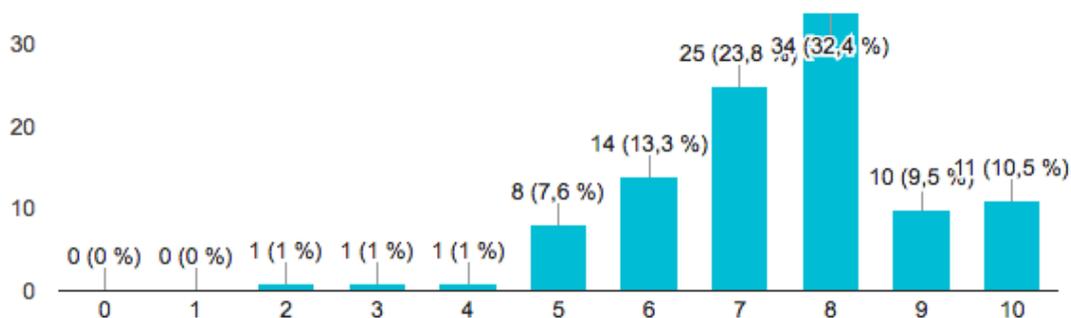


Figure 18 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de la VPR dans le maintien dans l'emploi

Soit 76,2 % des réponses \geq à 7.

Nous avons fait également un graphique de cette échelle en fonction des réponses positives ou négatives à la première question (préconisation de VPR) :

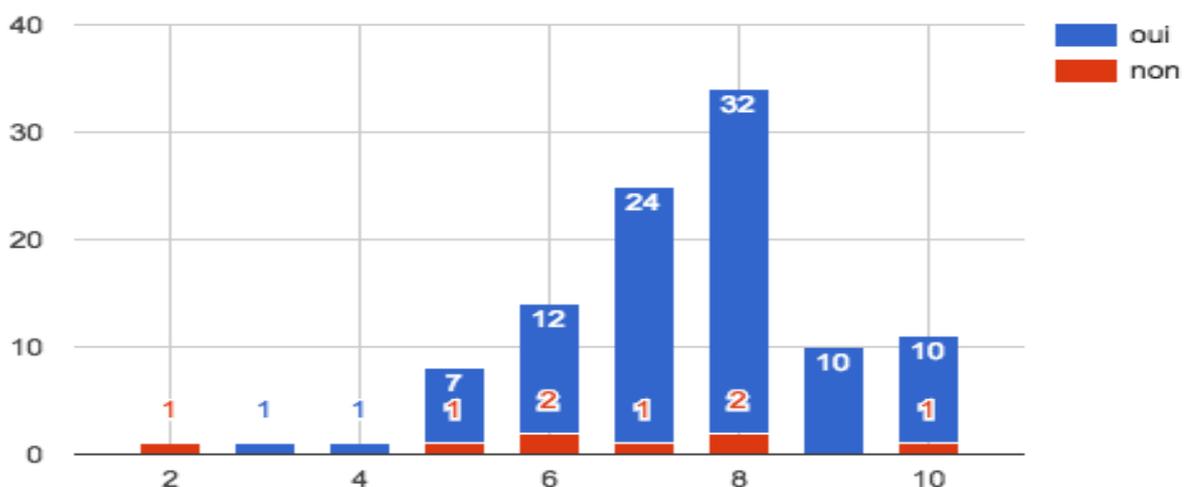


Figure 19 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour la préconisation de la VPR (nombre de réponses en chiffre)

Nous avons décidé de croiser des résultats entre les praticiens qui ont l'habitude de contacter le médecin du travail et ceux qui préconisent une VPR.

Pour mieux comprendre, il s'agit de savoir si les praticiens qui ont l'habitude de contacter le médecin du travail préconisent ou pas la VPR.

Sur les 71 réponses voici les résultats obtenus :

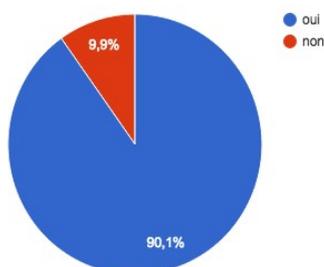


Figure 20 : praticiens ayant l'habitude de contacter le médecin du travail et préconisation de VPR

Et ensuite de savoir si les praticiens n'ayant pas l'habitude de contacter le médecin du travail préconisent ou pas la VPR.

Sur les 35 réponses voici les résultats obtenus :

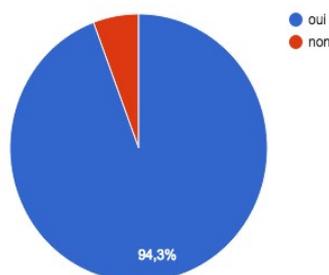


Figure 21 : praticiens n'ayant pas l'habitude de contacter le médecin du travail et préconisation de VPR

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur la visite de pré reprise et nous avons obtenu 15 réponses.

Réponses	Intérêt pour aménager poste et temps de travail	Difficulté d'anticipation	Important pour arrêt long et/ou TMS	Inopérante : manque de volonté de l'employeur	Rassurer le patient avant la reprise	Anticiper maintien dans l'emploi ou inaptitude	Le patient a déjà pris contact avec le médecin	Ne connaît pas
Nombre de réponses	4	2	2	2	2	1	1	1

Tableau 20: compléments de réponses sur la visite de pré reprise

3.3 concernant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Nous avons posé plusieurs questions concernant ce statut.

La première question était : « avez-vous déjà été à l'origine d'un dossier RQTH pour un patient en emploi ? ».

Nous avons obtenu 106 réponses et voici les résultats globaux :

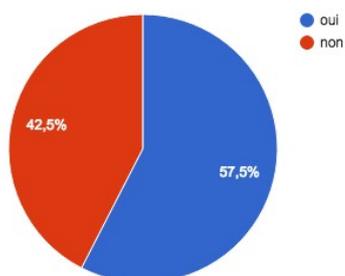


Figure 22 : praticiens à l'origine de dossier RQTH

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	61
non	45

Tableau 21 : praticiens à l'origine de dossier RQTH

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

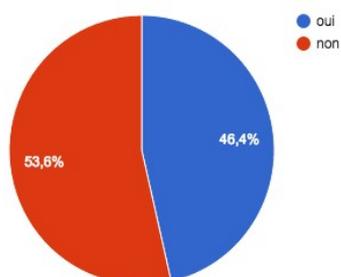


Figure 23 : praticiens à l'origine de dossier RQTH
ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	26
non	30

Tableau 22 :
praticiens à l'origine de dossier RQTH
ancienneté de moins de 10 ans

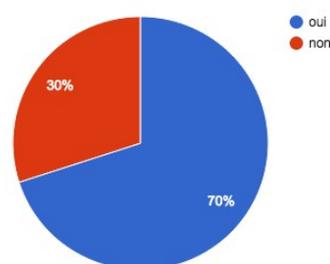


Figure 24 : praticiens à l'origine de dossier RQTH
ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	35
non	15

Tableau 23 :
praticiens à l'origine de dossier RQTH
ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était « si NON, pourquoi principalement ? ». Une seule réponse était acceptée.

Sur les 45 personnes ayant répondu négativement à la première question nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

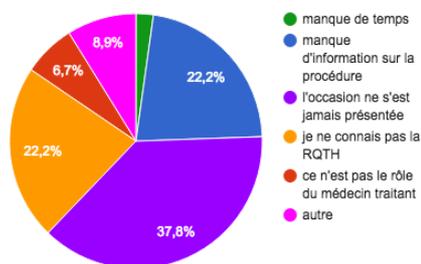


Figure 25: raisons d'absence de dossier de RQTH

Réponses	Nombre de réponses
l'occasion ne s'est jamais présentée	17
manque d'information sur la procédure	10
je ne connais pas la RQTH	10
autre	4
ce n'est pas le rôle du médecin traitant	3
manque de temps	1
refus du patient	0

Tableau 24 : raisons d'absence de dossier de RQTH

Dans les réponses « autre » on retrouve 3 personnes qui se déclarent « remplaçants » et une personne qui exprime que « ce n'est pas forcément la meilleure solution ».

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

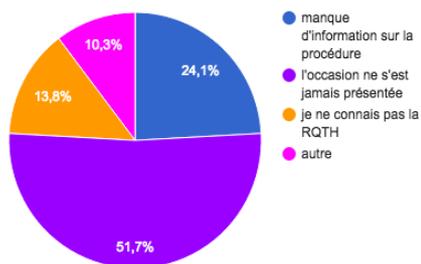


Figure 26 : raisons d'absence de dossier de RQTH ancienneté de moins de 10 ans

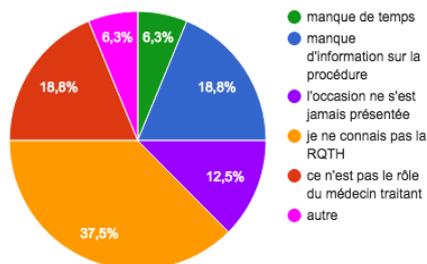


Figure 27 : raisons d'absence de dossier de RQTH ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
l'occasion ne s'est jamais présentée	15
manque d'information sur la procédure	7
je ne connais pas la RQTH	4
autre	3
ce n'est pas le rôle du médecin traitant	0
manque de temps	0

Tableau 25 : raisons d'absence de dossier de RQTH ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
l'occasion ne s'est jamais présentée	2
manque d'information sur la procédure	3
je ne connais pas la RQTH	6
autre	1
ce n'est pas le rôle du médecin traitant	3
manque de temps	1

Tableau 26 : raisons d'absence de dossier de RQTH ancienneté de plus de 10 ans

La troisième question posée était « si OUI, dans quel but principalement ? ». Une seule réponse était acceptée.

Sur les 61 personnes ayant répondu positivement à la première question, nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

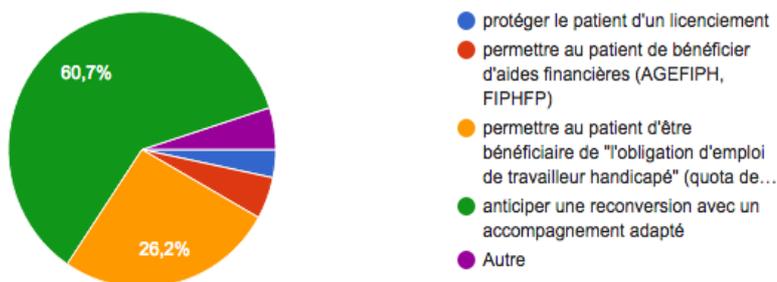


Figure 28: raisons de dossier de RQTH

Réponses	Nombre de réponses
anticiper une reconversion avec un accompagnement adapté	37
permettre au patient de bénéficier de « l'obligation d'emploi de travailleur handicapé » (quota de 6%)	16
permettre au patient de bénéficier d'aides financières (AGEFIPH, FIPHFP)	3
autre	3
protéger le patient d'un licenciement	2

Tableau 27 : raisons de dossier de RQTH

Dans les 3 réponses « autre », nous trouvons des personnes qui auraient voulu cocher plusieurs réponses.

