



HAL
open science

Inaptitudes définitives au travail et troubles de la santé mentale : étude transversale multicentrique sur 2788 salariés inaptes

Orane Olymbios

► **To cite this version:**

Orane Olymbios. Inaptitudes définitives au travail et troubles de la santé mentale : étude transversale multicentrique sur 2788 salariés inaptes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03164055

HAL Id: dumas-03164055

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03164055>

Submitted on 9 Mar 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Inaptitudes définitives au travail et troubles de la santé mentale :
étude transversale multicentrique sur 2788 salariés inaptés**

T H E S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le jeudi 28 mai 2020

Par Madame OLYMBIOS Orane

Née le 20 avril 1992 à MARTIGUES (13)

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
D.E.S. MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL**

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale	Président
Monsieur Le Professeur ROCH Antoine	Assesseur
Monsieur Le Professeur AZULAY Jean-Philippe	Assesseur
Monsieur Le Docteur BELLAGAMBA Gauthier	Co Directeur

Remerciements :

A Madame le Professeur LEHUCHER-MICHEL,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider et de diriger cette thèse.

Merci de votre disponibilité, de votre encadrement, de toutes ces heures dédiées à mon travail.

A Monsieur le Professeur ROCH Antoine,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de prendre part au jury de cette thèse, je

vous en suis très reconnaissante. Merci pour tout ce que vous avez pu m'enseigner au sein de votre service.

A Monsieur le Professeur AZULAY Jean-Philippe,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de prendre part au jury de cette thèse, je

vous en suis très reconnaissante. Merci pour l'intérêt que vous m'avez apporté.

A Gauthier BELLAGAMBA,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être le co-directeur de ma thèse,

Merci pour toutes ces heures de travail passées à tes côtés, pour ton aide, conseils, relectures et corrections que tu as pu réaliser pour que je finalise ce travail. Merci pour

l'intérêt que tu y as porté.

Au **Dr VILLA Antoine** pour avoir fait une dernière relecture de mon mémoire et apporter les dernières modifications.

Au **Dr Françoise MARTIN** pour m'avoir aussi bien accueillie lors de mon premier choix de stage d'internat et de m'avoir toujours suivie.

Au **Dr Liliane GULDNER, Dr Francis LOCE et Dr Imane SALAHEDDINE** pour m'avoir fait partager votre expérience et de m'avoir orientée vers cette spécialité.

A **Cathy PISCHEDDA, Nadine FRESSE et Stéphanie PEREIRA** mes infirmières préférées en santé au travail, merci pour votre oreille si attentive à mon égard. Stéphanie on va faire une bonne équipe.

Au **Dr Robert TRAVERSA**, médecin chef Lieutenant-Colonel au SDIS 13, de m'avoir recrutée, accordé votre confiance et de m'avoir ainsi permis d'enrichir mon expérience professionnelle.

Au **Dr André MAZILLE** pour m'avoir transmis depuis mon plus jeune âge ta passion pour ce métier, de m'avoir vue grandir, de m'avoir toujours écouté même dans les moments de doute. Merci d'avoir accepté de me faire passer la première garde de ma vie aux urgences avec toi. Et un grand merci pour tes bons que tu as su donner à ma grand-mère.

Aux **Directeurs, Médecins, Secrétaires (dédicace spéciale à Christelle), Infirmières, AST, IPRP, Ergonomes du STProvence Salon et Aix** de m'avoir aussi bien acceptée dans votre équipe. Merci tout particulièrement au **Dr RIGAUT Hélène** de m'avoir aussi bien chouchoutée durant le stage. Merci de toute la confiance qui m'a été accordée. **Christelle** je te remercie pour cette belle organisation des plannings et pour nos moments de rigolade. Je vous donne toutes rendez-vous dans un an et demi de manière définitive (enfin je l'espère ☺).

Merci tout d'abord à mes **chers parents, mon frère et ma belle-sœur** pour tout votre soutien, bienveillance et amour que vous avez pu me donner durant ce long périple. Merci de m'avoir accompagnée dans mon chemin de vie qui n'a jamais été un long fleuve tranquille, ça n'a pas été facile mais on y est arrivés. Je vous en suis plus que reconnaissante car sans votre aide je n'aurais jamais accompli la moitié de ce que j'ai pu réaliser jusqu'à ce jour. JE VOUS AIME DE TOUT MON CŒUR !!!

Papa, merci pour ta bienveillance et ton souci de bien faire avec moi, merci d'avoir été là pour les multiples déménagements, les nombreux allers- retours effectués. Merci de m'avoir porté jusqu'à cette apogée de ma vie professionnelle et de m'avoir épaulée comme tu as pu, d'avoir quand même été présent malgré les bons nombres de fois où j'ai emprunté des chemins de vie qui m'ont égaré de ma ligne de conduite. Merci papounet d'avoir toujours veillé sur moi.

Ma petite **mima**, je ne trouve pas de mots assez forts pour te remercier à ta juste valeur. Merci pour ton aide si précieuse, pour tes longues heures passées dans ma chambre pour me faire réviser l'anatomie, mes cours de « science Hu » ... d'avoir toujours séché mes larmes, épongé mes colères, mes angoisses et doutes, d'avoir toujours répondu à mes appels et messages envoyés parfois à 2h ou 3h du mat' de nombreuses fois. De m'avoir reboosté à chaque coup de blues, et certes il y en eu ... et de m'envoyer ton fameux « merde à la puissance 13 » avant chaque partiel. Tu as toujours été mon modèle de femme adulée aussi bien dans ton travail que dans ta vie privée, et un modèle de maman exceptionnelle, en or. Je sais que je n'ai pas été toujours exemplaire, et je t'en demande pardon. Je te dois toute ma vie maman, merci milles fois d'avoir cru en moi (papa aussi). Voir tes yeux briller parce que tu es fière de moi est le plus cadeau que tu puisses me faire. J'espère avoir une aussi belle carrière que la tienne.

Merci à ma petite filleule chérie **Clarisse**, pour ton admiration que tu as toujours su me porter. Tu es une nouvelle bouffée d'oxygène à chaque fois que l'on est réunies toutes les deux. Marraine t'aime très fort.

Un très gros bisou au petit dernier de la famille **Maxandre**, mon neveu tu es une pure merveille. Bientôt tu pourras faire les « 400 coups » avec ta sœur.

Merci à mon parrain **Hervé** pour m'avoir suivie dans toutes mes aventures (équitation, manèges, ski, piscine, randonnées, football ... et maintenant course à pied, vélo), de m'avoir vu grandir et m'épanouir dans la vie. Merci de m'avoir supportée durant toute mon enfance, de m'avoir appris plein de choses et de m'avoir permis de garder en moi de super souvenirs (« les concours de chants », « Totor et Niki » ...)

Merci à ma tatie **Michèle** de Saint Etienne, même séparée par la distance tu as toujours suivi mon cursus et m'encourager au téléphone avec les moyens que tu possédais.

Merci à **Fernande** pour ta patience, tes « tirages », tu as toujours cru en moi, tu m'as toujours considérée comme ta fille et tu as traversé avec moi toutes les épreuves. Merci pour tes tartes aux pommes si délicieuses qui me remontaient le moral dans mon studio. Un grand merci également à **Richard** et **Muriel** (tu as toujours retenu mon admiration pour ton dévouement au sein de ton travail).

