HAL open science

Présentation des premiers éléments du diagnostic territorial de L'AMETRA Montpellier

Baris Celik

▶ To cite this version:

Baris Celik. Présentation des premiers éléments du diagnostic territorial de L'AMETRA Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956266

HAL Id: dumas-02956266

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956266v1

Submitted on 2 Oct 2020

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Baris CELIK

Le 26/10/2018

PRESENTATION DES PREMIERS ELEMENTS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'AMETRA MONTPELLIER

Directeur de thèse : Docteur Cyril BERNARDET

JURY

Président : Professeur Philippe COURTET

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Docteur Cyril BERNARDET*

Professeur Pierre DUJOLS

MCU-PH François-Xavier LESAGE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Baris CELIK

Le 26/10/2018

PRESENTATION DES PREMIERS ELEMENTS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE L'AMETRA MONTPELLIER

Directeur de thèse : Docteur Cyril BERNARDET

JURY

Président : Professeur Philippe COURTET

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Docteur Cyril BERNARDET*

Professeur Pierre DUJOLS

MCU-PH François-Xavier LESAGE

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au **Professeur COURTET**, c'est un grand honneur de vous avoir comme Président du Jury de thèse. Je vous suis profondément reconnaissant d'avoir accordé votre confiance à ce travail. Merci également d'avoir accepté d'accueillir des internes en médecine du travail dans vos services et d'avoir rendu la psychiatrie aussi attractive et passionnante. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma haute considération.

Au **Professeur DUJOLS**, merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse, merci pour le temps accordé au jugement de mon travail. Soyez assuré de mon respect sincère.

Au **Dr LESAGE**, pour avoir encadré notre filière pendant ces 4 années et de répondre toujours présent lorsque nous avons des questions à poser. Merci pour tout ce que tu m'as appris. Merci de m'avoir toujours encouragé et énormément aidé pour ce travail de thèse.

Au **Dr Cyril BERNARDET**, pour son soutien inconditionnel, sa gentillesse, sa présence et sa bienveillance à mon égard. J'ai appris énormément à tes cotés et tu m'as toujours fait confiance et su me remotiver. Merci de m'avoir encadré pour cette thèse. Je te verrai encore quelques temps comme mon tuteur si tu ne m'en veux pas, mais je te vois surtout comme un ami. En tout cas tu es vraiment une personne géniale et c'est un plaisir de travailler à tes côtés, j'espère que nous partagerons ce plaisir encore longtemps.

A mes parents, que j'espère avoir rendu fier (Anne, Baba, umarimki benimle gurur duyuyorsunuzdur. Sizlere cok ama cok minettarim, bana sonsuzca guvenip destekleyiniz icin, bana verdiginiz sevgi icin. SIzleri cok seviyorum. Artik uzakta olsamda, her zaman yaninizdayim).

A mon petit frère et ma petite sœur que j'aime plus que tout et qui me rendent chaque jour fier d'eux.

Il y a eu du changement sur ces 4 dernières années, j'ai rencontré des gens aux grands cœurs en plus des gens exceptionnels que je connaissais déjà.

Je voudrais tout particulièrement remercier celle qui a tout chambouler depuis ces deux dernières années, celle qu'aujourd'hui je peux appeler ma moitié, celle qui me fait avancer. Grâce à toi je peux dire que je n'ai jamais été aussi heureux de ma vie. Tu es mon plus beau cadeau au quotidien. Merci de me soutenir quoi qu'il arrive, de me donner autant d'amour, de me faire rire. Sache que tu occupes la place centrale dans tous mes rêves d'avenir et mes projets futurs. Je nous souhaite que du bonheur ensemble et espère un jour avoir l'occasion de t'appeler ma femme. Merci pour tout mon Doudou.

Aucun ordre de préférence dans ces remerciement, car je les vois venir les pinailleurs. Tout le monde a sa place dans mon cœur.

A Davy mon acolyte depuis la 6eme. Ca a matché depuis le premier jour où je me suis assis à côté de ce grand maigre à lunettes. Ca fait maintenant 18ans que ça colle entre nous et pas

de raisons pour que cela ne continue pas. J'espère vraiment que tu nous reviendras rapidement dans le sud.

A Thomas, l'un des hommes au plus grand cœur que je connaisse, merci pour tout, merci de m'avoir fait venir à Montpellier. Sans toi je serais probablement à Bordeaux en train de surfer la mèche au vent. Je te dois en partie ce qui m'arrive et je ne l'oublie pas. Reste comme tu es.

A ma turkish Family, Reco, Ozgur, Umut, Serdar, Mehmet. Vous êtes mes piliers, la base de la base. Sans vous la P1 ne serait jamais passée. A toutes nos soirées, si vous aviez fait médecine avec moi, vous seriez en P10 (☺). Mention spéciale à Reco, l'homme auquel j'aimerai ressembler dans sa générosité et sa bonté. Et à Ozgur pour toutes nos soirées en duo, à nos longues discussions dans la voiture les soirs d'hiver, merci d'avoir toujours trouvé les bons mots pour m'encourager. Merci à tous les frères.

J'aurai aimé partager avec chacun mon esprit de poète et tous vous accordez une page, mais je vais aller assez vite.

Merci à toute la team Saint Eloi ;

A Taki +++ pour son aide précieuse et pour me casser les jambes au foot.
A Nath pour sa bonne humeur éternelle et qui sait toujours redonner le sourire.
A Suzanne pour sa mauvaise humeur éternelle (que j'adore) mais ça c'est ton coté chirurgien, en vrai je sais que tu es pleine d'amour.
À Guillaume pour tous ses coups de cœur que j'aime écouter.
A Boran le meilleur coloc qui soit et avec qui, on n'a jamais réussi à regarder un film sans qu'il ne s'endorme.
A Quentin pour sa générosité et avec qui on a rêvé d'être musclé, un jour on fera business ensemble je ne m'inquiète pas.
A Sarah pour toujours rigoler à toutes mes blagues.
A Antonia pour sa capacité à trancher des que nous ne savons pas quoi faire.
A Victoria pour ne pas avoir réussi à me mettre à la Salsa.
A Pauline la bisounours pour tout l'amour qu'elle donne au groupe.
A Hamza mon gars sur pour sa capacité à me faire dépenser.
A Emilie pour être capable de nous suivre dans n'importe quel plan (#SoiréeCarca).
A Stan pour toujours réussir à nous faire faire ce qu'il a envi.
A Nina pour être forte en charriage photo

Sans oublier, Kevin, Pappalardo, Simon, Sylvain, Aurelie la crazy danseuse.

Mention à Redha et Alesso que je connaissais mais que j'ai appris à connaitre vraiment à Montpellier, c'est un plaisir de vous voir à chaque fois les gars.

A Verchère notre voisin sudiste qui vient nous voir régulièrement et qui nous accueille à Marseille.

A Mouss, meilleur dealer de MPG et ex champion de PL.

A Anis, que je connais depuis la maternelle, compagnon de P1 et bien plus encore, et que je considère énormément.

A Wafa pour nos nombreuses soirées à bosser très tard.

A mes futurs confrères parisiens Nash et Achilus.

A Ouaoua et Dallal mes arabicas préférées que j'espère voir plus souvent.

A Hubi et Baptiste, et oui le foot peut créer de vraies amitiés. Mais aussi à tous les autres potes du foot, Sam, Vic, Ade qui me permettent de perdre toutes les semaines et de me faire redescendre sur terre.

Merci à tous mes cointernes qui m'ont fait passer de bons moments en stage, Emmanuelle, Dimitri, Sofiene, Marie, Farah.

Merci à mes futurs confrères que j'adore même si je ne suis pas souvent présent au réunion, Liza, Flo, Soraya et mention spéciale à Guigui qui est toujours présent en cas de besoin et pour réunir le groupe et à Nico pour avoir géré tous nos stages.

Un énorme merci à Bruno pour avoir toujours pris le temps de m'aider et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

A Aline et Evelyne, mes coups de cœur de l'Ametra. Merci à Mme DEMON de m'accorder sa confiance.

A Caroline, JF et Marie Thé, de m'avoir accueilli et de m'avoir fait rapidement sentir à l'aise.

A tous les amis de la fac qui ont rendu ces années meilleures, Amina, Elodie, Sonia, Nor, Bende, Benji, Kelly…

A tous les amis du lycée, Romain, Bruno, Clément…

MERCI A TOUS d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Table des matières

Justification de l'étude : 15

Méthodologie : 18

Résultats : 21

Discussion : 29

Conclusion : 34

Bibliographie 35

Annexes 38

Serment 42

Résumé 46

Justification de l'étude :

Actuellement en France, le système de santé dispose de nombreuses données regroupées au sein du Système National des Données de Santé (SNDS). Ces données sont issues de diverses sources telles que l'assurance maladie (le système national d'information interrégime de l'assurance maladie, SNIIRAM)(1), le Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui recueille les données des hôpitaux ou encore le Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie, le RIM P(2). Le SNDS est un système unique en Europe et constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population.