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

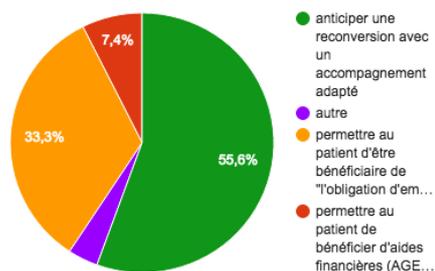


Figure 29 : raisons de dossier de RQTH ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
anticiper une reconversion avec un accompagnement adapté	15
permettre au patient de bénéficier de « l'obligation d'emploi de travailleur handicapé » (quota de 6%)	9
permettre au patient de bénéficier d'aides financières (AGEFIPH, FIPHFP)	2
autre	1
protéger le patient d'un licenciement	0

Tableau 28 : raisons de dossier de RQTH ancienneté de moins de 10 ans

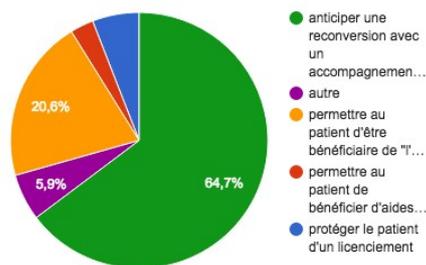


Figure 30 : raisons de dossier de RQTH ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
anticiper une reconversion avec un accompagnement adapté	22
permettre au patient de bénéficier de « l'obligation d'emploi de travailleur handicapé » (quota de 6%)	7
permettre au patient de bénéficier d'aides financières (AGEFIPH, FIPHFP)	1
autre	2
protéger le patient d'un licenciement	2

Tableau 29 : raisons de dossier de RQTH ancienneté de plus de 10 ans

La dernière question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? ».

Nous avons obtenu 93 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

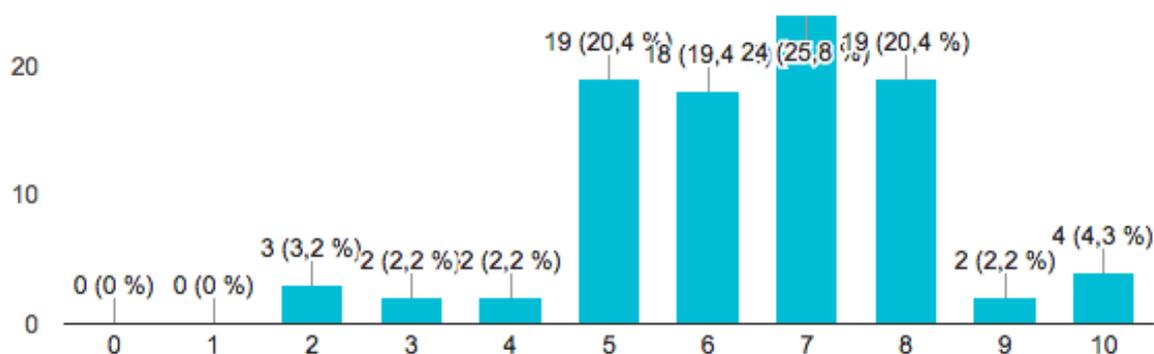


Figure 31 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de la RQTH dans le maintien dans l'emploi

Soit 52,7 % des réponses \geq à 7.

Nous avons fait également un graphique de cette échelle en fonction des réponses positives ou négatives à la première question (dossier RQTH) :

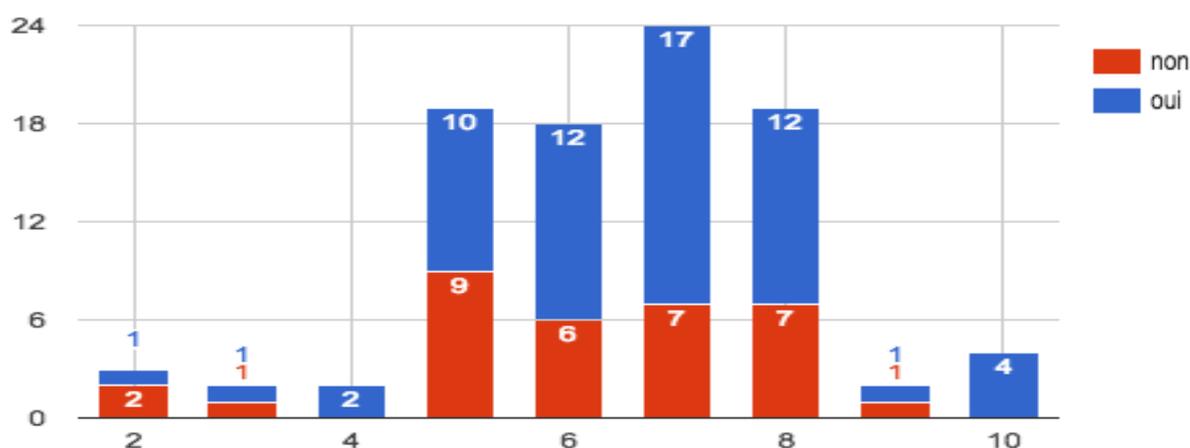


Figure 32 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour la mise en place de dossier de RQTH. (nombre de réponses en chiffre)

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur la RQTH et nous avons obtenu 10 réponses. Certains praticiens ont donné plusieurs réponses.

Réponses	Ne connaît pas la procédure	Lenteur administrative	Statut difficile à accepter pour le patient	Outil inutile	Outil utile pour remotiver le patient	Maintien dans l'emploi très « employeur dépendant »
Nombre de réponses	4	2	2	2	1	1

Tableau 30: compléments de réponses sur la RQTH

3.4 concernant la reprise à temps partiel thérapeutique (TPT)

Nous avons posé plusieurs questions concernant cette reprise à temps partiel.

La première question était : « avez-vous déjà été à l'origine d'une reprise à temps partiel thérapeutique ? ».

Nous avons obtenu 104 réponses et voici les résultats globaux :

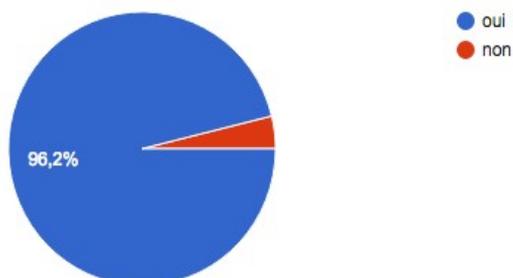


Figure 33 : praticiens à l'origine d'un TPT

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	100
non	4

Tableau 31 : praticiens à l'origine d'un TPT

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

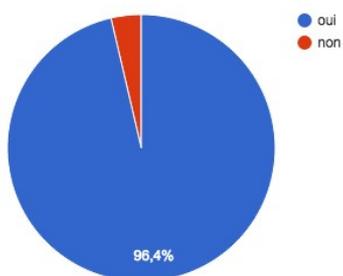


Figure 34 : praticiens à l'origine d'un TPT
ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	53
non	2

Tableau 32 :
praticiens à l'origine d'un TPT
ancienneté de moins de 10 ans

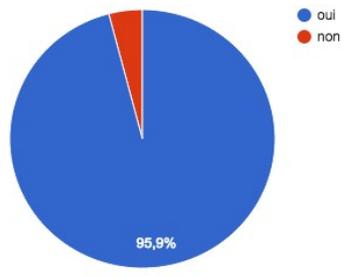


Figure 35 : praticiens à l'origine d'un TPT
ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	47
non	2

Tableau 33 :
praticiens à l'origine d'un TPT
ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était « quelle est, selon vous, la quotité de travail la plus adaptée lors d'un temps partiel thérapeutique ? ». Une seule réponse était acceptée.

105 personnes ont répondu et nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

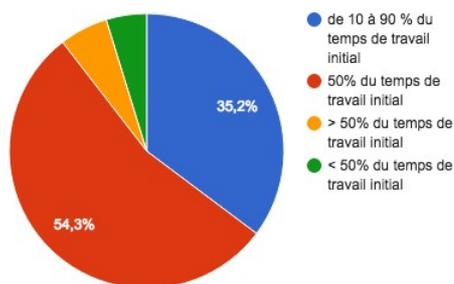


Figure 36 : quotité de travail la plus adaptée

Réponses	Nombre de réponses
de 10 à 90 % du temps de travail initial	24
50% du temps de travail initial	57
> 50% du temps de travail initial	6
< 50% du temps de travail initial	5

Tableau 34 : quotité de travail la plus adaptée

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :



Figure 37 : quotité de travail la plus adaptée

ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
de 10 à 90 % du temps de travail initial	26
50% du temps de travail initial	25
> 50% du temps de travail initial	3
< 50% du temps de travail initial	2

Tableau 35: quotité de travail la plus adaptée

ancienneté de moins de 10 ans

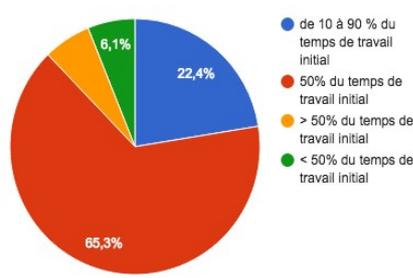


Figure 38 : quotité de travail la plus adaptée

ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
de 10 à 90 % du temps de travail initial	11
50% du temps de travail initial	32
> 50% du temps de travail initial	3
< 50% du temps de travail initial	3

Tableau 36 : quotité de travail la plus adaptée

ancienneté de plus de 10 ans

La troisième question posée était « comment doit s'organiser, selon vous, le temps de travail lors du temps partiel thérapeutique ? ». Une seule réponse était acceptée.

105 personnes ont répondu et nous avons obtenu les résultats globaux suivants :



Figure 39 : organisation du temps de travail lors TPT

Réponses	Nombre de réponses
Par demi journées	30
C'est variable selon les situations	74
autre	1 « ne sait pas »
Par journées entières	0

Tableau 37: organisation du temps de travail lors TPT

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :



Figure 40 : organisation du temps de travail lors TPT ancienneté de moins de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
Par demi journées	12
C'est variable selon les situations	43
autre	1

Tableau 38 : organisation du temps de travail lors TPT ancienneté de moins de 10 ans

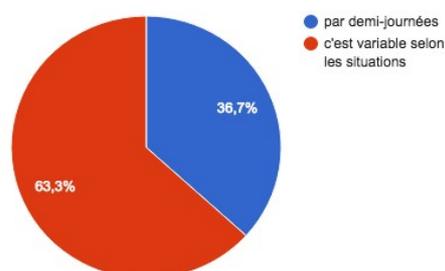


Figure 41: organisation du temps de travail lors TPT ancienneté de plus de 10 ans

Réponses	Nombre de réponses
Par demi journées	18
C'est variable selon les situations	31
autre	0

Tableau 39 : organisation du temps de travail lors TPT ancienneté de plus de 10 ans

La dernière question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? ».

Nous avons obtenu 103 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

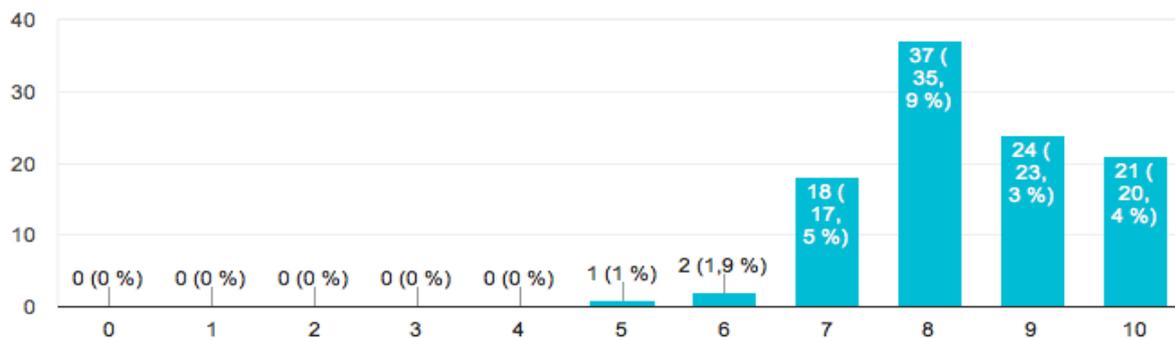


Figure 42 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du TPT dans le maintien dans l'emploi

Soit 97,1 % des réponses \geq à 7.