Merci à mes merveilleux **grands parents** qui m'ont quitté à mi- chemin, qui ne me voient pas aujourd'hui finir mais qui ont vécu avec moi les étapes initiales les plus difficiles de ma vie. Je sais que vous continuez à veiller sur moi et à m'envoyer de

l'amour et la force. Merci de m'avoir inculqué ces valeurs de vie, et c'est grâce à vous si je suis devenue la femme que je suis aujourd'hui. Vous me manquez terriblement mes amours, mes 4 étoiles, mes 4 anges ... Je vous aime

Un grand remerciement à mes **familles de l'Aude et de Londres**, malgré la distance vous avez toujours été présentes, je vous aime : **Jojo, Mimi, Flo, Matilda et Attilio**.

De gros bisous à **toute la Dordogne**, avec de magnifiques personnes qui m'ont permis de me retrouver, ressourcer et de me conforter dans mon travail sur moi-même. Un merci tout particulier à **Christine (Kiki ☺), Jean-Marc, Maryse** pour m'avoir aussi bien accueillie et acceptée. Je vous embrasse très très fort.

Merci à **mes amis et amies** proches ou éloignés vous êtes toujours dans mon cœur, Merci à mon amie d'enfance **Chloé** d'avoir toujours été là malgré toutes ces années passées et nos multiples péripéties je t'aime ma sœur, même éloignées par la distance tu restes dans mon cœur.

Merci à **Nico et Anaïs** pour avoir été là à chaque coup de mou, je vous aime +++ et merci d'avoir été toujours dispo pour moi. Félicitations à vous pour votre nouvelle vie.

Merci à mes **Co- internes** pour m'avoir supportée durant les stages, cours et examens. Un merci particulier à **Sylvie et Chloé** pour votre patience, écoute, soutien et partage de toutes ces années d'internat. **Ma syssi** merci d'être rentrée dans ma vie, comme tu le dis souvent : il y a la famille, les amis et les amis qui deviennent la famille >3

Une pensée pour les internes qui ont fini : **Imane, Oana, Aurélia ...**

Merci à mon binôme d'athlé **Pauline (Paupau)** de m'encourager et m'accompagner à chaque entraînement, semi- marathon et avec qui je partage rires, joies, colères, Mac Do, restau ... et notre fameuse recherche de « cabanes » ;) une nouvelle vie pour nous deux s'ouvre à nous, 2020 sera notre année !!!

Je m'excuse auprès de ceux que j'oublie de citer mais un immense merci pour toutes les personnes qui se sont souciées de ma réussite aussi bien professionnelle que personnelle, je vous en serai toujours reconnaissante.

Table des matières

- Introduction p.7
- Matériel, Méthode
 - 1. Schéma de l'étude et population p.8
 - 2. Définitions d'inaptitude et de TSM p.8
 - 3. Données recueillies p.8
 - 4. Analyse des données p.8
 - 5. Aspects légaux et éthiques de l'étude p.9
- Résultats
 - 1. Participation à l'étude et caractéristiques de la population p.10
 - 2. Facteurs de risque de présenter une inaptitude au motif d'un TSM p.10
 - 3. Origine professionnelle de l'inaptitude et Burnout p.13
- Discussion
 - 1. Incidence et causes médicales de l'inaptitude au travail pour un TSM p.15
 - 2. Facteurs de risque de l'inaptitude au motif d'un TSM p.15
 - 3. Burnout et inaptitude p.17
 - 4. Issue des avis d'inaptitude p.17
 - 5. Limites et Forces de l'étude p.18
- Conclusion p.19
- Bibliographie p.20
- Annexes p.23
- Serment d'Hippocrate p.26

Introduction

Les troubles de la santé mentale (TSM) sont une problématique fréquente au travail dans les pays occidentaux depuis les mutations en matière d'organisation des processus de travail et de management, des compétences comme la polyvalence du poste ou l'intensification des rythmes de travail,[1][2][3]. Ils sont notamment associés à une surmortalité chez les personnes affectées,[5]. Aussi, parmi les différents TSM, la dépression a été décrite comme « un trouble mortel » par Cuijpers et Smit en 2002,[6] puisque la mortalité attribuable à la dépression serait de l'ordre de 3,5% de l'ensemble des décès, similaire à celle du diabète sucré (Pratt et al, 2016,[7]).

En 2003, une étude américaine a estimé à 44 milliards de dollars par an les coûts liés aux TSM,[8]. En France, ces coûts sont estimés à 14 milliards d'euros,[45]. Ils incluent les dépenses directes liées au traitement de la pathologie et indirectes induites par la diminution des performances et de la production des entreprises,[9][10].

En Europe, les TSM représentent la première cause d'absentéisme au travail,[11]. D'ailleurs en 2012 en France, les TSM représentaient le second motif d'inaptitude médicale au poste (24% des cas) après les troubles musculo-squelettiques (61% des cas),[12]. Chaque année en France, parmi les 50 000 salariés déclarés inaptes, les pertes d'emploi pour inaptitude médicale affectent environ 45 000 d'entre eux,[13], aussi moins d'un salarié sur dix déclaré inapte est maintenu dans son emploi,[14][15][16].

Par ailleurs, le travail est un facteur de rétablissement psycho-social,[17][18]. Privilégier le maintien dans l'emploi est ainsi nécessaire,[13]. La prise en compte de l'ensemble de facteurs personnels, motivationnels, professionnels et environnementaux rend l'approche complexe,[17].

Selon une étude de l'Anses, en milieu professionnel, les TSM les plus prévalent sont les épisodes dépressifs modérés et les troubles anxieux généralisés qui affectent chacun près d'un tiers de l'échantillon,[19]. En 2004, une étude française a recensé les principaux TSM à l'origine des inaptitudes médicales,[20],[21]. Aussi, 21% des inaptitudes étaient déclarées au motif d'un TSM dont dans 50% des cas un épisode dépressif et dans 21% des cas un trouble anxieux. L'estimation fine de l'incidence des différents TSM au sein de la population active pourrait contribuer à déterminer des modalités pour leur prévention et le maintien dans l'emploi des salariés.

L'objectif principal de cette enquête est de décrire les différents TSM à l'origine des inaptitudes définitives au poste de travail et leur lien suspecté avec l'activité professionnelle.

Matériel, Méthode

1. Schéma de l'étude et population

Une enquête multicentrique transversale a été conduite du 01/01/2017 au 31/12/2017 auprès des 323 médecins des 15 services interentreprises en santé au travail (SIST) de la région Sud de la France ayant reçu 776 773 salariés en visite en 2017.

La population cible se composait de l'ensemble des salariés âgés de 18 ans et plus, travaillant dans les secteurs d'activités secondaire et tertiaire, relevant du régime général de la sécurité sociale et déclarés inaptes définitifs par leur médecin du travail en 2017. La représentativité de la population incluse a été vérifiée au regard des informations disponibles dans les rapports annuels des SIST. Deux groupes ont été étudiés : « inapte » et « non inapte ». En vue de maîtriser le risque de biais de sélection, un tirage au sort a été réalisé sur les données disponibles des salariés non inaptes.

2. Définitions d'inaptitude et de TSM

L'inaptitude est définie comme l'incompatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté (article L.4624-2 II du code du travail),[46]. Elle est émise par un avis écrit du médecin du travail.

Les TSM de notre étude se réfèrent à la catégorie F00-F99 de la nomenclature CIM-10 et leur imputabilité au travail et/ou au Burnout (BO) ont été estimées par les médecins. Chaque SIST a extrait une table de données selon une trame commune à partir des dossiers médicaux. Une harmonisation des codages des items a été réalisée et validée par le comité de pilotage composé d'un médecin hospitalo-universitaire, d'un épidémiologiste et de médecins du travail des SIST participant à l'étude (Annexes).