Par contre, le système de Santé au Travail ne dispose que de peu d'outils de collecte de données. Les principaux systèmes sont d'une part les données d'accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) issues des caisses d'assurance maladie, l'observatoire de veille sanitaire national, Evolution et Relation En Santé Travail (EVREST)(3) qui a progressivement été mis en place depuis 2007 avec un réseau de médecins du travail exerçant dans des services de santé au travail, et le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), collectant les données issues des centres de consultations de pathologies professionnelles, permettant d'observer l'émergence(4) de nouvelles pathologies. L'analyse de ces indicateurs donne régulièrement lieux à des rapports régionaux(5,6). Mais sans l'aide d'organismes spécialisés tels que la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), il reste difficile pour les services de santé au travail de recueillir des informations exhaustives et interprétables.

En dépit d'une généralisation des dossiers médicaux de santé au travail informatisés, et d'un large maillage de la population salariée sur le territoire, il n'y a pas de collecte des données issue du système de santé au travail, pourtant essentiel au pilotage des stratégies de prévention en santé au travail. Cela devient également une des priorités du gouvernement. Dans son rapport en réponse à la lettre de mission du premier ministre (annexe 1), la députée Mme LECOCQ recommande (annexe 2) notamment la mise en place d'outils permettant « l'exploitation collective de données ».

L'informatisation des dossiers médicaux de santé au travail recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS)(5), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et l'utilisation d'un thésaurus harmonisé enrichissent les systèmes d'informations propres à chaque service de santé au travail. Or, la grande majorité de ces données ne sont ni extraites, ni statistiquement analysées à ce jour.

Promouvoir la veille sanitaire en santé au travail permettra d'obtenir un état des lieux de la santé de la population salariée afin d'adapter les projets de service et de prioriser les actions de prévention pour in fine consolider le maintien dans l'emploi. Cela passera par la réalisation d'un diagnostic territorial(7).

Pour ce faire, certains services de santé au travail se sont intéressés aux inaptitudes médicales aux postes de travail comme indicateur de la santé des salariés(8).

L'étude de Buewart et al. (2016)(9) réalisé dans le Nord Pas de Calais permet d'identifier un profil type de salarié par le biais de questionnaires mais reste purement descriptive. En l'absence d'analyse des données sur la population suivie parmi laquelle survient les inaptitudes médicales, il est impossible d'évaluer l'incidence des inaptitudes médicales au poste de travail, ni d'analyser les pathologies et les déterminants sociodémographiques et professionnels potentiellement associés aux inaptitudes. De plus, les différentes études réalisées souffrent d'un manque de représentativité par manque de puissance mais également parce que la description des cas d'inaptitude dépend largement du tissu économique du bassin d'emploi étudié.

Dutheil et al. (2014) (10) ainsi que *Lesage et al. (2016)* (11) se sont intéressés à ce même indicateur qu'est l'inaptitude médicale en analysant directement les données issues du système d'information de deux services de santé au travail distincts et issus de régions différentes. Ces deux études ont permis d'évaluer l'incidence des inaptitudes médicales sur un an, avec des résultats similaires obtenus dans les deux articles. L'analyse sur un an a permis d'observer une incidence moyenne des inaptitudes au poste de travail de 7,8 pour mille salariés tous secteurs confondus. Cependant ces études n'ont pas permis d'identifier des groupes professionnels homogènes, en particulier les plus à risque d'inaptitude en raison d'un faible nombre de cas d'inaptitudes ne permettant que des regroupements de catégories socio professionnelles larges (ex : employés ou ouvriers).

Ces deux études démontrent néanmoins la capacité de fournir des indicateurs fiables issus des dossiers médicaux en santé en travail(12) et observables dans le temps et l'espace pour in fine l'extrapolation sur l'ensemble du territoire.

L'originalité de notre étude reposera sur la taille de la population suivie, la durée du suivi sur plusieurs années, permettant d'observer une évolution, ainsi que la connaissance de la population de référence.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier et décrire des groupes professionnels homogènes ayant une forte incidence des inaptitudes dans un service de santé au travail.

Les objectifs secondaires sont d'observer l'évolution de l'incidence annuelle des inaptitudes médicales au poste de travail dans ce même service de santé au Travail, ainsi que l'identification des pathologies potentiellement responsables dans la survenue de l'inaptitude médicale aux postes de travail. Cette étude s'inscrit également dans les missions de la commission épidémiologique régie par le Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT) et mise en place par le groupe de travail 3.13 du Plan Régional Santé Travail (PRST) 2016-2020 Occitanie, dont la mission principale est d'élaborer un outil permettant un recueil harmonisé de données centré sur les inaptitudes.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective sur une cohorte de salariés entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2017. L'étude porte sur l'ensemble de la population suivie par les médecins de l'AMETRA, représentant environ 110000 salariés par an répartis dans des secteurs d'activité variés avec une prédominance par le secteur tertiaire.

Critères d'inclusion :

L'ensemble des salariés suivi dans le service de santé au travail entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2017 à l'AMETRA.

Critères d'exclusion :

Salariés ayant refusé l'informatisation de son dossier médical de santé au travail.

Recueil des données :

Le recueil et l'analyse statistique suivent la même méthodologie que dans l'étude de *Lesage et al. (2016)*(11).

L'identification des salariés déclarés inaptes entre 2014 et 2017 a été réalisée par requête informatique dans le système d'information.

Les données sociodémographiques ont été renseignées par tous les médecins du travail, toutes les infirmières diplômées d'état en santé au travail (IDEST) ainsi que les assistantes en santé au travail dans les dossiers médicaux de santé au travail informatisés. Les données cliniques sont enregistrées par les médecins et les IDEST. La prononciation de l'inaptitude ne relève que de la responsabilité des médecins du travail.

L'extraction des données s'est faite en plusieurs étapes à travers différentes requêtes soumises au service informatique du service de santé au travail. Toutes les données extraites étaient enregistrées dans le logiciel métier (logiciel STETHO®) commun à tous les employés de l'AMETRA (médecins du travail, assistantes médicales, IDEST). Le code d'identification salarié a été extrait dans une première étape. A l'issue du data management (suppression des doublons), il a été supprimé secondairement de la base de données avant analyse permettant d'obtenir une anonymisation complète des données. Les sous-groupes homogènes de métiers pour l'analyse comportaient des effectifs supérieurs à 1000 salariés afin d'assurer l'absence d'identification des cas à posteriori.

Les différentes données recueillies lors des requêtes sont les données socioprofessionnelles (7 items : l'âge, le sexe, le code de catégorie socioprofessionnelle (PCS) sur plusieurs niveaux, le code de Nomenclature d'activité Française (NAF) sur plusieurs niveaux, la taille de l'entreprise, et l'indice de masse corporel (IMC)).

La deuxième partie du travail porte sur les pathologies pouvant être à l'origine de l'inaptitude.

Lors de la requête ciblant les salariés inaptes médicalement, il a également été recueilli l'année et le mois de l'inaptitude.

Les secteurs d'activité ont été relevés par l'intermédiaire du code NAF (Nomenclature d'Activité Française) utilisé par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2008.

La catégorie socioprofessionnelle a été codée en PCS, selon la nomenclature utilisée par l'INSEE (version 2003) en un, deux ou quatre chiffres (plus précis).

Les données sont exportées du logiciel métier sous forme de fichier EXCEL®.

La quantité d'adhérents et le nombre de salariés suivis dans un service interentreprises sont en perpétuel mouvement en raison des entrées, sorties, mais globalement identique d'une année sur l'autre. L'analyse des rapports annuels montre que la population instantanée et déclarée est stable à un instant T d'une année sur l'autre. La base de données permettant la description de la population totale de salariés suivis à l'AMETRA par PCS s'est faite en une seule requête à un instant T au cours du mois de Mai 2018 (potentiellement dans un moment ou la déclaration annuelle des effectifs est le plus à jour après de multiples relances faites par le service à destination des employeurs depuis le début d'année). Cette unique base servira au calcul des incidences sur les 4 années de l'analyse. Il n'a pas été possible de recueillir la population de salariés suivis spécifique à chaque année car le logiciel ne permettait pas le suivi de la carrière des salariés.

Le taux de remplissage des caractéristiques sociodémographiques pour les salariés au sein du service de santé au travail est excellent. Le renseignement de ces caractéristiques est harmonisé.