Les 3 personnes n'ayant pas répondu à la question d'être à l'origine du TPT ont donné un score sur l'échelle et 3 personnes ayant répondu « non » n'ont pas répondu à l'échelle. Une seule personne ayant répondu « non » a donné un score de 8. Donc il est inutile de faire un graphique en fonction des réponses négatives et positives.

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur le TPT et nous avons obtenu 10 réponses.

Réponses	Outil utile (réadaptation, éviter la loi du « tout ou rien »)	En collaboration avec le médecin du travail et l'employeur	Progressivité possible
Nombre de réponses	5	4	1

Tableau 40: compléments de réponses sur le TPT

3.5 concernant l'invalidité

Nous avons posé plusieurs questions concernant cette procédure.

La première question était : « avez-vous déjà été à l'origine d'une demande d'invalidité ? ».

Nous avons obtenu 106 réponses et voici les résultats globaux :

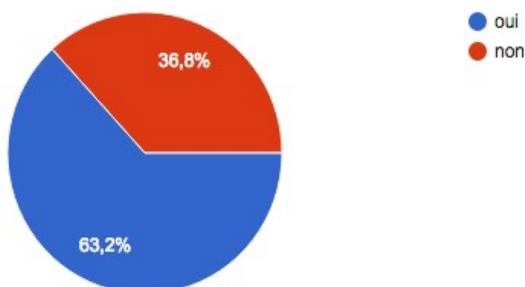


Figure 43 : praticiens à l'origine d'une invalidité

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	67
non	39

Tableau 41 : praticiens à l'origine d'une invalidité

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

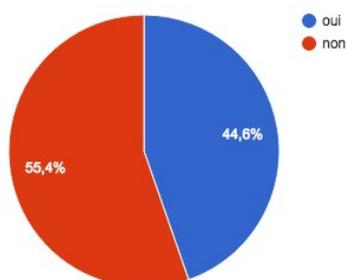


Figure 44 : praticiens à l'origine d'une invalidité
ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	25
non	31

Tableau 42 :
praticiens à l'origine d'une invalidité
ancienneté de moins de 10 ans

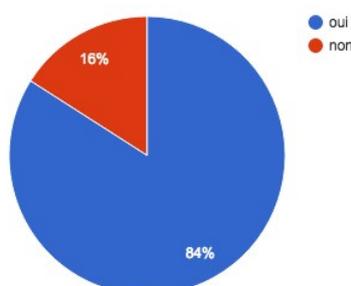


Figure 45 : praticiens à l'origine d'une invalidité
ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	42
non	8

Tableau 43 :
praticiens à l'origine d'une invalidité
ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était « pensez-vous qu'un personne en invalidité puisse continuer à travailler ? ». Une seule réponse par catégorie (1, 2 ou 3 ème) était acceptée.

106 personnes ont répondu et nous avons obtenu les résultats globaux suivants :

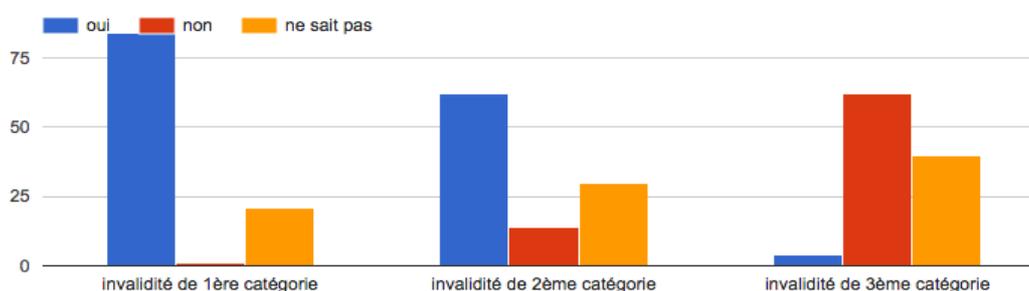


Figure 46 : possibilité de travailler selon les catégories d'invalidité

Réponses (en nombre et pourcentage)	Oui	Non	Ne sait pas
Catégorie d'invalidité			
Invalidité de 1ère catégorie	84 (79,3%)	1 (0,9%)	21 (19,8%)
Invalidité de 2ème catégorie	62 (58,5%)	14 (13,2%)	30 (28,3%)
Invalidité de 3ème catégorie	4 (3,7%)	62 (58,5%)	40 (37,8%)

Tableau 44 : possibilité de travailler selon les catégories d'invalidité

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

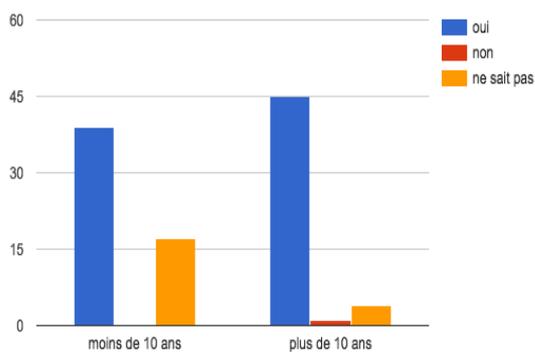


Figure 47 : possibilité de travailler en invalidité de 1ère catégorie selon ancienneté

	Oui	Non	Ne sait pas
ancienneté de < de 10 ans	39 (69,6%)	0 (0%)	17 (30,4 %)
ancienneté de > de 10 ans	45 (90%)	1 (2%)	4 (8%)

Tableau 45 : possibilité de travailler en invalidité de 1ère catégorie selon ancienneté

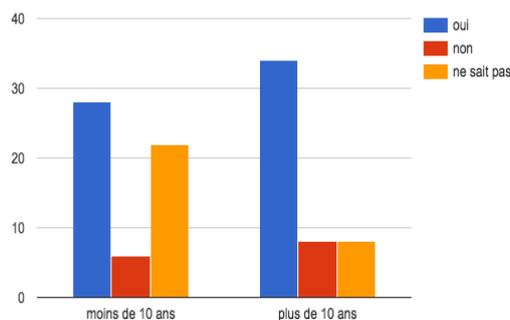


Figure 48 : possibilité de travailler en invalidité de 2ème catégorie selon ancienneté

	Oui	Non	Ne sait pas
ancienneté de < de 10 ans	28 (50%)	6 (10,7%)	22 (39,3 %)
ancienneté de > de 10 ans	34 (68%)	8 (16%)	8 (16%)

Tableau 46 : possibilité de travailler en invalidité de 2ème catégorie selon ancienneté

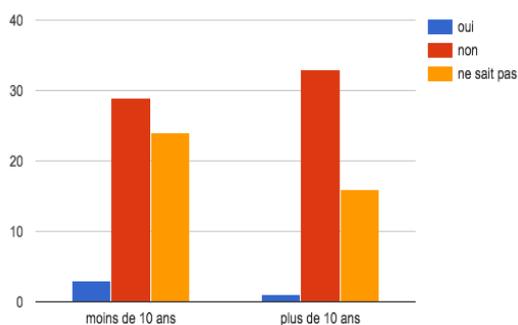


Figure 49 : possibilité de travailler en invalidité de 3ème catégorie selon ancienneté

	Oui	Non	Ne sait pas
ancienneté de < de 10 ans	3 (5,4%)	29 (51,8%)	24 (42,8 %)
ancienneté de > de 10 ans	1 (2%)	33 (66%)	16 (32%)

Tableau 47 : possibilité de travailler en invalidité de 3ème catégorie selon ancienneté

La dernière question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? ».

Nous avons obtenu 101 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

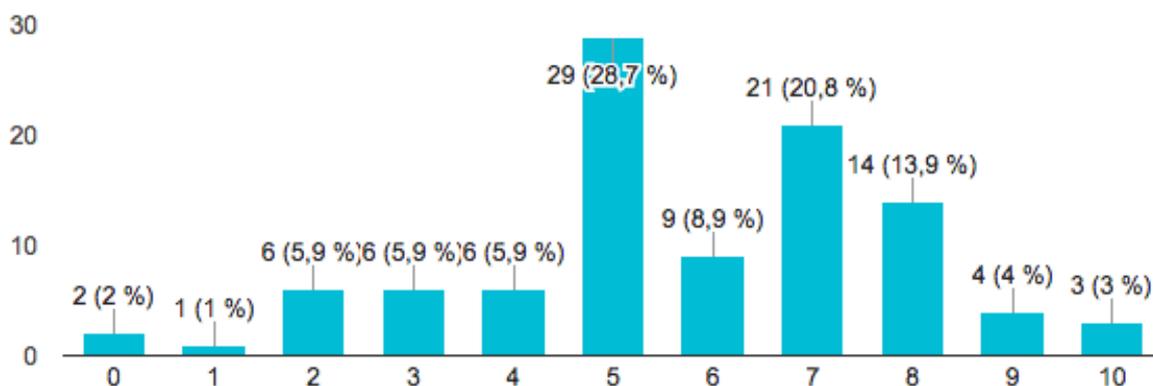


Figure 50 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt de l'invalidité dans le maintien dans l'emploi

Soit 41,7 % des réponses \geq à 7.

Nous avons fait également un graphique de cette échelle en fonction des réponses positives ou négatives à la première question (dossier d'invalidité) :

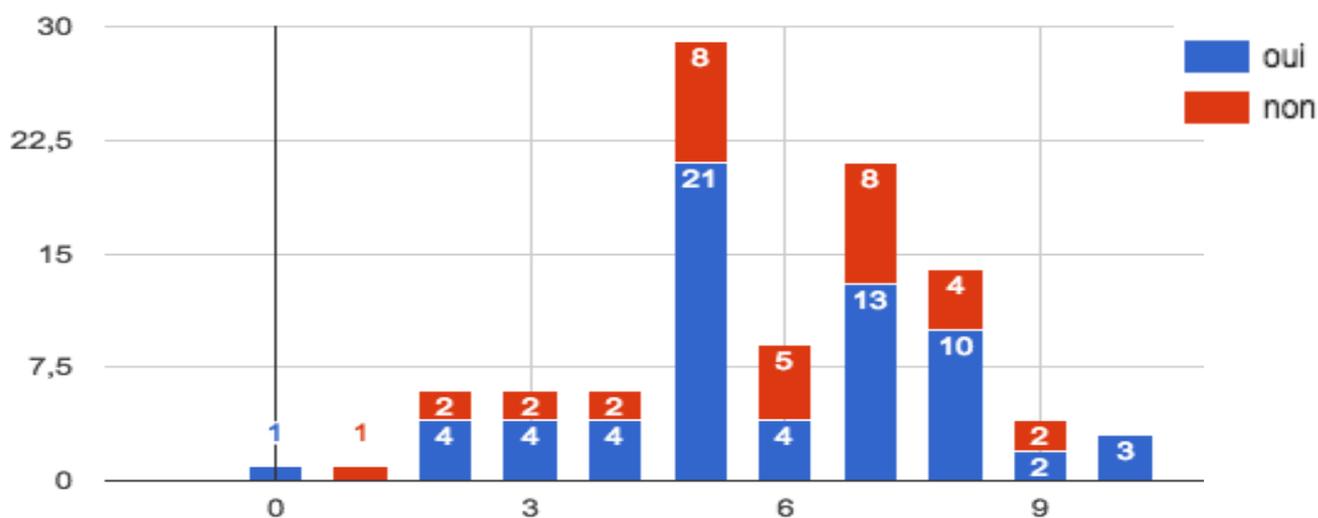


Figure 51 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour le dossier invalidité (nombre de réponses en chiffre)

Nous avons décidé de croiser les résultats entre les médecins qui ont été à l'origine d'une invalidité et ceux qui ont été à l'origine d'une RQTH.