3. Données recueillies

Des données médico-administratives et professionnelles ont été recueillies sur 74 items (Annexes) :

- Informations administratives : 11 items sur le salarié (dont date de naissance, genre, code PCSE 1/2/3, poste de travail, date d'embauche), 5 sur l'entreprise (dont code NAF, effectif salarié)
- Expositions professionnelles : liste de 37 items utilisée dans le réseau des SIST du département
- Données médicales : dont 12 items consacrés aux données cliniques de l'inaptitude, au type de conclusion d'inaptitude émise, à la pathologie principale et secondaire en cause (CIM-10), au lien avec le travail et/ou avec un BO, à l'orientation vers d'autres professionnels), 5 sur les modalités d'entrée dans le processus d'inaptitude, 1 sur l'issue de l'inaptitude et 3 relatifs au médecin du travail.

4. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel « Statistical Package for Social Sciences » version 20. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les moyennes et écart-types. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables qualitatives ont été comparées entre elles par le test exact de Fischer et les variables quantitatives et qualitatives par le test t de Student ou le test F de Fisher-Snedecor.

Puis, des régressions logistiques multivariées ont été conduites afin de contrôler les facteurs de confusion. La qualité d'ajustement du modèle a été estimée par le test d'Hosmer-Lemeshow. Les Odds Ratios et intervalles de confiance à 95% ont été utilisés pour interpréter les résultats. Les valeurs de p inférieures à 0.05 ont été considérées comme significatives.

5. Aspects légaux et éthiques de l'étude

Le protocole d'étude et le recueil de données ont été déclarés au Comité d'expertise pour les recherches, les études et évaluations dans le domaine de la santé (CEREES) et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le comité d'éthique et la CNIL ont approuvé l'étude (N° enregistrement : 2139883).

Résultats

1. Participation à l'étude et caractéristiques de la population

Durant l'année 2017, les SIST partenaires de l'étude ont suivi en moyenne 66% de l'ensemble des salariés sur leur territoire [22]. Un total de 148 médecins (45,8%) a participé à l'étude et 359 966 salariés ont été inclus. Parmi eux, 2 788 salariés ont été déclarés inaptes pour cause médicale. Neuf dossiers (0,3%) aux données manquantes ont été exclus, conduisant à analyser au final 2 779 dossiers d'inaptitude.

Le taux d'incidence de l'inaptitude au motif d'un TSM est de 2.78‰ – IC95% [2.60-2.97] salariés suivis. Ce taux, pour toute pathologie, est de 7.75‰ – IC95% [7.44-8.06]. Aussi, les TSM représentent 36.8% (985 cas) des motifs d'inaptitude, en seconde position après les pathologies musculo-squelettiques dont le taux s'élève à 40.3% (1 078 cas).

Les profils sociodémographiques et professionnels des salariés inaptes au motif d'un TSM sont présentés dans le tableau 1.

La répartition des salariés inaptes selon les catégories de TSM répertoriées dans la CIM-10 est décrite dans le tableau 2. Les principaux TSM, se répartissent en 449 cas d'épisodes dépressifs (45.6%), 227 cas de troubles anxieux (23.0%) et 131 cas de troubles dépressifs récurrents (13.3%).

2. Facteurs de risque de présenter une inaptitude au motif d'un TSM

Les facteurs de risque de présenter une inaptitude au motif d'un TSM selon les variables socioprofessionnelles sont présentés dans le tableau 3. Les femmes représentent 59,4% des inaptes pour un TSM et ont 1,79 fois plus de risque de présenter une inaptitude au motif de TSM que les hommes (ORaj.=1,79 IC95% [1,50-2,13]) et ce de manière homogène entre les trois principales catégories de TSM.

Les salariés de 25 à 44 ans ont 2,59 fois plus de chance d'être inaptes pour TSM (ORaj.=2,59 IC95% [1,67-4,00]), notamment pour un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux. Ce rapport est plus élevé chez les salariés de plus de 55 ans qui atteignent 5,55 fois plus de chance de présenter un épisode dépressif majeur par rapport aux salariés de moins de 24 ans. Le risque d'être inapte pour trouble anxieux après 25 ans reste stable avec l'âge. Les troubles dépressifs récurrents prédominent chez les salariés de plus de 44 ans (ORaj.=3,34 IC95% [1,73-7,25] pour les 45-54 ans et ORaj.=4,29 [IC95%2,03-9,03] chez les plus de 55 ans).

Nos résultats indiquent qu'une ancienneté de plus de 5 ans dans la même entreprise est un facteur de risque d'être déclaré inapte pour TSM. Les salariés inaptes avec une ancienneté de 21 à 25 ans sont à risque plus élevé de présenter un épisode dépressif majeur (ORaj.=2,22 IC95% [1,28-3,83]) et un trouble anxieux (ORaj.=2,34 IC95% [1,11-4,93]). Pour les troubles dépressifs récurrents, une ancienneté de plus de 25 ans augmente le risque d'être inapte pour ce motif (ORaj.=3,39 IC95% [1,77-6,48]).

Travailler dans les secteurs du commerce, transport, hébergement et de la restauration représente un facteur de risque de présenter une inaptitude pour TSM. Les salariés de ces secteurs sont les plus concernés par les épisodes dépressifs majeurs (ORaj.=1,82 IC95% [1,06-3,12]).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des salariés inaptes

Variables	Salariés aptes	Salariés inaptes pour TSM	Salariés inaptes pour autre pathologie	p-value
Genre (%)				
Homme	123 435 (54,5%)	325 (33,0%)	765 (45,2%)	<0,001
Femme	103 257 (45,5%)	660 (67,0%)	928 (54,8%)	
Tranche d'âge (%)				
≤ 24 ans	28 545 (12,7%)	34 (3,5%)	73 (4,3%)	<0,001
25-34 ans	58 655 (26,1%)	210 (21,4%)	241 (14,3%)	
35-44 ans	51 792 (23,1%)	213 (21,7%)	295 (17,5%)	
45-54 ans	52 616 (23,4%)	281 (28,7%)	532 (31,6%)	
>55 ans	33 006 (14,7%)	242 (24,7%)	543 (32,2%)	
Groupe professionnel (%)				
Agriculteurs	13 (0,0%)	-	-	<0,001
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 214 (0,9%)	4 (0,5%)	7 (0,5%)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11 586 (8,4%)	86 (9,9%)	38 (2,5%)	
Professions intermédiaires	25 407 (18,4%)	176 (20,3%)	168 (11,0%)	
Employés	59 042 (42,8%)	460 (53,1%)	743 (48,7%)	
Ouvriers	40 812 (29,6%)	140 (16,2%)	569 (37,3%)	
Ancienneté dans l'entreprise (%)				
≤ 5 ans	152 412 (69,4%)	454 (48,2%)	850 (52,6%)	<0,001
6 à 10 ans	29 422 (13,4%)	204 (21,7%)	344 (21,3%)	
11 à 15 ans	15 569 (7,1%)	107 (11,4%)	178 (11,0%)	
16 à 20 ans	10 411 (4,7%)	67 (7,1%)	95 (5,9%)	
21 à 25 ans	3 686 (1,7%)	35 (3,7%)	42 (2,6%)	
>25 ans	8 182 (3,7%)	75 (8,0%)	108 (6,7%)	
Temps de travail (%)				
Temps plein	-	648 (80,6%)	1 071 (72,4%)	<0,001
Temps partiel		156 (19,4%)	408 (27,6%)	
Contrat de travail (%)				
CDI (dont fonction publique)	159 523 (71,5%)	951 (96,5%)	1 615 (95,5%)	0,349
Autres types de contrat	63 533 (28,6%)	34 (3,5%)	76 (4,5%)	
Regroupement des sections d'activité (%)				
Agriculture, sylviculture et pêche	24 (0,0%)	-	-	<0,001
Industrie Manufacturières, extract.&autres	21 688 (9,6%)	54 (5,5%)	150 (8,9%)	
Construction	10064 (4,4%)	22 (2,2%)	109 (6,5%)	
Commerce, transport, heberg. Restauration	77 358 (34,2%)	370 (37,8%)	611 (36,4%)	
Information et communication	5 675 (2,5%)	20 (2,0%)	14 (0,8%)	
Activités financières et assurance	5 729 (2,5%)	32 (3,3%)	12 (0,7%)	
Activités immobilières	3 528 (1,6%)	10 (1,0%)	8 (0,5%)	
Activités Spé,adm & soutien	42 959 (19,0%)	125 (12,8%)	214 (12,7%)	
Administration publique, enseignement, santé&social	46 731 (20,7%)	290 (29,6%)	466 (27,7%)	
Autres activités de services	12 419 (5,5%)	56 (5,7%)	96 (5,7%)	
Conclusion avis				
« Tout maintien du salarié [...] »	-	210 (21,3%)	192 (11,4%)	<0,001
« L'état de santé du salarié [...] »	-	436 (44,4%)	402 (23,8%)	
« Inapte au poste, apte à [...] »	-	338 (34,3%)	1 095 (64,8%)	