Le niveau 4 des PCS comportent plus de 450 professions. Afin de faciliter la lecture et d'avoir une meilleur visibilité, toutes les PCS INSEE mentionnées dans la base données ont été reprises une par une, et ont été recodées et reclassées de manière à créer des groupes homogènes d'exposition que nous avons nommé PCS AMETRA (19 items).

Le data management et l'analyse descriptive ont été réalisés avec le logiciel R®.

Nous avons étudié le lien entre la survenue de l'inaptitude et nos variables d'intérêt en estimant les odds ratios (rapport de cote) avec leurs intervalles de confiance à 95% à l'aide d'un modèle de régression logistique.

Dans un premiers temps les variables ont été testées en univarié, ensuite toutes les variables significatives à $p<0.20$ (âge, sexe, IMC, PCS) ont été incluses dans un modèle multivarié afin de limiter les facteurs de confusion.

Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel SASUniversity®(Version 3.6, Copyright 2012-2016, SAS Institute et Inc.,Cary,NC,USA.)

Résultats :

La population suivie a été évaluée à 114 566 salariés. Parmi cette population, 3614 cas d'inaptitude médicale au poste de travail ont été recueillis sur la période 2014-2017.

L'incidence moyenne annuelle des inaptitudes médicales aux postes de travail est de 7.9 pour mille salariés suivis. Elle est en augmentation constante entre 2014 (7.3‰) et 2017 (8.3‰).

Les caractéristiques sociodémographiques des salariés aptes et inaptes sont présentées dans le tableau n°1. Les salariés inaptes étaient plus âgés que ceux de la population suivie.

Tableau 1 : Répartition des cas d'inaptitude 2014-2017

		n cas d'inaptitude 4 années	**n salaries suivis**	**Incidence annuelle moyenne ‰**
Nombres		3614	114566	7.9
Age	<25	101 *(2.8%)*	12029 *(10.5%)*	2.1
	25-34	712 *(19.7%)*	31964 *(27.9%)*	5.6
	35-44	875 *(24.2%)*	28871 *(25.2%)*	7.6
	45-54	943 *(26.1%)*	26350 *(23.0%)*	8.9
	>54	983 *(27.2%)*	15352 *(13.4%)*	16.0
Age moyen par sexe	Hommes	45.1	39.2	
	femmes	44.9	40.1	
Sexe	Hommes	1153 *(31.9%)*	52431 *(45.8%)*	5.5
	Femmes	2461 *(68.1%)*	62135 *(54.2%)*	9.9
IMC	<18,5	76 *(2.1%)*	4543 *(4.0%)*	4.2
	[18,5-25[	868 *(24.0%)*	54626 *(47.7%)*	4.0
	[25-30[	463 *(12.8%)*	23908 *(20.9%)*	4.8
	[30-35[	184 *(5.1%)*	7088 *(6.2%)*	6.5
	[35-40[	61 *(1.7%)*	2013 *(1.7%)*	7.6
	>=40	14 *(0.4%)*	636 *(0.5%)*	5.5
	NC	1948 *(53.9%)*	21752 *(19.0%)*	
Taille de l'entreprise	[0 - 9]	774 *(21.4%)*	25892 *(22.6%)*	7.2
	[10 - 49]	1178 *(32.6%)*	36661 *(32%)*	8.0
	[50 - 299]	1297 *(35.9%)*	34943 *(30.5%)*	9.3
	> 299	365 *(10.1%)*	17070 *(14.9%)*	5.3
PCS 1	Cadres	178 *(4.9%)*	20637 *(18.0%)*	2.2
	Employés	1885 *(52.2%)*	44026 *(38.4%)*	10.7
	Ouvriers	694 *(19.2%)*	14152 *(12.3%)*	12.3
	Professions Intermédiaires	510 *(14.1%)*	29664 *(25.9%)*	4.3
	Autres	27 *(0.8%)*	1016 *(1.0%)*	6.6
	NC	320 *(8.9%)*	5071 *(4.4%)*	
NAF 1	Activ. Ménages : employeurs, produ.	32 *(0.9%)*	121 *(0.1%)*	66.1
	Activités de services administratifs et de soutien	571 *(15.8%)*	10619 *(9.3%)*	13.4
	Activités extra-territoriales	1 *(0.0%)*	22 *(0.0%)*	11.4
	Activités financières et d'assurance	109 *(3.0%)*	6389 *(5.6%)*	4.3
	Activités immobilières	74 *(2.0%)*	3411 *(3.0%)*	5.4
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	195 *(5.4%)*	13840 *(12.1%)*	3.5
	Administration publique	40 *(1.1%)*	8132 *(7.1%)*	1.2
	Arts, spectacles et activités récréatives	48 *(1.3%)*	2757 *(2.4%)*	4.4
	Autres activités de services	348 *(9.6%)*	6445 *(5.6%)*	13.5
	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	741 *(20.5%)*	17319 *(15.1%)*	10.7
	Construction	14 *(0.4%)*	760 *(0.7%)*	4.6
	Enseignement	65 *(1.8%)*	4150 *(3.6%)*	3.9
	Hébergement et restauration	406 *(11.2%)*	10307 *(9.0%)*	9.8
	Industrie manufacturière	4 *(0.1%)*	284 *(0.2%)*	3.5
	Information et communication	55 *(1.5%)*	7569 *(6.6%)*	1.8

	Prod. & distrib. Eau assainisst, gestion déchets & dépollution	48 *(1.3%)*	1463 *(1.3%)*	8.2
	Santé humaine et action sociale	824 *(22.8%)*	19487 *(17.0%)*	10.6
	Transports et entreposage	39 *(1.1%)*	1482 *(1.3%)*	6.6
	NC		9 *(0.0%)*	
CSP AMETRA	Accueil / réception de public	32 *(0.9%)*	1233 *(1.1%)*	6.5
	Artisans/ouvriers	62 *(1.7%)*	2312 *(2.0%)*	6.7
	Autres	15 *(0.4%)*	345 *(0.3%)*	10.9
	Coiffure / esthétique	48 *(1.3%)*	1086 *(0.9%)*	11.0
	Conduite d'engins / véhicules	29 *(0.8%)*	600 *(0.5%)*	12.1
	Emplois d'assainissement et de déchetterie	42 *(1.2%)*	1257 *(1.1%)*	8.4
	Emplois pharmaceutiques et de laboratoire	40 *(1.1%)*	2295 *(2.0%)*	4.4
	Employés des services sociaux	22 *(0.6%)*	1541 *(1.3%)*	3.6
	Enseignement / encadrement	63 *(1.7%)*	5278 *(4.6%)*	3.0
	Hôtellerie et Restauration	326 *(9.0%)*	8967 *(7.8%)*	9.1
	Ingénieurs	22 *(0.6%)*	6303 *(5.5%)*	0.9
	Médicaux et paramédicaux	325 *(9.0%)*	9195 *(8.0%)*	8.8
	Métiers de la sécurité/sureté et de la protection	94 *(2.6%)*	2047 *(1.8%)*	11.5
	Métiers des arts et spectacles	10 *(0.3%)*	1029 *(0.9%)*	2.4
	Métiers du commerce	769 *(21.3%)*	19509 *(17.0%)*	9.9
	Nettoyage / aide à dom / agents de service	933 *(25.8%)*	12368 *(10.8%)*	18.9
	Service de l'administratif et des finances	352 *(9.7%)*	27990 *(24.4%)*	3.1
	Techniciens	41 *(1.1%)*	4269 *(3.7%)*	2.4
	(Vide)	389 *(10.8%)*	6977 *(6.1%)*	13.9