Ce qui signifie que nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes qui ont été à l'origine d'une invalidité ont également complété des dossiers RQTH.

Sur les 67 réponses, voici les résultats obtenus :

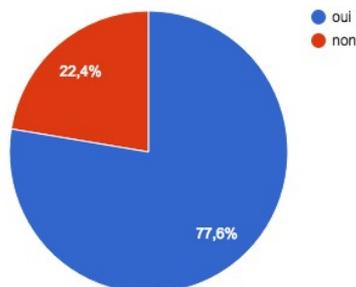


Figure 52 : praticiens ayant été à l'origine d'une invalidité et dossier RQTH

A contrario, les médecins n'ayant jamais été à l'origine d'une demande d'invalidité ont-ils été à l'origine d'un dossier RQTH ? Ce qui signifie que parmi les médecins n'ayant jamais été à l'origine d'une invalidité, nous cherchons à savoir s'ils ont déjà complété des dossiers RQTH.

Sur les 39 réponses négatives voici les résultats obtenus :

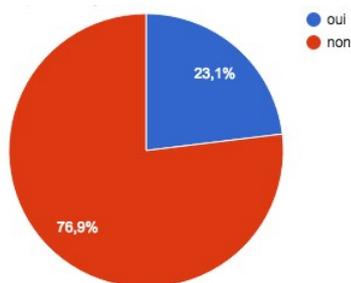


Figure 53 : praticiens n'ayant jamais été à l'origine d'une invalidité et dossier RQTH

Nous avons enfin laissé la possibilité de compléter les réponses sur l'invalidité et nous avons obtenu 8 réponses.

Réponses	Ne maîtrise pas le domaine	Une majorité en invalidité ne travaille plus	Rien n'est définitif, évolution en fonction des capacités
Nombre de réponses	6	1	1

Tableau 48: compléments de réponses sur l'invalidité

3.6 concernant le Module d'Orientation Approfondie Indemnités Journalières (MOAIJ)

Nous avons posé deux questions concernant ce module.

La première question était : « avez-vous déjà préconisé un MOAIJ ? »

Nous avons obtenu 106 réponses et voici les résultats globaux :

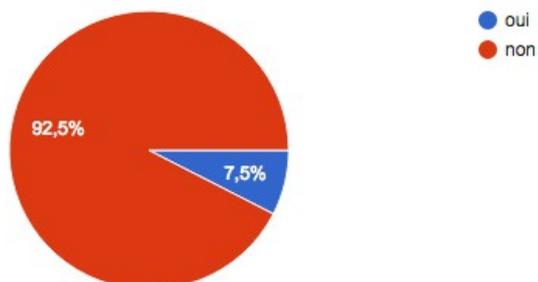


Figure 54 : préconisation de MOAIJ

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	8
non	98

Tableau 49 : préconisation de MOAIJ

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

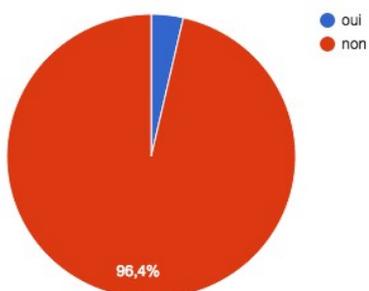


Figure 55 : préconisation de MOAIJ

ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	2
non	54

Tableau 50 :
préconisation de MOAIJ

ancienneté de moins de 10 ans

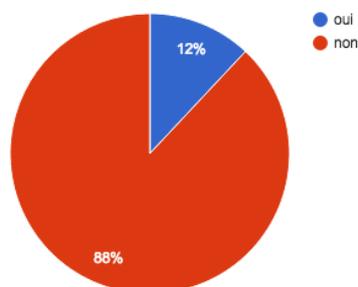


Figure 56 : préconisation de MOAIJ

ancienneté de plus de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	6
non	44

Tableau 51 :
préconisation de MOAIJ

ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? »

Nous avons obtenu 44 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

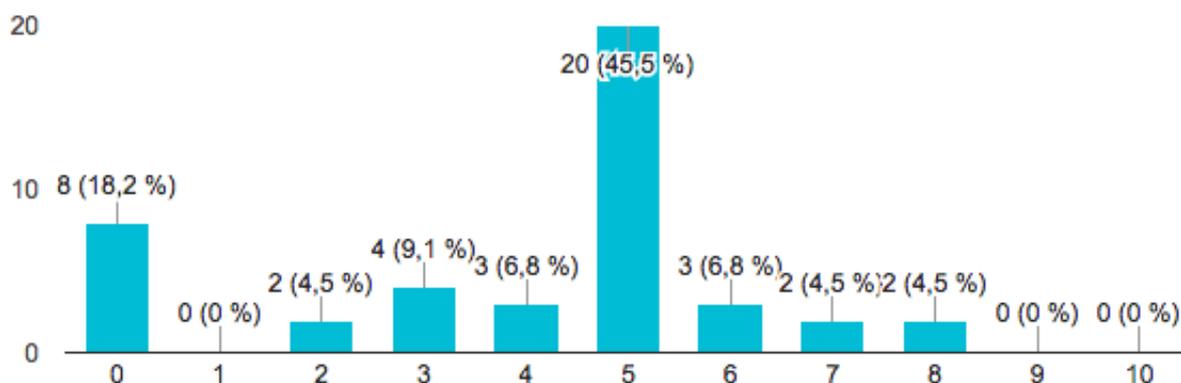


Figure 57 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du MOAIJ dans le maintien dans l'emploi

Soit 9 % des réponses \geq à 7.

Nous avons fait également un graphique de cette échelle en fonction des réponses positives ou négatives à la première question (préconisation de MOAIJ) :

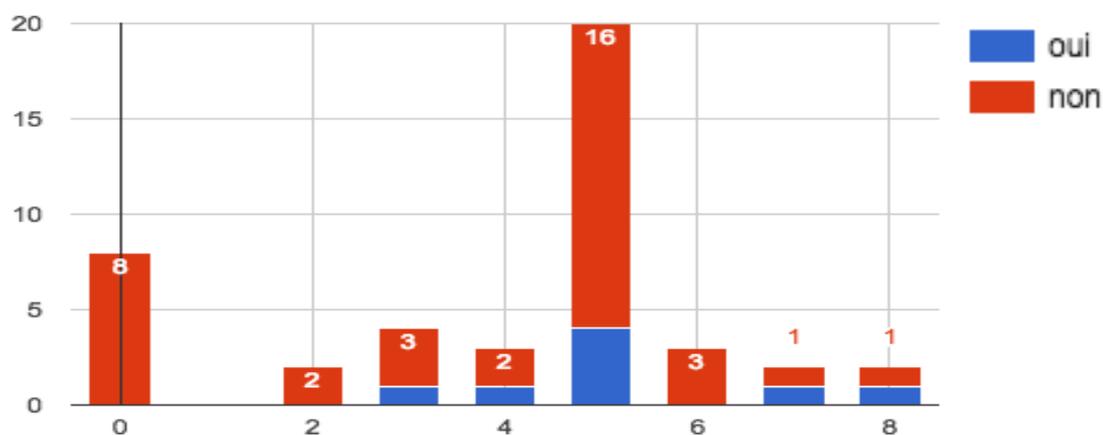


Figure 58 : échelle en fonction des réponses positives ou négatives pour le dossier invalidité (nombre de réponses en chiffre)

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur le MOAIJ et nous avons obtenu 46 réponses.

Réponses	Ne connaît pas	Peut remotiver les patients en arrêt longue durée
Nombre de réponses	45	1

Tableau 52 : compléments de réponses sur le MOAIJ

3.7 concernant le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)

Nous avons posé deux questions concernant ce module.

La première question était : « avez-vous déjà préconisé un CRPE ? »

Nous avons obtenu 106 réponses et voici les résultats globaux :

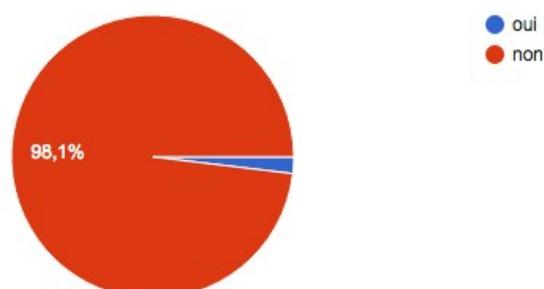


Figure 59 : préconisation de CRPE

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	2
non	104

Tableau 53 : préconisation de CRPE

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	0 (0%)
non	56 (100%)

*Tableau 54 :
préconisation de CRPE*

ancienneté de moins de 10 ans

OUI/NON	Nombre de réponses
oui	2 (4%)
non	48 (96%)

*Tableau 55 :
préconisation de CRPE*

ancienneté de plus de 10 ans

La deuxième question posée était : « pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ? ».

Nous avons obtenu 35 réponses dont voici la répartition en nombre et en pourcentage :

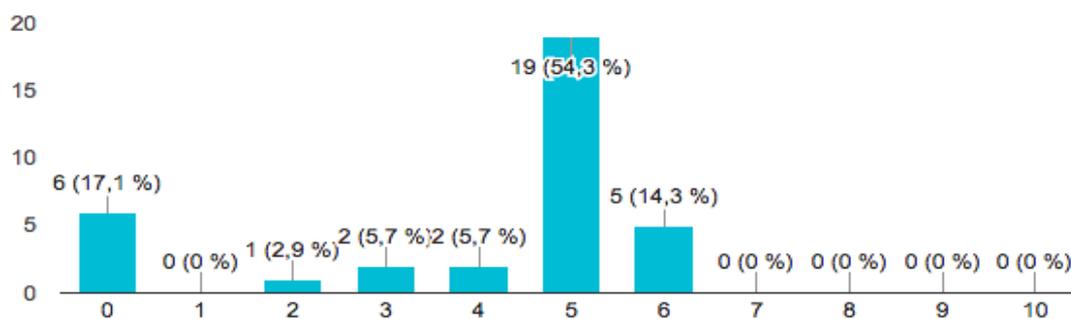


Figure 60 : échelle de 0 à 10 de l'intérêt du CRPE dans le maintien dans l'emploi

Soit 0 % des réponses \geq à 7.

1 seule personne qui a répondu positivement à la première question a donné un score de 5 sur l'échelle, toutes les autres réponses sont négatives.

Nous avons laissé la possibilité de compléter les réponses sur le MOAIJ et nous avons obtenu 43 réponses : « ne connaît pas ».

3.8 concernant l'évaluation des besoins de formation/information.