Tableau 2 : Répartition des salariés inaptes selon les catégories de troubles de la santé mentale (TSM) répertoriées dans la CIM-10

Catégorie des TSM (CIM10)	Inaptes pour TSM N= 985 (100,0%)
Épisodes dépressifs majeurs (F32)	449 (45,6%)
Troubles anxieux (F40-41)	227 (23,0%)
Troubles dépressifs récurrents (F33)	131 (13,3%)
États de stress post-traumatique (F43.1)	29 (2,9%)
Troubles de l'humeur (F34-39)	28 (2,8%)
Troubles affectifs bipolaires (F31)	27 (2,7%)
Schizophrénie, trb. Schizotypique et trb. Délirants (F20-F29)	21 (2,1%)
Troubles mentaux dus à une affection ou dysfonction cérébrale (F06-07)	21 (2,1%)
Troubles de l'adaptation (F43.2)	17 (1,7%)
Addictions (F10-F19)	12 (1,2%)
Autres TSM	23 (2,3%)

Tableau 3 : Facteurs de risque de présenter l'un des trois principaux types de troubles de la santé mentale (TSM) selon les données socio-professionnelles (Odds Ratios ajustés)

Variables	Tous les TSM	Épisodes dépressifs majeurs	Troubles anxieux	Troubles dépressifs récurrents
Genre :				
Homme	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)
Femme	1,79 [1,50-2,13]	1,96 [1,52-2,53]	1,65 [1,19-2,29]	1,91 [1,19-3,06]
Tranche d'âge :				
≤ 24 ans	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)	-
25-34 ans	2,59 [1,69-3,97]	3,09 [1,63-5,84]	2,57 [1,30-5,07]	1 (référence)
35-44 ans	2,59 [1,67-4,00]	3,47 [1,83-6,61]	2,02 [0,99-4,12]	1,18 [0,50-2,76]
45-54 ans	3,34 [2,17-5,14]	3,50 [1,84-6,67]	2,54 [1,26-5,14]	3,34 [1,73-7,25]
>55 ans	4,24 [2,73-6,60]	5,55 [2,90-10,6]	2,62 [1,25-5,50]	4,29 [2,03-9,03]
Ancienneté dans l'entreprise :				
≤ 5 ans	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)
6 à 10 ans	1,59 [1,31-1,94]	1,81 [1,38-2,38]	1,46 [0,99-2,14]	2,24 [1,30-3,85]
11 à 15 ans	1,56 [1,21-2,00]	1,55 [1,80-2,23]	1,35 [0,80-2,26]	2,28 [1,21-4,32]
16 à 20 ans	1,43 [1,05-1,95]	1,37 [0,89-2,12]	0,95 [0,47-1,92]	2,99 [1,59-5,61]
21 à 25 ans	1,69 [1,13-2,52]	2,22 [1,28-3,83]	2,34 [1,11-4,93]	1,98 [0,69-5,70]
>25 ans	1,46 [1,07-2,01]	1,63 [1,04-2,55]	1,78 [0,95-3,32]	3,39 [1,77-6,48]
Sections d'activité :				
Agriculture, sylviculture, pêche	-	-	-	-
Industrie Manufacturières, extract.&autres	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)	1 (référence)
Construction	1,10 [0,60-2,02]	1,31 [0,60-2,86]	0,87 [0,35-2,19]	-
Commerce, transport, héberg restauration	1,47 [1,04-2,09]	1,82 [1,06-3,12]	1,19 [0,65-2,16]	2,42 [0,96-6,10]
Information et communication	1,07 [0,58-1,99]	1,58 [0,66-3,81]	0,96 [0,30-3,02]	-
Activités financières et assurance	1,22 [0,72-2,08]	1,89 [0,93-3,87]	1,49 [0,63-3,55]	-
Activités immobilières	0,72 [0,32-1,63]	-	-	-
Activités Spé, adm & soutien	1,10 [0,75-1,64]	1,14 [0,62-2,10]	1,14 [0,59-2,19]	1,14 [0,39-3,38]
Administration publique, enseignement, santé & social	1,37 [0,96-1,97]	1,64 [0,95-2,85]	0,90 [0,47-1,70]	1,33 [0,50-3,52]
Autres activités de services	1,32 [0,84-2,06]	1,30 [0,66-2,57]	1,12 [0,51-2,44]	0,91 [0,24-3,45]

3. Origine professionnelle de l'inaptitude et Burnout

Les principales pathologies et catégories de troubles de la santé mentale (TSM) estimées liées à une origine professionnelle parmi les salariés déclarés inaptes sont présentées dans le tableau 4. Les TSM sont les pathologies les plus estimées en lien avec une origine professionnelle (63,6%) contrairement aux autres pathologies comprenant les troubles musculo-squelettiques (48,8%). Cette origine professionnelle a été mentionnée dans 67,3% des cas d'épisodes dépressifs majeurs, 74,7% des cas de troubles anxieux et 49,6% des cas de troubles dépressifs récurrents.

Les inaptitudes pour TSM ont été imputées à une exposition à des facteurs psychosociaux dans 85,7% des cas et à des facteurs professionnels biomécaniques dans 3,8% des cas. L'exposition à des facteurs psychosociaux des salariés inaptes pour un TSM a été mentionnée dans 47,3% des épisodes dépressifs majeurs, 25,6% des troubles anxieux et 11,4% des troubles dépressifs récurrents. L'exposition professionnelle à un facteur biomécanique a été notifiée dans 32,6% d'épisodes dépressifs majeurs, 20,9% de troubles anxieux et 23,3% de troubles dépressifs récurrents. Une absence de lien avec un facteur d'exposition professionnelle a été soulignée dans 35,1% d'épisodes dépressifs majeurs, 15,8% de troubles anxieux et 16,7% de troubles dépressifs récurrents.