Tableau 2: Evolution des incidences annuelles

		population de salarie suivi : n	Incidence des inaptitudes pour ‰ En 2014 *(n)*	Incidence des inaptitudes pour ‰ En 2015 *(n)*	Incidence des inaptitudes pour ‰ En 2016 *(n)*	Incidence des inaptitudes pour ‰ En 2017 *(n)*	Progression en %
Nombre		**114566**	**7.3** *(841)*	**7.4** *(847)*	**8.3** *(948)*	**8.5** *(978)*	**+16**
Age	<24		2.2	2.3	2.4	1.5	
	25-34		5.4	5.1	6.1	5.7	
	35-44		7.4	7.6	7.5	7.9	
	45-54		8.7	8.7	9.0	9.7	**+11.5**
	>55		13.5	13.5	17.8	19.2	**+42**
Sexe	Hommes		5.0	5.1	6.0	5.9	**+18**
	Femmes		9.3	9.3	10.2	10.8	**+16**
Taille d'entreprise	[0 - 9]		6.9	6.3	7.7	9.0	
	[10 - 49]		8.0	7.7	8.4	8.1	
	[50 - 299]		8.1	9.1	9.9	10.0	
	> 299		5.2	4.9	5.4	5.8	
NAF	Activ. Ménages : employeurs, produc. Biens & serv. (usage propre)	121	66.1 *(8)*	66.1 *(8)*	49.6 *(6)*	82.6 *(10)*	**+25**
	Activités de services --administratifs et de soutien	10619	14.6 *(155)*	11.8 *(125)*	13.0 *(138)*	14.4 *(153)*	
	Activités extra-territoriales	22	0.0	45.5 *(1)*	0.0	0.0	
	Activités financières et d'assurance	6389	3.6 *(23)*	3.4 *(22)*	5.6 *(36)*	4.4 *(28)*	
	Activités immobilières	3411	5.0 *(17)*	3.2 *(11)*	6.7 *(23)*	6.7 *(23)*	
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	13840	3.7 *(51)*	4.0 *(56)*	3.0 *(41)*	3.4 *(47)*	
	Administration publique	8132	1.6 *(13)*	1.1 *(9)*	1.1 *(9)*	1.1 *(9)*	
	Arts, spectacles et activités récréatives	2757	4.7 *(13)*	4.7 *(13)*	3.3 *(9)*	4.7 *(13)*	
	Autres activités de services	6445	12.1 *(78)*	10.6 *(68)*	16.9 *(109)*	14.4 *(93)*	**+19**
	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	17319	9.4 *(163)*	10.7 *(185)*	11.0 *(191)*	11.7 *(202)*	**+24**
	Construction	760	1.3 *(1)*	3.9 *(3)*	6.6 *(5)*	6.6 *(5)*	
	Enseignement	4150	3.4 *(14)*	4.1 *(17)*	3.1 *(13)*	5.1 *(21)*	
	Hébergement et restauration	10307	7.5 *(77)*	9.6 *(99)*	11.4 *(117)*	11.0 *(113)*	**+46**
	Industrie manufacturière	284	10.6 *(3)*	3.5 *(1)*	0.0	0.0	
	Information et communication	7569	1.3 *(10)*	1.8 *(14)*	2.0 *(15)*	2.1 *(16)*	
	Prod. & distrib. Eau assainisst, gestion déchets & dépollution	1463	9.6 *(14)*	6.2 *(9)*	8.9 *(13)*	8.2 *(12)*	
	Santé humaine et action sociale	19487	9.8 *(191)*	10.3 *(200)*	10.8 *(210)*	11.4 *(223)*	**+16**
	Transports et entreposage	1482	6.7 *(10)*	4.0 *(6)*	8.8 *(13)*	6.7 *(10)*	
	(vide)	44	-	-	-	-	
CSP AMETRA	Accueil / réception de public	1233	7.3 *(9)*	5.7 *(7)*	7.3 *(9)*	5.7 *(7)*	
	Artisans/Ouvriers	2312	4.8 *(11)*	7.4 *(17)*	8.2 *(19)*	6.5 *(15)*	
	Autres	345	11.6 *(4)*	8.7 *(3)*	14.5 *(5)*	8.7 *(3)*	
	Coiffure / esthétique	1086	5.5 *(6)*	6.4 *(7)*	15.7 *(17)*	16.6 *(18)*	**+200**
	Conduite d'engins / véhicules	600	15.0 *(9)*	11.7 *(7)*	15.0 *(9)*	6.7 *(4)*	
	Emplois d'assainissement et de déchetterie	1257	9.5 *(12)*	6.4 *(8)*	8.8 *(11)*	8.8 *(11)*	
	Emplois pharmaceutiques et de -laboratoire	2295	3.9 *(9)*	5.7 *(13)*	3.5 *(8)*	4.4 *(10)*	
	Employés des services sociaux	1541	3.2 *(5)*	3.2 *(5)*	2.6 *(4)*	5.2 *(8)*	
	Enseignement / Encadrement	5278	2.5 *(13)*	3.0 *(16)*	4.0 *(21)*	2.5 *(13)*	
	Hôtellerie et Restauration	8967	6.1 *(55)*	9.3 *(83)*	11.0 *(99)*	9.9 *(89)*	**+62**

Ingénieurs	6303	0.5 *(3)*	1.1 *(7)*	1.0 *(6)*	1.0 *(6)*	
Médicaux et paramédicaux	9195	6.3 *(58)*	8.2 *(75)*	10.2 *(94)*	10.7 *(98)*	**+69**
Métiers de la sécurité/sureté et de la protection	2047	7.3 *(15)*	12.7 *(26)*	10.7 *(22)*	15.1 *(31)*	**+106**
Métiers des arts et spectacles	1029	2.9 *(3)*	2.9 *(3)*	1.9 *(2)*	1.9 *(2)*	
Métiers du commerce	19509	8.9 *(173)*	9.6 *(187)*	9.8 *(191)*	11.2 *(218)*	**+25**
Nettoyage / aide à dom / agents de service	12368	18.3 *(226)*	16.0 *(198)*	20.1 *(248)*	21.1 *(261)*	**+16**
Service de l'administratif et des finances	27990	2.9 *(80)*	3.1 *(86)*	3.1 *(88)*	3.5 *(98)*	
Techniciens	4269	2.3 *(10)*	1.2 *(5)*	2.8 *(12)*	3.3 *(14)*	
(vide)	6977	*(140)*	*(94)*	*(83)*	*(72)*	

Tableau 3 : Analyse multivariée des facteurs associés à l'inaptitude médicale

		OR [IC95%]	p
Sexe	Hommes	1	
	Femmes	**1.68** [1.55 ; 1.82]	<0.0001
Age	< 40ans	1	
	[40-49] ans	**1.60** [1.46 ; 1.75]	<0.0001
	>49 ans	**2.10** [1.93 ; 2.29]	<0.0001
IMC	<25	1	
	>=25	**1.27** [1.14 ; 1.40]	<0.0001
CSP 1	Cadres	1	
	Employés	**4.58** [3.91 ; 5.35]	<0.0001
	Ouvriers	**5.61** [4.74 ; 6.63]	<0.0001
	Professions intermédiaires	**1.97** [1.66 ; 2.34]	<0.0001
NAF 1	Activités financières et d'assurance	1	
	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	**3.42** [2.54 ; 4.60]	<0.0001
	Activités de services administratifs et de soutien	**3.15** [2.31 ; 4.28]	<0.0001
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	0.77 [0.53 ; 1.10]	0.15
	Autres activités de services	**3.04** [2.21 ; 4.20]	<0.0001
	Activ. Ménages : employeurs, produc. Biens & serv. (usage propre)	**12.88** [6.94 ; 23.90]	<0.0001
	Construction	1.45 [0.68 ; 3.07]	0.33
	Enseignement	1.04 [0.67 ; 1.61]	0.85
	Hébergement et restauration	**3.52** [2.56 ; 4.83]	<0.0001
	Prod. & distrib. Eau assainisst, gestion déchets & dépollution	**2.71** [1.65 ; 4.45]	<0.0001
	Santé humaine et action sociale	**2.41** [1.79 ; 3.24]	<0.0001
	Autres NAF	0.78 [0.56 ; 1.09]	0.15
CSP AMETRA	Service de l'administratif et des finances	1	
	Accueil / réception de public	1.38 [0.73 ; 2.62]	0.32
	coiffure / esthétique	**4.91** [3.22 ; 7.50]	<0.0001
	Conduite d'engins / véhicules	**6.65** [4.03 ; 10.96]	<0.0001
	Emplois d'assainissement et de déchetterie	**4.44** [2.78 ; 7.10]	<0.0001
	Emplois pharmaceutiques et de laboratoire	**1.70** [1.06 ; 2.64]	0.03
	Enseignement / Encadrement	1.12 [0.76 ; 1.66]	0.56
	Hôtellerie et Restauration	**4.96** [3.96 ; 6.20]	<0.0001
	Médicaux et paramédicaux	**3.11** [2.49 ; 3.87]	<0.0001
	Métiers de la sécurité/sureté et de la protection	**6.19** [4.33 ; 8.66]	<0.0001
	Métiers du commerce	**4.18** [3.47 ; 5.05]	<0.0001
	Nettoyage / aide à dom / agents de service	**5.17** [4.29 ; 6.23]	<0.0001
	Autres CSP AMETRA	**2.71** [2.22 ; 3.31]	<0.0001

Après ajustement sur le sexe, l'âge et l'IMC, les salariés les plus à risque d'inaptitude sont les femmes (OR 1.68, IC 95% [1.55 ; 1.82]), les salariés de plus de 50 ans (OR 2.10, IC 95% [1.93 ; 2.29]) et les salariés en surpoids (OR 1.27, IC 95% [1.14 ; 1.40]). La taille des entreprises ne présentait pas de lien avec le risque d'inaptitude.