Nous avons posé à l'issue du questionnaire une dernière question divisée en 3 sous-questions : « sur les questions de désinsertion professionnelle et de maintien dans l'emploi, souhaiteriez-vous

- des documents d'information pour vos patients (plaquettes, affiches) ?
- une information régulière à votre intention ?
- des actions de développement professionnel continu (formations, échanges de pratiques) ? »

Nous avons obtenu 106 réponses et voici les résultats globaux :

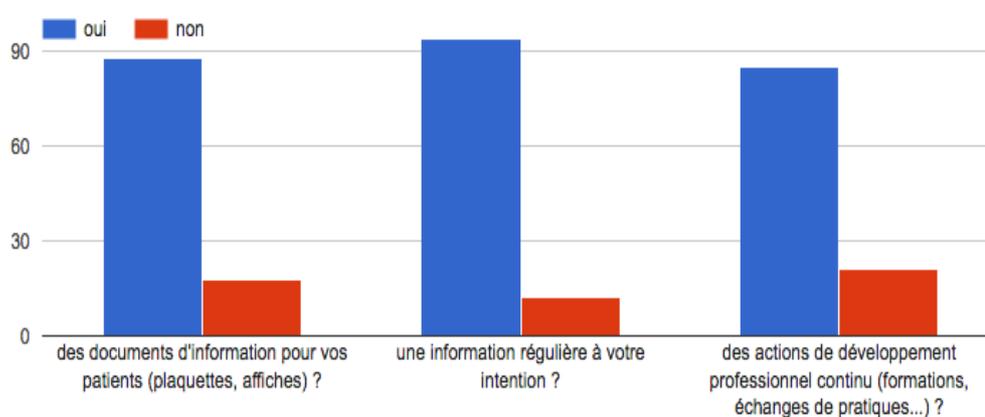


Figure 61 : estimation des besoins de formation/information

	Oui	Non
des documents d'information pour vos patients (plaquettes, affiches) ?	88 (83%)	18 (17%)
une information régulière à votre intention ?	94 (88,7%)	12 (11,3%)
des actions de développement professionnel continu (formations, échanges de pratiques...) ?	85 (80,1%)	21 (19,9%)

Tableau 56 : estimation des besoins de formation/information (en nombre et en pourcentage)

Les résultats obtenus selon l'ancienneté sont les suivants :

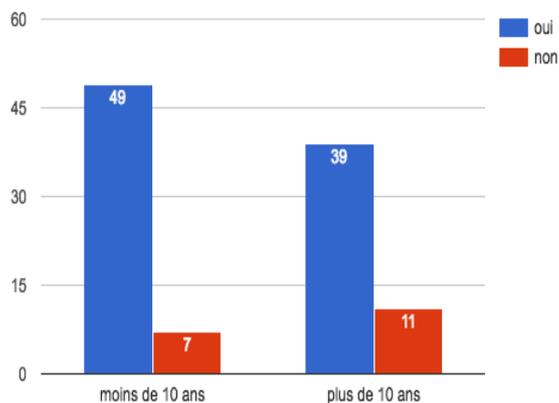


Figure 62 : besoin de documents d'information pour les patients en fonction de l'ancienneté

	Oui	Non
ancienneté de < de 10 ans	49 (87,5%)	7 (12,5%)
ancienneté de > de 10 ans	39 (78%)	11 (22%)

Tableau 57 : besoin de documents d'information pour les patients en fonction de l'ancienneté (en nombre et en pourcentage)

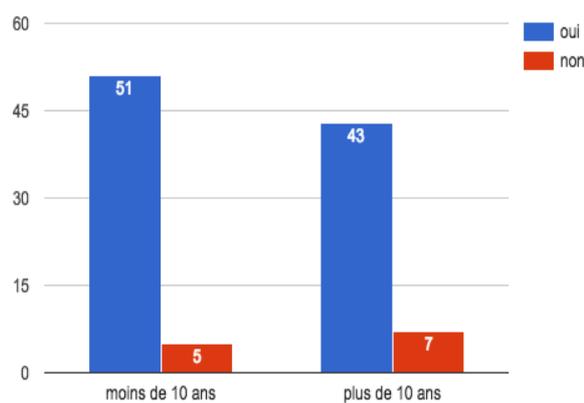


Figure 63 : besoin d'information régulière en fonction de l'ancienneté

	Oui	Non
ancienneté de < de 10 ans	51 (91%)	5 (9%)
ancienneté de > de 10 ans	43 (86%)	7 (14%)

Tableau 58 : besoin d'information régulière en fonction de l'ancienneté (en nombre et en pourcentage)

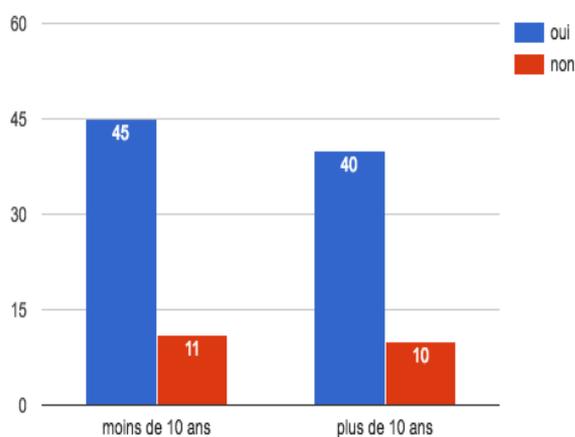


Figure 64 : besoin d'actions de développement professionnel continu en fonction de l'ancienneté des praticiens

	Oui	Non
ancienneté de < de 10 ans	45 (80,3%)	11 (19,7%)
ancienneté de > de 10 ans	40 (80%)	10 (20%)

Tableau 59 : besoin d'actions de développement professionnel continu en fonction de l'ancienneté

3.9 résultats des entretiens téléphoniques

Sur les huit praticiens ayant accepté de répondre à cet entretien (annexe 2), six sont de « jeunes » médecins et deux sont des médecins plus expérimentés (de plus de 10 ans d'ancienneté). Deux des plus « jeunes » sont remplaçants dans différents cabinets.

La première question portait sur la motivation qu'ils avaient eue pour répondre au questionnaire en ligne. Les huit praticiens ont répondu qu'ils essayaient de répondre systématiquement aux questionnaires d'internes, ayant eux-mêmes eu besoin de ce type de réponses pour leur propre thèse.

Trois personnes ont ajouté toutefois qu'elles étaient particulièrement intéressées par le thème du maintien dans l'emploi.

En ce qui concerne les relations avec le médecin du travail, les pratiques sont assez variées : deux personnes suggèrent au patient de prendre un rendez-vous avec le médecin du travail, deux praticiens écrivent un courrier remis en main propre au patient, et quatre ont tendance à lui téléphoner avec l'accord du patient.

Deux personnes évoquent des difficultés pour joindre le médecin du travail du fait des horaires d'ouverture des centres de santé au travail.

Trois personnes déclarent avoir des retours systématiques de la part des médecins du travail à la suite d'une VPR ; quatre allèguent ne recevoir des informations en retour d'une VPR qu'une fois sur deux ou pour des dossiers particulièrement complexes ; 1 personne rapporte ne jamais avoir de retour des VPR.

Le moment « idéal » pour organiser la VPR est variable : trois praticiens la préconisent le plus tôt possible ; trois l'organisent quelques semaines avant la reprise (trois ou quatre semaines) ou quand la situation s'améliore ; deux la prévoient en fonction de la situation notamment le plus tôt possible si la date de la reprise est connue (comme par exemple une fracture simple avec une date de consolidation connue), ou au contraire le plus tard possible quand la situation est complexe (considérant qu'il y a alors beaucoup moins de perspectives de reprise et donc moins d'urgence à organiser une VPR auprès du médecin du travail).

Les situations conduisant à penser au médecin du travail (ou à la VPR) sont multiples et chaque praticien en cite plusieurs : 7 fois la souffrance au travail (physique et/ou psychologique) ; 4 fois les situations complexes (en rapport avec l'affection et/ou le poste) ; 3 fois les arrêts longs notamment en lien avec des douleurs chroniques ou des TMS ; 1 fois le TPT.

En ce qui concerne la RQTH, quatre praticiens ont été à l'origine ou ont rempli des dossiers proposés par d'autres médecins ; deux déclarent avoir rempli des dossiers émanant d'autres médecins et deux n'ont jamais eu l'occasion d'en remplir notamment pour cause de remplacement.

Concernant le TPT, une seule personne a répondu « une quotité de 50% » car elle considère que cela reflète une réalité constatée.

Sept praticiens contactent le médecin du travail ou envoient leur patient en VPR avant de prescrire une reprise à TPT.

Sept médecins considèrent que le principal frein au TPT est le refus par l'employeur ; une personne ne voit aucun frein particulier ; aucun n'évoque un refus par le médecin conseil ou le médecin du travail. Trois citent également des difficultés inhérentes au poste (profession libérale, agriculteur...).

Concernant l'invalidité, un seul praticien nuance sa réponse sur l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi : il a mis 9 sur 10 globalement mais mettrait un score de 2 sur 10 pour la catégorie 3.

A la question 5 b) : aucun praticien répondant n'avait coché la réponse « ne sait pas » pour les différentes catégories.

Six personnes évoquent une impossibilité médicale de travailler en invalidité de catégorie 2 et 3 contre deux praticiens qui considèrent qu'il y a une impossibilité légale.

Trois médecins ont au moins un patient qui travaille en invalidité de catégorie 1 et un praticien évoque un patient en catégorie 2 ; les patients ayant tous des postes à temps partiel.

Concernant le MOAIJ, un seul praticien avait évoqué la possibilité auprès d'un patient. Il regrette le non aboutissement de la démarche pour des raisons de calendrier (le module était organisé trop tard par rapport à la reprise effective).

Seulement deux praticiens ont l'habitude de donner les coordonnées du service social de la CARSAT à leurs patients présentant des risques de désinsertion professionnelle ; une personne envoie les patients auprès des travailleurs sociaux du secteur (en centre médico social du département).

Concernant la formation, cinq jeunes praticiens ont reçu une formation durant leur internat de médecine générale¹³ ; un médecin plus expérimenté a participé à 2 formations dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu).

¹³ En général deux jours à la CPAM +/- deux jours chez un médecin du travail.

Les propositions de formations/informations sont diverses et peuvent être multiples :

- des soirées de formation continue sous forme de petits groupes avec des intervenants pluridisciplinaires : médecin du travail, médecin conseil et médecin généraliste. Six praticiens souhaiteraient pouvoir avoir une partie théorique suivie des cas concrets issus de leur expérience ;
- une plateforme en ligne comprenant des fiches thématiques (quatre médecins) ;
- la possibilité de joindre un correspondant spécialisé, médecin du travail, médecin conseil ou autre conseiller, par courriel ou par téléphone¹⁴ (quatre médecins) ;
- une plateforme en ligne dédiée aux patients (trois médecins) ;
- des plaquettes contenant des résumés synthétiques (un médecin) pour le praticien et/ou pour le patient.

Les besoins prioritaires sont également très divers :

- deux personnes souhaitent aborder l'invalidité ;
- deux personnes évoquent les douleurs chroniques, les TMS, les lombalgies et la désinsertion professionnelle ;
- deux personnes désirent des formations sur la souffrance au travail, le « burn out » et les RPS (Risques psycho sociaux) ;
- deux personnes n'ont pas de thème de prédilection mais voudraient travailler à partir de leurs propres situations complexes.

¹⁴ Existence d'un numéro vert par exemple.