Les troubles de la santé mentale (TSM) estimés liés à un Burnout (BO) parmi les salariés déclarés inaptes sont présentés dans le Tableau 5. Le taux d'inaptitudes susceptibles d'être liées à un BO est de 13,9% (N=364) pour toute pathologie et de 32,6% (N=307) pour un TSM. Parmi les TSM estimés liés à un BO, 38,3% sont des troubles dépressifs majeurs, 27,9% sont des troubles anxieux et 34,2% sont des troubles dépressifs récurrents.

Tableau 4 : Principales pathologies et catégories de troubles de la santé mentale (TSM) estimées liées à une origine professionnelle parmi les salariés déclarés inaptes (échantillon PACA 2017)

Variables	Origine non professionnelle	Origine professionnelle	Origine Indéterminée	p-value
Pathologies motivant une inaptitude (%) :				
Troubles de la santé mentale (TSM)	249 (25,8%)	614 (63,6%)	103 (10,7%)	<0,004
Autres pathologies	753(44,9%)	818 (48,8%)	104 (6,2%)	
Catégories de TSM motivant une inaptitude (pourcentage pour 100% de TSM) :				
Épisodes dépressifs majeurs	90 (20,5%)	296 (67,3%)	54 (12,3%)	<0,001
Troubles anxieux	44 (19,6%)	168 (74,7%)	13 (5,8%)	
Troubles dépressifs récurrents	47 (37,6%)	62 (49,6%)	16 (12,8%)	
Autres TSM	68 (38,6%)	88 (50,0%)	20 (11,4%)	

Tableau 5 : Troubles de la santé mentale (TSM) estimés liés à un Burnout (BO) parmi les salariés déclarés inaptes (échantillon PACA 2017)

Variables	BO absent	BO présent	Absence d'estimation	p-value
Salariés inaptes (%) :	2130 (81,5%)	364 (13,9%)	119 (4,6%)	-
Salariés inaptes pour un TSM (%) :				
Épisodes dépressifs majeurs	217 (50,0%)	166 (38,3%)	51 (11,7%)	<0,001
Troubles anxieux	138 (63,0%)	61 (27,9%)	20 (9,1%)	
Troubles dépressifs récurrents	68 (56,7%)	41 (34,2%)	11 (9,2%)	
Autres TSM	120 (71,0%)	39 (23,1%)	10 (5,9%)	

Discussion

Le concept français d'« aptitude médicale » au travail est à rapprocher du concept anglo-saxon « Work Ability » utilisé en Europe. En Suède, deux études,[23],[24] qui emploient ce concept mettent en évidence qu'une faible capacité de travail (poor work ability) est associée à une majoration du risque d'absence pour maladie longue durée (RR=2,25 IC95% [1,97-2,56]) et de chômage longue durée (RR=2,18 IC95% [1,83-2,60]).

Néanmoins, les concepts d'« aptitude » et d'« inaptitude » médicale n'existent pas dans tous les pays,[25]. Au Royaume-Uni, aucune définition réglementaire de l'aptitude médicale n'existe et aucune distinction entre l'arrêt de travail et l'inaptitude médicale à un poste de travail. Les médecins généralistes déterminent « l'incapacité » du salarié à travailler, contrairement à la France où le médecin du travail délivre un avis d'inaptitude médicale à un poste de travail. De ce fait, à l'échelon international, peu de résultats d'études peuvent être comparés aux nôtres.

1. Incidence et causes médicales de l'inaptitude au travail pour un TSM

Dans notre étude, les taux d'incidence des inaptes pour toute pathologie (7,75‰) ou pour un TSM (2,78‰) semblent similaires à ceux d'une étude d'une autre région du sud de la France conduite en 2014 qui s'élèvent respectivement à 7,8‰ et 2,99‰ salariés suivis,[26]. Dans cette étude,[26], les TSM représentent également la deuxième cause principale d'inaptitude médicale (38,4%), après les pathologies musculo-squelettiques (47,2%), en accord avec nos résultats (36,8% et 40,3% respectivement). Cette proportion, 29,7%, est trouvée moins élevée en 2016, par la DIRECCTE du nord de la France,[27].

Deux enquêtes antérieures réalisées au sein d'une partie de notre population source,[28][29] montrent le maintien des TSM à la seconde place des motifs d'inaptitudes et une augmentation du taux d'inaptitudes pour un TSM entre 2016 (29,8%) et 2017 (42,9%). Dans notre étude, les épisodes dépressifs majeurs (45,6%), les troubles anxieux (23,0%) et les troubles dépressifs récurrents (13,3%) sont les principaux types de TSM entraînant une inaptitude. Ces données sont comparables à celles de l'étude de Touranchet et al. en 2002-2003 centrée sur les inaptitudes définitives des salariés de plus de 50 ans, qui montrent 47% de syndromes dépressifs et 22% de troubles anxieux [20],[21]. Cependant, le troisième TSM le plus fréquent qui est la réaction à des facteurs de stress sévère, diffère du notre.

2. Facteurs de risque de l'inaptitude au motif d'un TSM

Sur la population inapte globale de notre étude, nos résultats montrent que les femmes (59,4%) auraient 1,48 fois plus de risque d'être inaptes au travail que les hommes. Ceci est proche des données de l'étude de Lesage et al.,[13] (RR=1,51) et de celles de la DIRECCTE de Haute-Normandie (52% de femmes inaptes),[30]. Sur la population des salariés inaptes pour un TSM, nos résultats montrent un taux (67,0%) encore plus élevé de femmes avec un Odds Ratio à 1,79, taux légèrement inférieur à ceux trouvés par la DIRECCTE de Haute-Normandie,[30]. et par Touranchet et al.[20], (71% et 69% respectivement). Cette différence de prévalence de la dépression pourrait être expliquée par l'existence de différences sociales entre les femmes et les hommes. En effet, dans une étude réalisée au Chili en 2019, il est mentionné que la participation aux travaux ménagers, les problèmes familiaux et le stress financier sont plus courants chez les femmes,[31]. Néanmoins, avec un taux de 31% de femmes inaptes, Greugny et al. ne trouvent pas de risque supplémentaire d'être déclaré inapte pour TSM pour une femme,[15].

La moyenne d'âge des inaptes pour toute pathologie dans notre étude est de 46,1 ans, en accord avec celle (m=46) observée par la DIRECCTE de Haute-Normandie chez 104 salariés déclarés inaptes dont plus d'un tiers (33%) sont des femmes âgées de 55 ans et plus,[30]. Nos résultats montrent que l'âge constituerait un facteur de risque avec un Odds Ratio pour les 45 à 54 ans de 3,34 (ORaj.=3,34 IC95% [2,17-5,14]) et pour les 55 ans et plus de 4.24 (ORaj.=4,24 IC95% [2,73-6,60]) comparable aux résultats trouvés par Dutheil et al. (RR=2,51),[12]. Vaillant et Wolff montrent que les TSM tendent à croître avec l'âge, avec un effet significatif à partir de 50 ans et plus pour la dépression (RR=1,29) et au-delà de 40 ans pour le stress ressenti au travail (RR=1,27),[32]. Une explication courante de ce phénomène est la crainte de la fin de vie professionnelle et du statut social associé ainsi qu'un travail vécu plus pénible pour les travailleurs vieillissants qui ne disposent plus des ressources mentales nécessaires pour faire face aux contraintes,[32].