L'analyse par secteur d'activité (tableau 2), fait apparaitre une progression importante associée à des incidences au-dessus de celle de la population générale dans différents secteurs comme les activités de ménages en tant qu'employeurs ; les autres activités de services ; le commerce, la réparation d'automobiles et de motocycles ; la santé humaine et l'action sociale ; l'hébergement

et la restauration. Ces secteurs ont été individuellement comparés après ajustement au secteur des activités financières et d'assurances en raison des faibles incidences qu'il présente. Les risques les plus importants étaient observés dans le secteur des activités des ménages en tant qu'employeurs (OR 12.88 IC 95% [6.94 ; 23.90]) malgré le petit effectif de 121 personnes suivies, l'hébergement et la restauration (OR 3.52 IC 95% [2.56 ; 4.83]) et celui du commerce (OR 3.42 IC 95% [2.54 ; 4.60]).

L'incidence la plus faible était observée chez les cadres qui ont été choisis comme population de référence. Etre ouvrier (OR 5.61 IC 95% [4.74 ; 6.63]) et employé (OR 4.58 IC 95% [3.91 ; 5.35]) était sensiblement lié à la survenue de l'inaptitude comparé aux cadres.

En examinant les professions concernées dans la classe « employés », nous avons constaté qu'il s'agissait d'employés de commerce (vendeur, caissier, employé de libre-service) et de personnels des services directs aux particuliers (femmes de ménage, aides à domicile…). Ces professions regroupent 65% des inaptitudes sur la totalité des « employés » qui eux représentent 38.5% de la population suivie.

Si l'on examine les inaptitudes dans la classe « ouvriers », il s'agissait dans 70% des cas d'ouvriers qualifiés et non qualifiés de type artisanal. Les ouvriers qualifiés étant essentiellement représentés par les métiers de la restauration (cuisiniers, commis…) et les non qualifiés par les agents d'entretien, aides à domicile. Les 30% restants se partageaient entre les chauffeurs, les ouvriers non qualifiés de type industriel et les ouvriers qualifiés de la manutention.

Le regroupement des professions par groupe homogène d'exposition en PCS AMETRA, a permis d'identifier les plus grandes incidences pour le groupe « nettoyage, aides à domicile, agents de service » avec une incidence annuelle moyenne de 18.9 inaptitudes pour mille salariés suivis. En effet, ce groupe recense 25.8% des cas d'inaptitude alors qu'il représente 10.8% de la population suivie. Après ajustement, ce groupe présentait un des plus hauts rapports de cote (OR 5.17 IC 95% [4.29 ; 6.23]) associé à la survenue de l'inaptitude comparé aux professions des « services de l'administratifs et des finances ». La plus forte évolution d'incidence était observée chez les coiffeurs/esthétiques (+200%).

Le groupe professionnel « nettoyage, aides à domicile, agent de service » est constitué de 81% de femmes. L'âge moyen est de 47.4 ans. Cette population est essentiellement répartie dans le

secteur de la santé humaine et action sociale (36%), dans les activités de services administratifs et de soutien (33%), ainsi que dans les autres activités de service (20%).

La phase de data management n'a retenu que 1800 cas d'inaptitudes toutes professions confondues pour l'analyse des pathologies. Parmi les pathologies renseignées dans ces dossiers, les troubles de l'appareil locomoteur (46.1%), essentiellement représentées par des atteintes du rachis, et les atteintes psychiatriques (43.4%), notamment les dépressions, prédominent.

Dans le groupe professionnel « nettoyage, aides à domicile, agent de service », une diminution du taux d'atteintes ostéo-articulaires sur les trois dernières années est constatée (de 30.6% en 2015 à 25.1% en 2017) alors que la tendance est inversée pour les troubles mentaux et du comportement (passant de 26.2% en 2015 à 34.4% en 2017) (tableau 4).

Tableau 4 : évolution des pathologies déclarées dans le groupe nettoyage sur 4 ans

	2014		**2015**		**2016**		**2017**	
	Nettoyages	**Autres métiers**	**Nettoyages**	**Autres métiers**	**Nettoyages**	**Autres métiers**	**Nettoyages**	**Autres métiers**
n inaptitudes	**196**	**459**	**183**	**535**	**226**	**591**	**247**	**621**
Troubles osteo-articulaires	*34 (17.3%)*	74 *(16.1%)*	*56 (30.6%)*	164 *(30.6%)*	*65 (28.7%)*	166 *(28.1%)*	*62 (25.1%)*	192 *(30.9%)*
Troubles psychiatriques	*37 (18.9%)*	87 *(18.9%)*	*48 (26.2%)*	154 *(28.8%)*	*83 (36.7%)*	188 *(31.8%)*	*85 (34.4%)*	200 *(32.2%)*
Divers	*8 (4.1%)*	16 *(3.5%)*	*9 (4.9%)*	35 *(6.5%)*	*19 (8.5%)*	44 *(7.5%)*	*25 (10.1%)*	47 *(7.5%)*

Après regroupement des autres atteintes (cardiaques, pulmonaires, oncologiques, neurologiques, …), nous notons une augmentation du nombre de ces pathologies déclarées dans notre échantillon contre une stabilité des déclarations annuelles pour le reste des professions.

Le groupe professionnel « nettoyage, aides à domicile, agent de service » concentre à lui-seul 33.2% des troubles dépressifs déclarés, 24.6% des atteintes du rachis déclarées, 26% des TMS MS, 29.4% des troubles bipolaires déclarés, 26.2% des cancers déclarés, 48.1% des pathologies cardiaques et 27% des atteintes pulmonaires.

Tableau 5 : Fréquence d'apparition des pathologies dans la catégorie nettoyage

Pathologies	Nettoyages : n	Toutes professions confondues : n
TMS MS	48	184
TMS MI	10	58
RACHIS	184	748
SPA	2	7
PR	6	28
Trouble anxio-dépressif	248	966
Trouble bipolaire	5	17
Schizophrénie	2	5
Cardiaque	13	17
Pneumo	17	63
Cancers	11	27

En dépit de la forte incidence dans cette population, le nombre de cas d'inaptitude augmente moins vite dans cette famille (+16%) que pour les autres professions confondus (+35%).

Discussion :

L'analyse de la population suivie dans ce service de santé au travail du sud de la France et des inaptitudes recueillies sur 4 ans, permet d'identifier les femmes de plus de 45ans et en surpoids comme étant plus à risque d'inaptitude. Ce profil est retrouvé dans les différentes études(13,14). Une étude réalisée dans le Var en 2016(15) permet d'observer l'évolution du profil avant et après les années 2000, passant d'un homme de plus de 50 ans à une femme de 45 ans en moyenne(13).

L'avis d'inaptitude prononcé par le médecin du travail engendre un risque très important de perte d'emploi et d'exclusion sociale. L'anticipation de cet évènement passe par une meilleure connaissance de la population à risque. Plus de 90% des cas d'inaptitudes aboutissent à un licenciement professionnel(16,17). Le risque d'inaptitude lié à l'âge avancé rendent encore plus difficile les missions de maintien dans l'emploi, en raison des difficultés de reclassement et de l'augmentation de la fréquence et de la gravité des pathologies avec l'âge(18). Ces deux facteurs font partie intégrante des préoccupations du PRST Occitanie.

L'analyse de l'incidence des inaptitudes, de ses paramètres associés(19) et son évolution dans le temps apparait comme étant un indicateur de santé pertinent. Cet indicateur de santé est commun à tous les services de santé au travail et permettrait de cibler des populations à risque élevé d'inaptitude, de repérer l'émergence d'une population à risque (ex coiffure) et ainsi d'agir en amont par des actions de prévention ciblées. Il permettrait également d'observer les effets positifs ou négatifs dans le temps d'une action de prévention encadrée par les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOMs) dans les services de santé au travail.

Nous constatons dans notre étude, qu'un tiers de la population de référence est en surpoids. Malgré le nombre important de données manquantes, un lien significatif existe entre l'IMC et le risque d'inaptitude. Nous savons qu'un IMC élevé est pourvoyeur de maladies chroniques ou pathologies(20) pouvant être en lien avec le travail(21). Il semblerait judicieux de s'intéresser à ce facteur dans une autre étude. Les données recueillies pourraient par ailleurs être utiles à participer à la veille sanitaire des problèmes de santé publique et ainsi répondre à la recommandation n°5 du rapport Lecocq (Annexe 2).

La proportion d'inaptes la plus faible se trouve être dans les entreprises de 299 salariés et plus. Cela est probablement lié à une plus grande capacité d'aménagement de poste et de reclassement réalisable avant la mise en inaptitude par le médecin. En effet, ces entreprises disposent régulièrement de préventeurs ou responsables HSE (sécurité, hygiène, environnement) facilitant la collaboration avec les médecins du travail.

Nous enregistrons de fortes progressions dans des secteurs d'activité avec des incidences plus faibles qui laisse penser qu'une action primaire de prévention serait nécessaire avant d'atteindre un score similaires (7.9‰ salariés) à celui de la population générale. Ces secteurs sont les secteurs de l'enseignement, de la construction et des activités immobilières. Mais l'hétérogénéité des catégories socioprofessionnelles dans chaque secteur rend nécessaire une analyse approfondie. Le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) de Genève, Suisse semble montrer que les conditions de travail sont plus étroitement dépendantes du métier exercé par le salarié, classé par famille professionnelle, que le secteur d'activité de l'établissement où il exerce, et que les risques professionnels sont souvent attachés à des métiers spécifiques(22).

Les ouvriers et les employés sont surreprésentés comparés à la place qu'ils occupent dans la population de référence inversement aux professions intermédiaires et aux cadres. Cela permet d'appuyer l'hypothèse qu'il existerait un lien entre le niveau d'études et le risque d'inaptitude(23).

L'analyse médicale des cas d'inaptitude fait apparaitre dans un premier temps une différence d'âge et de la répartition par sexe entre les dossiers avec des pathologies renseignées et ceux sans pathologies renseignées. Cette différence est probablement liée à l'un des plus gros biais de sélection de notre étude, celui de l'enquêteur. En effet la répartition des secteurs d'activités par médecin se faisant par secteur géographique, il est impossible d'obtenir une homogénéité du type de salarié suivi par médecin. De plus, la maitrise et l'utilisation du logiciel métier d'un médecin à l'autre est totalement inégale créant un manque d'harmonisation dans le recueil de données cliniques. Effectivement, le data management n'a permis de retenir que 1800 (soit 50%) cas d'inaptitudes pour l'analyse des pathologies. Le constat est que probablement plus de la moitié (biais enquêteur) des médecins ne renseignent aucune donnée médicale statistiquement analysable dans le DSMT. La réalisation d'un bon diagnostic territorial et la garantie de mener à bien sa mission de veille sanitaire par

les services de santé au travail, passera par une sensibilisation des médecins du travail au recueil des données.

Néanmoins, les résultats obtenus affichent une prédominance des pathologies ostéo-articulaires et psychiatriques comparable aux données de la littérature et aux enquêtes réalisées sur les inaptitudes(10,11,24). Il reste pourtant encore difficile de dire si la décompensation ou le développement d'un trouble psychiatrique est imputable ou non à la profession ou un environnement de travail. C'est pourquoi les pathologies psychiatriques ne font toujours pas partie du tableau des maladies professionnelles et sont passés en commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) avant d'être reconnue en tant que telle(25), malgré la proportion importante qu'ils occupent dans les dossiers comparés au début des années 2000.

Il semble exister un lien entre la décompensation de certaines pathologies(26) et notamment des pathologies psychiatrique et la saisonnalité(27,28). Un projet futur sera de rechercher un tel lien pour le risque d'inaptitude(29).

Il est intéressant d'observer des populations telles que celle des nettoyages, aides à domicile et agents de service en raison de l'importance de l'incidence des inaptitudes dans cet échantillon. Cette population est initialement connue comme à risque élevé de TMS(30). Il existe, sur les dernières années, une tendance inversée de la fréquence d'apparition des pathologies comparé au reste de la population inapte avec une augmentation du nombre de pathologies psychiatriques et une diminution du nombre de pathologies ostéo-articulaires. Dans le service interentreprise qui a fait l'objet de cette étude, à la suite du CPOM (2013-2018), un groupe de travail « aides à domicile » s'est mis en place depuis 2014. L'analyse des incidences démontre une stabilité des incidences depuis 2016. Cependant, ce groupe de travail axe ses actions en ciblant les TMS et les risques biologiques. L'observation des pathologies semble indiquer la nécessité de recentrer les actions dans ce groupe vers les risques psychosociaux. En plus de leur exposition importante aux facteurs de risques de TMS, cette profession recrute plus facilement une population fragile concentrant les problèmes de santé, ce qui peut expliquer les fortes incidences observées et permettre d'être plus vigilant lors du suivi des salariés. Les études retrouvent également un taux de dépression plus élevé chez les pourvoyeurs de soins aux personnes âgés ou avec des troubles cognitifs en cas de facteurs de stress personnels ou d'instabilité sociale. C'est le cas des aides à domiciles qui

comme nous l'avons retrouvé ont déjà des comorbidités médicales. Les problèmes de santé physique surviennent plus facilement chez des personnes psychologiquement en détresse(31,32).

Notre étude permet ainsi d'obtenir un état des lieux de la santé globale d'une sous population par l'observation de l'évolution du nombre de pathologies autres que professionnelles déclarées.

Une des limites de notre étude reste le fait qu'un salarié déclaré inapte, sort des effectifs du service et est perdu de vue. Il reste donc difficile d'analyse l'effet temps et l'impact d'une mise en inaptitude médicale sur le devenir des salariés en terme de changement de PCS, d'évolution des pathologies et autres. Le seul moyen d'étudier la carrière d'un salarié en détail serait l'élaboration d'un curriculum laboris de chaque salarié mis en inaptitude par le médecin du travail.

Une autre limite est que ce service de santé au travail assure également le suivi d'agents de la fonction publique (2% de la population totale étudiée). Hors, un médecin du travail ne peut prononcer une inaptitude médicale pour cette catégorie de travailleurs, le système étant différent (comité médical). De plus 10% des salariés suivis sont en contrat à durée déterminée (CDD). Il est difficile de mesurer la survenue d'une inaptitude dans cet échantillon car la plupart des salariés quittent d'eux-mêmes leur environnement de travail en cas de difficultés. Il en est de même pour les salariés en période d'essai. Tous ces facteurs contribuent à une sous-évaluation de l'incidence des inaptitudes.

Cette étude nous permet de démontrer le panel de tout ce qui est réalisable avec les informations issues du DSMT et une grande puissance. Le logiciel métier ne nous permet pas encore de renseigner un lien statistiquement analysable entre l'inaptitude et les conditions de travail ou une pathologie.

La surveillance est une étape fondamentale pour mesurer l'évolution de l'état de santé d'une population. Avec l'augmentation croissante des cas d'inaptitude et le vieillissement de la population, la surveillance jouera un rôle essentiel dans l'amélioration des mesures de prévention et la lutte contre la désinsertion professionnelle. Les services de santé au travail regorgent d'informations exploitables pouvant contribuer à cette surveillance en identifiant

des indicateurs de santé fiable. Il semble donc intéressant de développer un outil commun de partage des données et de promouvoir l'interopérabilité des différents services.

C'est dans l'intérêt d'améliorer la qualité des données des DSMT et de mieux adapter les objectifs de projet de service, que la commission épidémiologique Occitanie (régie par la DIRECCTE et composée de représentant de la CARSAT, Santé Publique France, Universitaires, ORD, ARACT et les Services de Santé au Travail) a été créée. L'objectif principal étant de répondre à la problématique d'associer une pathologie à l'inaptitude et ainsi développer un outil de veille sanitaire en direct, permettant une harmonisation dans le recueil et le partage de cette information pour in fine améliorer la vigilance. Actuellement le seul moyen d'obtenir ce genre d'information, passe par la réalisation d'enquête réalisée à l'échelle locale ou régionale telle l' « enquête inaptitude ». Des systèmes de recueils de données en direct à l'échelle nationale ont été développés dans d'autres pays et ont prouvé leur efficacité(33).

Les facteurs psychosociaux et la manutention ne sont pas repris dans la liste des situations de travail impliquant légalement une surveillance médicale renforcée, alors qu'ils sont très souvent en cause dans les licenciements pour inaptitudes et certainement aussi dans un grand nombre de cas de morbidité.

La prescription des périodicités du suivi des salariés en santé au travail est réglementée et se découpe en 3 catégories: SIR (suivi individuel renforcé), SIA (suivi individuel adapté) et SI (suivi individuel simple), modulable par les médecins du travail selon l'état de santé des salariés. Certains médecins souhaiteraient une aide quant à l'adaptation du suivi des salariés. Notre étude nous aura permis de de démontrer que l'analyse des données sociodémographique en grande quantité, ajustées sur les variables de confusions permet d'obtenir des résultats statistique hautement significatif quant au risque d'inaptitude. Ce type de résultat pourrait aider à adapter la périodicité dans le suivi des salariés en fonction des professions et de l'incidence des inaptitudes dans leur catégorie.

Conclusion :

Les services de santé au travail regorgent de données non exploitées. Notre étude permet de démontrer les champs explorables et les limites à travers les données extraites de logiciels métiers.