4. Discussion

4.1 limites de l'étude

En ce qui concerne la constitution de notre échantillon, nous pouvons établir qu'il existe un biais de sélection. Nous n'avons pas pu faire une randomisation (un tirage au sort), unique moyen d'assurer à notre échantillon une représentativité de la population cible. [23]

Il s'agit plus précisément d'un biais de volontariat puisque l'envoi du questionnaire a été fait par courriel et que seuls les praticiens volontaires ont répondu. Sur les huit praticiens ayant répondu au questionnaire par téléphone, tous ont déclaré répondre de façon systématique aux questionnaires des internes dans le cadre des travaux universitaires.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu faire de 2^{ème} et 3^{ème} relance de notre envoi puisque nous n'avons pas accès au fichier des courriels de l'ensemble des généralistes. Une 2^{ème} relance a minima (auprès des tuteurs d'internes) a permis toutefois d'obtenir 13 réponses supplémentaires (sur la centaine de courriels envoyés).

Notre échantillon ne représente que 7,9% de notre population cible et nous aurions aimé atteindre au moins 10%, ce qui est en général recommandé dans les enquêtes de pratiques. Mais nous n'avons pu cibler que moins de la moitié des praticiens¹⁵ et finalement nous avons obtenu 16,2% de répondants sur la population source, ce qui semble être un résultat correct.

Les questions, bien qu'elles aient été testées auprès de médecins généralistes de Vendée, peuvent parfois être ambiguës. C'est le cas par exemple des questions sur l'invalidité qui ne précisait pas qu'il s'agissait de la pension d'invalidité du régime général. Il en est de même pour les questions sur le MOAIJ ou le CRPE : les médecins généralistes ne « préconisent » pas vraiment ces dispositifs, comme c'est indiqué dans le questionnaire mais ils peuvent plutôt orienter les patients vers le service social de la CARSAT.

¹⁵ Nombre de courriels de médecins généralistes détenu par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Loire-Atlantique.

4.2 concernant les résultats sur les outils du maintien dans l'emploi

Nous allons pouvoir comparer les connaissances de « jeunes » médecins ayant moins de 10 ans d'expérience avec celles des médecins plus expérimentés ayant plus de 10 ans d'ancienneté puisque la répartition est relativement homogène (52,8% contre 47,2%).

Nous pouvons signaler avant toute analyse de résultats qu'il semble évident que les plus jeunes médecins ont eu moins d'occasions d'utiliser les outils cités dans le questionnaire et qu'ils peuvent également avoir une pratique assez différente des praticiens plus expérimentés (remplacement, formation initiale...). Nous ne cherchons donc pas ici la significativité des résultats (pas de calcul du petit p pour comparer les deux groupes) mais plutôt à dégager des tendances.

Nous avons arbitrairement choisi de donner des statistiques pour des scores supérieurs ou égaux à 7 pour l'ensemble des échelles de 0 à 10 concernant l'intérêt de chaque outil dans le maintien dans l'emploi car nous considérons que ce score est suffisamment élevé pour montrer un intérêt majeur de l'outil.

La plupart de nos questions sont fermées avec une réponse unique. C'est un choix de notre part pour éviter les statistiques complexes, difficiles d'interprétation.

a) concernant les relations avec le médecin du travail

Globalement $\frac{2}{3}$ des praticiens semblent avoir l'habitude de contacter le médecin du travail. Les médecins plus expérimentés le contactent plus facilement ($\frac{4}{5}$ contre un peu plus de la moitié des praticiens ayant moins de 10 ans d'ancienneté). On peut supposer qu'ils ont constitué au fil du temps un répertoire de contacts qui leur permet de trouver plus facilement leur correspondant. Les deux praticiens « plus expérimentés » interrogés par téléphone ont répondu qu'ils contactent le médecin du travail systématiquement par téléphone.

Il est intéressant toutefois de constater que globalement les médecins généralistes prennent le temps de contacter le médecin du travail dans deux tiers des cas et qu'ils se préoccupent de la reprise du travail lorsque celle-ci risque d'être compliquée.

b) concernant la visite de pré reprise

Il en est de même en ce qui concerne la visite de pré reprise qui semble globalement largement utilisée (avec des résultats quasiment similaires entre les 2 groupes) par plus de neuf praticiens sur dix. Une personne ne connaît pas ce type de visite et une personne semble confondre avec la visite de reprise (« le plus souvent le patient sait qu'il doit avoir cette consultation »).

L'objectif principalement donné est l'anticipation de la reprise sous forme d'aménagements ou de formations : $\frac{3}{4}$ des praticiens globalement mais neuf « jeunes » sur dix donnent cette réponse contre seulement $\frac{2}{3}$ des plus anciens. Le but de « se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste » est donné par $\frac{1}{3}$ des plus anciens contre à peine un « jeune » sur dix, ce qui montre une réelle différence de pratique. Il est plutôt rassurant de voir qu'aucun praticien n'a répondu « prévenir l'employeur de la reprise », ce qui montre qu'il n'y a pas de climat de défiance envers le médecin du travail, trop souvent suspecté de transmettre des informations aux employeurs.

Pour rappel, le médecin du travail est tenu au secret médical au même titre que les autres praticiens et ne peut en aucun cas transmettre des informations d'ordre médical à un employeur ou une tierce personne.

Selon l'article R4127-4 du Code de la Santé Publique, « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

L'article L1110-4 CSP indique que « le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Le médecin du travail et le médecin traitant peuvent donc communiquer après avoir obtenu l'accord du salarié/patient.

Sur le moment le plus opportun pour organiser la visite de pré reprise, les résultats sont toutefois plus disparates. En effet quatre praticiens sur dix (résultats similaires dans les deux groupes) pensent qu'il faut la prévoir « la plus proche de la reprise », ce qui nous amène à nous questionner sur une éventuelle confusion avec la visite de reprise elle-même.

Il n'y a pas toutefois de réponse idéale puisque cette visite de pré reprise doit s'organiser au « meilleur moment », c'est-à-dire au moment où le médecin généraliste prescripteur de l'arrêt de travail commence à pressentir une possibilité de reprise tout en anticipant pour que le médecin de travail ait le temps de mettre en place des solutions. Il faut noter que deux des praticiens interrogés par téléphone envisagent la VPR le plus tard possible lorsque la situation est trop complexe, ne voyant pas de perspectives. Or nous avons vu dans la première partie que tous les acteurs intervenant dans la lutte contre la désinsertion professionnelle s'accordent

à dire que « ce n'est pas parce que quelqu'un est arrêté pour de graves raisons de santé qu'il ne faut pas lui parler de son avenir social et professionnel ». [11]

Il faut souligner qu'il n'y a aucune limitation du nombre de VPR et qu'il s'agit souvent d'un long cheminement avant la reprise effective.

Finalement il faudrait donc que le médecin traitant la prévoie « le plus tôt possible ».

Dans une étude parue dans la Presse Médicale en mai 2016 concernant les maladies cardiovasculaires nous pouvons noter que « le retour au travail du patient, parce qu'il favorise un meilleur niveau de qualité de vie, doit être une préoccupation précoce dans le parcours de soins dans les suites d'un événement cardiovasculaire. L'anticipation, notamment par une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, est primordiale. Les échanges, dans le respect du secret médical, entre le cardiologue, le médecin généraliste et le médecin du travail, doivent permettre un meilleur retour au travail. » [24]

L'échelle de 0 à 10 montrant l'intérêt de la visite de pré reprise dans le maintien dans l'emploi dévoile que cet outil est largement plébiscité puisque $\frac{3}{4}$ des praticiens donnent un score supérieur ou égal à 7.

c) concernant la RQTH

Cet outil semble moins utilisé que le précédent car seulement six praticiens sur dix déclarent avoir fait au moins un dossier de RQTH.

Cet outil est davantage utilisé par les médecins plus expérimentés que par les plus « jeunes », mais il faut rappeler que ces derniers ont eu moins d'occasions que les premiers de constituer de tels dossiers durant leur carrière. En effet, nous pouvons constater que la raison principale de non constitution de dossiers de RQTH chez les « jeunes » médecins est que « l'occasion ne s'est jamais présentée » (plus de un sur deux). Cette tendance est confirmée par les résultats de notre interrogatoire par téléphone : deux jeunes praticiens n'ont jamais eu l'occasion de faire de tels dossiers car ils sont remplaçants dans différents cabinets.

Chez les plus anciens, $\frac{1}{3}$ des personnes n'ayant jamais fait de dossier déclare ne pas connaître le dispositif. Ce dernier ayant été modifié à partir de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 [15] on peut se demander si les praticiens ayant connu le système COTOREP ont été formés au « nouveau » système de la RQTH. De même une personne sur cinq « manque d'information sur la procédure ».

Pour six praticiens sur dix ayant déjà été à l'origine d'un dossier RQTH, son but principal est « d'anticiper une reconversion avec un accompagnement adapté ». Pour un médecin sur quatre, le patient pourra bénéficier de l'OETH (quota des 6%). Très peu semblent connaître les possibilités d'aides financières par les différents fonds (AGEFIPH pour le secteur privé et

FIPHFP pour la fonction publique) qui permettent des aménagements de poste importants. Du moins cette réponse ne leur semble pas prioritaire.

L'échelle de 0 à 10 montrant l'intérêt de la RQTH dans le maintien dans l'emploi montre que cet outil est moins reconnu que la visite de pré reprise avec un praticien sur deux qui donne un score supérieur ou égal à 7. Il est important de constater que 14% des praticiens qui n'ont jamais été à l'origine d'une RQTH donnent toutefois un score élevé (\geq à 7). *A contrario*, 24,5% des praticiens ayant déjà été à l'origine d'un tel dossier donnent un score inférieur à 7 et ne semblent donc pas avoir constaté de réel intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi.

Comme évoqué dans la première partie, la RQTH est un outil très important du maintien dans l'emploi et il semble important de faire des formations/informations appropriées auprès des médecins généralistes qui ne l'utilisent pas ou qui ne connaissent pas tous les tenants et aboutissants de ce dispositif.

Dans l'étude sus-citée de mai 2016 parue dans la Presse Médicale il est rappelé que « la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est un outil clé de la prévention de la désinsertion socioprofessionnelle. » [24]

d) concernant la reprise à temps partiel thérapeutique

Cet outil est majoritairement utilisé quelle que soit l'ancienneté des praticiens.

La quotité de travail la plus adaptée est un « mi-temps thérapeutique » pour un praticien sur deux avec seulement un praticien sur trois qui pense qu'elle peut être variable (entre 10 et 90% du temps de travail) selon les situations. Les « jeunes » médecins semblent être plus informés (un sur deux) sur la possibilité de quotité très variable sans se limiter à un mi-temps strict. Moins d'un quart des plus « expérimentés » répondent qu'il est possible de faire beaucoup moins ou beaucoup plus qu'un mi-temps. Cette notion de « mi-temps thérapeutique » semble donc être plus ancrée chez les plus anciens, les plus jeunes ayant probablement eu une formation initiale plus précise. Un des praticiens interrogés par téléphone a, en outre, déclaré que le « mi-temps » correspondait souvent à une réalité.

Pour l'organisation du temps de travail, il est intéressant de constater que sept personnes sur dix pensent qu'elle est « variable selon les situations » avec même $\frac{3}{4}$ des plus jeunes médecins. En effet il est essentiel, comme décrit dans la première partie, de savoir que les horaires peuvent être adaptés et que la répartition en demi journées n'est pas obligatoire. Une organisation trop figée pourrait être un frein à la prescription d'un TPT.

Sept praticiens interrogés par téléphone déclarent que le principal frein au TPT est le refus par l'employeur. C'est un constat fréquent que nous pouvons faire en médecine du travail également.