Dans notre étude les salariés inaptes dont l'ancienneté est de 21 à 25 ans ont un risque plus élevé de présenter un épisode dépressif majeur (ORaj.=2,22 IC95% [1,28-3,83]) ou un trouble anxieux (ORaj.=2,34 IC95% [1,11-4,93]). Pour les salariés ayant plus de 25 ans d'ancienneté le risque de présenter un trouble dépressif récurrent est encore plus élevé (ORaj.=3,39 IC95% [1,77-6,48]). Certains auteurs comme Vaillant NG., Wolff FC. relatent que plus l'enquêté est ancien dans l'entreprise et plus le stress auto-déclaré voire la dépression tendent à être élevés (RR=1,39 pour une ancienneté de plus de 15 ans),[32]. Ce résultat pourrait être expliqué en partie par le fait que ce sont souvent les plus âgés qui ont l'ancienneté la plus longue mais aussi par la survenue d'une certaine lassitude dans les missions réalisées ou d'un sentiment de solitude,[33].

Les deux secteurs d'activité les plus concernés par les inaptitudes pour TSM sont d'une part celui du commerce, du transport, de l'hébergement et de la restauration (37,8%) et d'autre part celui de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et du social (29,6%). Ces taux sont comparables à ceux trouvés dans notre étude pour les inaptitudes pour toute pathologie dans chacun de ces deux secteurs (36,6% et 28,6%), mais différent de ceux observés par Greugny, et al., (20% et 13% respectivement) dans le nord-ouest de la France où le secteur de la construction comporte un taux d'inaptitude de 17%, [15]. Pour Touranchet et al. les secteurs d'activité les plus concernés par les inaptitudes pour TSM sont celui du commerce de détail et de la réparation d'articles domestiques (15%), celui de la santé et de l'action sociale (13%) et celui des services fournis aux entreprises comme le nettoyage et les activités juridiques (9%),[20]. Dans notre étude, seul le secteur d'activité du commerce, du transport, de l'hébergement et de la restauration constitue un facteur de risque d'être inapte pour un TSM (ORaj.=1,47 IC95% [1,04-2,09]). Ceci pourrait être expliqué par le fait que dans ce secteur, les salariés sont exposés à une forte demande psychologique en lien avec les relations sociales et les demandes contradictoires notamment, à une faible latitude décisionnelle, à un sentiment d'insécurité de l'emploi,[34],[35].

Les médecins du travail de notre étude ont estimé que les inaptitudes médicales pour toute pathologie et celles motivées par un TSM étaient liées respectivement à une origine professionnelle dans 53,7% et 63,6% des cas suggérant ainsi que les TSM sont le motif d'inaptitude le plus en lien avec le travail. Une étude antérieure réalisée dans le sud-est de la France de 2002 à 2004,[36] mentionne que 50% des inaptitudes définitives au travail pour toute pathologie sont considérées par les médecins du travail comme ayant une origine professionnelle alors qu'il n'en est rapporté que 31% dans le nord de la France,[27]. L'étude française de Lesage et al.,[26] dans une région du sud de la France rapporte un taux (64,7%) d'inaptitudes pour un TSM d'origine professionnelle similaire au nôtre. Le taux d'inaptitudes

pour TSM liées au travail, trouvé supérieur dans le sud de la France comparé aux autres régions françaises, peut-être lié à une augmentation de ces taux au cours de ces quatre dernières années,[28][29] et que les études réalisées dans le sud sont plus récentes.

3. Burnout et inaptitude

L'épuisement professionnel est un phénomène social qui révèle la rupture de l'équilibre entre un individu et son environnement professionnel. A ce jour, aucun consensus n'est établi sur la façon de classer le BO, raison pour laquelle mesurer et comparer les taux de prévalence du BO apparaît complexe. Ce point a été exposé par Doulougeri et al. en 2016 qui ont constaté que parmi les auteurs utilisant le Maslach Burnout Inventory, il y avait cinq approches principales pour définir l'épuisement professionnel,[37]. Par ailleurs, au moment de notre étude, ce concept ne comportait aucun codage CIM-10 mais uniquement un lien avec le travail,[38]. C'est pourquoi ce syndrome a été retenu uniquement sur la base de l'estimation personnelle du médecin et non sur un score conventionnel. Nos résultats montrent qu'il serait impliqué dans 13,9% des cas d'inaptitude définitive au travail pour toute pathologie et dans 38,3% des inaptitudes pour troubles dépressifs majeurs, 34,2% pour troubles dépressifs récurrents et 27,9% pour troubles anxieux. A notre connaissance, aucune étude n'est disponible sur les inaptitudes médicales en lien avec un BO. En accord avec nos données, le rapport d'Eurofound,[39], fait état d'une prévalence du BO plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Le nombre important de cas estimés en lien avec le BO dans notre étude est en cohérence avec l'augmentation de l'incidence de ce syndrome rapportée récemment par plusieurs pays européens, au Pays-Bas en 2016 et au Portugal en 2013,[39]. Le lien que nous avons trouvé entre la présence d'un BO, un âge supérieur à 55 ans et un TSM est en accord avec la méta-analyse récente de Salvagioni et al., de 2017 qui montre que le BO est le prédicteur de 12 maladies ou symptômes physiques tels que la mortalité après 45 ans, les troubles musculo-squelettiques, la fatigue chronique, les TSM,[39]. Ceci montre qu'en impactant négativement la performance du salarié, l'organisation, la motivation (Pologne, 2016), l'absentéisme (Italie, 2016) et le turnover du personnel, le BO favoriserait l'inaptitude médicale définitive au travail.

4. Issue des avis d'inaptitude

Les conclusions médicales des avis d'inaptitude pour un TSM telles que « Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » et « L'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi » ont été mentionnées par le médecin du travail dans 21,3% et 44,4% des cas alors que ces conclusions ne représentent respectivement que 11,4% et 23,8% des inaptes pour toute pathologie (Tableau 1). Cela signifie que le fait d'être affecté par un TSM augmente le risque de désinsertion professionnelle comparé aux autres pathologies qui bénéficient plus souvent de la possibilité d'un reclassement avec la conclusion « inapte à un poste, apte à un autre poste ». Néanmoins, en employant cette conclusion, Buchet C. et al. indiquent que dans la période de 2002 à 2004 un reclassement est considéré comme réellement impossible dans l'entreprise pour 72% des salariés,[36] et Greugny et al., en 2010 que 94% des salariés sont licenciés, 2/3 se trouvent au chômage et seulement 12% réussissent une réinsertion professionnelle,[15]. Par ailleurs, selon la DIRECCTE de Haute-Normandie seulement 25% des personnes sont en emploi un an après un avis d'inaptitude,[30].

5. Limites et Forces de l'étude

Une des forces majeures de notre étude est qu'il s'agit d'une étude multicentrique réalisée sur un échantillon important limitant les biais de sélection et garantissant une puissance importante.

Néanmoins, la représentativité de la population cible peut être discutée au regard de la population source, qui intègre également les services interentreprises non volontaires pour participer à notre étude et les services autonomes de la région Sud.

Par ailleurs, l'origine professionnelle des TSM et le BO ont été estimés subjectivement par les médecins du travail. Il aurait été souhaitable de mesurer ces indicateurs en utilisant une méthode validée consensuelle.