L'analyse des dossiers médicaux en santé au travail permet d'affiner l'état de santé de la population active et de mettre en évidence les problématiques de maintien à l'emploi. Ainsi 3614 cas d'inaptitude au poste de travail ont été analysés sur 4 années, entre 2014 et 2017.

Des secteurs professionnels et des métiers ont été identifiés comme étant plus à risque de désinsertion professionnelle. Ce constat permettra d'orienter la mise en place des plans de prévention et le projet du service étudié.

Cette étude montre également la faisabilité de la veille sanitaire en santé au travail au niveau local. La mise en commun des données au niveau régional permettrait d'élaborer une cartographie de l'état de santé des travailleurs afin d'adapter les politiques de santé.

Cependant une harmonisation des pratiques pour le recueil ou la promotion d'outils plus efficace est indispensable afin d'obtenir des informations qualitativement exploitables. La force du système de santé au travail français est que toute personne active dispose d'un dossier médical en santé au travail.

Bibliographie

1. Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L, et al. Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. Rev Epidemiol Sante Publique. oct 2017;65 Suppl 4:S149‑67.

2. Chan Chee C, Paget L-M. [The psychiatric hospital discharge database (RIM-P): An essential tool for the surveillance of hospitalization after a suicide attempt]. Rev Epidemiol Sante Publique. sept 2017;65(5):349‑59.

3. Molinié A-F, Leroyer A. Suivre les évolutions du travail et de la santé : EVREST, un dispositif commun pour des usages diversifiés. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]. 1 nov 2011 [cité 28 sept 2018];(13‑2). Disponible sur: http://journals.openedition.org/pistes/1852

4. Bonneterre V, Faisandier L, Bicout D, Bernardet C, Piollat J, Ameille J, et al. Programmed health surveillance and detection of emerging diseases in occupational health: contribution of the French national occupational disease surveillance and prevention network (RNV3P). Occup Environ Med. mars 2010;67(3):178‑86.

5. recommendation dossier medical de santé au travail - Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=recommendation+dossier+medical+de+sant%C3%A9+au+travail&rlz=1C1CHBF_frFR813FR813&oq=recommendation+dossier+medical+de+sant%C3%A9+au+travail&aqs=chrome..69i57j0.11899j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

6. THEME 8 : La santé au travail / Atlas Santé / Accueil CREAI-ORS LR - Tél. 04 67 69 25 03 - CREAI LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet] Disponible sur: http://www.creaiorslr.fr/Atlas-Sante/THEME-8-La-sante-au-travail

7. Chapon P-M, Pihet C, Jahan F, Michel B, Riobe A-L, Merjagnan-Vilcocq C, et al. [The DATEL (diagnosis for territorial action environment and longevity), a territorial diagnosis for a future with our elders]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. juin 2012;10(2):123‑7.

8. Jegaden D, Nousbaum M, Tepaut B. Un indicateur pertinent de santé au travail : le suivi annuel de critères associésaux inaptitudes définitives. Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2006;67(2):367.

9. Buewaert V, Surquin M, Leroyer A. Suivi d'indicateurs régionaux sur les inaptitudes médicales en Nord Pas-de-Calais. Arch Mal Prof Environ. 1 juin 2016;77(3):375‑6.

10. Dutheil F, Naughton G, Sindyga P, Lesage F-X. Ill Health-Related Job Loss: A One-Year Follow-Up of 54,026 Employees. J Occup Environ Med. sept 2016;58(9):918‑23.

11. Lesage F-X, Dutheil F, Godderis L, Divies A, Choron G. Incidence of ill-health related job loss and related social and occupational factors. The « unfit for the job » study: a one-year follow-up study of 51,132 workers. PeerJ. 2018;6:e5073.

12. Lesage F-X, Divies A, Choron G. Extraction et analyse des données issues des dossiers de santé au travail : principe et perspectives. Arch Mal Prof Environ. 1 juin 2016;77(3):439.

13. Maysonnave C, Tagorti S, Bessieres P, Fernet F, Dalm C. Caractéristiques des salariés déclarés inaptes définitifs en Aquitaine en 2003 : portrait type et perspectives en matière d'aide au maintien dans l'emploi. Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2004;65(2):227.

14. Buchet C, Col A, de Labrusse B, Rigaut H, Masse A-M, Faivre-Dupaigre M. Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004. Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2010;71(2):108‑16.

15. Baju-Deniaud A, Viola A, Charpentier P, Dussarat M. Inaptitudes définitives dans le var : quelle évolution en 20 ans ? Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2018;79(3):455.

16. Rondi A, Fantoni-Quinton S. Devenir des salariés après une inaptitude médicale. Arch Mal Prof Environ. 1 oct 2017;78(5):412‑20.

17. Trajectoires Inaptitudes - Direccte Bretagne [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: http://bretagne.direccte.gouv.fr/trajectoires-inaptitudes

18. Leijten FRM, van den Heuvel SG, Ybema JF, van der Beek AJ, Robroek SJW, Burdorf A. The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. Scand J Work Environ Health. sept 2014;40(5):473‑82.

19. Haahr JPL, Frost P, Andersen JH. Predictors of health related job loss: a two-year follow-up study in a general working population. J Occup Rehabil. déc 2007;17(4):581‑92.

20. Bonde JPE, Viikari-Juntura E. The obesity epidemic in the occupational health context. Scand J Work Environ Health. 1 mai 2013;39(3):217‑9.

21. Arena VC, Padiyar KR, Burton WN, Schwerha JJ. The impact of body mass index on short-term disability in the workplace. J Occup Environ Med. nov 2006;48(11):1118‑24.

22. Amira, D Ast. Des risques professionnels contrastés selon les métiers. Dares-Analyses; N°039, Mai 2014. Disponible à partir de l'URL: http://dares.travail-emploi.gouv.fr - Recherche Google [Internet]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=Amira%2C+D+Ast.+Des+risques+professionnels+contrast%C3%A9s+selon+les+m%C3%A9tiers.+Dares-Analyses%3B+N%C2%B0039%2C+Mai+2014.+Disponible+%C3%A0+partir+de+l%E2%80%99URL%3A+http%3A%2F%2Fdares.travail-emploi.gouv.fr&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab

23. Schuring M, Robroek SJW, Otten FWJ, Arts CH, Burdorf A. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. Scand J Work Environ Health. 1 mars 2013;39(2):134‑43.

24. MANET C. L'inaptitude médicale au poste de travail: enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe et Moselle en 2007-158p. Th.D.: Médecine du travail: Nancy: 2008

25. INRS, 2012,Les maladies professionnelles – Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale, ED 835, Mise à jour mai 2012,Paris, INRS, 360 p.

26. Saisonnalité des nouveaux cas de diabète de type 1 en Pologne. Médecine Mal Métaboliques. 1 oct 2017;11(6):567‑8.

27. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. J Affect Disord. oct 2014;168:210‑23.

28. Geoffroy PA, Fovet T, Micoulaud-Franchi J-A, Boudebesse C, Thomas P, Etain B, et al. Luminothérapie et épisodes dépressifs saisonniers du trouble bipolaire. 22 nov 2015

29. ORS (Observatoire Régional de la Santé) Nord - Pas-de-Calais Centre de documentation en Promotion et Education de la Santé Lille [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: http://doc.hubsante.org/index.php?lvl=publisher_see&id=2795#.W6-fwvk6_IU

30. Provost D, Prouvost H, Rivière S, Fernet F, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les métiers de l'aide et de l'assistance à domicile à travers le programme de surveillance des MCP.

31. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. mars 2007;62(2):P126-137.

32. Redinbaugh EM, MacCallum RC, Kiecolt-Glaser JK. Recurrent syndromal depression in caregivers. Psychol Aging. sept 1995;10(3):358‑68.

33. Blais C, Jean S, Sirois C, Rochette L, Plante C, Larocque I, et al. Quebec Integrated Chronic Disease Surveillance System (QICDSS), an innovative approach. Chronic Dis Inj Can. nov 2014;34(4):226‑35.

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission du Premier Ministre (22/01/2018)

Le Premier Ministre

0083/18/SG

Paris, le 22 JAN. 2018

Madame la députée,

La qualité de vie au travail s'est affirmée comme une préoccupation croissante tant des salariés que des entreprises et est devenue un objet de négociation. Elle traduit la nécessité de ne pas opposer et de reconnaître la complémentarité entre santé et performance. Favoriser la réalisation d'un travail de qualité dans des conditions de travail satisfaisantes est un enjeu majeur de politique publique.

La qualité de vie au travail renvoie à des dimensions collectives et individuelles : le temps de travail, la charge de travail, l'organisation du travail, le climat des relations humaines, les conditions pratiques de réalisation des tâches. Une telle orientation suppose avant tout de déployer une action efficace en matière de prévention des risques professionnels, qui doit avoir pour objectif majeur la réduction des accidents du travail, encore trop nombreux, et l'amélioration des conditions de travail.