L'échelle de 0 à 10 montrant l'intérêt du TPT dans le maintien dans l'emploi dévoile que cet outil est largement plébiscité puisque 97% des praticiens donnent un score supérieur ou égal à 7.

Malgré le fait que le TPT semble être l'outil le plus connu/utilisé, nous pouvons nous interroger sur sa place réelle dans le maintien dans l'emploi. En effet, il est plus souvent un simple tremplin pour la reprise effective mais, n'étant pas pérenne, il a une portée limitée. Il est donc essentiel de faire connaître les autres outils du maintien dans l'emploi.

e) concernant l'invalidité

Comme pour la RQTH seulement six praticiens sur dix ont déjà été à l'origine d'une demande d'invalidité avec une différence entre les plus « jeunes » et les plus anciens. Si moins d'un « jeune » praticien sur deux a déjà été à l'origine d'un tel dossier, nous retrouvons *a contrario* plus de huit praticiens « expérimentés » sur dix concernés. Il est vraisemblable que les plus « jeunes » ont eu moins d'occasions de constituer de tels dossiers.

Les résultats concernant la possibilité de travailler en fonction des différentes catégories d'invalidité correspondent bien à la réalité. En effet même s'il n'est pas interdit de travailler quelle que soit la catégorie, il est clair que les personnes gardent plus souvent une activité professionnelle en catégorie 1 qu'en catégorie 2 ou 3. Huit praticiens sur dix répondent qu'il est possible de continuer à travailler en invalidité de catégorie 1 alors que six sur dix affirment qu'il est impossible de travailler en catégorie 3. Les praticiens plus « expérimentés » penchent encore plus vers ces tendances que les « jeunes » praticiens avec neuf sur dix qui pensent qu'il est possible de travailler en invalidité de catégorie 1 et $\frac{2}{3}$ qu'il est impossible de travailler en catégorie 3.

Lors de l'interrogatoire téléphonique, six médecins sur les huit interrogés précisent que cette impossibilité est médicale et non légale. Ils partent d'un constat simple qu'aucun de leur patient ne travaille avec une invalidité de catégorie 3.

Il est intéressant de constater qu'en croisant les résultats entre demande d'invalidité et demande de RQTH, il existe une symétrie. En effet $\frac{3}{4}$ des praticiens ayant été à l'origine d'une demande d'invalidité ont déjà été à l'origine d'une RQTH alors que $\frac{3}{4}$ des médecins n'ayant jamais été à l'origine de l'une n'ont pas été à l'origine de l'autre. Cela semble évoquer que les praticiens qui sont sensibles à la problématique du handicap pensent à constituer des dossiers en adéquation avec la santé du patient.

L'échelle de 0 à 10 montrant l'intérêt de l'invalidité dans le maintien dans l'emploi montre que cet outil est encore moins reconnu que la RQTH avec quatre praticiens sur dix qui donnent un score supérieur ou égal à 7. Il est intéressant de constater que 14% des praticiens qui n'ont

jamais été à l'origine d'une invalidité donnent toutefois un score élevé (≥ 7), comme c'était le cas de la RQTH. *A contrario*, 38% des praticiens ayant déjà été à l'origine d'un tel dossier donnent un score inférieur à 7 et ne semblent donc pas avoir constaté de réel intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi. *A fortiori*, les médecins interrogés par téléphone semblaient tous assez surpris que l'invalidité puisse faire partie des outils de maintien dans l'emploi. Ce sujet semble donc important à aborder en formation.

f) concernant le MOAIJ

Cet outil semble largement méconnu avec plus de neuf praticiens sur dix qui ne l'ont jamais préconisé.

Seulement 9% de réponses supérieures ou égales à 7 sur l'échelle montrant l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi. Parmi les personnes ayant déjà préconisé un tel outil, seulement $\frac{1}{4}$ donne un score supérieur ou égal à 7 et $\frac{3}{4}$ donnent un score inférieur ou égal à 5.

Cet outil est donc largement méconnu, largement inutilisé et considéré comme ayant un intérêt limité lorsqu'il a été préconisé. Le seul praticien interrogé par téléphone qui l'avait envisagé avec un patient a finalement été déçu par le non aboutissement du dispositif.

g) concernant le CRPE

Cet outil semble largement méconnu avec seulement 2% des praticiens qui l'ont déjà préconisé.

Aucune réponse supérieure ou égale à 7 sur l'échelle montrant l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi. Parmi les personnes ayant déjà préconisé un tel outil une seule personne donne un score égal à 5.

A l'instar du MOAIJ, le CRPE est encore plus largement méconnu. Ces deux dispositifs semblent également méconnus des médecins du travail.

4.3 concernant les besoins de formation/information

Après avoir analysé les connaissances des praticiens sur les différents outils du maintien dans l'emploi, nous pouvons nous attacher à évaluer les besoins de formations et informations des médecins généralistes de Loire-Atlantique et répondre ainsi à l'objectif principal de notre étude.

Au vu des limites déjà indiquées en début de discussion nous pourrions seulement conclure à des tendances sans pouvoir affirmer une réelle significativité de nos résultats.

Globalement plus de 8 praticiens sur 10 semblent être favorables pour obtenir des documents d'informations pour leurs patients et des actions de développement professionnel et quasiment 9 sur 10 désirent une information régulière à leur intention.

Les « jeunes » praticiens sont encore plus favorables à l'obtention d'information à leur intention ou à celle de leurs patients que les médecins plus expérimentés.

Il semble pertinent de proposer au vu de ces résultats des formations continues ciblées et de proposer des brochures d'information à l'intention des patients et des praticiens.

5. Conclusion

Sans pouvoir apporter une conclusion certaine, nous pouvons toutefois admettre qu'il y a une réelle tendance en faveur de besoin de formations ciblées sur certains outils du maintien dans l'emploi et d'information régulière pour les praticiens comme pour leurs patients (notamment l'invalidité et les nouveaux dispositifs tels que le MOAIJ et le CRPE).

Dans le cadre du PRST3 et du PRITH et en croisant avec les données recueillies dans la thèse du Maine et Loire, il serait souhaitable de pouvoir extrapoler de tels résultats à l'ensemble de la région des Pays de la Loire afin d'organiser les formations ciblées.

Un travail ultérieur d'évaluation de telles formations pourra être proposé à un autre interne.

Synthèse et ouverture

Cette étude permet de souligner la nécessité d'établir une communication pérenne entre les médecins généralistes, proches des patients, connaissant parfaitement leur état de santé global et les médecins du travail, maîtrisant les conditions de travail susceptibles d'altérer la santé psychique et physique des salariés.

Des formations pluridisciplinaires invitant différents acteurs du maintien dans l'emploi, tels que le médecin du travail, le médecin conseil mais également des personnes du SAMETH, de l'AGEFIPH et de la MDPH, pourraient permettre aux médecins généralistes de mieux maîtriser les enjeux du maintien dans l'emploi.

Il paraît toutefois évident que les médecins généralistes¹⁶ doivent se former dans de multiples domaines et ont très souvent des plannings surchargés. Il faut donc pouvoir organiser des formations simples qui leur donnent les points clés face à des situations complexes, sans les submerger d'informations ne relevant pas de leur champ de compétences (informations relevant de la compétence du médecin du travail ou de médecin conseil par exemple...).

L'idée d'une plateforme en ligne évoquée par les médecins contactés par téléphone pourrait peut-être être envisagée. Mais qui la crée, avec quel budget ? Certains souhaitent également un numéro vert avec un interlocuteur pour répondre à leurs questions. La démographie des médecins du travail et des médecins conseil étant en forte baisse (idem pour l'ensemble de la population médicale), il paraît difficile de « détacher » de tels médecins pour animer une plateforme en ligne ou téléphonique. Mais pourquoi ne pas former des « conseillers en maintien en emploi » ? Un contact avec une chargée du maintien dans l'emploi de la CPAM a permis de savoir qu'il existe des délégués de l'Assurance Maladie qui se déplacent à la demande des médecins et les informent sur l'actualité. Cette personne n'avait toutefois aucun retour des médecins généralistes sur ce type d'informations.

Il faut rappeler aux médecins généralistes de la région qu'il existe des fiches synthétiques détaillant le rôle de chaque médecin sur les outils du maintien en emploi les plus courants. Il s'agit du document de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire : la prévention de la désinsertion professionnelle.[8] De la même façon, le service social de la CARSAT doit être un interlocuteur privilégié pour toutes les situations complexes de maintien dans l'emploi.

En tant que médecin du travail, il faut également être toujours proche des médecins traitants des salariés : la communication doit se faire dans les deux sens. Il est important de pouvoir faire des retours de toutes les visites de pré reprise prévues par eux pour qu'ils puissent

16 La médecine générale n'est-elle pas la spécialité la plus exigeante et la plus complète du champ médical ?

connaître tous les tenants et aboutissants de chaque dossier. Nous ne pouvons pas prôner l'intérêt majeur de l'organisation d'une visite de pré reprise le plus précocement possible (notamment dans les situations complexes) et ne pas les informer des décisions prises.

Dans les situations très complexes, la relation duelle médecin du travail/médecin généraliste ne suffit pas. Des services de prise en charge globale tels que les centres de rééducation fonctionnelle ou les services de prise en charge de la douleur chronique (par exemple le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur au CHU de Nantes) pourront aider les médecins à mieux prévenir la désinsertion professionnelle. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire et des contacts avec des médecins spécialistes pourront aider dans les décisions d'aptitude et d'adaptation de poste. Ces spécialistes pourraient être également en demande de formations sur le maintien dans l'emploi en tant que prescripteurs des arrêts de travail.

Le caractère essentiel de la visite de pré reprise est mis en avant dans une étude parue en octobre 2015 dans la revue *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* concernant les lombalgies chroniques : « une visite de pré-reprise avant le retour au travail améliorerait la collaboration et la coordination des mesures visant à faciliter la reprise du travail et le maintien dans l'emploi des patients atteints de lombalgie chronique. » [25]

En ce qui concerne le patient/salarié, il faut rappeler que dans toute démarche de maintien dans l'emploi, il doit rester acteur et au centre du processus. Il serait sans aucun doute souhaitable que des médecins du travail fassent passer des informations sur le maintien dans l'emploi lors de journées consacrées à des pathologies chroniques (SEP, diabète, asthme...) ouvertes au grand public, aux côtés de médecins généralistes et spécialistes.

Le maintien dans l'emploi est l'affaire de tous.

Bibliographie et Cyberographie

[1] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Direction générale du travail. Conseil d'orientation sur les conditions de travail : bilan 2015. Paris ; 2016. 505-21

[2] Issindou M, Ploton C, Fantoni-Quinton S, Bensadon A-C, Gosselin H. Rapport du groupe de travail « aptitude et médecine du travail » n° 2014-142R ; mai 2015. 66-82.

Disponible sur :

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_aptitude_medecine_du_travail_2014-142R_.pdf

[3] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Direction générale du travail. Plan Santé au Travail 2016-2020. Objectif opérationnel 5 « maintien en emploi ». 29-31

Disponible sur :

<http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-de-sante-au-travail/article/plan-de-sante-au-travail-2016-2020-pst-3>

[4] AGEFIPH. Rapport d'activité 2016. DPCG ; juin 2017. 9-11

[5] Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi. Jabes A et al. Le Maintien dans l'emploi en questions. Editions ENSP ; 2000. 13-175

[6] Frimat P. Médecin du travail, médecin généraliste : constats et perspectives. Santé Publique France (INPES) ; janvier 2012. 159.

[7] Sandret N. Rôle du médecin du travail dans le maintien dans l'emploi. Le concours médical tome 138 ; octobre 2016. 652-4

[8] Assurance Maladie des Pays de la Loire. La prévention de la désinsertion professionnelle. 6-18

[9] Décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

[10] MdpH, AGEFIPH, Sameth, Carsat Pays de la Loire, Assurance Maladie Pays de la Loire, Msa, Amébat. Guide du maintien dans l'emploi : les outils et dispositifs, les acteurs en Loire-Atlantique ; janvier 2016. 11-67

[11] Lion V. Dehors les malades ?. L'Express Emploi du 16/05/2005

Disponible sur :

http://www.lexpress.fr/emploi/dehors-les-malades_485967.html

[12] Berger E. Statistiques : les chiffres inquiétants de l'inaptitude. Santé et Travail n° 074 ; avril 2011

Disponible sur :

http://www.sante-et-travail.fr/statistiques--les-chiffres-inquietants-de-l-inaptitude_fr_art_1084_53826.html

[13] Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

[14] Ministère du Travail. Emploi et handicap : la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ; octobre 2016

[15] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

[16] Lemièrre J. Epauler les plus fragiles, se maintenir dans l'emploi. Bisma, le magazine de la MSA du 30/03/2016

Disponible sur :

<http://www.lebimsa.fr/epauler-les-plus-fragiles/>

[17] Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

[18] Ministère du Travail. Handicap : le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise ; décembre 2015

[19] Cnam Pays de la Loire. Révélez vos talents grâce au bilan de compétences ; juillet 2017

[20] Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

[21]COMETE France. Une action nationale en faveur de l'insertion professionnelle des patients hospitalisés ; les chiffres clés. 2016

[22]Plan Régional Santé au Travail des Pays de la Loire 2016-2020. Prévention de la désinsertion professionnelle. Action 5 : Information ciblée en fonction des besoins des médecins généralistes ; 2016

Disponible sur :

<https://www.prst-pdl.fr/action-associee/prevention-de-desinsertion-professionnelle-action-5/>

[23] Gerville-Réache L, Couallier V. Echantillon représentatif d'une population : définition statistique et propriétés. HAL, archives ouvertes ; décembre 2011. 1-2

[24] Fantoni-Quinton S, Tellart A.S, Cambier-Langrand E, Fassier J.B, Mounier-Vehier C. Acute cardiovascular disease and job retention. La Presse Médicale. Volume 45, Issue 5, mai 2016. 515-21

Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27021479>

[25] Petit A, Rozenberg S, Fassier J-B, Rousseau S, MairiauxP, Roquelaure Y. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. Volume 58, Issue 5, octobre 2015. 298-304

Disponible sur :

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065715004972?via%3Dihub>

Annexes

Rubrique 1 sur 10

QUESTIONNAIRE SUR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Ancienneté en médecine générale :

*

- < 2 ans
- entre 2 ans et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 15 ans
- entre 15 et 20 ans
- > 20 ans

Concernant les relations avec le médecin du travail :

Lorsque la reprise du travail risque d'être compliquée pour un patient avez-vous l'habitude de contacter le médecin du travail ?

*

oui

non

Si NON, pourquoi ?

Réponse longue

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter vos réponses sur les relations avec le médecin du travail.

Réponse longue

Concernant la visite de pré reprise :

Avez-vous déjà préconisé une visite de pré reprise auprès du médecin du travail ?

*

- oui
- non

Si NON, pourquoi principalement ?

- manque d'information sur la procédure
- ce n'est pas le rôle du médecin traitant
- crainte d'une inaptitude
- refus du patient
- l'occasion ne s'est jamais présentée
- je ne connais pas la visite de pré reprise
- Autre...

Si OUI, dans quel but principalement ?

- anticiper la reprise avec le médecin du travail (aménagement, formations...)
- prévenir l'employeur de la reprise
- se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste
- Autre...

A quel moment d'un arrêt de travail la visite de pré-reprise est-elle, selon vous, la plus adaptée ?

*

- le plus tôt possible
- le plus proche de la reprise
- à n'importe quel moment
- ne sait pas

Pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt intérêt maximal

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter vos réponses sur la visite de pré-reprise.

Réponse longue

Concernant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :

Avez-vous déjà été à l'origine d'un dossier RQTH pour un patient en emploi?

*

- oui
- non

Si NON, pourquoi principalement ?

- manque d'information sur la procédure
- ce n'est pas le rôle du médecin traitant
- refus du patient
- manque de temps
- l'occasion ne s'est jamais présentée
- je ne connais pas la RQTH
- Autre...

**Si OUI, dans quel but
principalement ?**

- protéger le patient d'un licenciement
- permettre au patient de bénéficier d'aides financières (AGEFIPH, FIPHFP)
- permettre au patient d'être bénéficiaire de "l'obligation d'emploi de travailleur handicapé" (quota de 6%)
- anticiper une reconversion avec un accompagnement adapté
- Autre...

**Pouvez-vous donner, sur
une échelle de 0 à 10,
l'intérêt de cet outil dans
le maintien dans l'emploi
?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt intérêt maximal

**Si vous le souhaitez, vous
pouvez compléter vos
réponses sur la RQTH.**

Réponse longue

Concernant la reprise à temps partiel thérapeutique :

Avez-vous déjà été à l'origine d'une reprise à temps partiel thérapeutique ?

oui

non

Pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt intérêt maximal

Quelle est, selon vous, la quotité de travail la plus adaptée lors d'un temps partiel thérapeutique ?

- de 10 à 90 % du temps de travail initial
- < 50% du temps de travail initial
- 50% du temps de travail initial
- > 50% du temps de travail initial
- Autre...

Comment doit s'organiser, selon vous, le temps de travail lors du temps partiel thérapeutique ?

- par demi-journées
- par journées entières
- c'est variable selon les situations
- Autre...

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter vos réponses sur le temps partiel thérapeutique.

Réponse longue

Concernant l'invalidité :

Avez-vous déjà été à l'origine d'une demande d'invalidité ?

oui

non

Pensez-vous qu'une personne en invalidité puisse continuer à travailler ?

*

	oui	non	ne sait pas
invalidité de 1ère catégorie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
invalidité de 2ème catégorie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
invalidité de 3ème catégorie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pouvez-vous donner, sur
une échelle de 0 à 10,
l'intérêt de cet outil sur le
maintien dans l'emploi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt intérêt maximal

Si vous le souhaitez, vous
pouvez compléter vos
réponses sur l'invalidité.

Réponse longue

Concernant le MOAIJ (Module d'orientation approfondie indemnité journalière) :

Avez-vous déjà préconisé un MOAIJ ?

*

oui

non

Pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt

intérêt maximal

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter vos réponses sur le MOAIJ.

Réponse longue

Concernant le CRPE (Contrat de rééducation professionnelle en entreprise) :

Avez-vous déjà préconisé un CRPE ?

*

oui

non

Pouvez-vous donner, sur une échelle de 0 à 10, l'intérêt de cet outil dans le maintien dans l'emploi ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucun intérêt intérêt maximal

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter vos réponses sur le CRPE.

Réponse longue

Des besoins particuliers ?

Sur les questions de désinsertion professionnelle et de maintien dans l'emploi, souhaiteriez-vous :

*

	oui	non
des documents d'information pour vos patients (plaquettes, affiches) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une information régulière à votre intention ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des actions de développement professionnel continu (formations, échanges de pratiques...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous d' autres besoins ? Précisez

Réponse longue

Vous pouvez laisser vos coordonnées si vous souhaitez être informé(e) des résultats de l'enquête (aucun autre usage ne sera fait des coordonnées transmises)

Réponse longue

Merci pour votre participation.

Annexe 2 : questionnaire qualitatif auprès des médecins ayant laissé leurs coordonnées.

1. Quelle a été votre motivation pour répondre à ce questionnaire ?
2. Concernant les relations avec le médecin du travail et la visite de pré-reprise :
 - a) concrètement comment procédez-vous ? Par courrier, par téléphone ou de façon plus informelle ? Par contact direct ou indirect (via le patient) ?
 - b) avez-vous des difficultés pour joindre le médecin du travail (carnet d'adresses) ?
 - c) avez-vous des retours des VPR ?
 - d) quel serait le « bon moment », le « moment idéal » pour proposer la VPR ?
 - e) quelles situations vous conduisent à penser au médecin du travail/VPR ?
3. Concernant la RQTH :
 - a) être à l'origine signifie avoir été à l'initiative et/ou avoir rempli des dossiers proposés par d'autres médecins ?
 - b) si la personne a répondu « non, je n'ai jamais été à l'origine d'un dossier de RQTH » car « l'occasion ne s'est pas présentée » : est ce que le problème est lié à «un manque d'ancienneté » ? Est-ce un remplaçant ?
4. Concernant le temps partiel thérapeutique :
 - a) pour les personnes ayant répondu « 50% de quotité de temps de travail » : est-ce que cela correspond à la pratique réelle constatée ?
 - b) contactez-vous le médecin du travail avant de prescrire un TPT ?
 - c) quelles situations pourraient vous empêcher de prescrire un TPT ?
5. Concernant l'invalidité
 - a) nuancez-vous votre réponse sur l' échelle de 0 à 10 pour l'intérêt de l'invalidité dans le maintien dans l'emploi en fonction des différentes catégories ?
 - b) les personnes en invalidité de catégorie 2 et 3 ont -elles le droit de travailler mais pas la possibilité médicale ?
 - c) connaissez-vous des patients qui travaillent en invalidité de 1, 2 ou 3^o catégorie ?

6. Concernant le MOAIJ

a) pour les personnes ayant répondu « oui, j'ai déjà préconisé un MOAIJ » : dans quel type de situation l'avez vous préconisé ? Quels ont été les bénéfices ?

b) pensez-vous au service social de la CARSAT ?

7. Concernant l'information/la formation

a) avez-vous déjà eu une formation concernant le maintien dans l'emploi ?

Si oui laquelle ?

b) sous quelle forme voyez-vous les formations/informations ?

c) quels seraient vos besoins prioritaires ?

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Professeur Julien NIZARD
~~Centre d'Enseignement et Recherche~~
~~Docteur - Soins de Support~~
Faculté de Médecine de Nantes

Professeur Julien NIZARD



Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Docteur Virginie NAEL

CHU de NANTES
HÔPITAL LAENNEC
Service de Santé au Travail
Unité Dr NAEL
N° 8285

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : ARDONCEAU

PRENOM : Sophie

Titre de Thèse : Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur les outils pour le maintien en emploi et estimation des besoins de formations adaptées.

RESUME

Le maintien en emploi est l'un des enjeux majeurs de la médecine du travail. Il existe de nombreux outils de maintien en emploi qui peuvent être utilisés par différents partenaires et notamment par les médecins généralistes. Ces derniers sont les principaux prescripteurs des arrêts de travail et prévoient les conséquences futures de l'état de santé de leurs patients notamment sur la reprise du travail. Ils n'ont pourtant pas toujours les connaissances nécessaires pour aider le médecin du travail dans la lutte contre la désinsertion professionnelle. Une étude menée auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique a permis de faire l'état des lieux de leurs connaissances en matière de maintien en emploi afin de définir les besoins de formations et d'informations adaptées en lien avec le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés des Pays de la Loire.

MOTS-CLES

MAINTIEN EN EMPLOI, DÉINSERTION PROFESSIONNELLE, MÉDECINS GÉNÉRALISTES, FORMATIONS ADAPTÉES.