Conclusion

Cette étude confirme les résultats antérieurs, notamment que les TSM occupent la seconde place des causes médicales entraînant une inaptitude définitive au poste de travail en France. Les inaptitudes pour des épisodes dépressifs majeurs et des troubles anxieux sont les plus fréquentes et les plus en lien avec une origine professionnelle.

L'inaptitude définitive pour TSM survient majoritairement chez la femme de plus de 45 ans, travaillant dans les secteurs du commerce, transport, hébergement et restauration, avec une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 5 ans. Des mesures de prévention sont à organiser vis-à-vis de ces facteurs de risque dont l'efficacité sera à mesurer par une étude longitudinale ultérieure.

Bibliographie

1. Elsevier Masson. Risques psychosociaux. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2017. 78 (1) : 1-135.
2. Frimat P. Work organization, well-being and suffering. How occupational health services might be better positioned ?. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Elsevier Masson SAS. 2017. 78 (1) : 1-2.
3. Valeyre A. Les nouvelles formes d'intensification du travail industriel : logiques technologiques, organisationnelles et économiques. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00822473/document>. 2013. Consulté le 30/03/2020.
4. Anderson KN, Bradley AJ. Sleep disturbance in mental health problems and neurodegenerative disease. Nature and Science of Sleep. 2013. 5 : 61-75.
5. Mittendorfer-Rutz E, et al. Sickness Absence Due to Specific Mental Diagnoses and All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Cohort Study of 4.9 Million Inhabitants of Sweden. PLoS One. 2012. 7 (9) : e45788.
6. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. J Affect Disord. 2002. 72 (3) :227-36.
7. Pratt LA et al. Excess mortality due to Depression and Anxiety in the United States: Results from a Nationally Representative Survey. Gen Hosp Psychiatry. 2016. 39 : 39-45.
8. Stewart WF, et al. Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. JAMA. 2003. 289 (23) :3135-3144.
9. Marcotte DE, Wilcox-Gök V. Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States. Soc Sci Med. 2001. 53 (1) : 21-7.
10. Wang PS, et al. Effects of Major Depression on Moment-in-Time Work Performance. Am J Psychiatry. 2004. 161 : 1885-1891.
11. Järvisalo J, et al. Mental disorders as a major challenge in the prevention of work disability: Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. Social Security and Health Reports The Social Insurance Institution. 2005.
12. Dutheil F, Naughton G, Sindyga P, Lesage FX. III Health-Related Job Loss: One-Year Follow-Up of 54,026 Employees. J Occup Environ Med. 2016. 58 (9) : 918-23.
13. Lesage FX. Psychosocial risks and work suffering. Rev Prat. 2017. 67 (10) : 1071-1074.
14. Buewaert V, Leroyer A, Surquin M. Suivi d'indicateurs régionaux sur les inaptitudes médicales en Nord-Pas-de-Calais. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Elsevier Masson SAS. 2016. 77 (3) : 375-376.
15. Greugny, Nouchet C, Fernand J, Moulin N. Inaptitudes totales et définitives en région Bretagne, Gref Bretagne. Disponible sur : https://www.gref-bretagne.com/Public/publications_2012/obs/inaptitudes.pdf. 2010. Consulté le 31/01/2020.
16. Coordination du Prith. Enquête : le devenir des salariés déclarés inaptes à leur poste par le médecin du travail. Disponible sur : http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/enquete_devenir_salaries_inaptes_poste_travail_prithPDL_oct2017.pdf. 2017. Consulté le 12/11/2017.
17. Pierrefeu I de, Pachoud B. L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor. Inf Psychiatr. 2014. 90 (3) :183-90.
18. Similes. La réinsertion des personnes en souffrance psychique : Le travail comme thérapie. [Disponible sur : <https://wallonie.similes.org/2018/06/22/la-reinsertion-des-personnes-en-souffrance-psychique-le-travail-comme-therapie/>. 2018. Consulté le 6/09/2019.
19. Chamoux A, et al. Occupational exposure factors for mental and behavioral disorders at work: The FOREC thesaurus. PLoS One. 2018. 13 (6) : e0198719.
20. Morise-Cormier. Inaptitudes médicales définitives de 2002 à 2004 en région Pays de la Loire : enquête sur 6750 déclarations d'inaptitude. Thèse de médecine sous la direction de Touranchet A. 2005.

21. Touranchet A. Quatre grandes enquêtes sur les Inaptitudes Médicales en Médecine du travail. Disponible sur : https://www.smsto.fr/public/uploads/actu/492_mirtmo.pdf. 2007. Consulté le 6 mars 2020.
22. Rapport chiffres-clés 2017-2018. Disponible sur : https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2019/06/medrelais2019_6_chiffrescles_ssti_2018.pdf. Consulté le 30/03/2020.
23. Lundin A., et al. The association between self-assessed future work ability and long-term sickness absence, disability pension and unemployment in general working population: a 7-year follow-up study. *J Occup Rehabil.* 2016. 26 (2) : 195-203.
24. Lindegard A. et al. The influence of perceived stress and musculoskeletal pain on work performance and work ability in Swedish health care workers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014. 87 (4) : 373-379.
25. Lacreuse P. Aptitude et inaptitude en Europe. Disponible sur : <https://licenciementpourinaptitude.fr/aptitude-inaptitude-en-europe/>. 2016. Consulté le 5/01/2020.
26. Lesage FX, et al. Incidence of ill-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.
27. DIRECCTE Nord- Pas- de- Calais. Atlas régional Actualisation 2015. La Santé au travail dans le Nord- Pas- de- Calais. Disponible sur : http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_st_actualisation_2015.pdf. 2016. Consulté le 31/01/2018.
28. Bajou- Deniaud A. Inaptitudes définitives dans le Var : quelle évolution en 20 ans ? Thèse de médecine sous la direction de Viola A. 2019.
29. AISMT13. Enquête inaptitudes 2017. Disponible sur : <http://www.sometrav-paca.org/structure/aismt-13>. 2019. Consulté le 30/03/2020.
30. DIRECCTE Haute Normandie. Étude CASIM. Les inaptitudes médicales et leurs conséquences pour les salariés. Résultats de l’enquête CASIM 2009. Disponible sur : http://normandie.direccte.gouv.fr/sites/normandie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_72_CASIM.pdf. 2010. Consulté le 17/02/2020.
31. Gonzalez G., Vives A. Work Status, Financial Stress, Family Problems, and Gender Differences in the Prevalence of Depression in Chile. *Ann Work Expo Health.* 2019. 63 (3) : 359-370.
32. Vaillant NG., Wolff FC. Stress, anxiété et dépression au travail : existe-t-il des différences entre entreprises ? *Revue française d’économie.* 2010. 25 : 39-74.
33. Bertin C., Derriennic F. Souffrance psychique, âge et conditions de travail. *Travailler.* Martin Média. 2001. 1 (5) : 73-99.
34. Murcia M. et al. Variation of psychosocial work factors according to gender, occupation and work sector using the Evrest survey. *Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement.* Elsevier Masson SAS. 2015. 76 (4) : 396.
35. Vila Masse S. Entre détresse psychologique et santé mentale positive : le cas des travailleurs de la restauration. *Can J Public Health.* 2017. 108 (5-6) : 510-515.
36. Buchet C., et al. Follow up of workers declared medically unfit on workstation in the Vaucluse from 2002 to 2004. *Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement.* Elsevier Masson SAS. 2010. 71 (2) : 108-116.
37. Doulougeri K. et al. Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Public Health & Primary Care.* *Cogent Medicine.* 2016. 3 : 1237605.
38. OMS. Dans la classification internationale des maladies, le burnout, ou épuisement professionnel, est considéré comme « phénomène lié au travail ». Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/. 2019. Consulté le 04/02/2020.
39. RHepair. “Burnout in the workplace” : un rapport recent d’Eurofound fait le point sur le syndrome d’épuisement professionnel dans les pays européens. Disponible sur : <https://rhepair.fr/burnout-in-the-workplace-un-rapport-eurofound/>. 2019. Consulté le 05/04/2020.
40. Article L1237-11 à 1237-16 du code du travail, circulaire DGT n°2009-04 du 17 mars 2009 relative à la rupture conventionnelle d’un contrat à durée indéterminée. Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_n_2009-04_du_17_mars_2009.pdf. 2009. Consulté le 11/02/2020.
41. Aizicovici F. La souffrance au travail, ce fléau. *Journal Le Monde.* Disponible sur : https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/01/09/la-souffrance-au-travail-ce-fléau_5406769_3234.html. 2019. Consulté le 30/03/2020.