Une telle action s'inscrit dans un cadre historique : la prévention des risques professionnels et la protection des travailleurs, l'assurance contre les accidents du travail ont donné lieu historiquement aux premières lois sociales de notre pays. C'est également un domaine d'action de l'Union européenne. La construction de l'Europe sociale constitue sur ce sujet une réalité concrète avec une directive cadre et des garanties sociales nombreuses.

Sur la proposition de la ministre du travail, Madame Muriel PÉNICAUD, et de la Ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès BUZYN, je souhaite que la réflexion sur les voies d'amélioration de notre système de prévention des risques professionnels s'articule autour de deux axes.

Le premier axe concernera utilement la définition des enjeux et des objectifs de ce système, et son évaluation au regard de ces enjeux et objectifs. Le Président de la République et le Gouvernement ont fait de l'évaluation de l'action publique un objectif structurant de toute réflexion, venant irriguer les différentes évolutions envisagées et la mise en œuvre des orientations.

.../...

Madame Charlotte LECOCQ
Députée
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75291 PARIS CEDEX 06

Or, il est encore difficile d'appréhender l'évolution de la qualité de vie au travail et de mesurer la performance de notre système de prévention des risques professionnels, dans le temps et dans l'espace. Cela nécessite de définir les voies et moyens pour comparer cette performance avec celle des autres systèmes existants chez nos voisins, notamment européens, qui s'inscrivent comme nous dans le respect des directives sur la protection de la santé au travail.

Les critères comparatifs et autres éléments d'évaluation doivent être suivis de manière transparente et donner lieu à débat, comme c'est le cas pour l'évolution du marché du travail. Dans ce cadre, la mise en avant de pratiques exemplaires pourra être encouragée afin de valoriser les mesures adoptées en entreprises qui favorisent la sécurité et plus encore le bien-être au travail.

Le second axe de réflexion porte sur les leviers opérationnels à actionner pour atteindre des résultats. Ils sont multiples, et notamment juridiques et organisationnels.

Notre système français est organisé autour d'un ensemble de normes spécifiques contenues dans le code du travail, déclinant les principes généraux de prévention des risques professionnels. La réglementation et une jurisprudence croissante organisent la responsabilité de l'employeur. Le droit précise le rôle des différents acteurs du monde de l'entreprise, notamment la représentation du personnel. Mais les salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient aussi d'un régime de protection sociale financé par les entreprises, organisé de manière à favoriser la prévention des risques professionnels. Force est de constater que l'ensemble demeure complexe.

Par ailleurs, des acteurs nombreux disposent de prérogatives parfois complémentaires, parfois similaires pour appuyer ou contrôler la prise en compte effective de l'exigence de protection des travailleurs contre les risques professionnels et de promotion de conditions de travail de qualité.

Les services de santé au travail ont fait l'objet de plusieurs réformes au cours des dernières années visant toutes à favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail, dans un contexte de désaffection préoccupante de la médecine du travail : en 10 ans, leur nombre a baissé de 30% et aujourd'hui, 75% des médecins du travail ont plus de 55 ans. Le médecin conseil des caisses de sécurité sociale intervient également dans des conditions qui peuvent parfois conduire les entreprises et les salariés à percevoir des contradictions avec la médecine du travail. C'est également le cas des différents corps de contrôle qui vérifient l'application des règles et conseillent les entreprises, salariés et leurs représentants en ce sens entre l'inspection du travail et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail notamment.

Enfin, différents organismes œuvrent dans le domaine de l'appui documentaire, méthodologique, de l'aide à la prévention des risques professionnels tels que l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

Le plan santé au travail a pour objet de définir les priorités politiques en la matière, de tracer une perspective sur plusieurs années, de favoriser une action efficace des acteurs et de coordonner leurs actions. C'est également le cas des conventions d'objectifs et de gestion signées avec les caisses de sécurité sociales concernées. Ces documents permettent de partager avec les partenaires sociaux et les parties prenantes les orientations promues.

.../...

Force est de constater que ce « mille feuilles », cette multitude d'acteurs et d'institutions, semblent pas ou peu coordonnés entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives et souvent éloignés de l'entreprise et de ses salariés.

Cette multiplicité et cet éclatement des acteurs génèrent des besoins de coordination à travers des instances en partie paritaires comme le conseil d'orientation des conditions de travail et les comités régionaux de prévention des risques professionnels.

Dans ce contexte, je souhaite que vous puissiez formuler des propositions avec Monsieur Henri FOREST et Monsieur Bruno DUPUIS visant à :

- organiser très concrètement l'évaluation dans le temps et dans l'espace de la performance de notre système de prévention des risques professionnels. Vous pourrez également mener une réflexion sur la méthode permettant de valoriser les bonnes pratiques et leur permettre d'être riches d'enseignements ;

- améliorer l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système de prévention des risques professionnels et de notre système de contrôle et d'appui au bénéfice d'une part des travailleurs, dont la protection doit être assurée et la qualité du travail et de vie au travail soutenue, et d'autre part des entreprises, dont la responsabilité doit être organisée dans un cadre sécurisé et prévisible : normes, gouvernance, organisation nationale et locale, modes d'action auprès et dans les entreprises.

Un décret vous nommera, en application des dispositions de l'article L.O.144 du code électoral, en mission auprès de Madame Muriel PÉNICAUD, Ministre du travail, et de Madame Agnès BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé.

Vous vous appuierez à cette fin sur les services des ministères du travail et des solidarités et de la santé et procéderez à de larges consultations auprès des partenaires sociaux et des organismes de sécurité sociale. Vous étudierez également les exemples étrangers et particulièrement européens susceptibles d'éclairer utilement les constats et évolutions nécessaires.

Les conclusions de vos travaux sont attendues pour le 30 avril 2018.

Je vous prie d'agréer, Madame la Députée, l'expression de mes respectueux hommages.

Edouard PHILIPPE

Annexe 2 : Recommandations du rapport Lecocq

Recommandation n°1 : Donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail

Recommandation n°2 : Consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention

Recommandation n°3 : Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail

Recommandation n°4 : Inciter les entreprises à s'engager davantage dans la prévention par une approche valorisante

Recommandation n°5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs

Recommandation n°6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle

Recommandation n°7 : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé

Recommandation n°8 : Former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire

Recommandation n°9 : Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations

Recommandation n°10 : Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS

Recommandation n°11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique

Recommandation n°12 : Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information

Recommandation n°13 : Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle

Recommandation n°14 : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés

Recommandation n°15 : Donner les moyens aux partenaires sociaux de participer à la conception, la mise en œuvre et au suivi des politiques publiques en matière de santé au travail

Recommandation n°16 : Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Objectif : La veille sanitaire permet de mettre en place des actions de prévention ciblées. Cela passe par l'étude d'indicateurs objectifs en santé au travail permis par l'utilisation de thésaurus harmonisés dans les dossiers médicaux en santé au travail. Les objectifs de cette étude sont d'identifier et de décrire des groupes professionnels homogènes ayant une forte incidence des inaptitudes médicales au poste de travail.

Méthode : Une étude épidémiologique prospective a été réalisée sur une cohorte allant de 2014 à 2017 de tous les salariés suivis dans un service de santé au travail. L'extraction, le data management et l'analyse des données anonymisées ont été réalisés. L'évolution de l'incidence des inaptitudes a été observée d'abord dans la population générale, puis par secteurs d'activité et enfin par professions. Les groupes professionnels ont été comparés par analyse multivariée.

Résultats : 3614 cas d'inaptitudes ont été observées pour environ 114500 salariés suivis annuellement. L'incidence annuelle moyenne était de 7.9 inaptitudes pour mille salariés, en évolution croissante depuis 2014. Etre une femme, avoir plus de 50 ans et être en surpoids étaient plus à risque d'inaptitude. Une incidence très élevée a pu être observée chez les agents de service et aides à domicile qui semblent être une population fragile avec une tendance à l'augmentation des déclarations des troubles psychiques.

Conclusion : L'analyse des données des services de santé au travail permettrait d'identifier des populations cibles et la mise en place d'actions de prévention adaptées. Elle pourrait également aider à la prescription des périodicités de suivis. Cependant, il reste primordial de promouvoir l'harmonisation de la tenue des dossiers médicaux en santé au travail informatisés et d'élaborer un outil permettant de définir la ou les pathologies directement en cause dans les inaptitudes.

Mots-clefs : inaptitudes médicales, inaptitude médicale au poste de travail, Dossier médical en santé au travail, diagnostic territorial