42. Fouré J, Vincent F, Cade C, Bellanger W, Petit A, Begue C. Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Elsevier Masson SAS. 2019. 86 (1) : 16-26.
43. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. PloS One. 2019. 14 (2) : e0212208.
44. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009. 374 (9702) : 1714-21.
45. Laberon S. Psychological barriers to professional inclusion of people with mental disabilities. J.Encep. 2014. 40 (S2) : 103-114.
46. Article L4624-2 II du code du travail modifié par l'article 102 (V) de la loi n°2016-1088 du août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=335ECAE1E793F9199A6015E97F72F086.tplgfr38s_1?idArticle=LEGIARTI000033024916&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20200426. Consulté le 2/12/2020.

Annexes

Liste des items recueillis dans l'étude.

Catégorie d'items	Nombre d'items	Items communs aux SIST	Items complémentaires
Caractéristiques de l'entreprise	5	<ul style="list-style-type: none"> - Code postal du siège social - Libellé de la commune - Code postal du centre de visite médicale - Code NAF/APE principal de l'entreprise - Effectif salarié 	
Caractéristiques socio-professionnelles du salarié	11	<ul style="list-style-type: none"> - Numéro de dossier anonymisé - Date de naissance - Genre - Contrat de travail (CDI, CDD, intérim ...) - Temps de travail (nombre d'ETP (0-1)) - Code PCSE 1 - Date d'embauche - Date d'enregistrement de la déclaration d'embauche par le SIST (si pas de date d'embauche) 	<ul style="list-style-type: none"> - Poste de travail - Code PCSE 2 (intérimaire notamment) - Code PCSE 3 (intérimaire notamment)
Référence du médecin du travail	3	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du SIST - Numéro du médecin anonyme 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de secteur du centre visite médicale (+ n° secteur de l'agrément pour les intérimaires)
Dernière visite de pré-reprise	2	<ul style="list-style-type: none"> - Date de la visite - Personne à l'initiative de la visite (salarié, médecin traitant, médecin conseil...) 	
Première visite menant à l'inaptitude	3	<ul style="list-style-type: none"> - Date de la visite au cours de laquelle le processus d'inaptitude est mis en route - Type de visite (VR après maladie ordinaire, VR après accident du travail, embauche, VIP ...) - Suivi individuel renforcé déclaré (Oui/Non/ne sais pas) 	

Liste des items recueillis dans l'étude (suite)

Catégorie d'items	Nombre d'items	Items communs aux SIST	Items complémentaires
Données cliniques relatives à l'inaptitude	12	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusion médicale (« tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » OU « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi » OU « inaptés au poste, apte à un autre » - Pathologie principales (CIM10) à l'origine de l'inaptitude (ou absence de pathologie) - Pathologie secondaire à l'origine de l'inaptitude - RQTH obtenue (Non/ En cours/ sensoriel/ physique/ psychique/ cognitif/ polyhandicap) - Invalidité (Non/ Cat 1,2,3) - Orientation n°1 (NON, Médecin spécialiste, Sameth, Plateforme PDP, Médecin conseil, Assistante sociale, Médecin du travail entreprise utilisatrice, Médecin traitant, Tabacologue, Psychologue, MDPH, Inspection du travail...) - Orientation n°2 éventuelle (NON...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie susceptible d'être en lien avec le travail (O/N/ne se prononce pas) - Inaptitude susceptible d'être en lien avec un BO (O/N/ne se prononce pas) - Facteur professionnel principal incompatible avec affectation/ maintien au poste (ou « Restriction ») (pas de lien avec facteur professionnel, 26 risques CoP, 6 facteurs de RPS) (différent facteur causal) - Facteur professionnel secondaire incompatible avec affectation/ maintien au poste - Incapacité permanente reconnue en AT/MP (O/N/ne sais pas)
Expositions professionnelles du salarié	37	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des expositions professionnelles réalisé (O/N/ne sais pas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liste des expositions « Risques CoP » (1à26) utilisée dans le réseau Présanse PACA-Corse - Facteur d'expositions professionnelles autre n°1,2,3 - Exposition à un ou plusieurs facteurs de RPS (O/N) - Si facteur de RPS, préciser RPS 1 à 6 (Gollac)
Issue de l'inaptitude	1		<ul style="list-style-type: none"> - Reclassement dans l'entreprise, mutation ou licenciement

Work Ability Index

Items	Range
1. Current work ability compared with the lifetime best	0-10
2. Work ability in relation to the demands of the job	2-10
3. Number of current diseases diagnosed by a physician	1-7
4. Estimated work impairment due to diseases	1-6
5. Sick leave during the past year (12 months)	1-5
6. Own prognosis of work ability 2 years from now	1-7
7. Mental resources	1-4

Poor Work Ability (7-27)

Moderate Work Ability (28-36)

Good Work Ability (37-43)

Excellent Work Ability (44-49)

Membres du Comité de Pilotage (COPIL) de l'étude.

SIST et institutions	Membres du COPIL
Association interprofessionnelle Santé au Travail du Var (AIST 83)	Dr Anne VIOLA
Association interprofessionnelle des services Médicaux- Sociaux des Alpes-de-Haute-Provence (AISMT 04)	Dr Thomas LEBORGNE
Association interentreprises pour la Santé au Travail du Vaucluse (AIST 84)	Dr Yves CHARMET
Association Médecine du Travail des Alpes Maritimes (Ametra 06)	
Association Paritaire de Santé au Travail du Bâtiment et des T.P. des Alpes Maritimes (APST BTP 06)	Dr Germaine FERRANDO Dr Christian EXPERT
Association des Services de Santé au Travail du Bâtiment et des Travaux Publics des Bouches-du-Rhône (APST BTP 13)	Dr Sophie DUMAS
Expertis	Dr Laurence SENDRA GILLE, Dr Catherine MILLIET
Groupement des Entreprises pour la Santé au Travail des Hautes-Alpes (GEST 05)	Dr Gérard MAGALLON
Groupement interprofessionnel Médico-Social des Bouches du Rhône (GIMS 13)	Dr Anne LANDI, Dr Nicole DOUSSELIN Dr Sylvie ROMAZINI, Dr Hélène RIGAUT
Santé au Travail Provence (STP)	Dr André DUBOIS Pr Marie-Pascale LEHUCHER-MICHEL, M Gauthier BELLAGAMBA
DIRECCTE PACA Équipe de recherche EA 3279, Faculté de médecine_ Aix-Marseille Université	

Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou de la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »