

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Ce document n'est pas le texte des recommandations.

Février 2019

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie
	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique
	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve
	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts
	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	5
Introduction	7
1. Enjeux conceptuels, méthodologiques et éthiques.....	12
1.1 Définitions	12
1.2 Modèles théoriques	14
1.3 Enjeux méthodologiques	17
1.4 Enjeux éthiques	21
2. État des lieux des dispositifs législatifs, mobilisables au titre du maintien en emploi	23
2.1 Les missions et les outils du service de santé au travail et du médecin du travail dans le cadre du maintien en emploi	23
2.2 Le secret médical et professionnel au service du maintien en emploi	43
2.3 Les obligations de l'employeur dans le cadre du maintien en emploi	47
2.4 Le rôle des représentants du personnel dans le cadre du maintien en emploi	51
2.5 Les régimes particuliers et le maintien en emploi : quelles spécificités ?.....	52
3. Comment assurer un repérage le plus tôt possible?.....	63
3.1 Circonstances et acteurs possibles du repérage	63
À qui adresser le salarié chez lequel un risque pour le MEE a été identifié ?.....	65
3.2 Sur quels critères repérer les personnes à risque de désinsertion professionnelle ?.....	65
4. Quels sont les moyens (humains et techniques) et les conditions nécessaires à mobiliser pour mettre en œuvre le MDE au sein des SST en lien avec d'autres acteurs ?.....	70
4.1 Efficacité des interventions ciblant le travailleur.....	70
4.2 Efficacité des interventions ciblant le milieu de travail (transversales à différentes pathologies)	70
5. Existe-t-il des particularités d'intervention selon la pathologie nécessitant un accompagnement spécifique?	73
5.1 Quelles pathologies cibler ?	73
5.2 Maladies cardiovasculaires	73
5.3 Troubles de santé mentale	82
5.4 Pathologies cancéreuses	101
5.5 Troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres et du rachis.....	113
5.6 Pathologies neurologiques	122
6. Quelle mise en œuvre et quel suivi du retour au travail ?.....	127
7. Comment assurer la compréhension partagée du processus de MEE par tous les acteurs impliqués ?	128
7.1 Autour d'une situation individuelle : identifier un correspondant/outils	128
7.2 À l'échelon institutionnel	128

8. Validation.....	130
8.1 Avis de la commission	Erreur ! Signet non défini.
8.2 Adoption par le Collège de la HAS.....	130
Annexe 1. Méthode Recommandations pour la pratique clinique	131
Annexe 2. Recherche documentaire	134
Annexe 3. Tableaux d'analyse de la littérature.....	138
Annexe 4. Dépliant essai encadré	172
Annexe 5. Fiche de pré-orientation.....	174
Annexe 6. Fiche UEROS	175
Annexe 7. Fiche dispositif emploi accompagné	176
Annexe 8. Dépliant Contrat de rééducation professionnelle chez l'employeur (CRPE).....	177
Annexe 9. Fiche navette (MSA).....	179
Références.....	186
Droits d'auteur.....	194
Participants	195
Fiche descriptive	199

Abréviations et acronymes

AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AIT	Allocation d'invalidité temporaire
ALD	Affection longue durée
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
AT/MP ...	Accident du travail – maladie professionnelle
CDAPH..	Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées
CGM	Congé de grave maladie
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CMO	Congé de maladie ordinaire
CNAM	Caisse nationale d'Assurance maladie
COCT.....	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG.....	Convention d'objectifs et de gestion
CRPE.....	Contrat de rééducation professionnelle chez l'employeur
CT	Code du travail
DEA	Dispositif d'emploi accompagné
DGT	Direction générale du travail
DMP	Dossier médical partagé
DMST.....	Dossier médical en santé au travail
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
HAS	Haute Autorité de Santé
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
IPP	Incapacité permanente partielle
ITI	Indemnité d'inaptitude temporaire
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MDE	Maintien dans l'emploi
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
OPS	Organisme de placement spécialisé
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
RIPPH	Réseau international sur le processus de production du handicap
PPH	Processus de production du handicap
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RTL	Reprise de travail léger

SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (fusionné à Cap Emploi depuis le 1 ^{er} janvier 2018)
SFMT	Société française de médecine du travail
SST	Service santé au travail
SSTI	Service santé au travail interentreprises
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPT	Temps partiel thérapeutique
UEROS	Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale pour les personnes cérébro-lésées
VIP	Visite d'information et de prévention
VPR	Visite de pré-reprise
VR	Visite de reprise

Introduction

État des lieux sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi

La désinsertion professionnelle liée à des problèmes de santé peut avoir des causes multiples : usure professionnelle due à une exposition le plus souvent de long terme à des facteurs de risques professionnels, vieillissement, maladies professionnelles, maladies chroniques, handicap, accidents du travail. Les conséquences sur l'emploi de ces diverses situations sont souvent irréversibles.

En effet, 850 000 avis d'aptitude avec réserve ont été rapportés en 2012 et 160 000 avis d'inaptitude chez les seuls salariés du privé en France (1). Ces avis aboutissent, pour 20 % des avis d'aptitude avec réserve et 95 % des avis d'inaptitude, à un licenciement sans reclassement, et ce malgré l'obligation de reclassement à la charge de l'employeur (2). Il s'ensuit une perte durable d'emploi, et donc une désinsertion socioprofessionnelle.

Au cours de la mission ministérielle de 2015 sur l'aptitude et les missions du médecin du travail, il est clairement apparu que le rôle central des médecins du travail en matière de prévention de la désinsertion professionnelle était rempli de façon hétérogène en France, par les équipes de santé au travail, avec des difficultés de coordination entre les différents acteurs concernés. Pourtant, une stratégie précoce, systématique, pluridisciplinaire et méthodique pourrait permettre aux équipes de santé au travail de limiter les situations de désinsertion et de mieux accompagner les salariés en difficulté, d'autant que cette mission appartient aux missions législatives des services de santé au travail¹ (SST).

Dans le but de cadrer la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié en janvier 2018 un état des lieux des dispositifs visant à faciliter le maintien de ces salariés à leur poste de travail, leur reclassement sur un autre poste ou en externe sans attendre un licenciement pour inaptitude, et a émis différentes recommandations (3, 4). Elle a souligné, d'une part, la coordination complexe d'un grand nombre d'acteurs, et a préconisé, d'autre part, une vision globale orientée vers la sécurisation des parcours professionnels, en misant sur les entreprises (rôle des négociations collectives, besoin d'information et de conseil aux PME) et les SST dont il faut renforcer le pilotage pour garantir une offre de services plus homogène.

Dans un communiqué publié en avril 2018, le groupe permanent du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) insistait tout particulièrement sur l'indispensable prévention primaire de la désinsertion professionnelle promue par la mobilisation des acteurs de l'entreprise, sur le décloisonnement institutionnel nécessaire à l'élaboration de solutions de PDP aux niveaux politique et technique (en soulignant notamment la légitimité et le rôle des groupes permanents régionaux d'orientation (GPRO)), et sur la place des pouvoirs publics et des partenaires sociaux dans la promotion d'une politique de PDP.

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

Le développement de l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans le maintien en emploi est une priorité dans les politiques publiques. Il constitue l'une des lignes directrices et structurantes du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (DGT PST3, 2015) définie par les partenaires sociaux (en particulier les actions 2.5 à 2.8 et 3.8).

¹ Article L4622-2 Code du travail : « prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs »

Ce travail s'inscrit dans la continuité de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la branche accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) de la CNAM pour 2014-2017, de la COG Maladie pour 2014-2017, de la nouvelle COG AT-MP Etat/CNAM 2018-2022, du plan cancer 2014-2019, du plan maladies neurodégénératives 2014-2019, et de la Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020.

Le récent rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention précoce » établi à la demande du Premier ministre par Lecocq, Dupuis et Forest souligne la nécessité de réorganiser le système dans son ensemble et d'en simplifier le fonctionnement pour gagner en lisibilité et en effectivité (5). En plus de multiples recommandations sur la gouvernance, le financement et la réorganisation du système de santé au travail, deux des 16 recommandations de ce rapport comprennent des mesures tendant à *"renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle"* (recommandation n° 6) et en *"mobilisant efficacement la ressource médicale de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé au profit d'un investissement plus grand envers les salariés présentant un problème de santé susceptible d'entraîner leur désinsertion professionnelle"* (recommandation n° 7).

Afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 comprend un objectif visant à prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques et de leurs aidants. Elle mentionne que l'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser tant que possible le retour à l'emploi, et qu'en cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne.

► Saisine

L'élaboration de recommandation de bonne pratique sur ce thème a été demandée à la HAS conjointement par la Société française de médecine du travail (SFMT), la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et la Direction générale du travail (DGT).

La HAS et la SFMT ont souhaité élaborer conjointement cette recommandation de bonne pratique.

► Objectifs des recommandations

- Proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs (optimisé dans l'entreprise d'origine), afin de réduire le nombre d'inaptitudes vectrices de perte d'emploi.
- Améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle.

Les recommandations développent une approche transversale, et des spécificités par typologie d'organe ou par pathologie sont précisées le cas échéant.

► Questions retenues

1. Comment définir le maintien en emploi (MEE) et la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) dans le cadre des missions des services de santé au travail (SST) ?
2. Quelle réglementation s'applique en matière de maintien en emploi ?
3. Comment assurer la précocité de la démarche ?
4. Quels sont les moyens (humains et techniques) et les conditions nécessaires à mobiliser pour mettre en œuvre le maintien en emploi au sein des SST en lien avec d'autres acteurs ? Comment mieux cibler les salariés à risque ?

5. Existe-t-il des particularités par pathologie à l'origine du risque de désinsertion professionnelle (par exemple : cancer, maladies de l'appareil locomoteur, syndrome anxio-dépressif, lésions cérébrales acquises non évolutives et maladies neurodégénératives, etc.) nécessitant des actions spécifiques pour le maintien en emploi ?
6. Quel est le suivi de la démarche après la mise en œuvre du projet ?
7. Comment assurer la compréhension et l'implication partagée du processus par tous les acteurs impliqués (y compris du patient) ?

Cibles des recommandations

Le retour au travail et le maintien en emploi doivent être considérés avant tout comme un processus social, au-delà des aspects techniques de l'aménagement de la situation de travail. Ce processus peut nécessiter et bénéficier d'un accompagnement par le médecin du travail, et/ou une (ou plusieurs) autre personne ressource interne ou externe à l'entreprise (chargé de maintien en emploi, psychologue du travail, assistante de service social, ou autre membre de l'équipe pluridisciplinaire).

► Population concernée

Tout travailleur qui bénéficie d'un suivi par un service de santé au travail et qui présente, en raison de son état de santé, une limitation de sa capacité à se maintenir au poste occupé.

► Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent en premier lieu aux professionnels des services de santé au travail, qu'ils soient organisés en équipes pluridisciplinaires dans les SST ou selon d'autres modalités dans des services autonomes.

Ces recommandations peuvent également éclairer les autres professionnels du champ du MEE et plus largement du secteur médico-social : services médicaux, sociaux et de prévention des organismes de sécurité sociale, médecins traitants quelle que soit leur spécialité (généralistes ou autres spécialités), association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), organismes de placement spécialisé (Cap Emploi), missions handicap, Comète France, etc.

Enfin, ces recommandations peuvent éclairer tous les employeurs (et pas seulement ceux concernés par l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés), et tous les acteurs du milieu de travail.

Champ des recommandations

Le champ du maintien en emploi est circonscrit aux situations individuelles des travailleurs qui présentent un risque de désinsertion professionnelle à un moment donné, dès lors que des difficultés de santé ont été constatées et placent ces travailleurs en situation de handicap, entendu dans une acception large. Les actions de maintien en emploi qui font l'objet de ces recommandations peuvent être assimilées à une logique de prévention secondaire ou tertiaire centrée sur les situations individuelles de ces travailleurs.

La PDP se distingue de la logique de prévention des risques professionnels qui s'applique dans une logique collective à l'échelle d'une entreprise ou d'une branche d'activité, avec un impératif de prévention primaire (suppression du risque à la source) bien défini par la réglementation.

Alors que le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste initial grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise grâce à un reclassement, le maintien en emploi retenu ici élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle, avec une logique de sécurisation du parcours professionnel.

Cependant, la logique du maintien en emploi et la logique de prévention des risques professionnels ne sont pas mutuellement exclusives. Des recouvrements sont opérés notamment lorsque :

(a) des conditions de travail dégradées génèrent directement une altération de la santé des travailleurs qui entraînent « *de facto* » un risque de désinsertion professionnelle. Dans ce type de situation, la logique de la prévention et de correction des risques professionnels doit s'appliquer, mais cela n'entre pas dans le champ de ces recommandations ;

(b) la santé altérée d'un travailleur lui fait courir un risque de perdre son emploi et nécessite un accompagnement individualisé dans une logique de prévention tertiaire (qui entre dans le champ de ces recommandations). Même si cette logique de prévention tertiaire est centrée sur l'individu, il est entendu que les améliorations apportées à son environnement de travail sont susceptibles de bénéficier plus largement à ses collègues, voire à son entreprise, rejoignant ainsi la logique de prévention collective des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Le périmètre de ces recommandations est donc circonscrit à la stratégie à mettre en œuvre dès lors que le risque de désinsertion professionnelle est identifié face à une altération de la santé du salarié.

Ainsi dans ce champ, face à un problème de santé avéré, il peut y avoir **trois situations** pouvant entraîner des actions différentes des équipes de santé au travail :

- face à des difficultés avérées de maintien en emploi ;
- face à des difficultés éventuelles faisant craindre un problème futur de maintien en emploi pour un salarié présentant une maladie ;
- face à des « signaux faibles » faisant craindre à court ou moyen terme des difficultés de maintien en emploi.

Parallèlement, au regard de ces recommandations qui concernent **toutes** les pathologies de façon générique, le choix a été de ne pas traiter la prévention spécifique de survenance de ces pathologies, y compris quand elles peuvent trouver (une partie de) leur origine dans les conditions de travail.

Par ailleurs, compte tenu de la fréquence des comorbidités associées aux pathologies chroniques, il y a un intérêt à traiter les pathologies de façon transversale, en focalisant ensuite sur les spécificités propres à certaines pathologies fréquentes (cf. infra Odeen et al.(6)).

Enjeux

La politique de prévention de la désinsertion professionnelle produit des effets positifs tant en termes de santé et de parcours professionnels des salariés qu'en termes d'emploi et de gestion des compétences.

Dans un contexte de vieillissement de la population active, de prévalence des maladies chroniques et de recul progressif de l'âge de départ en retraite, le maintien en emploi est un facteur de santé et d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

► Pour les travailleurs

La littérature internationale et nationale a démontré l'**intérêt d'un accompagnement précoce** en matière de maintien en emploi face à une difficulté de santé. Il a notamment été démontré que les interventions précoces de réinsertion associant les entreprises étaient plus efficaces que les approches conventionnelles en milieu de soins pour réduire le risque d'absentéisme prolongé, de perte d'emploi et de désinsertion professionnelle (7). Ceci est particulièrement démontré pour les salariés atteints de troubles musculo-squelettiques et de troubles de santé mentale dits « courants » (anxiété, dépression réactionnelle) qui sont, en volume, les premières pathologies pourvoyeuses d'incapacité en France.

Une approche structurée et formalisée de maintien en emploi est également de nature à réduire les inégalités sociales devant l'emploi après une maladie (8). En effet, il a été montré, notamment dans le champ du cancer, un nombre important de situations de « non-recours aux droits », c'est-à-dire des patients ne mobilisant pas les différentes mesures auxquelles ils sont éligibles pour le maintien en emploi (par exemple, l'adaptation du poste de travail, le recours au temps partiel thérapeutique, ou la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé). Ainsi, l'élaboration d'une méthodologie formalisée, et surtout sa diffusion auprès des professionnels et du public bénéficiaire sont de nature à diminuer ces situations de non-recours par les salariés qui en ont le plus besoin (9).

Sur le plan financier, l'intérêt est évident concernant le chômage de longue durée, les arrêts maladie longs et/ou successifs, l'invalidité, la précarité (CMUC, ACS), etc. (10, 11).

Enfin, il est rapporté que les travailleurs en désinsertion professionnelle développent des pathologies associées (dépression, etc.) (12).

► Pour les professionnels

Les actions de maintien en emploi constituent une activité grandissante des services de médecine et santé au travail dont c'est une des missions consacrées par le législateur. Pourtant, il s'agit d'un exercice particulièrement complexe et consommateur de temps, au regard de la multiplicité des acteurs nécessitant d'être mis en relation autour du salarié (médecin traitant, médecin-conseil, médecin du travail, employeurs, opérateurs de maintien en emploi, service social, etc.). Ainsi, l'élaboration d'une méthodologie formalisée sera de nature à faciliter le travail des différents acteurs dans cette mise en réseau indispensable (13).

Par ailleurs, il s'agit d'un domaine nécessitant des compétences particulières dans le champ législatif du droit social, qui échappent la plupart du temps aux professionnels de santé. C'est pourquoi la recommandation de bonne pratique ne peut que faciliter leur travail et augmenter la qualité de leurs pratiques dans ce domaine (14).

► Pour la Caisse nationale d'Assurance maladie

La PDP s'inscrit dans les missions d'accompagnement et de service aux assurés. Elle contribue aux objectifs de gestion du risque, notamment en matière d'indemnités journalières, dans la mesure où la désinsertion professionnelle est pourvoyeuse d'arrêts itératifs et du développement de comorbidités susceptibles de conduire à l'invalidité.

1. Enjeux conceptuels, méthodologiques et éthiques

1.1 Définitions

1.1.1 Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle

Selon le manuel de référence édité par le comité scientifique sur l'intégration et la prévention d'incapacité au travail de la Commission internationale de la santé au travail (CIST) (15), la désinsertion professionnelle désigne « *l'incapacité au travail [qui] intervient quand un travailleur est incapable de rester au travail ou de retourner au travail à cause d'une blessure ou d'une maladie* ».

Dans le cadre de ces recommandations, le maintien en emploi (MEE) est défini comme un processus d'accompagnement des personnes présentant **un problème de santé avec un retentissement sur leurs capacités de travail**, dans le but de les maintenir durablement en emploi (et pas seulement dans leur poste de travail, ni dans la seule entreprise d'origine) dans des conditions compatibles dans la durée avec leur santé. Le MEE comprend également l'emploi en milieu ordinaire ou protégé.

Le groupe de travail a privilégié la notion de « maintien en emploi » sur les arguments suivants :

- les difficultés concrètes pour opérationnaliser de façon univoque le terme « désinsertion professionnelle » qui peut renvoyer à des situations très différentes (arrêt de travail de longue durée, perte de contrat de travail, chômage de longue durée, situation de fin de droits, éloignement prolongé du marché du travail sans perspective d'y revenir, etc.) ;
- la nécessité de promouvoir une approche positive et inclusive, pour laquelle le terme de « maintien en emploi » correspond mieux à l'esprit et la méthode. Il ne s'agit pas d'occulter la réalité du risque de désinsertion professionnelle, qui est bien attestée par différents indicateurs. Il s'agit de mettre en œuvre une vision et des actions structurées de maintien en emploi visant à prévenir ce risque.

1.1.2 Handicap au travail

La loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini ainsi la notion de handicap dans son article 114 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La notion de handicap au travail peut donc être définie comme :

« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie professionnelle subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Ainsi, la notion de handicap au travail ne peut pas être réduite aux caractéristiques individuelles du travailleur concerné par une difficulté de santé. Elle doit nécessairement intégrer les caractéristiques de son environnement. Même si la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) accorde une reconnaissance officielle des difficultés

professionnelles rencontrées par une personne donnée à un moment donné, on considère que le handicap est d'abord une question de situation, plutôt qu'une question d'individu.

À cet égard, l'équipe québécoise de Durand *et al.* a développé la notion de « diagnostic de la situation de handicap au travail » (DSHT), permettant de dépasser la conception habituelle du diagnostic en médecine qui réduit l'analyse aux caractéristiques individuelles d'un patient, pour intégrer les caractéristiques de son environnement (16).

Toute situation de handicap au travail nécessite d'être analysée dans une perspective personne-environnement, en identifiant l'ensemble des facteurs personnels du travailleur et des facteurs de son environnement qui entraînent une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie professionnelle de cette personne dans son environnement.

1.1.3 Autres définitions réglementaires : invalidité, incapacité, aptitude médicale au travail, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

Le maintien en emploi recourt à de nombreuses dispositions législatives et réglementaires du droit social. À ce titre, certaines notions sont précisément définies et encadrent l'activité des différents intervenants.

La mise en invalidité est prononcée par le médecin-conseil de la Sécurité sociale quand sa capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins deux tiers. La pension d'invalidité est destinée à compenser une perte de capacité de gain suite à une maladie ou accident d'origine non professionnelle. Il existe trois catégories de pension d'invalidité selon la capacité à travailler : la pension d'invalidité de 1^{re} catégorie (capacité à exercer une activité professionnelle rémunérée), de 2^e catégorie (incapacité à exercer une activité professionnelle rémunérée) et de 3^e catégorie (incapacité + besoin de l'aide d'une personne pour assister dans les gestes essentiels de la vie courante). Il est important de souligner que les personnes classées en 2^e et 3^e catégories peuvent travailler.

Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est évalué par le médecin-conseil de la Sécurité sociale après la consolidation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Il est évalué d'après le barème de l'UCANSS. Il s'exprime en pourcentage, qui est ensuite converti en une certaine somme d'argent versée sous forme de rente (IPP > 10 %) ou de capital (IPP < 10 %). Le taux d'IPP est destiné à évaluer la juste réparation (indemnisation) des dommages corporels subis par la victime dans le cadre de son accident du travail ou de sa maladie professionnelle.

L'aptitude médicale au travail (ou l'inaptitude) est délivrée par le médecin de santé au travail dans certaines circonstances prévues réglementairement. Elle correspond à la capacité d'un travailleur à occuper un poste de travail donné sans risque pour sa santé ou pour son entourage. L'aptitude médicale au travail est délivrée dans la perspective d'éviter toute altération de la santé du fait des conditions de travail.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est attribuée par la Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui siège dans la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). La RQTH est destinée à faire bénéficier une personne d'avantages (en espèce ou en nature) visant à compenser sa situation de handicap dans les différentes sphères de la vie.

Il n'existe pas de relation logique entre ces différentes notions dont les fondements historiques, les bases juridiques et les finalités sont différentes. L'avis du médecin-conseil de Sécurité sociale ne s'impose pas nécessairement au médecin du travail ou au médecin de la MDPH, et réciproquement. Cette absence de cohérence logique *a priori* est une source de confusion pour de nombreux professionnels et pour les patients/travailleurs.

La complexité juridique des outils du maintien en emploi nécessite des efforts de formation initiale et continue des professionnels de santé et des autres acteurs du MEE. Elle impose

également des efforts de communication et d'information de la part de ces professionnels auprès des travailleurs concernés pour leur permettre d'accéder aux droits qui s'appliquent à leur situation.

1.2 Modèles théoriques

La compréhension de chaque situation individuelle nécessite de recourir à un ou plusieurs modèles théoriques, autant pour identifier la source des difficultés (diagnostic de la situation de handicap au travail) que pour y apporter des solutions (phase interventionnelle de l'accompagnement).

De nombreux modèles théoriques ont été développés dans des contextes historiques, disciplinaires et institutionnels différents. Il peut en résulter une confusion sémantique entre différents termes qui possèdent des acceptions semblables ou différentes selon les modèles. Ceci est particulièrement vrai pour les termes de « handicap », « incapacité », « aptitude », « inaptitude », « invalidité », etc.

Ces termes peuvent également renvoyer à des notions différentes dans la littérature scientifique, et dans le champ législatif et réglementaire spécifique du contexte français.

Cette double complexité sémantique et juridique ne peut être dépassée que par le dialogue entre les différents intervenants du maintien en emploi, pour s'assurer qu'ils utilisent des référentiels comparables et partagent la même compréhension des termes utilisés.

1.2.1 Modèle biopsychosocial

Il existe en médecine deux modèles complémentaires : le modèle biomédical et biopsychosocial. Le premier procède de l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes ; le deuxième tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. L'évolution clinique des patients est déterminée, non pas par les seuls facteurs biologiques, mais aussi par les formes de vie collectives et les événements psychosociaux qui sont co-constitutifs de la vie du sujet, ainsi que par les structures et les valeurs qui caractérisent la communauté.

Déjà dans son article de 1977, Engel avait proposé une conceptualisation de la maladie intégrant les aspects psychologiques et sociaux de celle-ci (17, 18). Un ensemble d'évidences suggère qu'il faut, dans le domaine de la santé, donner une importance et une attention majeures à cette approche intégrée, non seulement pour une meilleure compréhension du patient, mais aussi pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses.

Le modèle biopsychosocial est à *la fois un modèle théorique*, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables (19).

Sur le plan théorique, il s'agit d'*une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie*. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance *a priori* (même si l'on conçoit que leur importance relative puisse varier). Sur le plan théorique toujours, cet ensemble d'hypothèses explicatives de la santé considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial intègre en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale, et nécessite une participation active du patient, dont le corollaire est une importance accrue des aspects éducationnels.

Le modèle biopsychosocial est donc *un élargissement du modèle biomédical* : les facteurs biologiques y gardent toute leur place. Il ne s'agit pas d'une conception psychologique ou psychiatisante – ni sociologisante – de la maladie. De plus, il faut souligner que le terme « psychologique » réfère essentiellement à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux *normaux*, relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychopathologiques.

- *L'élargissement des perspectives* traduit le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers. Au cours de l'évaluation, il sera particulièrement sensible – en plus et non à la place du bilan somatique – à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités « traditionnelles » visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé. Plusieurs modalités différentes seront en général associées. Un critère important d'un bon fonctionnement biopsychosocial est ainsi une réelle *intégration* des diverses perspectives, qui implique que les dimensions biologique, psychologique et sociale soient abordées de manière *simultanée* (il ne s'agit pas d'envoyer le patient chez le « psy » *après* l'échec de toutes les thérapeutiques « classiques »), et, si la situation du patient est particulièrement complexe, un travail en *interdisciplinarité* (qui implique une réelle concertation et non une simple superposition de l'action des divers intervenants).

- *La participation active du patient* est essentielle. Ce constat découle de l'observation que les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats des traitements. En conséquence, les discordances entre les représentations profanes et scientifiques de la maladie doivent être discutées (cela peut prendre énormément de temps) : le corollaire de la participation active du patient est un accent particulier sur les volets *d'éducation et d'information*. Encore faut-il s'entendre sur ce que l'on appelle « éducation » : certainement pas un cours magistral dont on espère qu'il puisse « corriger les distorsions cognitives ». Plutôt un cheminement socratique, dans lequel les croyances du patient sont mises à l'épreuve des faits et ainsi progressivement adaptées (exemple des croyances de peur-évitement décrites plus haut).

Dans le domaine du maintien en emploi, il est essentiel de quitter le paradigme biomédical classique pour adopter un nouveau paradigme de prévention :

- la prise en charge n'est plus centrée sur l'individu, mais de type systémique ;
- les intervenants sont multiples et dépassent la dyade patient/soignant pour inclure le travailleur, les professionnels du système de soins, le milieu de travail (particulièrement l'employeur et les collègues) et le système des assurances ;
- le but de la prise en charge n'est pas forcément de guérir, mais le retour au travail afin que le travailleur recouvre la réalisation de son rôle social de travailleur.

Tableau 2. Caractéristiques du paradigme de prise en charge des lombalgies classiques et du paradigme de prévention de l'incapacité (Fassier et al, 2009) (13)

Caractéristiques	Paradigme « Traitement de la lésion »	Paradigme « Prévention de l'incapacité »
Vision du problème	<ul style="list-style-type: none"> • Centrée sur l'individu • Douleur = lésion 	<ul style="list-style-type: none"> • Englobe le système social • Incapacité = problème multifactoriel
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver la cause • Traiter la lésion • But : Guérison 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs impliqués • Adresser les déterminants de l'incapacité • But : <i>Participation sociale</i>
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleur • Professionnels de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleur • Système de soins de santé • Milieu de travail • Système de protection sociale
Modèle explicatif	<ul style="list-style-type: none"> • Biomédical • Causalité linéaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosocial, systémique • Causalité complexe

Ce paradigme justifie l'intérêt de produire des recommandations transversales à toutes pathologies, de même qu'il met au centre du dispositif une nécessaire coordination et coopération des acteurs.

1.2.2 Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

Cette classification a été élaborée puis adoptée en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle fournit un langage uniformisé pour décrire et organiser les informations relatives au fonctionnement et au handicap. La CIF ne classe pas les individus, mais le fonctionnement des individus dans leur environnement. Elle est structurée en plusieurs classifications hiérarchiques constituées de catégories :

- les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus ;
- les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent ;
- les facteurs environnementaux qui influencent leur participation ;
- les facteurs personnels.

Chaque catégorie étant formulée de manière neutre, il est nécessaire de recourir à des codes qualificatifs pour décrire, selon les cas, les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation, les obstacles ou les facilitateurs environnementaux observés.

Cette classification présente plusieurs intérêts. Dans le domaine scientifique, elle a été largement utilisée dans divers travaux de recherche, notamment en réadaptation. Dans le domaine administratif, elle peut être utilisée dans une logique d'évaluation du système de santé et d'attribution de ressources. Dans le domaine clinique, elle peut être utilisée pour l'analyse de situation de handicap complexe, pour mieux appréhender les facteurs individuels et les facteurs de l'environnement.

Les auteurs d'une revue de la littérature de 2011 (20) estiment que *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) pourrait être utile dans le cadre de la

réadaptation professionnelle. Dans le cadre de leur revue de la littérature, ils ont inclus 250 articles dans lesquels ils ont identifié 648 mesures comprenant 10 582 concepts liés à l'ICF pouvant être rattachés à 87 catégories d'indicateurs de l'ICF. Au total, cette revue identifie une très grande variété de paramètres mesurés en rapport avec la réadaptation professionnelle, illustrant ainsi la complexité de ce concept, mais aussi les difficultés de comparer les différentes études. (21)

La CIF fait partie des classifications les plus utilisées dans le domaine du handicap, dont elle a contribué à définir les termes réglementaires dans le droit français. Toute personne œuvrant dans le domaine du maintien en emploi devrait être familière avec ses notions de base et ses définitions. Ces connaissances sont le préalable nécessaire à des relations de coopération entre les intervenants dans l'analyse des difficultés et l'accompagnement de personnes en situation de handicap au travail.

Plusieurs outils de formation à cette classification sont accessibles en ligne sur le site du centre français collaborateur de l'OMS².

1.2.3 Processus de production du handicap

Le processus de production du handicap (PPH) est une autre classification, issue de la révision de la précédente classification de l'Organisation mondiale de la santé. Ce modèle anthropologique du développement humain analyse l'interaction des facteurs personnels et des facteurs de l'environnement dans la réalisation des habitudes de vie (participation sociale) des individus, ou bien à leur situation de handicap (dont les situations de handicap au travail).

Bien qu'elle dispose d'une diffusion scientifique et institutionnelle moindre que la CIF, cette classification est largement utilisée dans les milieux francophones (au Québec et en Belgique notamment), où elle constitue un outil de référence partagé par de nombreux intervenants.

Les caractéristiques principales de ce modèle sont accessibles en ligne sur le site du Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH)³.

1.3 Enjeux méthodologiques

1.3.1 Complexité des interventions en santé au travail

Selon le Conseil pour la recherche médicale du Royaume-Uni, les caractéristiques des interventions complexes sont les suivantes (22) :

- le nombre de composantes en interaction dans l'intervention expérimentale et dans l'intervention de contrôle ;
- le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui délivrent ou ceux qui reçoivent l'intervention ;
- le nombre de groupes ou de niveaux organisationnels visés par l'intervention ;
- le nombre et la variabilité des indicateurs d'intérêt (*outcomes*) ;
- le degré de flexibilité ou d'adaptation permis pour l'intervention.

²<https://mssh.ehesp.fr/international/centre-collaborateur-oms/la-classification-internationale-du-fonctionnement-cif/>

³ <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Il en ressort que les interventions en santé au travail doivent être considérées comme des interventions complexes. Cela est d'autant plus vrai des interventions visant le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs ayant des problèmes de santé. Ces interventions comportent presque systématiquement plusieurs composantes (reconditionnement physique, soutien psychologique, soutien social, adaptations ergonomiques, etc.), nécessitent des changements de comportement, s'adressent à différentes personnes et à différents niveaux (travailleurs ayant des problèmes de santé, encadrement, direction, professionnels de santé, etc.), peuvent être évaluées avec plusieurs critères d'intérêt (durée d'absentéisme, inaptitude, maintien en emploi, productivité, qualité de vie au travail, coûts, etc.), et peuvent nécessiter des adaptations importantes à chaque contexte d'implantation.

Ces caractéristiques entraînent plusieurs implications pour l'évaluation des interventions complexes :

- il est nécessaire d'avoir une bonne compréhension théorique des mécanismes par lesquels l'intervention parvient à produire du changement ;
- l'absence d'efficacité d'une intervention complexe peut refléter en fait un échec de son implantation, nécessitant une évaluation de son processus d'implantation ;
- la variabilité des résultats au niveau individuel peut traduire des processus d'ordre supérieur ;
- un critère unique d'évaluation ne permet pas d'évaluer toutes les conséquences souhaitées ou indésirables de l'intervention ;
- l'imposition d'une standardisation stricte de l'intervention peut être inappropriée ; il est possible que l'intervention fonctionne mieux si un certain degré d'adaptation est autorisé au contexte local.

La mise en œuvre de ces recommandations méthodologiques du Conseil pour la recherche médicale au Royaume-Uni se heurte à plusieurs caractéristiques du paradigme de l'épidémiologie clinique en évaluation, tel qu'il a été élaboré par l'approche de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence-based medicine*).

1.3.2 Forces et limites de l'*Evidence-based medicine*

La méthodologie des recommandations pour la pratique clinique de la Haute autorité de Santé (23) actualisée en mars 2016 procède à partir de la recherche systématique et de l'analyse critique de la littérature scientifique. Le grade des recommandations formulées (cf. Tableau 1) correspond au niveau des preuves scientifiques identifiées dans la littérature. Cette méthodologie prévoit que les recommandations de plus haut grade (A) reposent sur des essais randomisés contrôlés de bonne qualité, ou bien des revues systématiques de tels essais. Cette approche directement inspirée de l'épidémiologie clinique qui confère le statut de « *Gold Standard* » aux essais randomisés contrôlés présente l'avantage de garantir une validité interne importante aux études cliniques évaluées selon des listes de contrôle des différents biais potentiels.

Bien que cette approche soit particulièrement adaptée à l'élaboration de recommandations sur l'usage de médicaments et/ou de dispositifs médicaux, elle présente plusieurs limites s'agissant des recommandations sur l'utilisation d'interventions en santé au travail. En effet, ces interventions présentent le plus souvent les caractéristiques d'être complexes (ne permettant pas d'attribution et d'évaluation « en aveugle »), et d'intervenir en milieu nécessairement « ouvert » (les entreprises). Il en résulte que le niveau des preuves scientifiques identifiées dans la littérature et, de fait, le grade des recommandations risquent

d'être automatiquement abaissés par une application trop stricte des critères de l'épidémiologie clinique dans le domaine de la santé au travail.

De plus, l'approche méthodologique de l'épidémiologie clinique comporte les limites associées au modèle dit de la « boîte noire ». Les avantages de cette méthode pour garantir la validité interne des résultats s'exercent au détriment de leur validité externe (c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les effets des interventions pourraient être reproduits dans d'autres contextes). Il en résulte que la seule évaluation des effets des interventions ne permet pas aux lecteurs ni aux utilisateurs de la recherche de déterminer dans quelle mesure ces interventions pourraient être intéressantes dans leur propre contexte d'utilisation.

La primauté accordée à l'évaluation des effets néglige d'autres dimensions essentielles de l'évaluation des interventions (évaluation de l'implantation, des processus, des ressources, des mécanismes d'efficacité, etc.) qu'il importe de considérer dans les recommandations pour la pratique clinique. Ces autres dimensions de l'évaluation reposent sur des paradigmes et des méthodes différentes de l'épidémiologie clinique. De façon non exhaustive, on peut citer les approches de recherche évaluative, d'évaluation centrée sur la théorie (*theory-driven evaluation*), d'évaluation réaliste, etc. Cependant, la littérature scientifique issue de ces autres approches est beaucoup plus difficile à identifier, à évaluer et à synthétiser.

1.3.3 Composantes et typologies des interventions visant le retour au travail et le maintien en emploi

Concernant la typologie des interventions de réadaptation et de retour au travail, il a été identifié une littérature abondante qui illustre l'hétérogénéité des interventions et leur complexité croissante. La description du contenu et des modalités des interventions dans les études originales comme dans les revues systématiques est décontextualisée, hétérogène et lacunaire. Il en résulte, pour les lecteurs et les utilisateurs de la recherche, des difficultés pour savoir « qui a fait quoi, quand, comment, où, combien de temps, et pourquoi ».

Des recommandations ont été formulées pour une meilleure description du contenu et des modalités des interventions (24). D'autres recommandations plus spécifiques ont été formulées pour décrire précisément les mécanismes des interventions visant à obtenir des changements de comportement (25). D'autres auteurs ont proposé un outil avec dix items permettant d'évaluer la complexité des interventions incluses dans les revues systématiques, dans le but de reconstituer leur modèle logique (26). Ces recommandations récentes n'ont pas été suivies dans la grande majorité des interventions qui ont été analysées dans le cadre de ces recommandations. La reconstitution *a posteriori* du modèle logique théorique et opérationnel des interventions publiées ne rentre pas dans le champ de ces recommandations. Chaque lecteur intéressé est invité à se reporter aux études originales décrivant une intervention particulière, en utilisant les outils cités en référence pour tâcher de reconstituer son modèle logique théorique et/ou opérationnel.

Les interventions visant le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs ayant des problèmes de santé comportent le plus souvent plusieurs composantes visant à intervenir au niveau des **individus** (travailleurs avec des problèmes de santé), au niveau de leur **environnement** (interventions en entreprise), ou encore au niveau de la **coordination** entre les différents acteurs.

Ainsi, la revue de la littérature de Cullen *et al.*, 2017 (27), précise le « contenu » des 36 interventions retrouvées dans la littérature classées selon trois grands domaines : des interventions centrées sur la santé donc l'individu, des interventions comprenant une coordination entre les actions et les interventions modifiant le travail.

Les travaux plus anciens de Fadyl (28) ciblés sur la réadaptation après traumatisme crânien, comme beaucoup d'autres travaux focalisés sur des pathologies spécifiques musculosquelettiques, mentales, cancéreuses ou encore cardiovasculaires montrent que si les interventions visant à reprendre le travail après une pathologie sont très hétérogènes, elles comprennent cependant fréquemment les trois volets ciblant le travailleur, le travail et la coordination.

La plupart des articles admettent que, même lorsqu'ils ont classé les types d'intervention, celles-ci devenant de plus en plus multidisciplinaires et complexes, il est difficile de les comparer (cf. revue systématique d'Odeen (6) décrite ci-après).

Pour les interventions cliniques centrées sur les travailleurs ayant des problèmes de santé, les modalités d'intervention peuvent varier selon les pathologies considérées (troubles musculosquelettiques, troubles de santé mentale, cancer, etc.).

Dans le domaine musculosquelettique (lombalgie chronique), Kamper *et al.* (29) définissent la notion de réadaptation pluridisciplinaire comme toute intervention mobilisant une composante physique (par exemple, un programme d'exercices) avec au moins un autre domaine du modèle biopsychosocial (psychologique, social ou professionnel), associant des professionnels de différentes spécialités (médecins, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.).

Dans le domaine de la santé mentale (dépression), Nieuwenhuisjen *et al.* (30) distinguent, pour les interventions cliniques, les interventions médicamenteuses (tout type de médicament antidépresseur, quelle que soit la dose), les interventions dites « psychologiques » (regroupant différentes approches comme les thérapies cognitives et comportementales, interpersonnelles, de résolution de problèmes, psychanalytiques, etc.) et les interventions dites « physiques » recourant à des exercices aérobies ou anaérobies.

Pour les interventions en entreprise, van Vilsteren *et al.* (7) ont distingué les composantes des interventions apportant des changements au niveau des équipements (incluant par exemple le mobilier ou les outils nécessaires à la réalisation du travail), au niveau de l'organisation du travail (changements des horaires ou des tâches, formations à des tâches spécifiques, modification des relations avec l'encadrement et les collègues), ainsi qu'au niveau des conditions de travail (modalités financières et contractuelles, changements dans l'environnement physique de travail comme le bruit, l'éclairage, les vibrations, etc.). La dernière modalité identifiée était l'accompagnement individuel des travailleurs (*case management*) avec l'implication active d'au moins deux personnes (le travailleur concerné et son employeur).

Pour les programmes de coordination du retour au travail, Vogel *et al.* (31) ont ainsi défini les interventions qui remplissaient les critères suivants : poursuivre l'objectif de promouvoir le retour au travail ; avoir au moins un contact en face-à-face entre le coordinateur du retour au

travail et le travailleur concerné ; commencer le processus avec une évaluation des besoins du travailleur et conduire à un plan individualisé de retour au travail ; gérer la mise en œuvre de ce plan par le coordinateur du retour au travail. La notion de plan individualisé impliquait un ensemble d'actions à l'intention du travailleur, de l'employeur, de l'entreprise ou d'autres facteurs dans le processus de retour au travail. Le seul ajustement aux besoins individuels du travailleur (par exemple, des exercices individualisés de kinésithérapie) n'était pas un critère suffisant. En conséquence, le plan de retour au travail devait prévoir plusieurs actions possibles.

Ici encore, la reconstitution *a posteriori* des composantes et des modalités des interventions publiées ne rentre pas dans le champ de ces recommandations. Chaque lecteur intéressé est invité à se reporter aux études originales décrivant une intervention particulière, ou aux revues systématiques citées en référence pour identifier le contenu précis d'une intervention en cas de besoin.

En conclusion, les interventions visant à réduire les situations de handicap au travail et l'absentéisme associé peuvent comprendre de façon combinée :

- une intervention médico-psychologique ciblant l'individu ayant pour objectif l'amélioration des capacités fonctionnelles (et donc de travail) du travailleur pouvant comprendre :
 - un programme cognitivo-comportemental afin de lutter contre les représentations négatives de la maladie et les « peurs et croyances » sur les difficultés de la réinsertion sociale et professionnelle : un accroissement du statut de santé perçue, une réduction des peurs et évitements anxieux face à la douleur et / ou aux mouvements, un accroissement du sentiment d'efficacité personnelle face au travail (32),
 - un accroissement de la performance physique ;
- une intervention ciblant le travail pouvant associer :
 - l'encouragement de l'employeur à repérer les travailleurs en arrêt de travail, à garder des liens avec leurs salariés absents et à mettre en œuvre des stratégies facilitant le retour au travail,
 - une prise en compte du travail réel et de ses exigences,
 - des adaptations temporaires du travail, voire un changement des tâches ou de poste si la charge et/ou l'environnement sont inadaptés,
 - des améliorations ergonomiques du travail, par exemple au moyen d'interventions d'ergonomie participative,
 - un retour progressif au travail ;
- les interventions comprenant une coopération des acteurs comprennent :
 - des échanges entre l'employeur/le milieu de travail et les soignants,
 - l'existence d'un coordonnateur de reprise du travail.

1.4 Enjeux éthiques

Depuis plusieurs années, le constat a été fait en France d'inégalités sociales devant la santé. Les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles inférieures ont plus de risque d'être en mauvaise santé que les personnes situées dans les catégories socioprofessionnelles supérieures. Ce gradient social a également été constaté s'agissant du maintien en emploi après des troubles de santé. Ainsi, les travailleurs ayant un moindre niveau de qualification ont plus de risque que les autres de perdre leur emploi après des difficultés de santé, que ces travailleurs soient affectés de douleurs musculosquelettiques,

de troubles de santé mentale ou encore d'un cancer. La revue de littérature des facteurs pronostiques a ainsi identifié qu'un faible niveau d'éducation était un facteur de mauvais pronostic professionnel après un trouble de santé.

Les mécanismes par lesquels ces inégalités se construisent ne sont pas complètement élucidés, et sont probablement multiples. Un faible niveau de qualification initiale peut être associé à des moindres possibilités de reclassement sur des postes de travail physiquement moins exigeants. Les personnes socialement moins favorisées sont également susceptibles d'avoir un moindre degré de littératie en santé, un moindre capital social, et moins de stratégies d'adaptation aux difficultés de leur environnement. Par ailleurs, des situations de non-recours au droit ont également été décrites chez les personnes socialement moins favorisées, soit par non-connaissance de ces droits, soit par non-demande, soit par leur non-obtention. Dans le cas du maintien en emploi, il peut s'agir par exemple d'un moindre recours aux visites de pré-reprise auprès du médecin du travail, au temps partiel thérapeutique, et aux aménagements du poste de travail. Quoi qu'il en soit, la réduction des inégalités sociales devant l'emploi après des troubles de santé nécessite que la prévention secondaire et tertiaire mise en œuvre soit ciblée sur des populations à risque avec des mesures adaptées à leurs besoins.

Il a été constaté que les interventions de réadaptation professionnelle après un trouble de santé poursuivaient des objectifs situés essentiellement au niveau individuel des travailleurs concernés. Ce constat est cohérent dans une philosophie qui consiste à promouvoir l'autonomie des personnes en leur donnant du pouvoir d'agir. Pour autant, dans la vision personne-environnement qui caractérise les situations de handicap ou de participation sociale, il est tout autant nécessaire d'agir sur les environnements de travail dans leurs composantes physiques et sociales, sous peine de faire peser sur le seul travailleur le poids et la responsabilité du maintien en emploi.

C'est pourquoi toute action/stratégie de maintien en emploi devrait considérer simultanément la promotion de l'autonomie et de la liberté du travailleur concerné, en même temps que la nécessité d'agir sur son environnement (particulièrement de travail) pour modifier les déterminants contribuant à la situation de handicap. En d'autres termes, on peut considérer que la responsabilité du maintien en emploi est partagée entre le travailleur et son employeur, mais aussi avec les professionnels du système de santé et de la protection sociale.

2. État des lieux des dispositifs législatifs, mobilisables au titre du maintien en emploi

Les dispositifs rapportés dans cette partie figurent dans le Code du travail (CT), dans le Code de la sécurité sociale (CSS) et dans le Code de santé publique (CSP).

2.1 Les missions et les outils du service de santé au travail et du médecin du travail dans le cadre du maintien en emploi

2.1.1 Les missions

► Le maintien en emploi dans les missions des services de santé au travail

Selon l'article L. 4622-2 du Code du travail, les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils :

1° conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

2° conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de **prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs** ;

3° assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et de leur âge ;

4° participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Si ces quatre missions principales participent toutes de la prévention de la désinsertion professionnelle, celles-ci, ainsi que le maintien en emploi, sont explicitement cités au titre de la mission de conseil des services de santé au travail.

Il en est de même des actions sur le milieu de travail visant la visite des lieux de travail ; **l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien en emploi** ; l'identification et l'analyse des risques professionnels ; l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ; etc. (article R. 4624-1 du Code du travail).

► Le maintien en emploi dans les missions du médecin du travail

Ces missions sont déclinées, pour le médecin du travail, qui doit éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail (article L. 4622-3 du Code du travail).

Comme pour le service de santé au travail, le maintien en emploi est explicitement cité au titre des missions du médecin du travail.

En effet, selon l'article R. 4623-1 du Code du travail, dans le champ de ses missions :

1° il participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs, notamment par (...) l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de **préserv**er le maintien en **emploi des salariés** ;

2° il conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail, réalisées, conformément à sa mission définie à l'article [L. 4622-3](#), **au service de la prévention et du maintien en emploi des travailleurs**, qu'il conduit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, qu'il anime et coordonne ;

3° il décide du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, qui a une vocation exclusivement préventive et qu'il réalise avec les personnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article [L. 4624-1](#), qui exercent dans le cadre de protocoles et sous son autorité ;

4° il contribue à la veille épidémiologique et à la traçabilité.

► **L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail au service du maintien en emploi**

Depuis la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, complétée par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016, les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire (article L. 4622-8 du Code du travail).

En principe, le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions, dans le cadre des missions précitées.

Toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire (article R. 4623-14 du Code du travail).

En application de ce principe, et ce depuis le 1^{er} janvier 2017, le suivi individuel et collectif de l'état de santé des travailleurs, notamment, peut être partagé entre tous les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail (dans le cadre des visites d'information et de prévention ; ou la visite des lieux de travail dont l'accès est étendu aux professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire – article R. 4624-3 du Code du travail).

Cette délégation de missions doit faire l'objet de protocoles précis. Dans le cadre du maintien en emploi plus particulièrement, il semble important que des éléments de vigilance soient recueillis par le professionnel de santé lors des visites de suivi de santé effectuées initialement et périodiquement.

2.1.2 Les outils au service du maintien en emploi

L'obligation de prévenir la désinsertion professionnelle pesant sur les services de santé au travail passe par différents outils :

- le suivi individuel comme outil de prévention favorisant le MEE ;
- les protocoles qui permettent de confier certaines missions dévolues aux médecins à d'autres professionnels de l'équipe de santé au travail ;
- le suivi/signalement collectif ;
- les préconisations en vue d'aménager les conditions de travail incluant des échanges préalables avec le salarié et l'employeur ;
- la traçabilité des expositions professionnelles et des actions menées par le service de santé au travail au service du maintien en emploi ;
- le processus d'inaptitude et le rôle des SST dans l'employabilité au-delà de l'inaptitude.

► Le suivi individuel comme outil de prévention favorisant le maintien en emploi

Tout travailleur bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, ce suivi individuel diffère en fonction du poste occupé. Ainsi, les salariés non affectés à des postes à risque particulier bénéficient d'un suivi individuel dit « classique » ([L.4624-1](#) + [R.4624-10](#) et s. du Code du travail), alors que les salariés affectés à des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité ou pour celle de leurs collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficient d'un suivi individuel renforcé ([L. 4624-2](#) + [R.4624-22](#) et s. du Code du travail).

Le médecin du travail peut en outre adapter le suivi individuel, *via* des protocoles (ses modalités et sa périodicité), en fonction des conditions de travail, de l'état de santé et de l'âge du travailleur, ainsi que des risques professionnels auxquels il est exposé (notamment pour les travailleurs handicapés, les titulaires d'une pension d'invalidité, les travailleurs de nuit, les travailleurs de moins de 18 ans et les femmes enceintes ou allaitantes, etc. [article R. 4624-17 du Code du travail](#)).

Qu'il s'agisse du suivi individuel classique, renforcé ou adapté, l'objectif est identique : connaître l'état de santé du salarié et les contraintes du poste de travail pour s'assurer qu'ils sont toujours compatibles et qu'il n'existe pas un risque de désinsertion professionnelle.

Lorsque le suivi est assuré par un autre professionnel de santé de l'équipe que le médecin du travail, celui-ci doit s'assurer que cet objectif est bien rempli. Les protocoles encadrant les missions de ces professionnels devront donc mettre en avant les points de vigilance à prendre en compte pour détecter tout risque et orienter le salarié, le cas échéant, vers le médecin du travail.

La nouvelle réglementation en matière de suivi, issue de la Loi El Khomri, participe directement du maintien en emploi des salariés puisqu'elle permet de mettre en place un suivi plus ciblé et plus adapté en fonction des besoins de chacun.

Nous proposons de balayer l'ensemble des visites médicales en fonction du moment de leur réalisation en ciblant spécifiquement les mesures visant directement ou non le maintien en emploi :

- en dehors de tout arrêt de travail (embauche ; périodique ; à la demande) ;

- pendant un arrêt de travail (VPR) ;
- après un arrêt de travail (VR).

(a) En dehors de tout arrêt de travail : visites initiales, périodiques et supplémentaires

Objectifs : connaître l'état de santé du salarié et les contraintes du poste de travail pour s'assurer qu'ils sont toujours compatibles et qu'il n'existe pas un risque de désinsertion professionnelle ; faire les préconisations nécessaires à la préservation de l'état de santé.

Le suivi individuel « classique » des travailleurs hors postes à risque ([L. 4624-1](#) + [R. 4624-10](#) et s. du Code du travail) peut être réalisé par l'ensemble des professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail dans le cadre de visites d'information et de prévention (VIP) d'embauche et périodiques.

Ces VIP ont pour objet : **D'interroger le salarié sur son état de santé ; De l'informer sur les risques** éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; **De le sensibiliser sur les moyens de prévention** à mettre en œuvre ; **D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ; De l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail** ([article R. 4624-11 du Code du travail](#)).

La connaissance de l'état de santé et des risques ainsi que la sensibilisation à l'importance des moyens de prévention participent de la prévention de la désinsertion professionnelle. De même, les travailleurs orientés vers le médecin du travail pourront bénéficier d'adaptation de leur poste ou de l'affectation à d'autres postes dans l'objectif de maintenir (ou ne pas détériorer) leur état de santé – [article R. 4624-13 du Code du travail](#).

Le suivi individuel renforcé des travailleurs affectés à des postes à risques tels que définis par [l'article R. 4624-23 du Code du travail](#) ([L. 4624-2](#) + R. 4624-22 et s. du Code du travail) est réalisé par le médecin du travail dans le cadre d'examens médicaux d'aptitude à l'embauche, puis renouvelé périodiquement.

Ces visites médicales d'aptitude ont pour objet : De s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la **compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté**, afin de **prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité** ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ; De rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection comportant un danger pour les autres travailleurs ; **De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ; D'informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire** ; De sensibiliser le travailleur sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ([article R. 4624-24 du Code du travail](#)).

Comme pour le suivi individuel classique, l'objectif est bien de connaître l'état de santé, les contraintes du poste pour éventuellement faire les aménagements nécessaires à la préservation de la santé et au maintien en emploi.

Indépendamment des examens d'aptitude à l'embauche et périodiques ainsi que des VIP, le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail. En effet, selon l'article R. 4624-34 du Code du travail, **le travailleur peut solliciter notamment une visite médicale, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.**

Le maintien en emploi est explicitement visé dans le cadre des « visites médicales à la demande ». Elles sont réalisées exclusivement par le médecin du travail qui pourra préconiser les aménagements de poste nécessaires à la préservation de la santé du salarié. Lorsque la visite a lieu en dehors du temps de travail, le Code du travail ne précise pas si les préconisations du médecin du travail doivent, quand le salarié ne le souhaite pas, être tout de même transmises à l'employeur alors que ce dernier n'a pas été informé de cette visite. En effet, la possibilité pour le salarié de s'opposer à ce que les recommandations du médecin du travail soient transmises à l'employeur n'est prévue par l'article R. 4624-30 du Code du travail que dans le cadre des visites de pré-reprise.

En revanche, pour les autres visites, y compris les visites à la demande, aucun texte ne prévoit la possibilité pour un salarié de s'opposer à ce que les préconisations du médecin du travail soient transmises à l'employeur. Néanmoins, comme la jurisprudence n'a pas pris position à ce sujet qui reste délicat face au risque de perdre la confiance d'un travailleur, le médecin aura constamment en tête le souci de préserver les règles éthiques de la médecine en privilégiant le lien de confiance avec le travailleur, tout en jouant pleinement son rôle de conseiller.

Lorsque c'est l'employeur qui sollicite la visite médicale, il est important qu'il motive cette demande auprès du médecin du travail pour ne pas la priver d'effet.

Dans le même sens, depuis le 1^{er} janvier 2017, le médecin du travail peut également organiser une visite médicale pour tout travailleur le nécessitant ([article R. 4624-34 du Code du travail](#)). Si, ici, le maintien en emploi n'est pas explicitement cité, il est nécessairement sous-entendu, puisque le médecin du travail pourra solliciter une visite médicale pour s'assurer de la compatibilité entre l'état de santé et le poste de travail ou pour préconiser les aménagements nécessaires à la préservation de la santé.

Éléments de synthèse pour toutes les visites médicales :

- obtenir le plus d'informations possible sur l'état de santé du salarié, son poste de travail et les risques afférents pour déterminer le meilleur suivi de santé (suivi adapté) en vue de la préservation de sa santé, évitant ainsi tout risque de désinsertion professionnelle ;
- tracer toutes ces informations ainsi que les actions menées ;
- informer le salarié : de sa faculté de solliciter une visite à tout moment pour anticiper tout risque de désinsertion professionnelle ; de l'importance des moyens de prévention ; de l'importance de partager des informations sur son état de santé ;
- avoir un message cohérent par toute l'équipe pluridisciplinaire, l'information pouvant être délivrée par tout professionnel de santé de l'équipe (cf. notamment les éléments de vigilance à recueillir précisés dans les protocoles) ;
- ne pas oublier que les préconisations/aménagements peuvent avoir lieu dès la visite d'embauche pour anticiper au maximum la désinsertion, puis à tout moment du suivi de santé.

(b) Pendant l'arrêt de travail : importance de la visite de pré-reprise (VPR)

Objectif : anticiper le retour au travail et le maintien durable dans l'emploi sans risque pour la santé.

Lorsque l'état de santé du travailleur ne lui permet plus d'occuper son poste de travail, il peut se voir prescrire un arrêt de travail par son médecin traitant ; le médecin traitant est un autre acteur du maintien en emploi *via* sa capacité à détecter précocement un problème de santé. Les échanges, dans le respect du secret professionnel et médical, entre ces deux acteurs sont donc précieux.

L'article R. 4624-29 du Code du travail prévoit qu'en vue de favoriser le maintien en emploi des travailleurs en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois, une visite de pré-reprise soit réalisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de Sécurité sociale ou du travailleur.

Cette mention d'un délai de 3 mois est à mettre en lien avec l'article L. 323-4-1 du Code de la sécurité sociale prévoyant qu'au cours de toute interruption de travail dépassant 3 mois, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Il n'est nullement interdit de solliciter une visite de pré-reprise avant ce délai de 3 mois (réponses ministérielles n° 19 879 et n° 19 880 du 3 septembre 2013, JOAN Q, p. 9 330 et 9 331), surtout si les acteurs (salarié, médecin conseil ou médecin traitant) pressentent un risque de désinsertion professionnelle ou des difficultés de MEE.

Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin conseil en informe préalablement le médecin traitant. Dans tous les cas, l'assuré est également informé. Après la visite de pré-reprise, organisée avec l'accord de l'intéressé, le médecin du travail communique au médecin conseil, sous 20 jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions (contrôle de l'arrêt de travail, mise en place d'un temps partiel thérapeutique ou d'une pension d'invalidité) afin de préparer le retour à l'emploi (article D. 323-3 du Code de la sécurité sociale).

Si le Code du travail ne prévoit pas la VPR à l'initiative de l'employeur et du médecin du travail, rien ne s'oppose à ce que ces acteurs gardent un lien avec le salarié pendant son arrêt et l'informent de la possibilité de bénéficier d'une VPR sans exercer de pression pour une quelconque reprise (cf. Courrier d'information en annexe 2 du texte court des recommandations).

Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander :

- 1° des aménagements et adaptations du poste de travail ;
- 2° des préconisations de reclassement ;
- 3° des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle.

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

Il informe, sauf si le travailleur s'y oppose, l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations **afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien en emploi du travailleur** (article R. 4624-30 du Code du travail).

Si ces échanges sur les recommandations du médecin du travail ne peuvent avoir lieu sans l'accord du salarié, rien n'interdit à l'employeur de communiquer avec le salarié et le médecin du travail pendant l'arrêt de travail et avant que l'état de santé ne soit consolidé afin de favoriser le retour et le MEE.

La visite de pré-reprise permet d'anticiper et de préparer le retour du travailleur à son poste de travail et ainsi éviter tout risque de désinsertion professionnelle. Lors de cette visite de pré-reprise, le médecin du travail pourra envisager toutes les mesures d'aménagements et d'adaptation, voire de changement de poste qui devront être mises en œuvre dès le retour du salarié.

Ces mesures d'aménagement devront être précises et discutées avec l'employeur et le salarié pour une meilleure mise en œuvre, sauf si le salarié s'y oppose. Il est à noter d'ailleurs qu'aucun formalisme particulier n'est prévu pour ces échanges puisque l'arrêté du 16 octobre 2017 n'a pas prévu de formulaire spécifique.

Éléments de synthèse autour de la visite de pré-reprise :

- informer le travailleur de sa possibilité de solliciter une VPR (information en amont de l'arrêt de travail) ;
- favoriser les contacts avec le service de santé au travail et le médecin du travail, pour les informer des arrêts de travail, afin qu'une invitation et une information sur la VPR puisse être faite ;
- réaliser la VPR le plus en amont possible pour anticiper la reprise et renouveler cette VPR si nécessaire en fonction de l'évolution de l'état de santé ;
- préciser dès ce stade au salarié qu'il est possible d'envisager des aménagements temporaires ou non de l'activité afin de favoriser une reprise de travail la plus précoce et adaptée possible ;
- échanger avec le médecin traitant et le médecin conseil qui connaissent bien l'état de santé du salarié dans le respect du secret professionnel (cf. partie sur le secret médical et professionnel) ;
- échanger avec le salarié et l'employeur (qui ne peut être informé des préconisations qu'en cas d'accord du salarié) pour tenter de mettre en œuvre le plus en amont et le plus facilement possible les aménagements envisagés.

(c) Au retour d'un arrêt de travail : la visite de reprise (VR)

Objectif : favoriser le retour du salarié sur un poste de travail en adéquation avec son état de santé et éviter tout risque de désinsertion professionnelle, favoriser une employabilité durable.

La visite de reprise doit être réalisée par le médecin du travail :

1° après un congé de maternité ;

2° après une absence pour cause de maladie professionnelle ;

3° après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le service de santé au travail qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de 8 jours qui suivent cette reprise (article R. 4624-31 du Code du travail).

Cet examen de reprise, à distinguer de la visite de pré-reprise, a pour objet :

1° de vérifier si le poste de travail que doit reprendre le travailleur ou le poste de reclassement auquel il doit être affecté est **compatible avec son état de santé** ;

2° **d'examiner les propositions d'aménagement ou d'adaptation du poste** repris par le travailleur ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises le cas échéant par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise ;

3° **de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur** ;

4° d'émettre, le cas échéant, un avis d'inaptitude (article R. 4624-32 du Code du travail).

Dans le cadre du maintien en emploi, cette visite de reprise est primordiale puisqu'elle permettra de mettre en œuvre les préconisations du médecin du travail proposées, le cas échéant, dès la visite de pré-reprise (d'où l'importance que celles-ci soient très précises).

Si la VR est prévue obligatoirement après 30 jours d'arrêt de travail, rien n'empêche l'employeur ni le travailleur de solliciter une visite auprès du médecin du travail après la reprise suite à un arrêt de moindre durée. Cette visite doit alors être considérée comme une visite à la demande.

L'article R. 4624-33 du Code du travail impose à l'employeur d'informer le médecin du travail de tout arrêt de travail de moins de 30 jours pour cause d'accident du travail, de sorte que le médecin du travail pourrait aussi prendre l'initiative d'une visite en cas de besoin.

Éléments de synthèse autour de la visite de reprise :

- favoriser au maximum la reprise du travail, même sur un poste aménagé pour maintenir l'employabilité ;
- importance des échanges avec l'employeur à ce stade pour mettre en œuvre les aménagements nécessaires ;
- adapter le suivi de l'état de santé en fonction des actions déjà engagées (aménagement du poste) pour éviter une dégradation de l'état de santé entraînant un risque d'inaptitude et de désinsertion professionnelle.

► **Les protocoles permettant de confier certaines missions dévolues aux médecins à d'autres professionnels de l'équipe de santé au travail**

L'article R. 4626-13 du Code du travail permet au médecin du travail de confier certaines activités, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits, *notamment* aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail.

L'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent donc être amenés à participer au processus de MEE *via* des protocoles précisant des points de vigilance à respecter.

Éléments de synthèse autour des protocoles de délégation de missions :

- avoir un message cohérent par toute l'équipe pluridisciplinaire pour favoriser le MEE ;
- prévoir des protocoles précis prévoyant notamment des éléments de vigilance à respecter en matière de MEE.

► **Les préconisations du médecin du travail et les échanges avec l'employeur favorisant le maintien en emploi**

Objectif : dès lors que le médecin du travail détecte un risque pour la santé du travailleur, des préconisations précises d'aménagement ou d'adaptation de poste doivent être faites pour limiter ce risque pouvant être synonyme de désinsertion professionnelle.

À l'issue de chaque visite médicale réalisée (y compris après une VIP initiale ou un examen médical d'aptitude à l'embauche), le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur (article L. 4624-3 du Code du travail).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les préconisations individuelles ne peuvent se faire qu'après un échange avec le salarié qu'il reçoit et l'employeur (article L. 4624-5 du Code du travail).

Ces échanges participent directement du maintien en emploi des travailleurs puisque les aménagements proposés seront expliqués tant au salarié (qui pourra mieux les accepter) qu'à l'employeur (qui pourra mieux les comprendre et les appliquer, comme le Code du travail l'y contraint, sauf à justifier son impossibilité par écrit – article L. 4624-6). Il ne s'agit pas de faire « valider » les préconisations par l'employeur, mais bien de pouvoir dialoguer avec lui.

Pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou propositions, le médecin du travail pourra proposer l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi.

Pour que ces préconisations individuelles puissent avoir un réel impact en matière de maintien durable en emploi, il faut qu'elles soient suffisamment précises, y compris dans leur durée. Cela permettra d'éviter les incompréhensions et de faciliter leur mise en œuvre rapide pour éviter toute aggravation de l'état de santé.

Les préconisations du médecin du travail participent du maintien à l'emploi, et la jurisprudence actuelle leur donne une portée considérable en sanctionnant régulièrement les employeurs ne les respectant pas.

Ainsi, le non-respect des préconisations du médecin du travail peut traduire un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat. En effet, l'employeur qui s'abstient de suivre les recommandations du médecin du travail et qui maintient le salarié dans un poste mettant en péril sa santé doit être regardé comme ayant participé à l'inaptitude définitive du salarié ([Cass. soc., n° 15-14.885 du 8 février 2017](#) ; [Cass. soc., n° 15-20.915 et n° 15-18.887 du 23 novembre 2016](#) ; [Cass. soc., n° 14-19.639 du 2 mars 2016](#)).

Le non-respect des recommandations du médecin du travail peut également traduire un manquement de l'employeur à son obligation de reclassement ([Cass. soc., n° 15-13.246 du 1^{er} février 2017](#)) ou laisser présumer, dans certaines circonstances, l'existence d'un harcèlement moral ([Cass. soc., n° 14-26.671 du 3 février 2016](#)), ou justifier, sous certaines conditions, la prise d'acte de la rupture du contrat de travail par le salarié aux torts de l'employeur ([Cass. soc., n° 14-15.374 du 28 janvier 2016](#)).

Éléments de synthèse autour des préconisations du médecin du travail :

- faire des préconisations le plus en amont possible (y compris lors de la visite initiale si nécessaire) ;
- émettre des préconisations claires et précises afin d'éviter les ambiguïtés d'application qui pourraient freiner leur mise en œuvre et porter atteinte à la santé du salarié ;
- dialoguer/échanger avec l'employeur pour éviter les difficultés de compréhension ;
- émettre des préconisations en précisant leur durée ;
- prévoir un accompagnement de l'entreprise dans la mise en œuvre et le suivi de ces mesures par le médecin ou un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire.

► Le signalement comme vecteurs de maintien en emploi

Objectif : outre les préconisations individuelles, le médecin du travail doit signaler tout risque pour la santé des travailleurs en vue de prévenir, notamment, le risque de désinsertion professionnelle.

Selon l'article L. 4624-9 du Code du travail, lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

Le constat circonstancié d'un risque collectif peut se faire à la suite des visites médicales, mais aussi à la suite des actions en milieu de travail du médecin du travail (article R. 4624-1 du Code du travail).

L'objectif de ce signalement est d'ouvrir le débat avec l'employeur, de « façon traçable », et de mettre en visibilité les risques afin de déboucher sur la mise en place d'actions de prévention. Il ne s'agit pas de « menacer l'employeur ».

Le Code du travail exige que ce signalement soit fait par le biais d'un écrit motivé et circonstancié. Il s'agit donc pour le médecin du travail de décrire précisément les atteintes ou les risques d'atteintes repérés à la santé des travailleurs et de décrire les conditions de travail, environnementales ou organisationnelles dans l'entreprise (l'objectif étant la mise en place d'actions efficaces de prévention et de MEE). Il pourra étayer son argumentaire en utilisant : l'historique des interventions en entreprise, la fiche d'entreprise, le rapport annuel, les éventuels procès-verbaux de CHSCT, les déclarations/reconnaissances de maladies professionnelles, etc.

Éléments de synthèse sur les échanges avec l'employeur et le signalement du médecin du travail :

- motiver et circonstancier l'écrit de signalement pour éviter toute remise en cause ;
- accompagner le signalement de préconisations d'actions de prévention précises qui pourront être mises en œuvre avec l'aide de l'équipe de santé travail ;
- savoir dialoguer avec les employeurs à l'occasion non seulement des aménagements individuels, mais également lorsqu'il existe un risque pour la santé des salariés ;
- mobiliser l'article L. 4624-9 du Code du travail lorsqu'à partir de constats circonstanciés, il est possible de proposer à l'employeur des mesures à mettre en œuvre.

► **La traçabilité comme vecteur de maintien en emploi**

Objectif : tracer aussi bien les expositions professionnelles que les actions individuelles et collectives menées afin de suivre l'évolution de l'état de santé tout au long de la carrière du travailleur et de préconiser les meilleurs aménagements pour empêcher la désinsertion.

La traçabilité des expositions professionnelles fait partie intégrante des missions des services de santé au travail (article L. 4622-2 du Code du travail) et du médecin du travail (article R. 4623-1 du Code du travail).

Cependant, en matière de maintien en emploi, il faut également envisager la traçabilité de l'ensemble des actions menées par le service de santé au travail (notamment dans le dossier médical santé travail).

L'écrit, au-delà d'un mode de preuve, est un instrument de transmission et de conservation de l'information favorisant nécessairement le maintien en emploi. En effet, tracer les expositions professionnelles ainsi que les actions menées permet d'anticiper les risques de désinsertion professionnelle en proposant des mesures adéquates et ciblées de maintien en emploi.

La traçabilité se fait par le biais de divers documents, tant individuel que collectif.

Traçabilité individuelle :

- les avis d'aptitude avec les éventuelles préconisations individuelles ;
- les avis d'inaptitude avec les capacités restantes ;
- le dossier médical en santé au travail qui retrace tout ce qui a été fait en santé travail : les objectifs du dossier médical en santé au travail (DMST) sont notamment d'aider le médecin du travail à faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi et de les tracer (33).

Traçabilité collective :

- les protocoles établis pour les missions du collaborateur médecin, infirmier en santé au travail, interne qui peuvent préciser les critères de vigilance en matière de MEE ;
- les courriers de signalements collectifs à l'employeur ;
- la fiche d'entreprise dont la date d'actualisation doit être mentionnée sur l'avis d'inaptitude depuis le 1^{er} janvier 2017 ;
- le rapport annuel d'activité.

Éléments de synthèse sur la traçabilité des expositions professionnelles et des actions menées :

- tracer l'ensemble des expositions professionnelles pour anticiper les risques de désinsertion professionnelle ;
- tracer l'ensemble des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, notamment dans le DMST, pour proposer les aménagements nécessaires au maintien durable en emploi.

► **Le processus d'inaptitude et le rôle des SST dans l'employabilité au-delà de l'inaptitude**

Objectif : la déclaration d'inaptitude est une solution de dernier recours lorsque le travailleur ne peut plus occuper son poste de travail et après que tous les aménagements possibles ont été envisagés pour le poste initialement occupé. Il faut penser ce processus en matière d'employabilité au-delà de la procédure d'inaptitude (employabilité soit dans l'entreprise, soit dans une autre entreprise ou sous une autre forme d'emploi).

Selon l'article L. 4624-4 du Code du travail, l'inaptitude au poste de travail ne pourra être prononcée que lorsqu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste.

Outre ces conditions, un membre de l'équipe pluridisciplinaire devra procéder, en amont, à une étude de poste et des conditions de travail (permettant de s'assurer au vu de l'état de santé et des contraintes du poste de l'absence d'autres possibilités), et le médecin du travail devra échanger avec le salarié et l'employeur (article R. 4624-42 du Code du travail).

Ces échanges occupent une place importante dans le processus de maintien en emploi puisqu'ils permettent aux acteurs (employeur et salarié) de discuter et de comprendre la décision du médecin du travail et de faciliter sa mise en œuvre (après s'être assuré qu'il n'existait pas d'autres recours).

L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. Il doit ainsi préciser les capacités restantes du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et formuler des indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté (articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail).

La précision des capacités restantes du salarié par le médecin du travail est primordiale pour faciliter son reclassement et donc son maintien en emploi.

Lorsqu'aucune capacité restante ne peut être médicalement précisée, le médecin du travail peut mentionner dans son avis d'inaptitude que tout maintien du salarié dans un/l'emploi

serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un/l'emploi (articles L. 1226-2-1 et L. 1226-12 du Code du travail).

Si, *a priori*, l'utilisation de ces formulations dispense l'employeur de son obligation de reclassement (cf. le modèle d'avis d'inaptitude fixé par l'arrêté du 16 octobre 2017), celles-ci peuvent également constituer un frein à tout retour à l'emploi.

Cette mention qui sous-entend qu'il n'existe pas de capacité restante pourrait constituer en effet un handicap supplémentaire au-delà d'un licenciement pour retrouver un emploi, en sachant que le travailleur n'aura alors plus de médecin du travail et que les interlocuteurs, acteurs de retour à l'emploi, que ce soit Pôle emploi ou Cap emploi, pourraient être désarçonnés face à une telle formule. Quel poste adapté proposer en effet à un salarié sans capacités restantes ?

Éléments de synthèse sur le processus d'inaptitude :

- s'assurer que toutes les mesures d'aménagement ou d'adaptation ont bien été mises en œuvre en amont de toute décision d'inaptitude ;
- préciser autant que possible les capacités restantes du salarié et la capacité du salarié à bénéficier d'une formation (en sachant qu'il ne s'agit pas (forcément) d'identifier le type de formation, mais bien de signaler ainsi à l'employeur son obligation d'envisager, dans le cadre de son obligation de reclassement, une formation potentielle pour accéder à un poste de reclassement) ;
- ces capacités restantes doivent être à la fois les plus précises possible, mais également les plus larges possible au regard des capacités fonctionnelles du salarié parce qu'elles constituent le périmètre dans lequel l'employeur doit rechercher une solution de reclassement ;
- répondre après la décision d'inaptitude aux sollicitations éventuelles de l'employeur sur ses propositions de reclassement afin de favoriser le reclassement du salarié et donc son maintien en emploi.

2.1.3 Les outils complémentaires pouvant participer au maintien en emploi

► Les dispositifs de droit commun

(a) La formation professionnelle continue au service du MEE

La formation professionnelle est un outil majeur de MEE, mobilisable à tout moment de la vie professionnelle et surtout avant l'inaptitude.

L'article L. 6312-1 du Code du travail, dans sa version applicable au 1^{er} janvier 2019 (issu de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel), précise que l'accès des salariés à des actions de formation professionnelle est assuré :

- à l'initiative de l'employeur, le cas échéant, dans le cadre d'un plan de développement des compétences ;
- à l'initiative du salarié, notamment par la mobilisation du compte personnel de formation prévu à l'article [L. 6323-1](#) ;
- dans le cadre des périodes de professionnalisation prévues à l'article [L. 6325-1](#).

Les actions concourant au développement des compétences qui entrent dans le champ d'application des dispositions relatives à la formation professionnelle sont notamment,

conformément à l'article L. 6313-1 du Code du travail, dans sa version applicable au 1^{er} janvier 2019 :

- les actions de formation : elles ont notamment pour objet de favoriser l'adaptation des travailleurs à leur poste de travail, à l'évolution des emplois, ainsi que leur maintien dans l'emploi, et de participer au développement de leurs compétences en lien ou non avec leur poste de travail. Elles peuvent également permettre à des salariés dont le contrat est rompu d'accéder à des emplois exigeant une qualification différente (article L. 6313-3 du Code du travail) ;
- les bilans de compétences ; ils ont pour objet de permettre à des travailleurs d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation (article L. 6313-4 du Code du travail) ;
- les actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience (article L. 6313-5 du Code du travail).

À noter : Les formations destinées aux salariés en arrêt de travail et organisées dans le cadre des articles L. 323-3-1 et L. 433-1 du Code de la sécurité sociale sont considérées comme des actions de formation (article L. 6313-14 du Code du travail).

(b) Les mesures de l'Assurance maladie en faveur du MEE

- Le temps partiel thérapeutique et la reprise d'un travail léger

Selon le ministère du Travail⁴, le temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) ou la reprise d'un travail léger (RTL) sont prescrits par le médecin traitant lorsqu'il estime que son patient ne peut pas occuper son poste de travail à temps plein, mais qu'il juge que l'exercice d'une activité peut contribuer à son rétablissement.

À noter : Elles peuvent également être prescrites par le médecin spécialiste qui a prescrit l'arrêt de travail et/ou ses prolongations.

Le temps partiel thérapeutique (TPT) est proposé à toutes personnes, y compris à celles qui n'auraient pas été en arrêt maladie (loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019) et permet un aménagement du temps de travail (en jours et heures). La reprise de travail léger (RTL) est proposée aux personnes en arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle et permet un aménagement du temps de travail et/ou de la charge de travail.

Le TPT ou la reprise d'un travail léger (RTL) peut favoriser le maintien en emploi des salariés puisqu'il permettra un retour progressif au travail, protecteur de la santé, sur un poste aménagé en fonction des capacités du salarié.

En effet, conformément à l'article L. 323-3 du Code de la sécurité sociale, le salarié peut se voir proposer un temps partiel thérapeutique si :

- Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;
- ce dernier doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

⁴ Consulter la fiche pratique sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/temps-partiel-therapeutique>

La reprise d'un travail léger sera autorisée par le médecin traitant, si elle est reconnue par le médecin conseil de la Caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ([article L. 433-1 du Code de la sécurité sociale](#)).

Le TPT et la RTL sont prescrits par le médecin traitant (ou le médecin spécialiste), mais doivent être autorisés par le médecin conseil et par la CPAM (puisque le salarié perçoit des indemnités journalières – articles L. 323-3 et L. 433-1 du Code de la sécurité sociale).

À noter :

- le TPT ne peut se mettre en place à la suite d'une stabilisation de l'état de santé et doit être demandé par le médecin traitant (ou le médecin spécialiste) avant le terme de l'arrêt de travail le cas échéant ;
- si le salarié est affecté d'une affection longue durée (ALD) qui l'entrave dans sa reprise d'activité à temps complet, un TPT peut être demandé directement à la suite de cette dernière (article L. 323-3 modifié du Code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale 2012) ;
- la RTL ne peut se mettre en place à la suite d'une consolidation de l'état de santé. Par contre, elle peut également être demandée après une reprise de travail à temps complet si l'état de santé le nécessite (article L. 433-1 modifié du Code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale 2012).

Lorsque le TPT ou la RTL sont acceptés par l'employeur, il appartiendra au médecin du travail de déterminer concrètement les aménagements à effectuer, y compris organisationnels (il peut notamment préciser le pourcentage d'activité que le salarié pourra effectuer).

Pour favoriser au maximum le maintien durable en emploi, ces aménagements devront être précis et strictement adaptés aux capacités du salarié pour éviter toute altération supplémentaire de la santé pouvant entraîner une désinsertion professionnelle.

Il est également important de prévoir une visite médicale avant le terme du TPT/RTL pour anticiper le retour à temps plein du salarié et, le cas échéant, les autres dispositifs mobilisables en cas d'impossibilité de reprendre à temps plein (mise en invalidité, par exemple, si le salarié relève de la réglementation maladie).

- La mise en invalidité

Selon les articles L. 341-1 et R. 341-2 du Code de la sécurité sociale, l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Selon les articles R. 341-4, R. 341-5 et R. 341-6 du Code de la sécurité sociale, il existe trois catégories d'invalidité qui font varier le montant de la pension d'invalidité versée à l'assuré.

Le versement de la pension d'invalidité atteste de l'impossibilité du travailleur à retrouver sa capacité de travail initiale. **Cependant, le fait de percevoir une pension d'invalidité n'interdit pas de travailler (et ce peu importe la catégorie d'invalidité visée)**, notamment sur un poste adapté. Dans ce cadre-là, le médecin du travail peut notamment préconiser des

aménagements du temps de travail pour favoriser le maintien durable en emploi et éviter toute altération supplémentaire de la santé du travailleur (cf. 2.1.2 Les outils au service du MEE).

À noter : les salariés titulaires d'une pension d'invalidité doivent bénéficier d'un suivi adapté de leur état de santé (article R. 4624-17 du Code du travail).

Le titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie par ailleurs des dispositifs en faveur des bénéficiaires de l'obligation de l'emploi, et notamment des aides des fonds (AGEFIPH, FIPHFP, OETH) et des « accords handicap » des entreprises.

À noter : la pension d'invalidité est à distinguer de la rente AT/MP qui indemnise l'incapacité permanente à la suite d'un AT/MP. En effet, la pension d'invalidité évolue selon des critères médicaux (il est possible de passer d'une catégorie d'invalidité à l'autre, et ce dans les deux sens), mais aussi des ressources du bénéficiaire puisqu'elle compense la perte de salaire. La pension d'invalidité prend fin à l'âge légal de départ à la retraite (elle est transformée en pension de retraite pour inaptitude), sauf pour les personnes qui souhaitent continuer à travailler après l'âge légal de retraite⁵.

- Les actions de remobilisation précoce

L'article L. 323-3-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que les assurés relevant du risque maladie peuvent accéder à des actions de formation professionnelle continue ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil sans faire obstacle au versement de leurs indemnités journalières.

L'article L. 433-1 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale prévoit que cette mesure est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

L'accès à ces actions est soumis à l'accord du médecin traitant⁶.

Ces actions de remobilisation doivent être les plus précoces possible pour augmenter les chances de retour à l'emploi. Elles sont mises en œuvre sur autorisation de l'Assurance maladie après évaluation de la demande par la cellule départementale de prévention de la désinsertion professionnelle dont relève le salarié (en fonction de sa domiciliation).

À noter : le dispositif prévu aux articles L. 323-3-1 et L. 433-1 précités est également ouvert à l'assuré ayant repris le travail à TPT ou ayant repris un travail léger sous condition d'être entièrement réalisé sur le temps indemnisé par la CPAM.

Le dispositif prévoit des actions de formation professionnelle continue (cf. le point sur la formation professionnelle continue) et des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil pouvant intégrer des mises en situation et des stages en entreprise. Ces actions doivent être compatibles avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail.

⁵ Cf. le site Ameli pour plus d'informations sur la [pension d'invalidité \(https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite\)](https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite) et sur la [rente AT/MP\(https://www.ameli.fr/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/incapacite-permanente-suite-accident-travail\)](https://www.ameli.fr/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/incapacite-permanente-suite-accident-travail)

⁶ Formulaire d'accord préalable du médecin traitant pour une action de PDP : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/formulaire_accord_preable_action_pdp.pdf

- L'essai encadré

L'essai encadré fait partie intégrante des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et conseil précitées (cf. dépliant en annexe 4).

Ainsi, à sa demande, et pendant son arrêt de travail (sans perte des indemnités journalières), le salarié peut être affecté sur un poste (soit un nouveau poste, soit un poste aménagé), dans la même entreprise ou une autre, afin de vérifier sa capacité à reprendre le travail.

À noter : l'essai encadré est aussi ouvert à l'assuré ayant repris en TPT ou ayant repris un travail léger.

L'essai encadré doit être autorisé par le médecin traitant, le service social de la Caisse et le médecin conseil. Si l'employeur donne son accord pour l'organiser, le médecin du travail de l'entreprise d'accueil sera sollicité pour donner son accord et préciser les modalités pratiques de mise en œuvre.

- L'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI)

Le salarié déclaré inapte à la suite d'un AT/MP peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude (article D. 433-2 du Code de la sécurité sociale).

En effet, selon l'article L. 1226-11 du Code du travail, lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur doit reprendre le versement de son salaire.

Selon l'article D. 433-3 du Code de la sécurité sociale, pour bénéficier de l'ITI, la victime adresse sans délai à la CPAM un formulaire de demande portant notamment mention, portée par le médecin du travail, d'un lien susceptible d'être établi entre l'inaptitude et l'AT/MP et comportant un cadre dans lequel elle atteste sur l'honneur de l'impossibilité de percevoir une quelconque rémunération liée au poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte⁷.

Le versement de l'ITI cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie (article L. 433-1 du Code de la sécurité sociale).

(c) Le télétravail : une solution de MEE⁸

Le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux (au domicile du salarié, dans un espace de travail partagé ou « *coworking* », etc.) de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication (articles L. 1222-9 et suivants du Code du travail).

À noter : le télétravail existe également dans la fonction publique dans les conditions actuellement précisées par la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 et le décret n° 2016-151 du 11 février 2016.

L'exécution du travail hors des locaux de l'employeur s'effectue de façon volontaire (il ne peut être imposé au salarié par l'employeur et inversement ; si l'employeur le refuse, il devra

⁷ Cf. CERFA N°14103*0 : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/formulaire_ITI.pdf

⁸ Consulter la fiche pratique sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/mode-d-emploi-teletravail>

motiver ce refus). Le télétravailleur peut ainsi alterner des périodes de travail dans l'entreprise et des périodes hors de l'entreprise ou travailler dans l'entreprise et effectuer occasionnellement des périodes en télétravail. Le télétravail peut être mis en place dès l'embauche du salarié, mais également en cours d'exécution du contrat de travail. Ainsi, le télétravail peut être envisagé dans le cadre d'une adaptation du poste de travail du salarié ou dans le cadre d'un reclassement à la suite d'une inaptitude (Cass. soc., n° 11-28.898 du 15 janvier 2014).

► **Les dispositifs spécifiques pour les bénéficiaires de la loi de 2005⁹ en faveur des travailleurs handicapés**

Selon l'article L. 5212-13 du Code du travail, bénéficiaire de l'obligation d'emploi notamment :

- les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) mentionnée à l'article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles ;
- les victimes d'AT/MP ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- les titulaires de la carte « mobilité inclusion » portant mention « invalidité » définie à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
- les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Afin de favoriser leur maintien en emploi, les bénéficiaires de l'obligation d'emploi disposent de l'accès à différents dispositifs :

(a) **Les aides et services de l'Agefiph**

L'Agefiph, fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées institué par la loi de 1987, offre et finance un ensemble de services, prestations et aides au bénéfice des personnes handicapées et des employeurs privés en vue de favoriser l'emploi et le MEE des personnes handicapées.

L'Agefiph participe au pilotage et finance les organismes de placement spécialisé (OPS) dénommés Cap emploi prévus à l'article L. 5214-3-1 du Code du travail. Les Cap emploi peuvent accompagner les demandeurs d'emploi handicapés vers l'emploi, les entreprises dans le recrutement et le MEE de personnes handicapées, ainsi que les travailleurs indépendants handicapés dans leur activité professionnelle. Ils interviennent en complémentarité des acteurs de droit commun (Pôle emploi, services de santé au travail, organismes de Sécurité sociale) pour des publics qui nécessitent un accompagnement spécialisé et renforcé compte tenu de la nature spécifique de leur handicap et/ou de la complexité de la situation qu'il génère dans leur parcours professionnel.

L'Agefiph met également à disposition selon le besoin des prestataires spécialisés en matière d'étude préalable à une adaptation de situation de travail, de compensation du handicap (auditif, visuel, moteur, psychique, mental, cognitif), d'orientation professionnelle ou de création d'activité.

⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle offre aussi des aides destinées aux employeurs : aide et soutien à l'accueil et l'intégration et/ou la mobilité professionnelle, aide à l'alternance, au contrat de professionnalisation et contrat d'apprentissage, aide au maintien dans l'emploi, aide à l'aménagement des situations de travail et aide à l'emploi travailleur handicapé (article L. 5213-11 du Code du travail). Et des aides destinées aux personnes handicapées : aide personnalisée au parcours à l'emploi, aides individuelles à la compensation (aides techniques, humaines et aux déplacements).

À noter : il existe, pour le secteur public, un fonds spécifiquement dédié, le FIPHFP (cf. partie fonction publique). Il existe également des accords de branche (article L. 5212-8 du Code du travail) comme l'OETH pour les établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social.

(b) Les autres dispositifs, dans le champ du médico-social, sur orientation de la MDPH¹⁰

Les personnes handicapées ont accès à l'ensemble des actions et dispositifs de maintien en emploi, d'orientation et de formation de droit commun destinées à tous salariés ou demandeurs d'emploi. Cependant, selon leurs difficultés et la situation de handicap, certaines personnes peuvent avoir recours à des parcours spécifiques d'insertion socioprofessionnelle.

On accède à ces dispositifs du secteur médico-social sur orientation de la MDPH. Une fois que les besoins et le projet de vie de la personne ont été évalués, l'intéressé pourra faire une demande d'orientation professionnelle et/ou de prestation de compensation du handicap (PCH) via le « formulaire de demande à la MDPH »¹¹.

La MDPH peut aussi proposer une orientation vers le secteur adapté, dans le cadre de ses missions d'accompagnement et de conseil, à l'occasion d'une demande de RQTH, par exemple.

- Les centres de rééducation professionnelle (CRP)¹²

► La pré-orientation

Ces centres accueillent des travailleurs handicapés, dès l'âge de 18 ans, dont l'orientation professionnelle pose des difficultés particulières. Le parcours en « Pré-orientation » a pour but de définir un projet professionnel, en milieu ordinaire de travail, en fonction des souhaits, des capacités de la personne et de la réalité du marché de l'emploi (cf. Exemple de fiche Pré-orientation en annexe 5).

Durant le parcours, le stagiaire bénéficie de l'accompagnement et du soutien d'une équipe pluridisciplinaire composée de formateurs, assistante sociale, médecin, psychologue, et parfois d'autres professionnels selon les centres de réadaptation (ou rééducation) professionnelle.

¹⁰ Cf. fiche pratique PCH sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/prestation-compensation-handicap>

¹¹ Cf. formulaire de demande : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034677256

¹² Cf. fiche pratique sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/centre-reeducation-professionnelle>

► **L'unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS)**

Les UEROS proposent des stages d'évaluation et d'aide à la définition du projet professionnel pour les personnes traumatisées crâniens et cérébrolésées (lésions cérébrales acquises : TC, AVC, tumeurs cérébrales, etc.).

Les UEROS ont pour missions d'évaluer, sous forme de bilan, les séquelles et les ressources dans les domaines physiques, psychiques, relationnels et cognitifs ; de proposer un réentraînement à la vie active ; de favoriser la construction d'un nouveau projet social et professionnel, d'aider à l'orientation et de proposer un suivi individualisé.

Ces stages s'adressent à des bénéficiaires de plus de 18 ans, sur orientation de la CDAPH de la MDPH, et peuvent durer de 6 à 26 semaines selon les centres.

Durant le parcours, le stagiaire bénéficie de l'accompagnement et du soutien d'une équipe pluridisciplinaire composée de neuropsychologue, formateurs, assistante sociale, médecin, psychologue, et parfois d'autres professionnels selon les centres (cf. Fiche UEROS en annexe 6).

► **Les formations qualifiantes**

Les Centres de rééducation professionnelle sont répartis sur l'ensemble du territoire national et proposent 200 formations qualifiantes dans 14 secteurs d'activité, allant du niveau V au niveau III (diplômes de l'Éducation nationale, du ministère de la Santé ou du ministère du Travail). Des remises à niveau préparatoires sont également proposées.

À noter : On peut intégrer un CRP tout en étant en arrêt de travail et sous contrat de travail. L'entrée en CRP suspend le contrat de travail pour la durée de la formation (article L. 1226-7 du Code du travail). Le salarié bénéficie du statut de stagiaire de la formation professionnelle.

En CRP, les coûts pédagogiques sont financés par les Caisses de Sécurité sociale¹³. Le stagiaire bénéficie de la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle et, quand la situation l'exige, d'un d'hébergement (Cf. Offre de service des CRP adhérents de la Fagerh sur son [site Internet](#)¹⁴).

- **Le dispositif d'emploi accompagné (DEA)**¹⁵

L'emploi accompagné est un dispositif d'appui pour les personnes en situation de handicap destiné à leur permettre d'obtenir et de garder un emploi sur le marché du travail. Il propose un soutien et un accompagnement du salarié et, également, un appui et un accompagnement de l'employeur (article L. 5213-2-1 du Code du travail). Ce dispositif s'adresse aux personnes en situation de handicap, dès l'âge de 16 ans, demandeur d'emploi ou salarié, en secteur privé comme en secteur public.

¹³ Décret n° 95-571 du 6 mai 1995.

¹⁴ Fagerh : <https://www.fagerh.fr/>

¹⁵ Décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016 ; cf. [fiche pratique](#) sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/article/emploi-et-handicap-le-dispositif-de-l-emploi-accompagne> .

La mise en œuvre se fait sur orientation de la MDPH. Il peut être sollicité à tout moment du parcours professionnel par le salarié mais aussi par l'employeur.

Les missions de ce dispositif comprennent : l'évaluation du projet ou de la situation de travail, l'assistance à la recherche d'emploi et l'accompagnement dans l'emploi.

Le dispositif d'emploi accompagné peut être mobilisé en complément des services, aides et prestations existants et en articulation avec les partenaires concernés. Un « référent emploi accompagné » est désigné par l'organisme gestionnaire du dispositif vers lequel le travailleur handicapé aura été orienté.

Ce dispositif est financé par l'Agence régionale de santé (ARS), l'AGEFIPH et le FIPHFP (cf. Fiche pratique DEA en annexe 7).

(c) Le contrat de rééducation professionnelle chez l'employeur (CRPE)¹⁶

Le CRPE a pour objectif la rééducation professionnelle au sein même de l'entreprise (cf. Dépliant en annexe 8). Il peut être utilisé pour accompagner un changement de poste ou de fonction, mais aussi pour une réadaptation à l'ancien poste ou pour une réinsertion professionnelle dans une autre entreprise.

Cette formation pratique dispensée dans l'entreprise (maximum 18 mois) peut être complétée par une formation externe.

À noter : Le contrat de travail initial reste suspendu pendant la période de rééducation professionnelle chez l'employeur (article L. 1226-7 du Code du travail).

Le CRPE est utilisé pour un salarié en arrêt de travail reconnu inapte à son poste ou sa fonction (ou en voie de l'être) et bénéficiant d'une RQTH délivrée de la MDPH.

La mise en place d'un CRPE doit également faire l'objet d'un avis favorable du médecin du travail sur le retour ou le changement de poste (si le salarié reste dans l'entreprise initiale) ou sur le nouveau poste (si le salarié change d'entreprise).

2.2 Le secret médical et professionnel au service du maintien en emploi

Selon l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

¹⁶ Le CRPE est visé par les articles L. 323-3 et L. 432-9 du Code de la sécurité sociale et par les articles L. 5213-3, R.5213-9 et D. 1242-3 du Code du travail ; cf. [fiche pratique](#) sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/contrats-et-carriere/emploi-et-handicap/article/handicap-le-contrat-de-reeducation-professionnelle> .

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article [L. 1110-12](#), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne **requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (cf. décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins).

S'agissant du dossier médical santé travail plus précisément, celui-ci ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur (article L. 4624-8 du Code du travail).

En matière de maintien en emploi, plusieurs acteurs interviennent. Pour favoriser ce maintien en emploi, il est donc nécessaire d'établir des règles claires de communication des informations médicales :

- au sein même de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- avec les autres acteurs du maintien en emploi.

2.2.1 Le secret médical et professionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail

L'équipe de santé au travail n'est pas une équipe de soins au sens du Code de la santé publique. En effet, selon l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ».

Ainsi, tout partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, requiert en principe son **consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**.

Autrement dit, le partage d'informations doit être strictement nécessaire à la prise en charge du salarié qui doit donner son accord préalable.

Dans ses recommandations de 2015 (34), le CNOM précise que : le médecin du travail ne peut partager les informations médicales du DMST qu'avec les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du salarié, et uniquement **pour ce qui est nécessaire à cette prise en charge**, conformément aux principes posés à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Au premier rang de ces professionnels de santé figurent les infirmier(e)s de santé au travail.

Le CNOM met en avant trois conditions à cet échange d'informations :

- l'échange d'informations médicales doit avoir pour but de permettre la meilleure prise en charge sanitaire possible ;
- les informations doivent être « nécessaires, pertinentes et non excessives » ;
- le salarié doit être informé de ces échanges et ne pas s'y être opposé.

Le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins précise les conditions et modalités dans lesquelles le consentement de la personne prise en charge (en l'occurrence, le salarié) doit être recueilli en vue du partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (en l'occurrence, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail), d'informations nécessaires à sa prise en charge.

Ce recueil de consentement doit ainsi respecter les conditions suivantes (articles D. 1110-3-1 et suivants du Code de la santé publique) :

- **Une information claire** : la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est **dûment informée**, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.

L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, **d'un support écrit**, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information.

Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ([Article D. 1110-3-2 dudit Code](#)).

- **Un consentement recueilli par tout moyen** : le **consentement préalable** de la personne, ou de son représentant légal, est **recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**, après qu'elle a reçu les informations prévues ci-dessus. Le consentement est recueilli par chaque professionnel, par tout moyen, **y compris sous forme dématérialisée**, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence.

En cas d'impossibilité ou d'urgence, ce professionnel procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le **dossier médical** de la personne.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel.

La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites ci-dessus ([Article D. 1110-3-3 dudit Code](#)).

Le CNOM ajoute que le psychologue n'étant pas un professionnel de santé, il ne peut avoir accès au DMST. Les échanges d'informations entre le médecin du travail et le psychologue ne peuvent se faire que par l'intermédiaire du salarié. Le compte rendu du psychologue sera intégré au dossier médical avec l'accord du salarié.

Le médecin du travail peut autoriser l'accès pour les IPRP et les AST aux seules données du dossier médical relatives à l'étude du poste de travail du salarié.

En revanche, l'assistante sociale ne peut avoir accès au dossier médical en santé au travail qui ne contient aucun élément susceptible de contribuer à la prise en charge du salarié.

Éléments de synthèse sur le secret médical et professionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail :

- s'assurer que le salarié est informé et qu'il consent au partage des informations relatives à son état de santé entre les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les informations médicales échangées au sein de l'équipe pluridisciplinaire doivent être strictement nécessaires à la prise en charge du salarié, cet échange ne pouvant se faire qu'après accord du salarié qui doit être suffisamment informé en amont.

2.2.2 Le secret médical et professionnel avec les autres acteurs du maintien en emploi

Qu'il s'agisse du médecin traitant du travailleur, du médecin conseil de la Sécurité sociale ou des autres acteurs du maintien en emploi (Service social de la CARSAT, Cap emploi, AGEFIPH, etc.), l'interdiction de communication automatique d'informations médicales pourrait être considérée comme un frein au MEE.

Il semble donc important de sensibiliser le salarié à l'importance de sa participation au processus de maintien en emploi. En effet, les acteurs du maintien en emploi ne faisant pas partie de la même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique précité, tout échange strictement nécessaire à la continuité de sa prise en charge ne pourra se faire qu'avec l'accord préalable du salarié concerné (cf. le § 2.2.1 précédemment développé au sujet des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail).

Éléments de synthèse sur le secret médical et professionnel avec les autres acteurs du maintien en emploi :

- sensibiliser le salarié à l'importance de sa participation à la démarche de maintien en emploi ;
- recueillir l'accord préalable du salarié, par tout moyen, avant de pouvoir échanger des informations ;
- l'échange d'informations ne pouvant porter que sur ce qui est strictement nécessaire, il concernera principalement, après accord du salarié concerné, les capacités et incapacités fonctionnelles à prendre en compte dans le processus de maintien en emploi.

Il est important de souligner que ni le médecin du travail, ni le médecin conseil n'ont accès au DMP.

2.3 Les obligations de l'employeur dans le cadre du maintien en emploi

2.3.1 Les obligations découlant du contrat de travail en faveur du maintien en emploi

► L'interdiction des discriminations, un principe favorisant le maintien en emploi

Le principe de non-discrimination interdit à l'employeur de prendre toute décision de licenciement par rapport à un handicap, une incapacité et l'état de santé de manière générale (article L. 1132-1 du Code du travail).

Autrement dit, l'employeur ne peut licencier un salarié malade pour ce seul motif, il doit le maintenir en emploi en aménageant, si besoin, son poste de travail.

Ce principe de non-discrimination s'applique également pendant l'arrêt de travail puisque, par principe, les salariés en arrêt de travail sont protégés du licenciement.

Si l'état de santé ne peut être pris en compte pour justifier une quelconque sanction pendant l'arrêt de travail, il existe toutefois des possibilités de licencier, à distinguer en fonction de la nature de l'arrêt de travail :

- *Lorsque le salarié est un arrêt de travail au titre d'un accident ou d'une maladie simple* : le licenciement pourra être admis, si, et seulement si, l'employeur établit, d'une part, que l'absence prolongée ou les absences répétées du salarié entraîne(nt) des perturbations dans le fonctionnement normal de l'entreprise, et, d'autre part, que le remplacement définitif du salarié absent est une nécessité (voir par exemple : Cass. soc., n° 16-13.822 du 28 juin 2017 ; Cass. soc., n° 15-10.010 du 19 mai 2016).
- *Lorsque le salarié est un arrêt de travail au titre d'un AT/MP* : l'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit d'une faute grave de l'intéressé, soit de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'accident ou à la maladie (article L. 1226-9 du Code du travail).
- *Lorsque la salariée est en arrêt au titre d'un congé maternité* : la salariée enceinte ou ayant accouché bénéficie d'une double protection de son contrat de travail (article L. 1225-4 du Code du travail) :
 - une protection absolue durant tout le congé maternité, qu'elle use ou non de ce droit, interdisant totalement le licenciement pour un quelconque motif ;
 - une protection relative qui commence le jour où son état de grossesse est médicalement constaté et qui prend fin 10 semaines après le congé maternité. Pendant cette période, l'employeur ne peut rompre le contrat que s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la grossesse ou à l'accouchement.

À noter : Si l'employeur ne peut provoquer la reprise, il semble important qu'il garde un contact avec le salarié pendant son arrêt de travail afin de favoriser son retour et le MEE (3).

Les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent toutefois pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées (article L. 1133-3 du Code du travail). Cela permettra à l'employeur, notamment, de répondre à son obligation de reclassement en application des préconisations du médecin du travail.

De même, les mesures prises en faveur des personnes handicapées ne constituent pas une discrimination (article L. 5213-6 du Code du travail) lorsqu'elles permettent d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.

► **L'obligation de sécurité de résultat déclinée dans le cadre de l'adaptation des postes et du maintien en emploi**

L'employeur, débiteur d'une obligation générale de prévention, doit protéger la santé et la sécurité des travailleurs (article L. 4121-1 du Code du travail). Cette obligation de sécurité, devenue, sous l'effet de la jurisprudence, une obligation de sécurité de résultat, impose à l'employeur de mettre en œuvre les neuf principes généraux de prévention (article L. 4121-2 du Code du travail), sous peine de voir sa responsabilité engagée en cas de dommage (cf. l'évolution jurisprudentielle en la matière : arrêts amiante du 28 février 2002 puis arrêt n° 14-24.444 du 25 novembre 2015).

Au titre de cette obligation de sécurité de résultat et afin de favoriser le MEE, l'employeur a notamment l'obligation :

- **d'organiser les visites médicales** obligatoires permettant de connaître l'état de santé et d'éventuellement adapter le poste de travail (cf. partie 2.1.2) ;
- **de respecter les préconisations du médecin du travail** (article L. 4624-6 du Code du travail et cf. § 2.1.2) ;
- **d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail** et de maintenir leur capacité à occuper un emploi (article L. 6321-1 du Code du travail ; Cass. soc., n° 15-15.162 et n° 15-15.185 du 30 novembre 2016).

► **L'obligation de reclassement consubstantielle à la prévention de la désinsertion professionnelle**

En cas de déclaration d'inaptitude d'un salarié à son poste de travail et, sauf cas particuliers d'une mention expresse (tout maintien du salarié dans un/l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ; l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un/l'emploi - L.1226-2-1 et L.1226-12 CT + Cf. partie 2.1.2 sur l'inaptitude pour plus de détails autour de ces deux mentions expresses), l'employeur est débiteur d'une obligation de reclassement (articles [L. 1226-2](#) pour les inaptitudes non professionnelles et [L. 1226-10](#) du Code du travail pour les inaptitudes professionnelles).

Le périmètre de cette obligation est fixé par la loi et par la jurisprudence, et ce peu importe l'origine professionnelle ou non de l'inaptitude et peu importe l'avis d'inaptitude à tout poste de travail dans l'entreprise délivré par le médecin du travail (sauf mentions expresses précitées).

L'employeur doit ainsi proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités, au sein de l'entreprise ou des entreprises du groupe auquel elle appartient le cas échéant, situées sur le territoire national et dont l'organisation, les activités ou le lieu d'exploitation assurent la permutation de tout ou partie du personnel. Cette proposition prend en compte, après avis du Comité économique et social lorsqu'il existe, **les conclusions écrites du médecin du tra-**

vail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise et sur sa capacité à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté.

L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants ou aménagement du temps de travail.

Si l'employeur n'a pas l'obligation textuelle d'interroger le médecin du travail sur les propositions de reclassement post-inaptitude, ou pour préciser les capacités restantes du salarié ([Cass. soc., n° 16-19.890 du 7 décembre 2017](#)), **l'association du médecin participe aux caractères sérieux et loyal de la recherche par l'employeur** ([Cass. soc., n° 13-26.194 et n° 12-27.617 du 15 décembre 2015](#) ; [Cass. soc., n° 16-11.298 du 29 mars 2017](#) ; [Cass. soc., n° 16-12.576 du 29 juin 2017](#)). Pour cantonner le périmètre de reclassement et favoriser le MEE, il est nécessaire que ces capacités soient décrites de manière claire et précise.

Il est par ailleurs important d'associer le médecin du travail aux recherches de reclassement puisque les réponses ultérieures apportées par le médecin du travail pourront concourir à la justification de l'impossibilité de reclassement par l'employeur ([Cass. soc., n° 14-11.858 du 15 décembre 2015](#) ; [Cass. soc., n° 15-22.485 du 11 janvier 2017](#) ; [Cass. soc., n° 15-19.674 du 6 mars 2017](#)).

Remarque : si l'obligation de reclassement pèse sur l'employeur, il est nécessaire que le salarié participe à ce processus (obligation de loyauté) afin de favoriser son maintien en emploi. L'employeur a d'ailleurs en outre la possibilité de prendre en considération la position du salarié pour restreindre son périmètre de reclassement ([Cass. soc., n° 14-26.398 et n° 15-18.092 du 23 novembre 2016](#)).

Pour que cette obligation de reclassement participe réellement au MEE du salarié, il faut une concertation et une coordination des actions et des intervenants au reclassement (employeur, salarié et médecin du travail).

2.3.2 Les obligations spécifiques vis-à-vis des travailleurs bénéficiant de l'obligation d'emploi dans le cadre du maintien en emploi

L'employeur, occupant au moins 20 salariés, doit embaucher des travailleurs handicapés (mentionnés à l'article L. 5212-13 du Code du travail) à hauteur de 6 % de son effectif (article L. 5212-2 du Code du travail), puis il doit mettre en œuvre les mesures nécessaires pour les maintenir dans leur emploi.

À noter : À compter du 1^{er} janvier 2020, de nouvelles modalités concernant l'emploi des travailleurs handicapés entreront en vigueur (loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel).

Ainsi, quel que soit l'effectif de l'entreprise (+/- 20 salariés), l'effectif total des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, travaillant dans des conditions définies par décret, devra être déclaré (*jusqu'à présent, cette obligation déclarative ne concernait que les entreprises de plus de 20 salariés soumises à l'OETH – Article L. 5212-1 du Code du travail*). Cette déclaration s'opérera *via* la Déclaration sociale nominative (DSN) qui devra pouvoir comporter des in-

formations relatives aux caractéristiques des emplois (*jusqu'à présent, il s'agissait d'une déclaration annuelle envoyée à l'AGEFIPH – Article L. 5212-5 du Code du travail*).

Seules les entreprises employant plus de 20 salariés resteront toutefois soumises à l'OETH à hauteur de 6 % de leur masse salariale ([article L. 5212-4 du Code du travail](#)). Ce taux s'appliquera désormais au niveau de l'entreprise dans les entreprises à établissements multiples, et non plus établissement par établissement ([article L. 5212-3 du Code du travail](#)).

L'employeur pourra s'acquitter de son OETH en faisant application notamment d'un accord d'entreprise agréé prévoyant la mise en œuvre d'un programme pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés pour une durée maximale de 3 ans, renouvelable une fois (les modalités seront fixées par décret en Conseil d'État).

Dans toute entreprise employant au moins 250 salariés, un référent chargé d'orienter, d'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap devra être désigné ([article L. 5213-6-1 du Code du travail](#)).

Enfin, lorsque le handicap est irréversible, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) sera attribuée de façon définitive ([article L. 5213-2 du Code du travail](#)).

Au titre des mesures de MEE, l'employeur doit notamment négocier sur les mesures relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, notamment les conditions d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, les conditions de travail et d'emploi et les actions de sensibilisation de l'ensemble du personnel au handicap (article L. 2242-17 du Code du travail). La négociation sur l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés se déroule sur la base d'un rapport établi par l'employeur présentant la situation par rapport à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés prévue par les articles [L. 5212-1 et suivants](#) (article L. 2242-18 du Code du travail).

À défaut d'accord prévu à l'article [L. 2242-11](#) permettant d'étendre la périodicité des négociations jusqu'à 4 ans, cette négociation doit se faire annuellement ([article L. 2242-13 du Code du travail](#)).

L'employeur a également l'obligation de prendre les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée (article L. 5213-6 du Code du travail). L'employeur s'assure que les logiciels installés sur le poste de travail des personnes handicapées et nécessaires à leur exercice professionnel sont accessibles. Il s'assure également que le poste de travail des personnes handicapées est accessible en télétravail.

Ces mesures sont prises sous réserve que les charges consécutives à leur mise en œuvre ne soient pas disproportionnées, compte tenu de l'aide prévue à l'article [L. 5213-10](#) (aide financière de l'Agefiph) qui peut compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.

Le refus de prendre des mesures au sens du premier alinéa peut être constitutif d'une discrimination au sens de [l'article L. 1133-3](#).

L'employeur peut bénéficier de différentes aides en faveur du MEE des travailleurs handicapés (cf. § 2.1.3 sur les dispositifs spécifiques pour les bénéficiaires de la loi de 2005).

2.4 Le rôle des représentants du personnel dans le cadre du maintien en emploi

Les représentants du personnel (notamment le CHSCT et les DP, fusionnés dans le cadre du Comité social et économique au plus tard le 1^{er} janvier 2020) participent directement au maintien en emploi des salariés.

En effet, le Comité social et économique ou la Commission santé, sécurité et conditions de travail lorsqu'elle existe, procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, et contribue à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès et le maintien des personnes handicapées à tous les emplois au cours de leur vie professionnelle (article L. 2312-9 du Code du travail).

Le Comité social et économique est également consulté, notamment, sur : les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils, des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail (article L. 2312-8 5° du Code du travail).

À ce titre, le Comité social et économique (et le médecin du travail) sont consultés sur les moyens les mieux adaptés aux conditions d'exploitation et à la nature des activités professionnelles visant le réentraînement au travail et la rééducation professionnelle ([article R. 5213-24 du Code du travail](#)).

Remarque : Dans son rapport publié en janvier 2018 (3), l'IGAS souligne le fait qu'il existe des réticences pour faire du CHSCT puis du CSE un lieu d'échanges sur des cas individuels de salariés en risque de désinsertion professionnelle, pour des raisons de confidentialité. Des commissions spécifiques, associant des représentants du personnel, paraissent mieux adaptées (page 27).

Le Comité social et économique donne également son avis sur la demande d'aide financière à l'Agefiph en vue de faciliter l'emploi des travailleurs handicapés, son avis étant joint à la demande (article R. 5213-33 du Code du travail). Cette aide financière peut concerner, notamment, l'adaptation des machines ou des outillages ; l'aménagement de postes de travail, y compris l'équipement individuel nécessaire aux travailleurs handicapés pour occuper ces postes ; les accès aux lieux de travail (article R. 5213-32 du Code du travail).

Remarque : Les membres de la CSSCT (ou, le cas échéant, les membres du CSE) bénéficient d'une formation en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail dont la durée est fonction de l'effectif (article L. 2315-40 du Code du travail).

Enfin, le CSE est également consulté sur les possibilités de reclassement du salarié inapte (articles L. 1226-2 et L. 1226-10 du Code du travail).

2.5 Les régimes particuliers et le maintien en emploi : quelles spécificités ?

2.5.1 Le MEE dans la Fonction publique : les spécificités

► Les acteurs du MEE

Tableau 3. Textes relatifs aux acteurs du maintien en emploi dans la fonction publique

	Fonction Publique d'État	Fonction Publique Territoriale	Fonction Publique Hospitalière
Médecine statutaire	Décret n° 86-442 du 14 mars 1986	Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987	Décret n° 88-386 du 19 avril 1988
Médecine préventive	Décret n° 82-453 du 28 mai 1982	Décret n° 85-603 du 10 juin 1985	4 ^e partie du CT

(a) Le médecin agréé et le médecin de prévention

Dans la fonction publique, deux pratiques médicales coexistent :

- La médecine statutaire qui relève du **médecin agréé** : Il vérifie l'**aptitude médicale à l'exercice d'un emploi public** (et les droits à congé maladie des fonctionnaires dans le cadre du Comité médical) ;
- La santé au travail qui relève du **médecin de prévention** (ou *médecin du travail pour la fonction publique hospitalière*) : Il vérifie la **comptabilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste** qu'il occupe (utilisation de fiches de visite dans la fonction publique, sauf pour la FPH).

Remarque : Les notions d'aptitude et d'inaptitude dans la fonction publique sont différentes de celles du secteur privé. L'aptitude et l'inaptitude aux fonctions relèvent de la médecine agréée, alors que « l'aptitude et l'inaptitude » et plus précisément la compatibilité de l'état de santé avec le poste relèvent de la médecine de prévention.

Ainsi, sans préjudice des missions des médecins chargés des visites d'aptitude physique, le médecin de prévention peut formuler un avis ou émettre des **propositions lors de l'affectation de l'agent au poste de travail** au vu des particularités de ce dernier et au regard de l'état de santé de l'agent. Ces propositions ne peuvent aller jusqu'à remettre en cause la position statutaire de l'agent car cela relève alors de la compétence propre du médecin agréé.

Le service de médecine de prévention a pour **rôle de prévenir** toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. Il conduit les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. Il est constitué d'une équipe pluridisciplinaire (médecin de prévention,

infirmier, secrétaires médicaux et autres personnes ayant des compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail)¹⁷.

S'agissant de l'action en milieu de travail dans le cadre du MEE :

Le médecin de prévention est le conseiller de l'administration, des agents et de leurs représentants en ce qui concerne, notamment, l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services, l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine et la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

S'agissant du suivi individuel de l'état de santé des agents participant au MEE :

Les **visites médicales périodiques** ainsi que celles **à la demande des agents** doivent obligatoirement être réalisées. Par ailleurs, le médecin de prévention exerce une surveillance médicale particulière à l'égard, notamment, des handicapés ; des femmes enceintes ; des agents réintégrés après un CLM ou un CLD¹⁸.

À l'occasion de ces visites médicales, le médecin de prévention est habilité à **proposer des aménagements de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions** justifiés par l'âge, la résistance physique ou l'état de santé des agents. Il peut également proposer des **aménagements temporaires** de poste de travail ou de conditions d'exercice des fonctions au bénéfice des femmes enceintes. Lorsque ces propositions ne sont pas agréées par l'administration, celle-ci doit motiver son refus, et le CHSCT doit en être tenu informé¹⁹.

Remarque : Les **visites de reprise** ne sont pas obligatoires au regard des textes (sauf pour la FPH) puisque ce sont le Comité médical et la Commission de réforme qui se prononcent sur l'aptitude ou non à la reprise. Cependant, elles peuvent être réalisées à la demande de l'autorité administrative après avis favorable des Comités précités. Le médecin de prévention est d'ailleurs informé par l'administration dans les plus brefs délais de chaque accident de service ou de travail et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Cela lui permettra d'organiser les visites médicales nécessaires pour éviter tout risque de désinsertion professionnelle.

Comme pour le secteur privé, rien n'interdit que **des visites de pré-reprise** puissent être organisées pendant l'arrêt de travail pour anticiper le retour de l'agent à son poste de travail.

(b) Rôles respectifs du Comité médical et de la Commission de réforme

Tableau 4. Champ d'action du Comité médical et la Commission de réforme

Comité médical	Commission de réforme
Consulté obligatoirement sur : <ul style="list-style-type: none"> la prolongation des congés de maladie ordinaire (CMO) au-delà de 6 mois consécutifs, l'octroi et le renouvellement des 	Consultée notamment sur : <ul style="list-style-type: none"> l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident sauf si l'administration reconnaît d'emblée cette imputabilité ainsi que l'octroi

¹⁷ Article 10 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 ; Article 11 du Décret n° 85-603 du 10 juin 1985

¹⁸ Article 24 du Décret de 1982 ; Article 21 du Décret de 1985

¹⁹ Article 26 du décret de 1982 ; Article 24 du décret de 1985

<p>congés de longue maladie (CLM), de grave maladie (CGM) et de longue durée (CLD) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la réintégration après 12 mois consécutifs de CMO, à l'issue d'un CLM, d'un CGM ou d'un CLD ; • l'aménagement des conditions de travail d'un fonctionnaire après congé ou disponibilité d'office ; • la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ; • le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi à la suite d'une modification de son état physique. <p>Ils peuvent recourir au concours d'experts choisis suivant leur qualification sur la liste des médecins agréés.</p>	<p>des congés de maladie afférents ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'admission à la retraite d'un fonctionnaire présumé définitivement inapte à son poste par le Comité médical à l'issue des congés de maladie ; • la reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) ; • la réalité des infirmités suite à accident de service / maladie professionnelle, leur imputabilité au service, le taux d'invalidité en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI) ; • le dernier renouvellement d'une disponibilité d'office pour raison de santé.
---	---

(c) Le rôle du CHSCT dans le MEE

Le CHSCT est consulté sur les mesures générales prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et accidentés de service, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail. Il est également consulté sur les mesures générales destinées à permettre le reclassement des agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions²⁰.

► L'adaptation du poste au retour d'un arrêt de travail

L'agent peut bénéficier de plusieurs types de congés lorsque son état de santé ne lui permet plus temporairement d'occuper son poste de travail (CMO, CLM, CGM et CLD). A l'issue de ces congés (de plus de 12 mois consécutifs), c'est au Comité médical de se prononcer sur la reprise :

- Si le Comité médical rend un avis favorable à la reprise :

Le fonctionnaire reprend ses fonctions sur un **poste aménagé**, le cas échéant, en fonction de son état de santé et en lien avec le médecin du travail. Lorsque les aménagements font suite à un CLM/CGM/CLD, le Comité médical se prononce ensuite tous les 3 à 6 mois sur le maintien ou la modification de ces aménagements, l'objectif étant d'avoir un poste toujours adapté aux besoins du salarié pour éviter la désinsertion professionnelle.

Remarque : Si c'est le Comité médical qui se prononce sur les conditions d'emploi du fonctionnaire après un congé maladie, il appartient au médecin de prévention de **prévoir, au moment de la reprise, l'adaptation précise du poste** de travail en fonction de l'état de santé de l'agent. Un **rapport écrit du médecin de prévention** figure d'ailleurs obligatoirement au dossier soumis au Comité médical pour toutes les demandes de reprise après un CLM ou un CLD²¹.

²⁰ Article 46 du Décret de 1984 ; Article 58 du Décret de 1982

²¹ Article 43 du Décret de 1986

Le médecin de prévention joue donc un rôle important dans le MEE en lien avec le Comité médical et la Commission de réforme (il peut d'ailleurs assister à titre consultatif aux Comités et y donner son avis).

La reprise du travail peut se faire dans le cadre d'un **temps partiel thérapeutique** et ce peu importe la durée du congé de maladie. En effet, depuis l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017, la condition de 6 mois d'arrêt maladie continu avant l'ouverture du droit est supprimée (article 8 de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017).

Ce temps partiel thérapeutique est accordé pour une période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. Lorsque l'arrêt de travail est d'origine professionnelle, le travail à temps partiel thérapeutique peut être accordé pour une période d'une durée maximale de 6 mois renouvelable une fois. La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants (et seulement dans ce cas), le Comité médical ou la Commission de réforme est saisi (il n'y a donc plus de consultation systématique)²².

Le médecin de prévention peut ensuite participer à la mise en place pratique du temps partiel thérapeutique.

- Si le Comité médical rend un avis défavorable à la reprise :
 - L'agent est remplacé en congé maladie si ses droits ne sont pas épuisés ;
 - L'agent est mis en disponibilité d'office pour raison de santé s'il a épuisé ses droits à congés ;
 - L'agent est reclassé dans un autre emploi en cas d'inaptitude à la seule fonction (inaptitude temporaire).

► L'inaptitude et le reclassement

Tableau 5. Textes relatifs au reclassement selon le type de fonction publique

	Fonction Publique d'État	Fonction Publique Territoriale	Fonction Publique Hospitalière
Reclassement	Décret n° 84-1051 du 30/11/1984	Décret n° 85-1054 du 30/09/1985	Décret n° 89-376 du 08/06/1989

(a) Lorsque des capacités restantes persistent

L'agent peut être amené à occuper : un autre emploi du même grade, un emploi relevant d'un autre grade du même corps (ou cadre d'emplois) ou un emploi relevant d'un autre corps (ou cadre d'emplois) par voie de détachement ou de recrutement²³.

À noter : Un simple aménagement matériel/fonctionnel ou une éventuelle affectation nouvelle au sein du même grade ne constitue pas juridiquement un reclassement (= reclassement statutaire) qui, lui, entraîne un changement substantiel des droits statutaires de l'agent.

²² Article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11/01/84 ; Article 57 de la loi n° 84-53 du 26/01/84 ; Article 41-1 de la loi n° 86-33 du 09/01/86

²³ Article 81 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 ; Article 63 de la Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984.

Le reclassement s'envisage lorsque l'état physique d'un agent, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas d'exercer des fonctions correspondant aux emplois de son grade. L'avis du Comité médical est alors obligatoire.

Le reclassement est subordonné à la **présentation d'une demande par l'intéressé**. Dans l'attente de son reclassement, s'il a épuisé ses droits à congé, l'agent peut être placé en disponibilité d'office pour raison de santé.

L'obligation de reclassement n'existe que s'il persiste des capacités résiduelles de travail, mais pas si le Comité médical ou la Commission de réforme conclut à l'inaptitude à toute fonction.

L'employeur est tenu de proposer un poste conforme au niveau de formation de l'agent. Comme pour le secteur privé, il n'y a pas d'obligation textuelle d'associer le médecin de prévention à cette démarche de reclassement, mais l'employeur a intérêt à le faire pour faciliter ses recherches et en préciser le périmètre.

À noter : À compter de la demande de reclassement de l'agent, l'administration (dans le cadre de la fonction publique d'État exclusivement) a 3 mois pour mener cette procédure de reclassement.²⁴

L'impossibilité, pour l'administration, de proposer de tels emplois de reclassement doit faire l'objet d'une décision motivée.

Le fonctionnaire de l'État reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit à une **période de préparation au reclassement avec traitement** d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif.

L'idée est d'organiser une période de formation adaptée à la situation des agents avant leur demande de reclassement (« *période de préparation au reclassement* ») pour les accompagner dans cette démarche²⁵.

(b) Lorsque l'agent est définitivement inapte à l'exercice de tout emploi public

- L'agent est admis à la retraite pour invalidité

L'agent peut être admis à la retraite pour invalidité, après avis de la Commission de réforme puis accord du Service des retraites de l'État (SRE) ou de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Il n'est plus ici question de reclassement puisque l'agent est définitivement inapte à l'exercice de tout emploi public.

Pour être admis en retraite anticipée pour invalidité, il faut remplir les conditions suivantes :

- être fonctionnaire titulaire ;
- être devenu définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions par suite de blessures ou de maladies contractées ou aggravées pendant une période d'acquisition de droits à

²⁴ Article 3 du Décret n° 84-1051 du 30/11/1984

²⁵ Circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique - Objectifs 7 et 8 Renforcer la prévention de l'inaptitude et le maintien dans l'emploi ; décret n° 2018-502 du 20 juin 2018 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

pension de retraite (donc, impossible d'accéder à une retraite pour invalidité si une maladie a été contractée durant une disponibilité), ou contractées ou aggravées en service, ou en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, ou en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes ;

- ne pas avoir pu être reclassé dans un emploi correspondant à ses aptitudes physiques ;
- ne pas avoir atteint la limite d'âge.

Lors d'une retraite pour invalidité d'origine professionnelle, le fonctionnaire bénéficie (en plus de sa pension de retraite, dans la limite du montant du traitement ayant servi au calcul de la pension) d'une rente d'invalidité. Lorsque le fonctionnaire bénéficiait de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI) et qu'il est mis en retraite en raison de l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'ATI, la rente d'invalidité remplace l'ATI.

- **L'agent est licencié**

Le licenciement est strictement encadré pour éviter la désinsertion professionnelle. Ainsi, le licenciement d'un agent ne pourra être prononcé que si tous ses droits à congé ont été utilisés, qu'aucun reclassement n'est possible (soit du fait du refus du fonctionnaire des postes proposés, soit du fait de l'absence de tels postes) et que l'agent ne peut être admis à la retraite (CE n° 22/7868 du 2 octobre 2002).

Remarque : Le fonctionnaire mis en disponibilité qui refuse successivement trois postes qui lui sont proposés en vue de sa réintégration (sans motif valable lié à son état de santé) peut être licencié après avis de la Commission administrative paritaire (CAP)²⁶.

► **L'invalidité**

Après épuisement de ses droits à congés maladie (CMO, CLM, CLD), le fonctionnaire qui ne peut pas reprendre ses fonctions ni être mis à la retraite pour invalidité, et qui est atteint d'une affection réduisant de deux tiers sa capacité de travail, peut demander à bénéficier de **l'allocation d'invalidité temporaire (AIT)**²⁷.

(a) **L'allocation d'invalidité temporaire (AIT)**

Le fonctionnaire formule une demande de reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire à la CPAM qui transmet son avis à l'administration qui elle-même saisit la Commission de réforme - Articles D712-14 et -15 du Code de la sécurité sociale.

Au vu des avis de la CPAM et de la Commission de réforme, l'administration prend une décision de reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire pour une période de 6 mois maximum, renouvelable selon la même procédure. Cette décision précise notamment le degré d'invalidité du fonctionnaire et le taux de l'allocation d'invalidité temporaire (fonction de la catégorie d'invalidité). Cette décision est notifiée à la CPAM à laquelle incombe le service des prestations en nature- Article D712-16 du Code de la sécurité sociale.

L'AIT cesse d'être servie dès que le fonctionnaire est réintégré dans ses fonctions ou mis à la retraite.

²⁶ Article 51 Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984

²⁷ Article 6 Décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 ; Article D. 712-13 du Code de la sécurité sociale.

À noter: Les agents contractuels relevant du régime général de la Sécurité sociale bénéficient d'une pension d'invalidité (cf. § 2.1.2).

Le fonctionnaire partiellement invalide, à la suite d'un AT/MP, peut bénéficier, sous certaines conditions, de **l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)**²⁸.

(b) L'allocation temporaire d'invalidité (ATI)

Alors que l'AIT est versée au fonctionnaire à la place de son traitement en cas d'invalidité temporaire, l'ATI est une prestation versée au fonctionnaire en plus de son traitement en cas d'invalidité temporaire lui permettant de poursuivre ses fonctions²⁹.

Le versement de l'ATI participe donc du MEE de l'agent en ce qu'elle vise à indemniser l'invalidité résiduelle de l'AT/MP et non la diminution consécutive à la réduction de la capacité. En outre, l'agent qui en bénéficie cumule l'allocation avec son traitement.

Pour bénéficier de l'ATI, le fonctionnaire doit être atteint d'une incapacité permanente résultant soit d'un AT entraînant au moins 10 % d'IP, soit d'une MP.

Le fonctionnaire doit faire la demande à son administration qui peut solliciter des visites médicales auprès des médecins agréés et doit demander l'avis de la CR.

À noter: Les agents contractuels relevant du régime général de la Sécurité sociale bénéficient d'une indemnisation lorsque leur état de santé est consolidé à la suite de l'AT/MP.

► Les aides complémentaires du FIPHFP en faveur du MEE

Les employeurs publics sont soumis à l'obligation d'emploi au même titre que dans le secteur privé (cf. 2.1.3 et article L. 5212-13 du Code du travail). Elle concerne ainsi, notamment, les travailleurs reconnus handicapés ; les victimes d'AT/MP ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ; les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain³⁰.

Dans la fonction publique, cette obligation d'emploi est également étendue, notamment, aux agents inaptes reclassés statutairement ou par changement d'affectation après avis du Comité médical ou de la Commission de réforme³¹ et aux agents bénéficiaires de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI).

²⁸ Article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 ; Article L. 417-8 du Code des communes ; Article 80 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

²⁹ Article 2 du Décret n° 2005-442 du 2 mai 2005

³⁰ Article 2 du Décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au FIPHFP, tel que modifié par le Décret n° 2016-783 du 10 juin 2016

³¹ Article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 ; Articles 81 à 85 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 ; Articles 71 à 75 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

Ces agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi peuvent bénéficier des aides du FIPHFP³², sur préconisation du médecin de prévention. Cette préconisation doit être inférieure à un an par rapport à la date de demande de prise en charge.

Les agents en restriction d'aptitude bénéficiant d'un simple aménagement de leur poste de travail (dans le cadre d'un processus de reclassement) ont également droit à certaines aides notamment pour aménagement de poste ou formation de reconversion, même s'ils ne sont pas bénéficiaires de l'obligation d'emploi (tout comme les agents ayant changé de fonctions après avis du seul médecin de prévention).

Le FIPHFP finance des aides techniques et humaines, mais aussi des actions de formation et d'information nécessaires au MEE, sur demande des employeurs publics. Ils sollicitent les financements directs du FIPHFP soit *via* la e-plateforme, soit *via* la contractualisation d'un projet pluriannuel.

À noter : Les agents reconnus travailleurs handicapés peuvent également saisir le Fonds d'une demande de financement, notamment pour l'aménagement du poste de travail effectué avec le médecin de prévention (aménagement/adaptation de l'environnement de travail, étude ergonomique, aménagement du véhicule personnel, télétravail, accessibilité, etc.), s'ils produisent, à l'appui de leur demande, une pièce justifiant de leur handicap au sens de l'article L. 5212-13 du Code du travail, ainsi qu'une pièce justifiant de leur rémunération par l'employeur public. Si la demande est recevable, le Fonds la transmet à l'employeur public en lui précisant les conditions d'attribution du financement. L'employeur procède à l'instruction de la demande et fait connaître au Fonds la possibilité de réalisation de l'action dont le financement a été sollicité par l'agent auprès du fonds³³.

En pratique, cela concerne, notamment³⁴, l'aménagement du poste de travail, la facilitation des déplacements ou l'accessibilité des locaux, l'accompagnement par des professionnels (auxiliaire de vie, interprètes, tutorat, etc.) ou la réorientation professionnelle (bilan de compétences, formation spécifique, etc.).

Pour aller plus loin : consulter le [catalogue des interventions du FIPHFP](#)³⁵.

2.5.2 Le MEE et la MSA : les spécificités

Le dispositif MEE de la Mutualité sociale agricole (MSA) concerne les salariés ou non-salariés agricoles, en emploi ou en contrat de travail au moment de l'arrêt de travail (le cas échéant) ayant un problème de santé ou un handicap susceptible d'entraîner un risque de désinsertion professionnelle.

Ces travailleurs peuvent se faire accompagner dans leur démarche de MEE par la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (CPME) de la MSA qui fait intervenir différents acteurs, dont les médecins du travail et les médecins conseils.

³² Article 2 du Décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au FIPHFP, tel que modifié par le Décret n° 2016-783 du 10 juin 2016

³³ Article 3 du Décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au FIPHFP, tel que modifié par le Décret n° 2016-783 du 10 juin 2016

³⁴ Article 3 du Décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au FIPHFP, tel que modifié par le Décret n° 2016-783 du 10 juin 2016

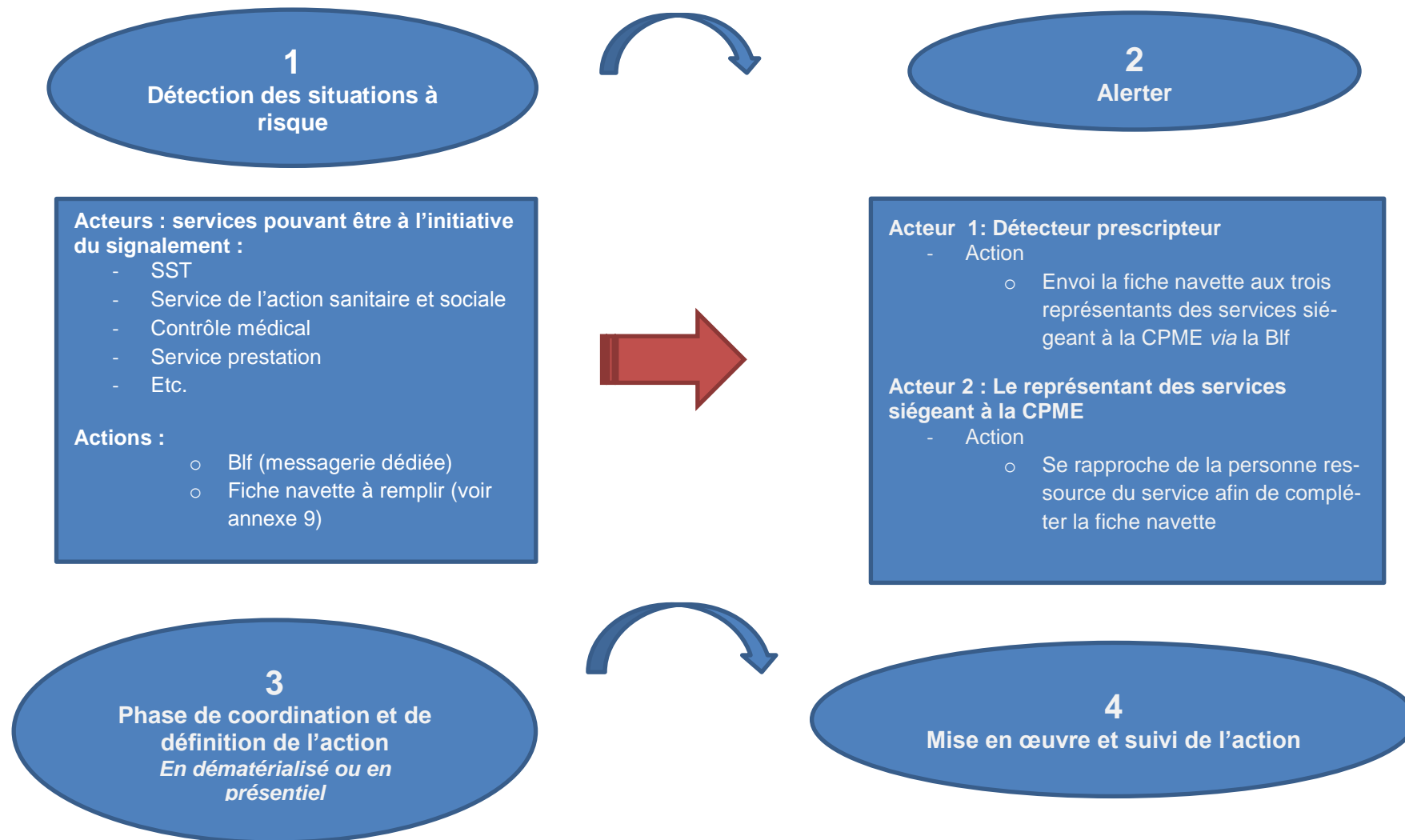
³⁵ Catalogue des interventions du FIPHFP : <http://www.fiphfp.fr/FAQ/Quelles-aides-financieres-peut-apporter-le-FIPHFP>

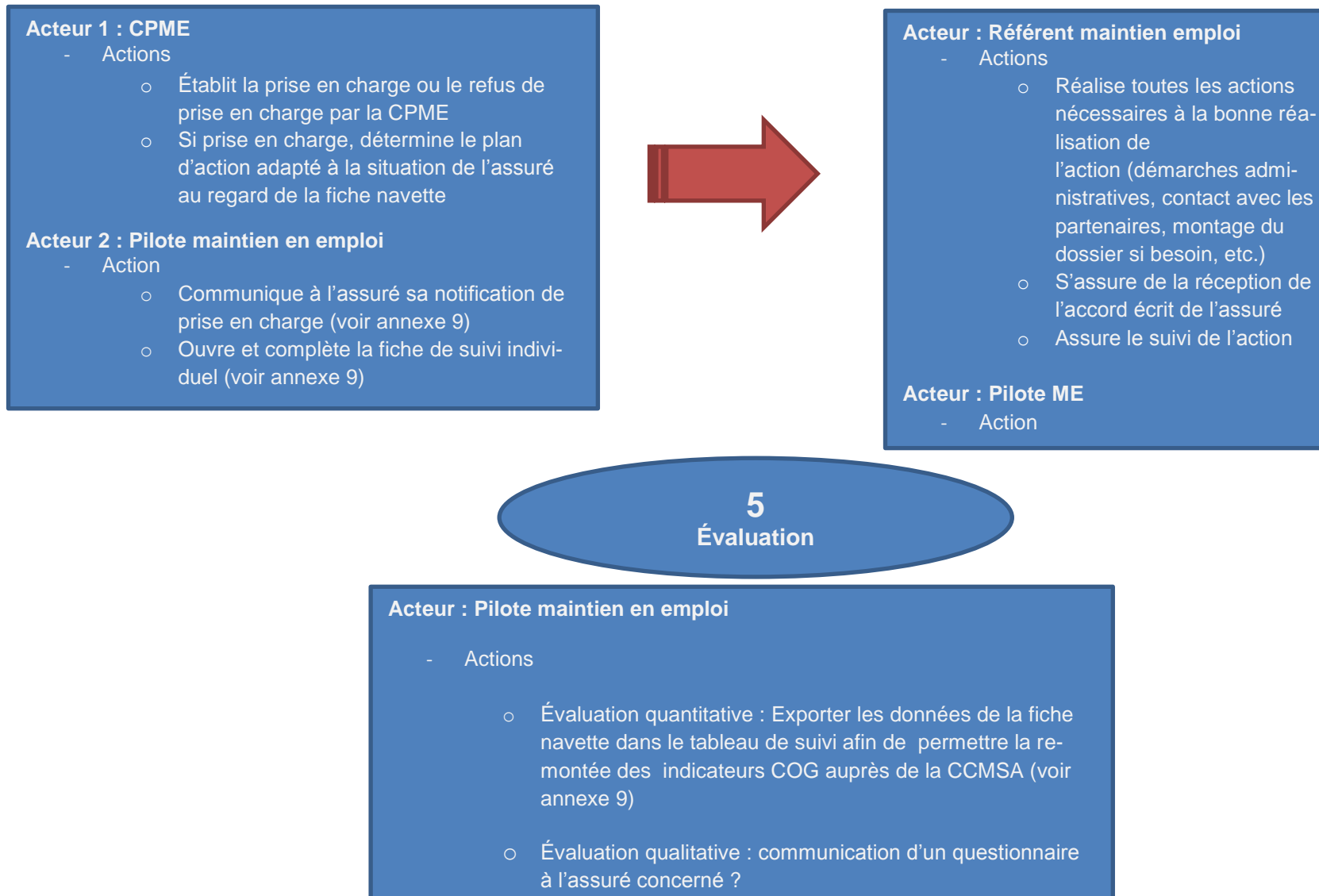
Cette CPME se réunit pour les cas complexes qui n'ont pu être solutionnés par les acteurs habituels (service de santé travail, service de l'action sanitaire et sociale, service du contrôle médical). Elle est alertée par l'un de ces acteurs, lui-même informé par le travailleur ou son employeur.

La CPME implique ces trois secteurs d'activité, avec un représentant par service : médecin du travail ou infirmier santé travail, médecin-conseil, un représentant de service de l'action sanitaire et sociale, et si besoin d'autres services tels que Cap emploi, la MDPH ou encore le conseiller en prévention des risques professionnels. Les membres de la CPME désignent entre eux un référent MEE dont le rôle est la coordination, la mise en œuvre et le suivi du dossier, toujours dans le respect du secret médical).

La CPME accompagne les personnes fragilisées grâce à une détection précoce des problèmes de santé risquant d'impacter leur parcours professionnel. Elle propose des solutions adaptées et personnalisées aux besoins de l'assuré, aussi bien individuelles (proposition d'adaptation ou d'aménagement du poste de travail, accompagnement au reclassement, aide à la mise en place d'un temps partiel thérapeutique, réalisation d'actions de remobilisation précoces telles que l'essai encadré, mise en place d'un CRPE, démarche de reconnaissance d'invalidité ou de handicap – RQTH, etc.) que collectives (ateliers, informations, etc.) et le suit tout au long de leur mise en œuvre, puis évalue leur pertinence en matière de MEE.

Figure 1. Les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi MSA : Organisation – Fonctionnement – Actions, Direction du développement sanitaire et social, Direction de la santé et de la sécurité au travail, Échelon national du contrôle médical, CCMSA novembre 2016





Remarque : La MSA étant organisée en un guichet unique, l'assuré bénéficie d'une prise en charge globale. Ainsi, en dehors de la CPME, le médecin du travail et le médecin conseil de la MSA peuvent régulièrement échanger *via* les « fiches de liaisons » (cf. Annexe 4 du texte des recommandations) afin de favoriser le MEE.

3. Comment assurer un repérage le plus tôt possible?

Bien que la question du MEE se pose avec acuité et évidence lors d'une demande ciblée ou à l'issue d'un arrêt de travail long, ou encore face à une maladie handicapante, il faut envisager cette question plus en amont. Un repérage précoce nécessite donc la vigilance de nombreux acteurs au-delà du travailleur, tels que les différents médecins qu'il peut rencontrer dans son parcours de soin, les assistantes sociales, mais aussi l'encadrement de proximité du lieu de travail, etc.

3.1 Circonstances et acteurs possibles du repérage

Plusieurs circonstances possibles de repérage sont identifiables selon que l'on se situe dans le parcours de soins du patient, le parcours santé/travail du travailleur, ou le parcours Sécurité sociale de l'assuré social (cf. Tableau ci-dessous).

Les acteurs du repérage sont les professionnels des SST, mais aussi les autres professionnels du champ du MEE et plus largement du médico-social : services médicaux, sociaux et de prévention des organismes de Sécurité sociale, médecins traitants généralistes ou d'autres spécialités médicales, acteurs du milieu de travail, Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), organismes de placement spécialisé (Cap Emploi), missions handicap, employeurs concernés par l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH), Comète France, etc.

Tableau 6. Circonstances et acteurs possibles du signalement/du repérage du risque de désinsertion professionnelle aux équipes de santé/travail (sans ordre de préséance)

Circonstances	Acteurs (*)
<p><u>Parcours de soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Premiers symptômes fonctionnels d'une maladie non encore diagnostiquée, par exemple plainte somatique, psychique, etc. 	<p>Médecin traitant, médecin spécialiste, travailleur</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Maladie diagnostiquée avec pronostic fonctionnel prévisible à venir péjoratif (Lorsqu'un diagnostic péjoratif est posé en termes de capacités fonctionnelles, même en l'absence de symptômes actuellement invalidants) 	<p>Médecin traitant, médecin spécialiste, salarié, médecin du travail</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêts de travail ou soins (**) (au moment des soins ou d'un premier arrêt de travail de courte ou de plus longue durée, des arrêts de travail répétés ou ultérieurs, etc.) 	<p>Médecin traitant, médecin spécialiste, salarié, médecin-conseil, cadres de santé, professionnels paramédicaux assistants de services sociaux, médecin du travail (VPR), employeur</p>

<p><u>Parcours de santé/travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi de santé par les professionnels de santé des équipes pluridisciplinaires de santé au travail lors de tous les entretiens individuels VIP, VMAAE, suivi périodique, VR, visites à la demande, VPR • Perception par le salarié ou son environnement de travail de difficultés au travail pouvant être en lien avec des problèmes de santé (baisse de performance troubles du comportement, difficultés relationnelles, etc.) <p><u>Parcours Sécurité sociale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la déclaration d'un AT ou d'une MP • Lors de tout arrêt de travail • Lors de la demande d'une prestation (demande d'invalidité, demande de reconnaissance de MP, demande de rente AT/MP, etc.) • Lors de la prise en charge d'une pathologie susceptible d'interférer sur les capacités de travail 	<p>Médecin du travail, collaborateurs médecins, infirmiers de santé au travail</p> <p>Informers les salariés de leur possibilité de demander à tout instant une VM auprès du médecin du travail, y compris en période d'arrêt de travail (VPR)</p> <p>En dehors de toute situation manifeste de difficulté professionnelle en matière de MEE, une question systématique peut aider à repérer un risque dans ce domaine : « Avez-vous (depuis la dernière visite) des difficultés à effectuer votre travail en ce moment en raison de problèmes de santé ? Et si oui, de quelle nature ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ?... »</p> <p>Le travailleur, l'employeur (**), l'encadrement hiérarchique de proximité, les représentants du personnel</p> <p>Le service médical (médecins conseil, infirmier, etc.) et le service social (assistants des services sociaux)</p>
--	--

(*) Les acteurs du repérage peuvent inciter à contacter le médecin du travail dans le respect des règles déontologiques.

(**) Le suivi de cohorte publié par Koopmans en 2008 (35) montre que les arrêts de travail fréquents et les arrêts de longue durée sont associés à un risque important de perte d'emploi.

(***) Si une visite médicale est demandée par l'employeur, le motif explicite de cette demande doit être demandé à l'employeur afin que cette visite soit productive (à la fois pour le salarié et pour le médecin).

VMAAE : visite médicale d'aptitude avant l'embauche ; VIP : visite d'information et de prévention ; VR : visite de reprise ; VPR : visite de pré-reprise ; MP : maladie professionnelle ; AT : accident du travail ; VM : visite médicale

Pour mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces, la mission IGAS publiée en janvier 2018 (3) propose notamment d'élaborer une véritable **stratégie de communication**, d'engager une réflexion sur la question du maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, d'inciter les médecins traitants à orienter leurs patients en

risque de désinsertion professionnelle vers les services de santé au travail, d'améliorer les procédures de repérage et signalement des organismes de protection sociale.

Pour aider les **services de santé au travail** à renforcer leur investissement sur le maintien en emploi, cette mission recommande notamment d'organiser leur information par les caisses d'Assurance maladie sur les arrêts de travail, afin qu'ils puissent proposer des visites de pré-reprise, et de les inciter à mettre en place des processus d'accompagnement structurés et partenariaux, sans rupture en cas d'arrêt de travail ou de licenciement, ce qui suppose d'ouvrir la possibilité de les solliciter durant quelques mois après l'inscription à Pôle emploi en cas d'invalidité.

Conclusion sur les circonstances de repérage :

L'arrêt de travail (le premier ou non, répété, court ou prolongé) est un point de repérage pertinent du risque de DP.

Cependant, en fonction du type de pathologies, cela peut ne pas suffire au repérage. En effet, d'autres points de repérage peuvent être relevés : dès que le salarié rencontre des difficultés professionnelles dans l'exercice de son activité, la survenue d'un AT/MP même sans arrêt de travail, et dans certaines maladies, c'est au décours de l'évolution même de la maladie qu'il faut rester à l'écoute pour voir à quel moment il est judicieux de proposer un accompagnement (ex. : cancer, lombalgie, etc.).

C'est pourquoi il faut que le suivi de santé effectué par les professionnels de santé au travail intègre des questionnements systématiques concernant à la fois les antécédents de maladie, surtout chronique, les facteurs de risque de maladie pouvant survenir, les antécédents d'arrêt de travail et les postes de travail qui sont vecteurs de risques pour la santé.

Il est proposé, en dehors de tout point d'appel évident de risque concernant le MEE, qu'une question systématique puisse ainsi être posée par les professionnels de santé des SST : « *Avez-vous (depuis la dernière visite) des difficultés à effectuer votre travail en ce moment en raison de problèmes de santé ?* » ; et si oui, de quelle nature, la durée, la fréquence, etc.

Il existe bien sûr des pathologies de survenue brutale sur lesquelles on n'a pas de prise en matière de prévention primaire, mais les équipes de santé au travail doivent alors s'interroger sur les aides à apporter pour favoriser le retour au travail. De même, il y a des maladies chroniques qui ont une histoire naturelle d'aggravation chronique au cours de laquelle les équipes de santé au travail doivent pouvoir intervenir pour le maintien durable dans l'emploi.

À qui adresser le salarié chez lequel un risque pour le MEE a été identifié ?

Quel que soit l'acteur qui a pu repérer un risque possible quant au maintien en emploi d'un travailleur ayant un problème de santé, le travailleur doit être orienté vers le médecin du travail dès que la question du MEE se pose.

Remarque : Au regard des craintes des salariés vis-à-vis d'une rencontre avec leur médecin du travail, il est important de les éclairer sur le rôle de ce dernier et sur sa déontologie. Il sera également nécessaire de les informer et les rassurer quant à l'objet de la VPR.

3.2 Sur quels critères repérer les personnes à risque de désinsertion professionnelle ?

Ce paragraphe abordera, d'une part, les facteurs de risque susceptibles de contribuer au risque d'absentéisme, d'incapacité de travail ou de désinsertion, et, d'autre part, les facteurs prédictifs du retour au travail en cas d'arrêt maladie, indépendamment de toute pathologie

spécifiquement identifiée (facteurs dits « génériques » ci-après). Les facteurs spécifiques seront abordés dans le chapitre 5, pour les principales pathologies identifiées.

3.2.1 Facteurs de risques génériques³⁶ liés au travailleur ou au travail susceptibles de contribuer au risque d'absentéisme, d'incapacité de travail ou de désinsertion en dehors des arrêts de travail

Compte tenu de la réforme de la santé au travail³⁷ et du suivi de santé désormais partagé entre les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire, la question serait de savoir si, à l'occasion des VIP initiales ou périodiques, un repérage précoce du risque de désinsertion pourrait être recommandé, et si oui, sur la base de quels facteurs de risque (personnel et/ou professionnel), par quel professionnel de santé et comment recueillir l'information. Ceci afin de savoir comment l'utiliser ensuite pour adapter le suivi.

Concernant les facteurs de risque d'incapacité de travail, trois revues systématiques de la littérature et une méta-analyse ont été identifiées.

Marc I. White *et al.*, en 2015 (36), ont étudié les facteurs de risque non modifiables liés au travailleur ou au travail contribuant à l'absentéisme au travail. Parmi les 2 467 articles identifiés, 26 revues systématiques (700 études) ont été considérées éligibles au regard des critères retenus pour cette synthèse et de leur qualité méthodologique. Ces auteurs déploraient cependant l'hétérogénéité des méthodologies d'étude, des indicateurs de résultat et des définitions utilisées.

Néanmoins, et concernant tout d'abord les facteurs non modifiables en lien avec le travail, l'étude a trouvé un niveau de preuve modéré en cas d'emploi faiblement qualifié.

Par ailleurs, il y avait un faible niveau de preuve ou une insuffisance de preuve concernant l'augmentation du risque d'incapacité avec l'ancienneté du travailleur, le contexte financier et la taille de l'entreprise, ainsi qu'une preuve insuffisante que la perte d'avantages financiers ou les difficultés financières soient un facteur prédictif de retour au travail, de même que le niveau de compensation de revenus ou les caractéristiques du système de santé.

Concernant les facteurs non modifiables liés au travailleur, l'étude a montré néanmoins des preuves cohérentes d'un risque accru d'incapacité de travail lorsque le travailleur conjugue au moins deux facteurs parmi : un bas niveau d'éducation, un âge avancé, un isolement social ou un manque de soutien social/familial, une diminution des capacités physiques, une détresse émotionnelle ou des symptômes psychiatriques, un surpoids et des arrêts de travail antérieurs.

La même équipe (37) a identifié les facteurs de risques modifiables liés au travailleur contribuant à l'incapacité de travail. Sur les 2 467 articles identifiés, 24 revues systématiques (765 études) ont été considérées éligibles au regard des critères retenus pour cette synthèse et de leur qualité méthodologique. Là encore, les résultats étaient limités par l'hétérogénéité

³⁶ On entend par facteur de risque générique les facteurs de risque non spécifiques d'une pathologie particulière.

³⁷ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JORF n°0184 du 9 août 2016.

des méthodologies d'étude, des indicateurs de résultat et des définitions utilisées, ainsi que par la faible qualité méthodologique des études.

Concernant les facteurs liés au travailleur, l'étude a trouvé des preuves cohérentes d'un risque accru d'incapacité de travail lorsque le travailleur conjugait au moins deux facteurs incluant un état de détresse émotionnelle, « *negative enduring psychology/personality factors* », une mauvaise santé perçue ou incapacité perçue, une activité physique diminuée, un manque de soutien familial, un état général altéré, un handicap fonctionnel important, de la douleur ou de la fatigue, un manque de motivation à retourner au travail.

Une autre revue systématique plus ancienne (38) avait pour objectif de déterminer les facteurs pronostiques d'incapacité de travail communs à plusieurs maladies chroniques (arthrite rhumatoïde, asthme, BPCO, diabète et infarctus du myocarde). Au total, 43 études ont été incluses au regard de leur qualité méthodologique parmi les 620 articles identifiés. Les facteurs pronostiques communs d'incapacité de travail pour toutes les maladies étaient la mauvaise santé perçue, la limitation de l'activité physique du fait de la maladie chronique, un travail manuel lourd, et le genre féminin.

La méta-analyse de Duijts 2007 (39) sur les facteurs prédictifs d'arrêt maladie d'origine psychosociale (20 études prospectives ont été incluses) a montré que les facteurs prédictifs significatifs étaient d'être célibataire, avoir des plaintes psychosomatiques, un épuisement, avoir des problèmes psychologiques et peu de latitude décisionnelle.

En conclusion, au regard de la littérature actuelle, de nombreux facteurs pourraient être considérés comme susceptibles de contribuer au risque d'absentéisme, d'incapacité de travail ou de désinsertion. Considérant que l'absentéisme ainsi que sa durée ou sa répétitivité est déjà un facteur considéré comme un facteur de risque, différents autres facteurs de risques susceptibles d'être repérés en VIP ont été identifiés.

Il faudrait distinguer (a) la situation où le professionnel de santé a la connaissance d'une maladie chronique, de (b) la situation générique dans laquelle il n'est informé d'aucune maladie particulière et où le professionnel de santé au travail devrait identifier des situations personnelles ou professionnelles de risque de désinsertion.

Dans la mesure où une maladie chronique est connue (situation a), les facteurs génériques de risque de désinsertion sont la mauvaise santé perçue, la limitation de l'activité physique du fait de la maladie chronique, un travail manuel lourd, et le genre féminin.

En dehors de toute pathologie chronique connue (situation b), il semble que les facteurs à risque de désinsertion soient l'association de deux ou plusieurs facteurs parmi : un bas niveau d'éducation, un âge avancé, un isolement social ou un manque de soutien social/familial, une diminution des capacités physiques, une détresse émotionnelle ou des symptômes psychiatriques, un surpoids et des arrêts de travail antérieurs.

3.2.2 Facteurs prédictifs du retour au travail en cas d'arrêt maladie

Il s'agit de savoir si, indépendamment du type de pathologie, particulièrement lors des visites de pré-reprise, il y aurait des facteurs génériques auxquels il faudrait être vigilant, en ce qu'ils constitueraient ou non un frein au retour au travail.

Cinq revues systématiques et une étude longitudinale ont été retenues.

La revue systématique publiée par Gargnano *et al.* en 2017 (40) retrouve, sur 14 revues et 32 études de cohorte incluses sur les critères de qualité fixés, quatre **facteurs communs facilitant le retour au travail en cas de pathologies mentales, cardiovasculaires ou de cancers** (la marge de manœuvre au travail, la capacité de travail, une bonne santé perçue et un haut niveau socioéconomique). Cette revue identifie également six facteurs pronostics communs constituant des freins au retour au travail pour ces mêmes maladies : stress au travail, anxiété, dépression, comorbidités, âge élevé et faible niveau d'éducation.

La revue systématique de la littérature publiée par Ervasti *et al.* (41) comprend une méta-analyse incluant 11 études publiées (22 358 personnes), ainsi qu'une étude non publiée portant sur le secteur public finlandais (14 101 personnes). Les auteurs rapportent qu'un âge élevé, des comorbidités physiques ou psychiatriques, une dépression sévère étaient associés à un moindre retour au travail en cas d'incapacité de travail liée à une dépression.

La revue systématique d'Ebrahim S. *et al.* publiée en 2015 (32) a constaté que l'espérance de rétablissement des patients est un facteur prédictif significatif de reprise du travail (46 études incluses), même si la mesure de cette espérance est effectuée par des échelles non validées.

La revue systématique de Dekkers-Sanchez (42) montre que les facteurs significativement associés à un arrêt de travail d'au moins 6 semaines sont un âge avancé et des arrêts de travail antérieurs avec un degré d'évidence faible.

La revue de Detaille *et al.* (38) décrite précédemment a mis en évidence sur ce sujet qu'une faible motivation à retourner au travail était également un frein au retour au travail.

Odgaard *et al.* (43) ont publié une étude longitudinale incluant des patients après traumatisme crânien suivis pendant 6 ans. Ils distinguent le retour au travail du retour durable à l'emploi (*maintaining labour market attachment*). Si le retour au travail après traumatisme crânien sévère est associé avec plusieurs facteurs médico-socioéconomiques (âge, niveau d'étude, compensation ou non de l'incapacité, longueur du séjour en soins intensifs), en revanche, le maintien durable en emploi dépend seulement de l'âge.

En conclusion des § 3.2.1 et 3.2.2 :

- Concernant les facteurs liés à l'individu :
 - les facteurs **de risque de désinsertion** sont l'association de deux ou plusieurs facteurs parmi : un faible niveau d'études, un âge > 50 ans, un isolement social ou un manque de soutien social/familial, une capacité physique limitée, une mauvaise santé perçue, une détresse émotionnelle, un syndrome ou des symptômes anxio-dépressifs, un surpoids et des arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois) (NP2) ;
 - NB : nous n'avons pas retenu le genre féminin en raison du risque de stigmatisation, du fait qu'il s'agit d'un facteur par nature non modifiable, et du fait qu'il n'existe pas de compréhension claire de ce résultat en l'état actuel des connaissances ;
 - les facteurs communs à toute pathologie influençant **positivement** sont un haut niveau socioéconomique, une bonne santé perçue, une espérance de rétablissement, une bonne capacité fonctionnelle de travail, ainsi qu'un espoir élevé de reprise du travail (NP2).

- Concernant les facteurs liés au travail :
 - quel que soit le problème de santé, les facteurs de risque psychosociaux présents dans l'environnement de travail influencent négativement le pronostic professionnel des travailleurs atteints de problèmes de santé (NP2) ;
 - **quel que soit le problème de santé retentissant sur les capacités d'un travailleur**, il est ainsi recommandé de rechercher dans l'environnement de travail les facteurs suivants qui influencent négativement son pronostic professionnel :
 - une faible marge de manœuvre associée à des exigences élevées au travail, conduisant à un niveau élevé de stress au travail,
 - un faible soutien social (de la hiérarchie et/ou des collègues),
 - une faible reconnaissance au travail,
 - une insuffisance ou absence de politique au sein de l'entreprise favorisant le retour au travail et le maintien en emploi (absence d'aménagements de poste, absence de reprise progressive à temps partiel thérapeutique, etc.)

4. Quels sont les moyens (humains et techniques) et les conditions nécessaires à mobiliser pour mettre en œuvre le MDE au sein des SST en lien avec d'autres acteurs ?

4.1 Efficacité des interventions ciblant le travailleur

La question des interventions ciblant le travailleur propre à chaque pathologie fait l'objet de nombreux travaux internes aux différentes spécialités qui les prennent en charge. Cette question est en filigrane, mais renvoie à des recommandations spécifiques qui ne seront pas traitées ici. En effet, ce travail n'a pas vocation à faire une revue de la littérature de toutes les recommandations de bonne pratique sur la réadaptation fonctionnelle de telle ou telle pathologie. Cependant, lorsque ces recommandations comportent un volet travail, elles seront néanmoins traitées dans l'étude de la littérature ci-après.

4.2 Efficacité des interventions ciblant le milieu de travail (transversales à différentes pathologies)

La recherche de la littérature a permis d'identifier six revues systématiques de la littérature.

Une revue systématique de Cullen *et al.* publiée en 2017 (27) a évalué l'efficacité des interventions ciblant le milieu de travail et les interventions de gestion de l'incapacité. Elle a inclus 36 études de moyenne et haute qualité méthodologique et a classé les interventions de retour au travail selon trois grands domaines : des interventions centrées sur la santé donc l'individu, des interventions comprenant une coordination entre les actions et les interventions modifiant le travail. La durée d'arrêt de travail pour les TMS, les états pathologiques liés à la douleur et les pathologies mentales est significativement réduite (évidence forte) par les interventions comprenant au moins deux des trois domaines cités. Cette revue montre également avec une forte évidence que les thérapies cognitivo-comportementales qui ne prennent pas en compte des modifications du travail ou une coordination des actions ne sont pas efficaces pour le retour au travail en cas de pathologie mentale.

La revue Cochrane de Van Vilsteren (7) a inclus 14 essais contrôlés randomisés (8/TMS, 5/santé mentale, 1/cancer). Son objectif était de déterminer l'efficacité des interventions ciblant le milieu de travail afin de prévenir l'incapacité de travail. Ces interventions incluaient une intervention en entreprise : changement organisationnel, de l'environnement de travail (bruit, lumière, vibrations), un changement d'équipement (fourniture/matériel), un changement du design du travail (emploi du temps, réentraînement au travail), et impliquent *a minima* le salarié et l'employeur *versus* une prise en charge classique ou clinique sans changement organisationnel ou matériel de travail.

Le critère principal de jugement était la durée de l'arrêt de travail appréhendée par : a) la durée d'arrêt jusqu'au 1^{er} jour de reprise (même s'il existe un nouvel arrêt ensuite) ; b) la durée de l'arrêt jusqu'au retour au poste antérieur (ou équivalent) pour au moins 4 semaines sans nouvel arrêt ; c) la durée cumulée de l'arrêt de travail ; d) la récurrence des arrêts de travail. Les critères secondaires étaient le statut fonctionnel, la qualité de vie, la dépression

et une évaluation de la douleur (par EVA à 12 mois). Les auteurs concluaient à un haut niveau de preuve de l'efficacité de telles interventions sur la durée cumulée d'arrêt de travail, un niveau de preuve intermédiaire sur le délai de retour au travail, un niveau de preuve intermédiaire de l'intérêt d'une telle stratégie sur la répétition des arrêts de travail, et un niveau de preuve faible sur la durée totale d'arrêt de travail. Les analyses en sous-groupes par pathologies TMS/Santé mentale/Cancer concluaient aux mêmes résultats.

La revue systématique de Vooijs *et al.* publiée en 2015 (44) avait pour objectif de fournir une vue d'ensemble des interventions efficaces qui améliorent le retour ou le maintien en emploi face à une maladie chronique, indépendamment du type de pathologie. Cette revue inclut neuf études dont quatre de qualité médiocre, cinq de bonne qualité méthodologique, l'une d'elle fournissant des données non concluantes sur l'efficacité d'une intervention ciblant le retour au travail. Les quatre études de méthodologie satisfaisante décrivaient des interventions ciblées sur des changements au travail (comprenant, en les combinant, des changements de l'organisation du travail, des conditions de travail ou de l'environnement, un management individuel des cas avec l'employeur et le salarié, etc.) et des échanges entre les personnes impliquées. Parmi elles, trois rapportaient un effet bénéfique sur le maintien en emploi en cas de maladies chroniques (l'intervention est jugée bénéfique lorsque l'intervention a un effet significatif sur le maintien en emploi ou le retour au travail) d'une intervention ciblant le travail par rapport à une intervention ciblant le seul individu. Cette revue présentait l'intérêt de démontrer que s'il existe des interventions recommandées spécifiques face à certaines pathologies particulières, en l'absence de ces dernières, et pour toute pathologie susceptible d'entraîner une incapacité de travail voire une perte d'emploi, une intervention ciblant le travail en plus d'une intervention ciblant l'individu est bénéfique.

Une autre revue systématique de 2013 (6) avait pour objectif de donner une vue d'ensemble de l'efficacité d'une intervention ciblant le travail afin de prévenir et de réduire l'absentéisme indépendamment, là encore, de la pathologie. Ont été inclus 17 études, huit sur les TMS, trois sur les pathologies mentales, six pathologies multiples. Une intervention active ciblant le milieu de travail apparaît peu efficace dans cette revue pour réduire l'absentéisme, de même qu'il existe un niveau de preuve modéré quant à l'intérêt d'une reprise d'activité progressive pour réduire la durée de l'absence ; le modèle de Sherbrooke et la thérapie cognitivo-comportementale apparaissant également avec un niveau de preuve limité quant à la réduction de l'absentéisme. Les auteurs estiment qu'une intervention active ciblant le travail pourrait être inefficace pour la réduction de l'absentéisme si elle est menée de façon isolée.

Une autre revue systématique de la littérature publiée en 2012 par Hoefsmit (45) avait pour objectif d'identifier les interventions de retour au travail qui facilitent le retour au travail (indépendamment du type de pathologie). Elle a inclus 23 articles de bonne qualité méthodologique et mis en évidence que si les interventions de retour au travail initiées précocement (dans les 6 premières semaines) sont rares, elles sont efficaces pour soutenir le retour au travail, de même que les interventions multidisciplinaires, la planification préalable des interventions et le retour progressif au travail (mais seules les pathologies physiques et non mentales ont été étudiées).

Une revue systématique plus ancienne de Kuoppala (46) a inclus 45 études. Elle montre qu'en cas d'incapacité chronique, la réadaptation médicale multidisciplinaire (multimodale ?) doit être combinée avec une réadaptation ciblée sur le travail afin de réduire l'absentéisme et l'invalidité.

En conclusion, les interventions ciblant le milieu du travail sont efficaces si elles sont combinées avec une réadaptation (intervention ciblant l'individu) et/ou une coordination des différents acteurs (impliquant aussi des échanges avec l'employeur) ; si elles sont précoces (< 6 mois) et planifiées, multidisciplinaires, avec une progressivité du retour.

5. Existe-t-il des particularités d'intervention selon la pathologie nécessitant un accompagnement spécifique?

5.1 Quelles pathologies cibler ?

La liste des maladies chroniques est longue, mais plus longue serait encore la liste des maladies susceptibles d'interférer avec le MEE. Afin de mieux cibler notre recherche bibliographique sur les pathologies les plus fréquemment en cause dans le MEE, nous avons croisé plusieurs sources de données :

- d'une part, les données de la CNAM sur les « Principales pathologies à l'origine des arrêts de travail en maladie de plus de 6 mois et des mises en invalidité en 2015 et 2016 » : les cinq pathologies sont, dans l'ordre décroissant : 1) les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, 2) les troubles mentaux et du comportement, 3) les tumeurs malignes, 4) les maladies de l'appareil circulatoire et 5) les maladies du système nerveux (47) ;
- la CNAM a par ailleurs diffusé une lettre réseau (Lettre réseau LR-DDO 119/2014 annexe 1 du rapport IGAS suscité (4) concernant les **principales pathologies auxquelles les médecins conseils doivent être vigilants car à risque particulier de DP** : lésions ostéo-articulaires, les traumatismes crâniens, les hémipariés, les cancers, les pathologies psychiatriques, le syndrome de Parkinson, l'épilepsie et la SEP ;
- d'autre part, les motifs de mise en ALD, même si ces ALD ne concordent pas forcément avec un risque de désinsertion professionnelle : les trois affections de longue durée les plus fréquentes sont, pour les salariés du régime général, le diabète (2,4 millions de personnes, 25 % des exonérations pour affection sur liste), les tumeurs malignes (2 millions, 21 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,2 million, 13 %) (4) ;
- par ailleurs, les principales causes des inaptitudes médicales émises par les médecins du travail concernent pour près de trois quarts des cas les TMS et les RPS (48) ;
- enfin, les principales **causes des préconisations émises par les médecins du travail selon l'article L. 4624-3 du CT** concernent les maladies de l'appareil moteur et locomoteur (57 %), les autres maladies chroniques invalidantes (21 %), les maladies psychiques (19 %) et les déficits sensoriels (2 %) (3, 4).

C'est pourquoi nous avons choisi de cibler la littérature relative au MEE pour les troubles de santé considérés comme les plus fréquents, à savoir les pathologies ostéo-articulaires, les troubles de santé mentale dits « courants » (dépression, anxiété), les principales maladies neurologiques, les affections cancéreuses et les maladies cardiovasculaires.

Les tableaux d'analyse de la littérature citée ci-après sont présentés en annexe 3.

5.2 Maladies cardiovasculaires

La revue de la littérature sur les maladies cardiovasculaires (MC) a identifié des études sur la réadaptation professionnelle et le retour au travail concernant principalement : les cardiopathies ischémiques (ou maladie/insuffisance coronarienne pouvant aller du syndrome coronaire aigu – SCA jusqu'à l'infarctus du myocarde – IDM), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et les artériopathies.

5.2.1 Contexte

En dépit d'une baisse importante depuis près d'un demi-siècle, les MC représentent la première cause de mortalité dans le monde. L'OMS estime à 17 millions par an le nombre de

décès liés aux MC (soit 31 % de la mortalité mondiale totale). En France, le nombre de décès lié aux pathologies cardiovasculaires est en diminution depuis 1970 grâce à l'amélioration de la prévention et aux progrès thérapeutiques.

Au premier rang des atteintes vasculaires, on relève les cardiopathies ischémiques responsables d'environ 27 % des décès d'origine vasculaire. Ensuite, viennent les accidents vasculaires cérébraux (25 %), l'insuffisance cardiaque (25 %) et les artériopathies.

La symptomatologie des pathologies cardiovasculaires est susceptible d'impacter fortement la qualité de vie des sujets atteints : réduction du score physique moyen (chez plus de 50 % des patients), difficultés à réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne (l'habillage ou la toilette) et par là même difficulté à poursuivre une activité professionnelle.

5.2.2 Facteurs prédictifs et obstacles de retour à l'emploi pour les maladies cardiovasculaires

De manière générale, les maladies cardiovasculaires (MC) sont pourvoyeuses de diminution des capacités physiques, d'incapacité de travail, de handicap, de souffrance psychologique et par conséquent d'absentéisme professionnel.

De nombreuses études et recommandations se sont penchées sur les facteurs prédictifs de retour à l'emploi spécifiquement après une pathologie cardiaque. Ont été identifiés, pour étayer les facteurs prédictifs de retour à l'emploi : deux recommandations (49, 50), une revue systématique (51), un essai contrôlé randomisé (52) et quatre études de cohorte (53-56). Ces éléments sont repris ci-après.

La recommandation de l'*European Society of Cardiology* (49) ainsi que celle de la *French Society of Cardiology* (50) relèvent que : les variables sociodémographiques ont une valeur prédictive plus importante (45 %) que les variables cliniques (25 %) sur le retour au travail après un syndrome coronarien. En outre, la gestion du stress joue un rôle déterminant lors de la reprise de l'activité professionnelle après un événement cardiovasculaire. Un syndrome dépressif associé peut être un facteur négatif pour la reprise du travail. L'activité professionnelle comprenant un statut socio-économique faible, un emploi physique ou manuel, un manque de soutien social, du stress au travail et un ressenti d'hostilité est un facteur de désinsertion professionnelle.

► Concernant les revues systématiques

Cancelliere et al. (51) ont effectué en 2016 une revue de la littérature systématique sélectionnée selon la méthode du SIGN : sur 94 sélectionnées, 56 revues systématiques ont été retenues, dont quatre portant sur les maladies cardiovasculaires. La plupart des études primaires ont été menées sur le lieu de travail ou en milieu clinique. La majorité des examens ont exploré des interventions (n = 38), tandis que d'autres ont exploré des facteurs de non-intervention (n = 19) (c.-à-d. personnels, spécifiques à une maladie, environnementaux ou liés à l'activité). Elle a mis en avant les facteurs communs associés à un résultat tant négatif que positif de retour au travail.

S'agissant des facteurs négatifs pour le retour au travail : l'âge avancé (> 50 ans), le sexe féminin, une douleur ou un handicap plus élevé, la dépression, un travail physique, les congés de maladie, le chômage et les limitations d'activité. Autrement dit, plus l'arrêt de travail est long, plus les capacités fonctionnelles sont réduites, plus les chances de reprise s'amenuisent (seuil de 6 mois).

Pour le retour à l'emploi après une pathologie cardiovasculaire, les professionnels de santé au travail doivent donc mettre l'accent sur l'accompagnement de ces sujets.

S'agissant des facteurs positifs pour le retour au travail : un niveau d'éducation supérieure (donc hors ouvriers/employés), un haut statut socioéconomique, une plus grande efficacité personnelle, des attentes optimistes quant au rétablissement et au retour au travail, une plus faible gravité de la blessure ou de la maladie, une coordination du retour au travail, les interventions multidisciplinaires incluant le lieu de travail et les acteurs de santé.

La volonté de retour au travail, les niveaux de douleur et d'incapacité, la dépression, les contraintes liées au milieu de travail et l'accès à des ressources multidisciplinaires sont des facteurs modifiables importants du retour au travail.

► D'après les essais contrôlés randomisés

Maznyczka a mené en 2016 (52) un essai randomisé *via* un questionnaire d'évaluation du retour au travail envoyé à 698 patients ayant bénéficié d'une intervention coronarienne percutanée (ICP) et à 169 patients ayant bénéficié d'un pontage aorto-coronarien (PAC). L'objectif de cette étude (menée par l'*University Hospitals de Leicester Trust*, Royaume-Uni, de mai 2012 à mai 2013) était de déterminer les taux de retour au travail, l'emploi à long terme (> 12 mois après l'intervention), la durée effective de retour au travail et la qualité de vie chez les patients traités par une ICP ou un PAC.

Le taux de réponse était de 38 % (235 patients ICP et 88 patients avec PAC). Deux cent quarante et un répondants (75 %) étaient pré-employés. Parmi ces patients, 162 (93 %) et 51 (77 %) sont retournés au travail, tandis que 147 (85 %) et 41 (62 %) étaient toujours employés après > 12 mois. Après l'analyse, il n'y avait **pas de différence significative pour les patients ayant bénéficié d'une ICP et ceux ayant bénéficié d'une PAC**, que cela soit dans le retour effectif au travail, l'emploi à long terme ou la qualité de vie. Le délai médian avant le retour au travail était de 6 semaines après l'ICP et de 13 semaines après le PAC ($p = 0,001$).

► Concernant les études de cohorte

Latil a analysé en 2017 (53) **les facteurs influençant le retour au travail au-delà de la période de 90 jours recommandés**³⁸ en prenant en compte les caractéristiques professionnelles et cardiaques ainsi que les sources d'information médicale et les conseils sur le retour au travail.

Cette enquête a été menée auprès de 216 travailleurs autonomes admis à l'hôpital pour un syndrome coronarien aigu (SCA) *via* des questionnaires d'auto-évaluation et des examens médicaux. Il en ressort que 96 patients sur 216 ne sont pas retournés au travail après 90 jours (la durée du congé de maladie était de $93,3 \pm 103,7$ jours), malgré une **bonne performance cardiaque** dans 30 cas (32 %). La performance cardiaque était indépendante de la durée du congé maladie, mais elle était corrélée avec la probabilité de retour au travail ($p < 0,001$). Les **conseils** concernant le retour au travail étaient complètement absents pour 44 % des patients. Les patients ont assimilé environ 70 % des informations médicales qui leur ont été fournies, mais seulement 53 % des informations liées au travail. Le rappel d'information liée au travail était meilleur chez les patients admis dans un établissement de réadaptation (65 %) que chez ceux qui n'avaient pas été réadaptés ($p < 0,05$).

³⁸ L'Assurance maladie recommande un arrêt maladie de 28 à 60 jours pour un patient ayant présenté un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI), et de 42 à 90 jours pour ceux qui ont bénéficié d'un pontage, selon la charge de travail du patient (Arrêt de travail pour infarctus du myocarde (SCA) après l'avis de la HAS. 2007. Disponible sur :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_AT_infarctus_myocarde_BD.pdf

Dreyer a mené en 2016 (54) une étude du retour au travail, auprès de 1 680 patients âgés de 18 à 55 ans (57 % de femmes), 12 mois après un infarctus du myocarde. Les données ont été recueillies dans le cadre de l'étude VIRGO (*Lichtman, Variation in recovery: Role of gender on outcomes of young AMI patients* (VIRGO) 2010) entre août 2008 et janvier 2012 : 3 572 patients hospitalisés avec AMI ont été recrutés dans 103 hôpitaux américains, 24 espagnols et trois australiens. L'étude montre que, **comparativement aux jeunes hommes, les jeunes femmes** étaient moins susceptibles de retourner au travail (respectivement 89 % contre 85 %, $p = 0,02$). Cependant, cette différence de sexe n'était pas significative après ajustement pour les **caractéristiques sociodémographiques des patients, les facteurs psychosociaux et les mesures de santé**. Le fait d'être **marié**, d'exercer un travail professionnel ou de **bureau**, d'avoir une **santé physique plus favorable** et de **ne pas souffrir de maladie coronarienne ou d'hypertension** auparavant était significativement associé à une plus grande probabilité de retour au travail à 12 mois.

Babic a mené en 2015 (55) une étude du retour au travail, des **aspects socio-économiques** et de la qualité de vie chez 145 patients âgés de moins de 60 ans traités par une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire pour un infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST. Les données démographique et cliniques ont été recueillies pendant le traitement hospitalier, alors que les données sur les principaux événements cardiovasculaires indésirables, la réadaptation cardiaque, les congés de maladie, la retraite, le salaire, les événements majeurs de la vie et l'estimation de la qualité de vie après un infarctus du myocarde ont été obtenus après un suivi (moyenne: 836 ± 242 jours).

Il en ressort qu'à la suite d'un infarctus du myocarde (avec congé de maladie moyen de 126 ± 125 jours, fonction du secteur d'activité et de la catégorie socioprofessionnelle), 3,4 % des patients ont quitté leur emploi et 31,7 % ont pris leur retraite. Une baisse du salaire a été rapportée chez 17,9 % des patients (la baisse étant plus significative chez les hommes), des événements majeurs de la vie dans 9,7 % des cas, tandis que 40,7 % ont estimé que la qualité de vie était pire après l'événement (notamment pour les patients à faible revenu avant et après l'infarctus). En outre, le retard de réadaptation cardiovasculaire influe directement sur le délai du retour à l'emploi après un infarctus du myocarde, et la poursuite de la réadaptation cardiaque à domicile est essentielle à la pérennisation des résultats acquis en centre de rééducation.

Biering a évalué en 2015 (56) le rôle de **l'environnement de travail psychosocial** chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire lors du retour au travail. Une cohorte de patients de moins de 67 ans traités par intervention coronarienne percutanée (ICP) a été établie en 2006. Trois mois après la procédure, les patients ($n = 625$) ont répondu à un questionnaire sur leur environnement de travail psychosocial, et ils ont été suivis dans les registres pour l'année suivante. Au total, 528 patients étaient retournés au travail 3 mois après l'ICP, tandis que 97 étaient toujours en arrêt de travail. Au bout d'un an, une personne était décédée, 465 travaillaient et 85 recevaient des prestations liées à la santé, tandis que 74 avaient quitté le marché du travail de façon permanente. Cent six patients étaient inscrits sur les listes de malades (*sick list*) pendant toute la première année ou avaient quitté définitivement le marché du travail. Après le retour au travail initial, 90 ont connu une nouvelle absence pour maladie au cours de la première année, tandis que les 429 autres n'ont pas eu de congé maladie.

Un rythme de travail élevé, un faible engagement sur le lieu de travail, une faible reconnaissance et un faible contrôle du travail étaient associés à une absence pour cause de maladie à **3 mois**, mais pas après 1 an. La combinaison de contraintes de travail élevées et d'un faible contrôle étaient associés à de nouveaux arrêts de travail. Les auteurs concluent donc que l'environnement psychosocial de travail était associé au retour au travail à 3 mois, mais plus après 1 an.

À partir de cette même étude, les auteurs ont également démontré qu'il n'y a pas d'associations statistiquement significatives entre l'environnement de travail psychosocial et

le risque d'événements cardiaques défavorables, des réadmissions ou la mortalité. L'environnement de travail psychosocial n'a pas été associé aux événements cardiaques défavorables.

En résumé :

- les variables sociodémographiques jouent un rôle plus important que les variables cliniques sur le retour et le maintien en emploi (NP1) ;
- la gestion du stress joue un rôle déterminant lors de la reprise de l'activité professionnelle après un événement cardiovasculaire (NP1) ;
- un syndrome dépressif associé peut être un facteur négatif pour la reprise du travail (NP1) ;
- les facteurs favorables au retour au travail sont (NP2) : un niveau d'éducation supérieure, un haut statut socioéconomique, un sentiment de plus grande efficacité personnelle, des attentes optimistes quant au rétablissement et au retour au travail, la volonté de retourner au travail, une plus faible gravité de la blessure ou de la maladie, une coordination du retour au travail, les interventions multidisciplinaires incluant le lieu de travail et les acteurs de santé ;
- les facteurs entravant le retour au travail sont (NP2) : l'âge avancé, le sexe féminin, un travail physique (surtout pour les pathologies cardiovasculaires les plus graves), des troubles psychologiques et la dépression. Le retour précoce à 3 mois est surtout entravé par un rythme de travail élevé, un faible engagement sur le lieu de travail, une faible reconnaissance et un faible contrôle du travail.

5.2.3 Interventions pour le MEE ciblant le patient et spécifiques aux maladies cardiovasculaires

Ont été identifiés :

- quatre recommandations : celles du Conseil international de prévention cardiovasculaire et de la réadaptation (ICCPR) 2016 (49), celles de la Société française de cardiologie en 2012 (50), celles du Groupe exercice réadaptation et sport (GERS) et de la Commission d'éducation thérapeutique de la SFC 2011 (57), et le référentiel de bonnes pratiques de la Société française de cardiologie de 2011 (58) ;
- six revues systématiques (59-64) ;
- une méta-analyse d'essai comparatif (65) ;
- une étude de cohorte (53).

Ces éléments sont repris ci-après.

L'ICCPR (49) a publié **des recommandations pour la réhabilitation cardiaque dans les régions où les ressources sont limitées. Les exigences de base de la réadaptation cardiaque comprennent** : (a) l'évaluation initiale, (b) la gestion des facteurs de risque liés aux habitudes de vie (c'est-à-dire le régime, le tabac, la santé mentale), (c) la gestion des facteurs de risque médicaux (lipides, la tension), (d) l'éducation pour l'autogestion ; (e) la reprise du travail ; et (f) l'évaluation de résultat. Concernant le retour au travail, les personnes s'occupant de la rééducation cardiaque devraient solliciter les souhaits des patients concernant leur situation professionnelle, mais aussi évaluer la charge de travail des patients qui doivent retourner au travail (travail sédentaire ou comprenant une charge de travail plus lourde) afin d'évaluer les aménagements possibles.

Le réentraînement cardiovasculaire à l'effort est souhaitable pour augmenter les taux de reprise du travail et de maintien dans l'emploi des salariés en insuffisance cardiaque. L'ICCPR démontre également **l'impact de l'éducation thérapeutique** dans la prise en charge des patients en insuffisance cardiaque. En effet, un patient acteur de sa prise en

charge réduit son incapacité physique et présente de meilleures chances de poursuivre une activité professionnelle.

La participation à un programme de réadaptation cardiaque pour les patients hospitalisés pour un événement coronarien aigu ou une revascularisation et pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque est recommandée.

Une intervention multidisciplinaire des professionnels de la santé (par exemple, médecins, infirmières, diététiciens, psychologues, ergonomes) est recommandée.

Les interventions comportementales multimodales intégrant éducation à la santé, exercices physiques et une thérapie psychologique (faire face à la maladie, facteurs de risque psychosociaux, dépression) sont recommandées chez les patients présentant des symptômes cardiovasculaires et des symptômes psychosociaux établis afin d'améliorer la santé psychosociale.

Chez les personnes présentant un risque cardiovasculaire très élevé, des interventions multimodales intégrant des ressources médicales avec une éducation sur le mode de vie sain (exogénoses, éducation nutritionnelle), l'activité physique, la gestion du stress et le conseil sur les facteurs de risque psychosociaux, sont recommandées.

La recommandation de la Société française de cardiologie (50) relève que **la réadaptation cardiaque** est l'un des facteurs favorisant le retour à la vie professionnelle (réduction du déconditionnement musculaire, amélioration des capacités fonctionnelles, de la qualité de vie liée à la santé et du pronostic).

La réadaptation cardiaque facilite ainsi la reprise d'activité après une pathologie cardiaque, et la reprise du travail doit rester la priorité.

La recommandation précise également que tous les patients sont encouragés à consulter leur médecin du travail avant de retourner au travail dans les cas où il serait nécessaire d'adapter temporairement ou définitivement leur travail (horaires de travail modifiés, restructuration, changement d'emploi, stage). Il convient donc d'évaluer l'équilibre entre la capacité fonctionnelle du patient et son travail (charge de travail, contraintes physiques et environnementales) afin d'étudier les aménagements possibles.

Les résultats du test d'effort, en particulier le test d'effort cardiopulmonaire, peuvent être exploités pour conseiller le patient et le médecin du travail. Ceci pose l'intérêt de l'avis spécialiste du cardiologue dans les choix d'intervention du médecin du travail.

La réinsertion professionnelle est plus délicate pour un emploi physique ou manuel et nécessite une évaluation préalable de la fonction cardiovasculaire et une adaptation du poste au cas par cas.

La difficulté physique du travail du patient peut être évaluée lors d'évaluations ergonomiques ou sur place par des mesures ambulatoires de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.

Le travail à temps partiel thérapeutique offre l'opportunité de retourner progressivement au travail tout en permettant au patient de suivre en parallèle un programme de rééducation ambulatoire.

Une décision par le médecin du travail d'une incapacité partielle ou totale (inaptitude) pour l'emploi actuel peut avoir des conséquences importantes pour le patient et ne doit être prise qu'en dernier recours.

Le Groupe exercice réadaptation et sport (GERS) et la Commission d'éducation thérapeutique de la SFC (*Therapeutic education in coronary heart disease: Position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology*, 2011) (57) ont démontré en 2011 que les centres de réadaptation cardiaque offrent des conditions particulièrement favorables à la conduite des programmes d'éducation thérapeutique (disponibilité du patient, équipe pluridisciplinaire formée et motivée). Dans les programmes d'éducation thérapeutique, lors de l'identification des besoins et des attentes du patient, la question du retour au travail devrait être abordée (possibilité, difficulté, pertinence).

Le référentiel des bonnes pratiques de la Société française de cardiologie de 2011 (Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011, Groupe exercice réadaptation et sport – GERS – de la SFC) (58) relève qu'un **programme de réadaptation** en service de réadaptation cardiaque, en hospitalisation de jour doit idéalement être mis en place à la **6^e semaine après l'infarctus du myocarde**. La réinsertion professionnelle est plus aisée pour un emploi tertiaire, sous réserve d'une réadaptation cardiaque dans les 6 semaines suivant un accident cardiovasculaire. Cependant, la reprise d'activité professionnelle est conditionnée par la qualité de la réadaptation cardiovasculaire, d'où la nécessité d'une grande accessibilité de l'offre de réadaptation cardiaque.

► Concernant les revues systématiques

En 2017, **Jeyantham** (59) a effectué une revue de la littérature comprenant six articles (cinq essais contrôlés et une étude observationnelle) et incluant 320 patients. Elle a mis en avant le fait que **la prise en charge de la comorbidité d'un désordre psychologique** après une pathologie cardiaque aux moyens de **thérapies cognitivo-comportementales** améliore le taux de reprise de l'activité professionnelle.

Cornelis a effectué en 2016 une revue comprenant 20 essais randomisés contrôlés impliquant 811 patients (60). Elle démontre que la **réadaptation cardiovasculaire** permet d'améliorer la capacité fonctionnelle, le pronostic, la qualité de vie chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. **L'interval training** est la technique de réadaptation vasculaire à l'effort la plus efficace. Le réentraînement cardiaque à l'effort est vecteur de retour et de maintien dans l'emploi. Le fait que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque participent activement à tout type de programme de réadaptation cardiovasculaire semble suffisant pour améliorer le pronostic, la qualité de vie et la fonction cardiaque : **importance de l'éducation thérapeutique**.

Or (61) a effectué en 2016 une revue de la littérature, comprenant 43 essais randomisés contrôlés portant sur 7 001 patients et comparant l'impact de l'utilisation des technologies d'information en santé *versus* les soins habituels. Elle démontre que l'éducation thérapeutique est un facteur positif dans le retour à l'emploi de l'insuffisant cardiaque.

Munro (62) a effectué une revue de la littérature systématique en 2013, comprenant neuf études de qualité méthodologique correcte portant sur 830 patients atteints d'une maladie cardiaque et comparant la **réadaptation cardiaque par télé-médecine** (*via* Internet) aux soins habituels. Il a été démontré que la réadaptation cardiaque (RC) améliore les comportements de santé et les facteurs de risque. Les données suggèrent en outre que la **RC à domicile bien menée** (grâce à la télé-médecine) est aussi efficace que la RC en milieu hospitalier. En effet, les mesures de l'activité physique et les résultats cliniques étaient généralement améliorés, et les changements dans les situations psychosociales ont été positifs dans six études sur neuf (deux études ne notant aucun changement).

Shepherd (63) a réalisé en 2012 une revue systématique d'essais contrôlés randomisés Cochrane selon la méthode GRADE (16 articles d'ECR analysés selon les critères d'inclusion, dans neuf pays avec deux groupes dans chaque étude : prise en charge hospitalière *versus* prise en charge médicale avec un nombre de patients inclus dans les études de 19 à 262), afin d'explorer les effets des interventions de la réadaptation cardiaque sur la qualité de vie des patients atteints d'une maladie coronarienne. Quatre thèmes ont émergé de l'analyse thématique des articles sélectionnés : le bien-être physique (y compris la forme physique et les symptômes) ; le bien-être psychologique (y compris l'anxiété et la dépression) ; le bien-être social (y compris la vie de famille et les relations) ; et le statut

fonctionnel (y compris le retour au travail et le style de vie antérieur). Les résultats du domaine physique suggèrent que **la réadaptation cardiaque peut améliorer le bien-être physique et les niveaux d'activité physique** et ainsi améliore les niveaux de forme physique **et donc de retour au travail**. Les résultats du domaine physique et psychologique suggèrent que **les interventions à domicile sont au moins aussi efficaces que les interventions en centre de soins après un infarctus du myocarde, une revascularisation ou une insuffisance cardiaque**.

Reibis (64) a effectué en 2010 une revue narrative de la littérature, évaluant la **réadaptation cardiovasculaire chez les patients porteurs de stimulateurs cardiaques ou de défibrillateurs implantables**. Elle montre que la rééducation de ces patients comprend : la prévention secondaire des maladies cardiaques sous-jacentes ; la **réadaptation cardiaque** ; **l'éducation thérapeutique** ; la **prise en compte des facteurs psychologiques** (les programmes d'intervention psychologique jouent un rôle important en tant que module thérapeutique additif) ; la détection de tout dysfonctionnement du dispositif ; l'évaluation des efforts physiques demandés dans l'activité professionnelle.

Le taux de retour est influencé par la maladie cardiaque sous-jacente et, dans une moindre mesure, par le dispositif implanté. Les auteurs précisent que, pour les emplois industriels, le risque de l'interférence électromagnétique qui est faible doit être évalué, y compris par l'analyse du lieu de travail incluant la mesure des champs électromagnétiques.

► Concernant les méta-analyses d'essai comparatif

Piepoli (65) a effectué une méta-analyse d'essais comparatifs en 2004, incluant 801 patients (395 ayant bénéficié d'une réadaptation à l'effort, 406 sujets contrôles) pour comparer les effets de la mise en place d'une réadaptation cardiovasculaire à l'effort par rapport à l'absence d'intervention. Cette revue a montré des **résultats favorables de la systématisation du réentraînement cardiaque à l'effort chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique due à un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche**, en termes de qualité de vie, de mortalité, d'impact économique en termes de durée des arrêts de travail, **de taux de reprise**, de possibilité d'adaptation de poste ou de reclassement professionnel.

► Concernant l'étude de cohorte

En préalable au retour à l'emploi, un avis spécialiste peut être sollicité auprès d'un cardiologue pour évaluer les performances cardiaques du patient. Idéalement, cette évaluation est à réaliser dans les 2 mois suivant un syndrome coronarien aigu (cf. étude de cohorte de Latil en 2017 décrite précédemment (53)).

En résumé :

- en vue du retour au travail, la prise en charge des cardiopathies doit inclure conjointement la réadaptation cardiaque et l'éducation thérapeutique (49, 58, 60, 61, 63) (NP 1). La RC doit idéalement être mise en place à la 6^e semaine après l'IM (58) (NP 1). Dans les programmes d'éducation thérapeutique, lors de l'identification des besoins et des attentes du patient, la question du retour au travail devrait être abordée (GERS et Commission d'éducation thérapeutique de la SFC - *Therapeutic education in coronary heart disease...*) (57) (NP 1) ;
- le maintien ou l'amorce d'une activité physique est un vecteur de rétablissement plus rapide de la condition physique après une pathologie cardiovasculaire et donc un vecteur de retour à l'emploi (63) (NP 1) ;
- la RC pouvant être menée aussi bien en centre de soins qu'à domicile, il est nécessaire d'informer les patients de ces modalités (62, 63) (NP 1) ;

- les programmes de RC doivent inclure un soutien à la réintégration professionnelle et prendre en compte les facteurs psychologiques qui influencent la reprise. Il faut également évaluer l'état thymique du patient qui peut être un facteur négatif pour la reprise du travail (50) (NP 1) ;
- il convient donc d'évaluer l'équilibre entre la capacité fonctionnelle du patient et son travail (charge de travail, contraintes physiques et environnementales) afin d'étudier les aménagements possibles. Les résultats du test d'effort, en particulier le test d'effort cardiopulmonaire, peuvent être exploités pour conseiller le patient et le médecin du travail. Ceci pose l'intérêt de l'avis sapiteur du cardiologue dans les choix d'intervention du médecin du travail. La réinsertion professionnelle est plus délicate pour un emploi physique ou manuel et nécessite une évaluation préalable de la fonction cardiovasculaire et une adaptation du poste au cas par cas ;
- enfin, s'il y a un risque d'interférence électromagnétique avec les **stimulateurs cardiaques ou les défibrillateurs implantables, une étude de terrain doit être menée par les équipes de santé au travail avec des échanges avec l'équipe soignante.**

5.2.4 Interventions pour le MEE spécifiques aux maladies cardiovasculaires, ciblant le milieu de travail et la coordination des interventions

Si, en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, l'idéal réside dans l'association et la coordination des interventions (51), aucune étude n'a été trouvée concernant l'efficacité des actions en milieu de travail spécifiques pour les travailleurs victimes de pathologies cardiovasculaires, ni d'étude démontrant l'efficacité d'actions de coordination.

Recommandations spécifiques au MEE pour les équipes de santé au travail concernant les pathologies cardiovasculaires :

- échanges avec les équipes de soins et de rééducation, pour intégrer précocement la question d'un retour au travail ;
- évaluer la charge de travail physique et mentale (stress) face aux pathologies cardiovasculaires graves (les résultats du test d'effort, en particulier le test d'effort cardiopulmonaire, peuvent être exploités pour conseiller le patient et le médecin du travail). Ceci pose l'intérêt de l'avis sapiteur du cardiologue dans les choix d'intervention du médecin du travail. La difficulté physique du travail du patient peut être évaluée lors d'évaluations ergonomiques ou sur place par des mesures ambulatoires de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ;
- prendre en compte les facteurs qui pourraient interférer sur la reprise : *l'âge avancé, le sexe féminin, un travail physique (surtout pour les pathologies cardiovasculaires les plus graves), des troubles psychologiques et la dépression. Le retour précoce à 3 mois est surtout entravé par un rythme de travail élevé, un faible engagement sur le lieu de travail, une faible reconnaissance et un faible contrôle du travail ;*
- envisager des adaptations de cette charge de travail en fonction des capacités fonctionnelles restantes des travailleurs ;
- en cas d'implantation de stimulateur cardiaque (et de tout autre dispositif implanté) évaluer le risque d'interférence avec les champs électromagnétiques du milieu de travail (le spécialiste se renseigne auprès du fabricant).

5.3 Troubles de santé mentale

5.3.1 Contexte

La santé mentale est définie par l'OMS comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté (66).

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^e siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. L'OMS considère qu'en 2020, la dépression sera l'affection qui, après les maladies cardiovasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé. Toujours selon l'OMS, le trouble dépressif caractérisé sera la première cause d'incapacité en 2030.

En France, la prévalence des troubles dépressifs concerne 4,8 % de la population, entraînant 508 609 années de vie perdues à cause d'incapacité (7,6 % du total d'années de vie perdues par incapacité). La prévalence des troubles anxieux est estimée à 6,2 % de la population, à l'origine de 347 528 années de vie perdue par incapacité (5,2 % du total) (67).

Selon l'OCDE (68), environ 20 % de la population d'âge actif dans la zone OCDE souffrent de troubles mentaux. Le taux d'emploi des personnes atteintes d'un trouble mental pour un pays moyen de l'OCDE est compris entre 55 et 70 %, soit 10 à 15 points de pourcentage de moins que celui des personnes en bonne santé. La probabilité d'être au chômage est généralement deux fois plus élevée chez les personnes qui présentent un trouble mental que chez celles qui n'en ont pas. Les travailleurs atteints de troubles mentaux sont absents de leur travail pour raisons de santé plus souvent que les autres (32 % contre 19 %), et leur absence dure plus longtemps (6 jours contre 4,8). Toutefois, de nombreux travailleurs atteints de troubles mentaux ne prennent pas de congé de maladie, mais continuent de travailler en étant moins efficaces (présentéisme trois fois plus important que pour les travailleurs en bonne santé).

Toujours selon l'OCDE (68), un traitement adéquat augmente les chances de conserver ou de retrouver un emploi. Il s'agit donc, à divers égards, d'une condition préalable à l'amélioration des résultats, au regard de l'emploi, des personnes souffrant de troubles mentaux. Or, près de 50 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves et plus de 70 % de celles qui présentent un trouble modéré dans les pays de l'OCDE ne bénéficient d'aucun traitement par rapport à leur pathologie. Non seulement les taux de traitement sont très faibles, mais le traitement administré n'est pas conforme aux exigences minimales des recommandations cliniques.

Les dispositifs en place sont actuellement axés le plus souvent sur les personnes sans emploi atteintes de troubles mentaux sévères, chroniques, et induisant de lourds handicaps. Les personnes atteintes de troubles de santé mentale courants (qu'elles aient un emploi ou qu'elles soient au chômage) bénéficient rarement de tels dispositifs.

5.3.2 Facteurs de risque psychosociaux au travail

Une revue systématique de la littérature a été entreprise pour analyser la contribution des facteurs de risques psychosociaux dans l'environnement de travail à la survenue de troubles liés au stress (*stress-related disorders*). Une recherche a été effectuée dans trois bases de données (Medline, PsycINFO et Embase) pour les études publiées jusqu'en octobre 2008. Les critères d'inclusion étaient les études de cohorte prospectives ou bien les études contrôlées de travailleurs à risque de troubles liés au stress, explorant l'association entre

l'exposition aux facteurs de risques psychosociaux au travail et la survenue de troubles liés au stress. Des méta-analyses ont été conduites lorsque c'était possible pour obtenir des *odds ratio* résumés. Sept études prospectives ont été incluses dans la revue. D'après les résultats, il existe un niveau de preuve élevé que de fortes exigences de travail, un faible degré de contrôle, un faible soutien des collègues, un faible soutien de l'encadrement, un faible niveau de justice procédurale, un faible niveau de justice relationnelle, et un haut niveau de déséquilibre effort-récompense sont prédicteurs de la survenue de troubles liés au stress. Cette revue de littérature a permis d'identifier différents domaines de prévention des troubles liés au stress par l'amélioration de l'environnement psychosocial de travail. Selon les auteurs, d'autres études sont nécessaires pour améliorer l'évaluation des expositions et permettre une évaluation cohérente du caractère professionnel des troubles liés au stress par les médecins du travail.

Une étude européenne a examiné l'association entre un large éventail de facteurs de risques psychosociaux au travail et l'absentéisme pour maladie (69). La population étudiée comprenait près de 30 000 travailleurs dans 31 pays de l'Union européenne, à l'occasion de l'enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Les analyses ont montré qu'un niveau élevé de demande psychologique, la discrimination, le harcèlement, une faible promotion et un déséquilibre entre la vie au travail/hors travail étaient des facteurs de risque d'absentéisme pour maladie autant chez les hommes que chez les femmes. Chez les femmes, la violence physique était un facteur de risque spécifique. Le harcèlement et le travail posté augmentaient la durée d'absence chez les femmes. Le harcèlement avait l'association la plus importante avec l'absentéisme pour maladie. Selon les auteurs, des mesures préventives plus globales devraient être prises dans l'environnement psychosocial de travail pour réduire l'absentéisme pour maladie et améliorer la santé au travail au niveau européen.

5.3.3 Facteurs associés à l'emploi des travailleurs ayant des troubles de santé mentale courants

Il a été identifié quatre revues de littérature portant sur les facteurs associés à l'emploi des travailleurs ayant des troubles de santé mentale dits « courants ».

Des auteurs ont conduit une revue systématique de la littérature des études identifiant les facteurs associés avec une participation réduite au travail (durée des arrêts maladie, statut d'emploi) et un fonctionnement réduit au travail (perte de productivité, limitation des tâches de travail) chez les travailleurs atteints de dépression (70). Ils ont conduit une recherche systématique de la littérature dans trois bases de données (PsycINFO, PubMed et Scopus) des études originales publiées en anglais entre 1995 et 2008. Les critères de sélection des études étaient les suivants : des études décrivant des facteurs liés au fonctionnement ou à la participation au travail chez des travailleurs atteints de dépression, des échantillons incluant au moins 50 % de personnes en emploi, la dépression étant définie comme un trouble dysthymique, ou bien un trouble dépressif mineur ou majeur. La dépression devait être diagnostiquée par un expert selon les critères du DSM-IV ou de la classification CIM-10, ou bien être définie selon des scores avec une valeur seuil bien définie des symptômes dépressifs selon un instrument validé d'auto-évaluation (par exemple, les échelles BDI, HDRS, ou CES-D). Trente études ont été identifiées qui décrivaient des facteurs associés avec la participation au travail (n = 19) ou le fonctionnement au travail (n = 11). Pour tous les indicateurs, les études rapportaient le plus souvent des relations avec les facteurs liés à la maladie, alors que les facteurs personnels et les facteurs liés au travail étaient moins fréquemment décrits. Pour les facteurs liés à la participation au travail, les relations suivantes ont été identifiées : un niveau de preuve élevé a été trouvé en faveur d'une association entre la durée de l'épisode dépressif et l'incapacité au travail (*work disability*). Des preuves de niveau modéré ont été trouvées pour des associations entre la sévérité des

troubles dépressifs, la présence d'une comorbidité mentale ou physique, un âge plus élevé, des antécédents d'arrêt maladie dans le passé, et l'incapacité au travail. Pour les facteurs liés au fonctionnement au travail, des preuves modérées ont été identifiées en faveur d'une association entre la sévérité des symptômes dépressifs et les limitations des tâches de travail, ainsi qu'entre l'amélioration clinique et la productivité au travail. En raison de la nature transversale d'environ la moitié des études, une véritable association prospective n'a été identifiée que dans quelques études. Les auteurs concluaient qu'un nombre plus important d'études longitudinales était nécessaire pour identifier des facteurs modifiables prédictifs de la participation et du fonctionnement au travail, particulièrement s'agissant des facteurs personnels et des facteurs reliés au travail.

Une revue systématique de la littérature a été conduite pour identifier les facteurs pronostiques à long terme de l'incapacité au travail, du retour au travail et de la rémission des symptômes après des problèmes de santé mentale (71). Une recherche bibliographique a été effectuée dans quatre bases de données (PubMed, PsycINFO, Embase, Cinahl and Business Source Premier) entre janvier 1990 et mars 2009, pour identifier les études de cohorte avec un suivi au moins à 1 an. Les participants étaient les travailleurs en arrêt maladie ou recevant une pension d'incapacité au moment de l'inclusion dans les études. La qualité méthodologique des études a été estimée à partir d'une liste de critères préétablis. Des données cohérentes entre au moins deux études de haute qualité étaient considérées comme des preuves de niveau élevé, et des résultats positifs dans une étude de haute qualité étaient considérés comme des preuves de niveau limité. Sept articles ont été inclus dans la revue, toutes de haute qualité méthodologique. Les facteurs pronostiques ont été catégorisés selon la classification internationale du fonctionnement entre les facteurs reliés à la santé, reliés à l'individu, et les facteurs externes. Un niveau de preuve élevé a été identifié pour l'association entre un âge plus élevé (supérieur à 50 ans) avec une incapacité prolongée et un délai plus long avant le retour au travail. Un niveau de preuve limité a été trouvé pour l'association entre les facteurs personnels (genre masculin, niveau d'étude plus faible, antécédents d'arrêt maladie, faible attente de guérison, statut socio-économique plus bas), les facteurs liés à la santé (facteurs liés au stress, douleurs de l'épaule ou du dos, troubles dépressifs/anxieux) et externes (chômage, qualité et continuité des soins de santé au travail, contacts répétés avec l'encadrement) avec l'incapacité et le retour au travail. Un niveau de preuve limité a été trouvé pour l'association entre des facteurs personnels ou externes (faible niveau d'études, seul revenu du foyer, retour au travail à temps partiel/à temps plein avec changement des tâches de travail) avec la rémission des symptômes. Selon les auteurs, il y avait un besoin important de recherche sur les facteurs pronostiques modifiables de l'incapacité prolongée du retour au travail parmi les travailleurs en arrêt à la suite de problèmes de santé mentale.

Une revue de la littérature a étudié les facteurs influençant le retour au travail après une dépression (41). Une recherche systématique a été conduite dans deux bases de données (PubMed et Embase) jusqu'au 1^{er} février 2016, pour identifier les études de cohorte sur l'association entre les facteurs prédictifs et le retour au travail chez les employés en arrêt pour dépression. Des données ont été ajoutées à partir d'études dans le secteur public finlandais. Onze études ont rempli les critères d'inclusion, représentant 22 358 personnes-observations dans cinq pays différents. Après l'ajout des données finlandaises, un total de 36 459 personnes-observations a été utilisé pour les analyses. Un âge plus élevé, une comorbidité somatique, une comorbidité psychiatrique et une dépression plus sévère étaient associés avec un taux plus faible de retour au travail. Des traits de personnalité consciencieuse étaient associés avec des taux plus élevés de retour au travail. Une hétérogénéité significative a été observée entre les études, justifiant la conduite de nouvelles recherches explorant particulièrement le rôle du milieu de travail, du marché du travail, ainsi que le rôle des facteurs individuels et cliniques sur le retour au travail.

Une revue systématique de la littérature publiée par Gragnano *et al.* en 2017 a cherché à identifier les facteurs psychosociaux communs facilitant ou ralentissant le retour au travail après un arrêt dans le cadre de différentes maladies (troubles de santé mentale communs, maladies cardiovasculaires et cancers) (40). Une recherche systématique est effectuée dans 13 bases de données entre 1994 et 2016 pour identifier les revues de littérature et les études de cohorte explorant les facteurs influençant le retour au travail après ces trois maladies. Une synthèse des résultats a ensuite été effectuée. Quatorze revues de littérature et 32 études de cohorte supplémentaires ont rempli les critères d'inclusion, permettant d'identifier des prédicteurs du retour au travail pour chaque maladie. Quatre facilitateurs communs aux différentes maladies ont été identifiés (degré de contrôle sur le travail, capacité de travail, bonne santé perçue et niveau socioéconomique élevé), ainsi que six barrières communes (stress au travail, anxiété, dépression, comorbidité, âge plus élevé et faible niveau d'études). Selon la conclusion des auteurs, ces facteurs communs au processus de retour au travail justifient la validité d'une approche transversale aux différentes maladies.

5.3.4 Perception du processus de retour au travail des personnes ayant des troubles de santé mentale

Une revue systématique de la littérature qualitative a été conduite pour explorer les opportunités et les barrières rencontrées par les employés ayant des troubles de santé mentale communs dans leur processus de retour au travail, et la façon dont ils perçoivent ce processus (72). Cette étude a également exploré ce qui caractérise une intervention optimale de retour au travail et les points possibles d'amélioration des interventions dans le futur. Une recherche systématique a été conduite dans six bases de données (CINAHL, Embase, Medline, PsycInfo, Sociological Abstracts, et Web of Knowledge) pour identifier les articles publiés en anglais entre 1995 et 2011. Les critères d'inclusion étaient les suivants : utilisation de méthodes qualitatives ; question de recherche sur le retour au travail ; participants ayant des troubles de santé mentale communs ; exploration de la perspective des personnes ayant des troubles de santé mentale. La qualité des études a été évaluée avec une liste de 18 critères établis par le centre de recherche sociale du Royaume-Uni. Les études ayant un score de qualité méthodologique faible ont été exclues de la synthèse des résultats, établie selon une méthode de synthèse méta-ethnographique. Huit études ont été incluses dans la revue et la synthèse des résultats. Il a été identifié que les employés ayant un trouble de santé mentale commun faisaient l'expérience de nombreuses difficultés. Les facteurs facilitateurs dans le processus du retour au travail étaient liés à leur propre personnalité, au soutien social dans le milieu travail, et au système de réadaptation et de prise en charge sociale. Les employés trouvaient difficile de décider le moment où ils étaient prêts à reprendre le travail, et ils rencontraient des difficultés à implanter les solutions dans leur milieu de travail. Pour les auteurs, cette étude révèle que le processus de retour au travail devrait être vu comme un processus continu et cohérent dans lequel les expériences du passé, du présent, et l'anticipation du futur sont reliés de façon dynamique et influencent le succès ou l'échec du retour au travail. Cette méta-synthèse illustre également la coordination insuffisante entre les services sociaux et le système de réadaptation. Des suggestions sont formulées sur la façon dont une intervention optimale de retour au travail pourrait être construite.

5.3.5 Analyse de la littérature

► Recommandations

Il a été identifié une revue systématique des recommandations de prise en charge des travailleurs ayant des troubles de santé mentale, trois guides de pratique clinique, et quatre

études d'implémentation de ces guides de pratique clinique conduites aux Pays-Bas auprès des praticiens.

- [Revue systématique des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge en santé au travail des troubles de santé mentale et des symptômes psychologiques de stress](#)

Cette revue systématique a procédé à la comparaison du processus d'élaboration et du contenu de ces recommandations (73). Après une recherche systématique des recommandations dans deux bases de données spécifiques (National Guidelines ClearingHouse ; Guidelines International Network Library (G-I-N)) et dans PubMed, les auteurs ont inclus 14 recommandations provenant de cinq pays différents (une japonaise, deux finlandaises, deux coréennes, deux anglaises, et sept hollandaises). Les recommandations ont été analysées selon la grille AGREE qui comporte six domaines : 1) objectif et population cible, 2) implication des acteurs ; 3) rigueur du développement ; 4) clarté de la présentation ; 5) applicabilité ; 6) indépendance éditoriale.

Les populations ciblées différaient selon le diagnostic (dépression, anxiété, troubles de l'adaptation, symptômes médicalement inexplicables, symptômes de santé mentale en général, symptômes de stress lié au travail, et perte de contrôle due à un désastre), ainsi que selon le statut d'emploi (travailleurs en arrêt maladie, travailleurs avec des problèmes de performance, personnes désirant travailler).

Tous les guides (sauf un) incluaient des **recommandations sur l'évaluation** des travailleurs et s'accordaient sur l'évaluation des symptômes de santé mentale. Certains guides recommandaient d'évaluer les symptômes liés à la limitation du travail, ou le processus de stress. Le guide japonais insistait sur les capacités fonctionnelles, plus que sur la réduction des symptômes. Le classement des diagnostics était recommandé par la majorité des guides, principalement pour évaluer si le travailleur pouvait être traité conformément aux recommandations. La plupart des guides recommandaient d'évaluer les problèmes de performance dans la vie privée et/ou sociale. Dans certains guides, il était recommandé d'évaluer les facteurs qui influencent la guérison tels que les barrières, les facteurs d'entretien et les sources de stress dans la vie privée et la vie professionnelle. Dans quatre guides, il était clairement décrit comment évaluer les complications telles que le risque suicidaire, l'auto-agressivité et l'analyse des groupes à risque. Trois guides incluaient des recommandations concernant les stratégies de *coping*, suggérant spécifiquement d'évaluer les compétences du travailleur en résolution de problèmes. L'importance d'évaluer les facteurs dans l'entreprise reliés à la santé mentale et aux symptômes de stress était soulignée dans tous les guides sauf un. Cela concernait essentiellement les facteurs contextuels de la communication et/ou les compétences en résolution de problèmes entre le travailleur et son superviseur, un environnement de travail soutenant, les compétences au travail et les complications/facteurs de risque (par exemple, conflit de travail et risque pour les collègues). L'évaluation du contenu du travail était recommandée dans quatre guides (charge de travail, sources de stress, contenu du travail). De plus, l'évaluation des problèmes de productivité au travail était recommandée dans trois guides.

Les **recommandations pour la prise en charge** et les traitements étaient catégorisées dans cinq domaines : le conseil aux travailleurs, les traitements spécifiques de santé mentale, les mesures pour le retour au travail, la collaboration avec d'autres professionnels, et l'évaluation. Pour les conseils délivrés aux travailleurs, il était recommandé une approche par étapes du processus de guérison, impliquant la surveillance des progrès, un suivi attentif, une approche d'activation, un début précoce et de la psycho-éducation. Les **recommandations pour les traitements spécifiques** en santé mentale concernaient essentiellement les interventions psychologiques, dans la plupart des cas des interventions cognitives et comportementales, ou bien l'adressage du travailleur pour un traitement spécialisé. Trois guides s'accordaient pour dire qu'un traitement médicamenteux n'était pas

toujours indiqué, sauf dans les cas les plus sévères (dépression, insomnie). Dans les autres guides, il n'était pas précisé de recommandations concernant les médicaments. Les **mesures pour le retour au travail** étaient recommandées dans tous les guides. La moitié recommandait des adaptations spécifiques au travail telles que la réduction des conditions de travail stressantes, la diminution des exigences du travail, un travail plus facile et plus simple, et l'interdiction du travail de nuit. D'autres guides insistaient sur la communication et les conseils aux employeurs. Ces conseils portaient sur la pratique des résolutions de problèmes impliquant activement l'employeur, pour surmonter les facteurs d'entretien et d'aggravation dans l'environnement de travail. Il était recommandé pour l'employeur de garder contact avec le travailleur en arrêt, d'organiser des rencontres pour le retour au travail avec le travailleur. Trois guides recommandaient d'améliorer la réintégration sociale dans l'entreprise en soutenant le milieu de travail ou en donnant des instructions aux collègues pour éviter la stigmatisation. Un guide hollandais recommandait d'utiliser le modèle de placement individuel et de support (*Individual Placement and Support*) pour parvenir au retour au travail. S'agissant de la collaboration avec d'autres professionnels, il était recommandé dans la plupart des cas de coopérer avec d'autres professionnels ou l'environnement de travail. Il était recommandé, selon les cas, d'adresser les patients au psychologue ou au psychiatre en cas de stagnation des symptômes, ou encore de discuter avec le médecin généraliste. La majeure partie des guides comportait des **recommandations pour l'évaluation et le suivi** avec le travailleur, le superviseur et/ou d'autres professionnels pour évaluer le processus de guérison, l'évaluation des capacités de travail, la vérification des objectifs et/ou l'échange d'informations.

En conclusion, les auteurs regrettaient la faible accessibilité des recommandations, et l'hétérogénéité de leur qualité. Selon les catégories de la grille AGREE, le meilleur score concernait l'objectif et la population cible, et le score le plus faible concernait l'indépendance éditoriale. Le domaine de l'applicabilité avait un score modéré, ainsi que celui de la clarté de présentation. Le critère sur l'implication des acteurs était bon. L'évaluation globale des guides retrouvait un score modéré pour la moitié, de bonne qualité pour quatre, et de faible qualité pour trois d'entre eux.

- [Guides pour la pratique clinique / pour les organisations](#)

Des chercheurs hollandais ont développé en 2003 des recommandations pour les services de santé au travail et les services de première ligne dans la prise en charge, le suivi et la prévention des récurrences des troubles de l'adaptation (74). Les objectifs de ces recommandations étaient de fournir du soutien aux médecins du travail, aux médecins généralistes, aux psychologues et aux infirmières du travail, ainsi qu'aux travailleurs sociaux. Après avoir décrit la variété et la confusion sémantique des termes diagnostiques, les auteurs ont retenu la notion de « troubles de l'adaptation » selon la terminologie du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) avec trois différentes sous-catégories. Cette catégorie recouvre des troubles émotionnels et/ou comportementaux en réaction à un stressor identifié, dans les trois mois après l'apparition du stressor, avec l'association avec un ou deux des éléments suivants : une détresse marquée et/ou un retentissement fonctionnel notable dans le domaine social, professionnel, ou d'autres domaines du fonctionnement. Les auteurs insistaient sur l'importance pour les médecins du travail et les médecins généralistes de savoir poser un diagnostic différentiel avec les autres troubles anxieux et dépressifs, notamment les syndromes de stress post-traumatique. La revue de littérature conduite à l'époque soulignait l'absence de preuves scientifiques permettant de recommander un type d'intervention particulier dans la prise en charge des troubles de l'adaptation. Dans le domaine de la prévention, les approches ayant montré une efficacité dans la gestion du stress comportaient des thérapies cognitives, des techniques de relaxation, et les approches de réintégration progressive avec planification des tâches. L'importance pour les patients de

reprenre du contrôle dans leurs activités de la vie quotidienne, avec notamment les techniques d'inoculation du stress, les approches de restructuration cognitive, et les approches graduelles avec planification d'activités, était soulignée. Un modèle à trois phases était proposé dans ces recommandations. La première phase portait sur l'acceptation de la situation, avec une approche éducative permettant aux patients d'élaborer une explication plausible à leur situation (rationalisation). Ce cadre explicatif est supposé permettre aux patients de développer une compréhension de la situation comme étant la résultante de la combinaison de perceptions, de pensées, de comportements. La métaphore de la « balance » illustre cette notion d'équilibre entre une charge à porter (demandes dans le champ professionnel, social, familial, événements de la vie, problèmes) et la capacité à porter (énergie mentale, énergie physique, soutien social). La seconde phase portait sur l'élaboration d'un inventaire des problèmes et des agents stressseurs, établi de façon concrète, avec la possibilité de les modifier ou non. La troisième phase était celle de la réadaptation pour aider les patients à appliquer des stratégies de résolution de problèmes aux agents stressseurs identifiés. Cela comportait l'anticipation des difficultés, l'établissement d'une liste de tâches à accomplir sur une base planifiée pour reprendre les activités antérieures. L'élaboration par les patients de deux scénarios extrêmes (le plus exigeant d'un côté, et le plus sécurisant de l'autre) était destinée à leur permettre de se positionner sur ce *continuum*, pour accélérer ou ralentir la progression de leurs objectifs selon le contexte. Une série de critères d'évaluation était proposée à chacune de ces phases, pour orienter, en cas de nécessité, la prise en charge vers un spécialiste. La prévention des rechutes était également mentionnée, avec la nécessité pour les patients, mais aussi le milieu de travail, de savoir reconnaître les signaux précoces évocateurs de rechute. En conclusion, les auteurs insistaient sur la nécessité de conduire des essais cliniques permettant d'évaluer l'efficacité de ces recommandations. D'après les études conduites, ces recommandations étaient bien acceptées par les médecins du travail. L'accent devait être mis sur la formation des médecins du travail quant à leur utilisation.

Des auteurs hollandais ont adapté ces recommandations de pratique clinique afin d'ajuster leur contenu aux besoins des travailleurs intérimaires (75). Cette adaptation est issue de discussions avec neuf médecins du travail et un expert. La faisabilité et l'utilité perçue de ces recommandations ont été évaluées à travers cinq entretiens semi-structurés avec des médecins de Sécurité sociale. Les adaptations ont été globalement modérées. Les interactions avec l'entreprise pour ces travailleurs intérimaires étaient assurées par l'intermédiaire d'agences de réadaptation professionnelle et d'experts dans le champ du travail (ergonomes). Les médecins conseil de Sécurité sociale ont trouvé que ces recommandation étaient applicables et utiles pour eux-mêmes, mais avaient des réponses plus mitigées quant à leur utilité pour les travailleurs en arrêt. Les auteurs ont décrit un processus en trois phases (phase de crise, inventaire des problèmes et des solutions, phase de mise en œuvre des solutions) destiné à permettre la reprise de ses tâches de travail par un travailleur confronté un problème de santé mentale. Selon les auteurs, les conditions préalables pour une implantation adéquate des recommandations étaient les suivantes : débiter les conseils émis par le médecin du travail dans les deux semaines suivant l'arrêt, consacrer au minimum 30 minutes par consultation, prévoir des consultations de suivi en moyenne toutes les 3 semaines, et établir un contact avec l'environnement de travail/l'encadrement en moyenne une fois par mois.

Tableau 7. Description du processus de retour au travail dans les recommandations de pratique clinique pour la prise en charge des travailleurs ayant des troubles de santé mentale (d'après Audhoe et al. 2012 (75)).

Phases du processus	Tâches pour le rétablissement du travailleur	Interventions	Délais et durée de mise en œuvre
1. Phase de crise	Compréhension et réflexion	Donner de l'information (orale et écrite)	Débuter les conseils dans les 2 semaines qui suivent l'arrêt de travail
	Acceptation	Aider le travailleur à élaborer un rationnel	Terminer environ 3 semaines après le début des conseils
	Repos et relaxation	Donner des conseils	
	Structuration	Donner des perspectives	
		Formuler positivement	
		<i>Worry assignments</i>	
		Structuration des journées	
		Structuration du sommeil	
La compréhension des causes conduit à...	Une orientation sur les solutions plutôt que sur les problèmes	Inventaire des problèmes et des solutions	Terminer 3-6 semaines après la fin de la première phase
2. Phase d'inventaire des problèmes et des solutions	Identification des problèmes et des solutions ou des directions	Écrire les tâches à effectuer	
	Orientation vers les applications pratiques	Schémas cibles	
	Reprise des rôles et des tâches	Tâches d'anticipation	Terminer pas plus tard que 6 semaines après la fin de la seconde phase
3. Phase de mise en œuvre des solutions	Rétablissement de la performance du travailleur	Réorganisation des tâches	

En Australie, des recommandations ont été développées pour soutenir les organisations réintégrant des travailleurs ayant été absents pour des troubles de santé mentale communs (76). Une méthode de consensus par processus Delphi a impliqué trois panels différents d'experts : des professionnels (médecins du travail, psychologues, ergothérapeutes, rééducateurs), des représentants de patients, et des employeurs travaillant dans le domaine des ressources humaines, de la santé au travail, et occupant des fonctions managériales. Après une revue systématique de la littérature, des sites Internet et de livres sur les stratégies organisationnelles soutenant la réintégration des travailleurs après des troubles de santé mentale, une liste de 387 propositions a été élaborée, et soumise à une hiérarchisation par processus Delphi. Les recommandations finales comportaient de l'information et des conseils sur la façon dont les organisations peuvent encourager la réintégration après une absence pour troubles de santé mentale. Ces recommandations pour les organisations ont été regroupées en différents domaines :

- avoir une politique pour le retour au travail (faisant partie d'une politique plus large de santé et de bien-être au travail), promouvoir la vigilance et une claire compréhension de cette politique pour tous les employés, s'assurer que chacun comprend ses responsabilités s'agissant du retour au travail, que chacun dispose des compétences et des connaissances pour prendre ses responsabilités en pratique, et s'assurer que cette politique est implantée de façon uniforme pour tous les employés atteints ;
- développer un environnement qui soit favorable à la santé mentale (environnement favorable, engagement à réintégrer tous les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale et communiquer sur cet engagement, formation de l'encadrement et des collègues pour assurer un environnement encourageant et diminuant la stigmatisation autour des problèmes de santé mentale, encourager tous les salariés ayant des problèmes de santé mentale à rester en emploi et en prévenant les absences de longue durée) ;
- avoir une gestion active de l'absence (maintenir un niveau approprié de contacts réguliers avec l'employé, s'assurer que l'employé comprend sa responsabilité) ;
- avoir une gestion active du retour au travail (l'organisation devrait avoir un coordinateur pour faciliter le retour au travail, ayant la même approche qu'après un trouble de santé physique, s'accordant avec le salarié sur qui, dans l'entreprise, doit être informé, et avec quel niveau d'information sur la maladie, pouvant contacter le professionnel de santé du salarié avec son accord écrit, faisant des aménagements raisonnables pour le poste de travail, surmontant les barrières, identifiant les facteurs de risque dans l'entreprise pouvant contribuer aux problèmes de santé mentale, prévoyant une évaluation du travail et de la santé mentale du salarié, revoyant les options en cas de récurrence, en discutant de façon réaliste avec le salarié) ;
- développer un plan du retour au travail (écrire clairement un plan de retour au travail développé par le coordinateur en concertation avec l'employé, ayant l'agrément de chacun, restant flexible et ajustable, et durant suffisamment longtemps, avec un monitoring) ;
- impliquer l'employé (parler avec l'encadrement, partager les difficultés, apprendre les symptômes et les facteurs qui déclenchent les problèmes, identifier les barrières et prioriser les solutions, discuter avec un professionnel de santé sur le retour au travail et la gestion de la santé mentale au travail, demander du soutien quand c'est nécessaire, avoir un plan concerté avec l'encadrement pour gérer une rechute éventuelle) ;
- encourager le soutien des autres (collègues, famille, amis).

- **Études d'implantation des guides pour la pratique clinique auprès des praticiens**

Des auteurs hollandais ont évalué l'efficacité d'une formation délivrée à des médecins du travail, visant à améliorer leur utilisation de recommandations de pratique clinique pour la prise en charge de travailleurs ayant des troubles de santé mentale dits « communs » (77). Les effets de cette intervention ont été évalués au moyen d'un essai randomisé contrôlé incluant 66 médecins du travail, ayant pris en charge 128 travailleurs en arrêt. L'évaluation a montré que l'intervention était efficace pour augmenter de façon significative le sentiment d'efficacité personnelle pour le retour au travail chez les travailleurs pris en charge par les médecins du travail ayant reçu l'intervention. Un score d'efficacité personnelle élevé initialement était associé à une plus grande probabilité de retour au travail à temps complet 3 mois plus tard, sans que cette association soit modifiée par l'intervention.

Ces mêmes auteurs ont évalué l'efficacité de cette intervention visant à augmenter l'utilisation par les médecins du travail des recommandations de prise en charge des travailleurs ayant des troubles de santé mentale van Beurden 2017 (78). Au cours d'un essai randomisé en *cluster* avec 66 médecins du travail qui ont été randomisés, 3 379 travailleurs ont été inclus (1 493 dans le groupe intervention, et 1 886 dans le groupe contrôle). Le critère d'intérêt principal était la durée jusqu'au retour au travail à temps plein,

la durée jusqu'au premier retour au travail, et le nombre total d'heures d'absence des travailleurs en arrêt pour troubles de santé mentale dits « communs ». Les analyses statistiques ont procédé avec des modèles de régression de Cox, et des modèles mixtes linéaires généralisés. La durée médiane de retour au travail était de 154 jours pour les 3 228 travailleurs ayant un trouble de santé mentale. Aucune différence significative n'a été observée pour aucun des trois critères d'intérêt. Le nombre moyen total d'heures d'absence était de 478 heures dans le groupe intervention et de 483 heures dans le groupe contrôle. En conclusion, cette intervention pour améliorer l'adhésion des médecins du travail aux recommandations de bonne pratique n'a pas permis d'améliorer le retour au travail des travailleurs ayant des troubles de santé mentale. Une des explications possibles réside dans les barrières extérieures à l'utilisation de recommandations, ainsi que dans une adhésion aux recommandations possiblement surestimée par les praticiens.

Une étude de cohorte rétrospective a été conduite dans le but d'évaluer si l'adhésion aux recommandations de santé mentale par les médecins du travail hollandais était associée au délai de retour au travail des travailleurs en arrêt pour des troubles de santé mentale communs, et si l'adhésion à des items spécifiques des recommandations était associée au délai du retour au travail van Beurden 2018 (79). Douze indicateurs de performance ont été développés pour évaluer l'adhésion des médecins du travail aux recommandations. Cent quatorze dossiers médicaux ont fait l'objet d'un audit. Les indicateurs de performance étaient évalués selon trois modalités indiquant une adhésion absente, faible ou adéquate. Des analyses avec des modèles de régression de Cox ont été utilisées pour évaluer l'association entre l'adhésion aux recommandations et le premier retour au travail, ou le retour au travail à temps plein. L'adhésion aux recommandations était majoritairement faible sur la plupart des indicateurs de performance. Cette adhésion globale basse n'était pas associée au premier retour au travail, ni au retour au travail à temps plein. Seul un indicateur de performance (des contacts réguliers entre le médecin du travail et l'employeur) était significativement associé à un retour au travail plus précoce. Les auteurs ont conclu que l'adhésion aux recommandations par les médecins du travail n'était pas associée à une réduction du délai du retour au travail, mais qu'il y avait une marge de progression considérable dans l'utilisation des recommandations. La question de savoir si cette utilisation conduirait à un retour au travail plus précoce reste une question sans réponse. Les auteurs ont souligné l'importance de se concentrer sur les problèmes d'implantation et de surmonter les barrières à l'utilisation des recommandations, pour améliorer la qualité de la prise en charge de la santé mentale par les professionnels de santé au travail, et potentiellement réduire la durée d'absence des travailleurs ayant des troubles de santé mentale communs.

► **Revue de littérature des interventions de retour au travail pour les travailleurs en arrêt à cause de problèmes de santé mentale**

La recherche bibliographique a identifié 12 revues systématiques de la littérature des interventions visant à faciliter le retour au travail des travailleurs en arrêt à cause de problèmes de santé mentale. Ces différentes revues de la littérature étaient consacrées aux interventions pour les travailleurs atteints de dépression (trois revues), de troubles anxieux (une revue), de troubles de l'adaptation (une revue), de troubles de santé mentale communs (deux revues). D'autres revues de littérature concernaient des travailleurs atteints de différentes pathologies, dont des troubles de santé mentale. L'analyse de ces revues de littérature s'est limitée aux seules études décrivant des interventions concernant les travailleurs ayant des troubles de santé mentale. Ces revues étaient consacrées à l'évaluation des interventions conduites en milieu de travail (trois revues), aux interventions (programme) de coordination du retour au travail (une revue) et aux interventions de retour au travail (une revue). Quatre revues de littérature avaient été élaborées selon la méthodologie de la collaboration Cochrane.

Tableau 8. Revues de littérature des interventions de retour au travail pour les travailleurs en arrêt à cause de problèmes de santé mentale

Interventions pour les travailleurs atteints de dépression	Dietrich <i>et al.</i> , 2012 ; Furlan <i>et al.</i> , 2012 ; Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2014 (30, 80, 81)
Interventions pour les travailleurs atteints de troubles anxieux	Noordik <i>et al.</i> , 2010 (82)
Interventions à l'intention de travailleurs atteints de troubles de l'adaptation	Arends <i>et al.</i> , 2012 (83)
Interventions à l'intention de travailleurs atteints de troubles de santé mentale communs	Pomaki <i>et al.</i> , 2012 ; Doki, 2015 ; (84, 85)
Interventions en milieu de travail visant à prévenir l'incapacité au travail	Odeen, 2013 ; (7) ; Cullen, 2017 ; (6, 27)
Interventions (programmes) de coordination du retour au travail	Vogel <i>et al.</i> , 2017 (31)
Interventions de retour au travail	Hoefsmit, 2012 (45)

- Interventions à l'intention de travailleurs atteints de dépression

Une revue de littérature a cherché à identifier les stratégies efficaces de prévention secondaire de la dépression en milieu de travail (80). Une recherche systématique des articles publiés jusqu'en février 2010 a été effectuée dans les bases de données Pubmed, EbscoHost et la Cochrane Library. Les critères d'inclusion portaient sur le type d'études (essai randomisé contrôlé, essai clinique contrôlé, étude contrôlée avant-après, série chronologique). Les troubles dépressifs devaient être diagnostiqués avec un instrument validé (par exemple, le *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), ou *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) *Scale*). Le critère d'intérêt principal devait être le trouble dépressif et/ou des symptômes dépressifs, mesurés avec un instrument validé. Les participants devaient être des individus recrutés dans l'entreprise, et l'intervention devait être délivrée dans l'entreprise, dans un objectif de prévention secondaire. Les critères d'exclusion étaient les études portant sur la gestion du stress, le yoga et la méditation, le bien-être, le sport, les interventions de santé émotionnelle, etc. Au terme du processus de sélection, une seule étude a été incluse par les auteurs. L'objectif de l'intervention était de prévenir les rechutes des troubles anxieux et dépressifs. Il s'agissait d'un essai clinique contrôlé non randomisé, avec une évaluation en *cluster*. L'intervention était un programme de prévention secondaire implanté en France de 2001 à 2003 dans les usines EDF et Gaz de France. Elle comportait trois composantes : le dépistage pour les salariés en arrêt avec le *mini interview international* en neuropsychiatrie (MINI), une intervention de promotion de la santé (remise du résultat des tests de dépistage, psycho-éducation avec des prospectus expliquant le trouble diagnostiqué ; recommandation forte de consulter le médecin traitant (généraliste, psychiatre) ou un médecin du travail). Aucun traitement direct de la dépression n'était délivré. L'intervention avait un effet positif sur les scores mesurés à 6 semaines et à 6 mois sur l'échelle HAD. Il était conclu que l'association d'une détection avec la délivrance organisée d'informations comprenant du matériel imprimé améliorait les résultats des patients et les capacités diagnostiques des médecins. Il était recommandé en conclusion de développer des programmes visant la réduction de la dépression en milieu de travail, et de cibler des groupes particuliers de personnes à risque, telles que les femmes jeunes et les personnes âgées de moins de 40 ans. Il était enfin recommandé de distribuer des outils pour des interventions efficaces de prévention de la dépression et contribuer à la déstigmatisation de la dépression parmi les différents acteurs dans l'entreprise (encadrement, direction, médecins du travail, etc.).

Une revue systématique de la littérature a évalué le succès de différentes approches pour prendre en charge la dépression en milieu de travail (81). Une **recherche systématique** a été effectuée dans les bases de données Medline, Embase, CINAHL, Central, PsycInfo, et Business Source Premier jusqu'en juin 2010. Les **critères d'inclusion** portaient sur la population (personnes en âge de travailler, avec une dépression), les interventions (basées en milieu de travail, ou pouvant être explicitement implantées par l'employeur), et le critère d'intérêt (absentéisme, arrêts maladie, etc.). Les **critères d'exclusion** comprenaient les troubles sévères de santé mentale, les addictions, le deuil, le *burnout* et l'anxiété. L'évaluation de la **qualité des évidences** a été adaptée à partir de l'approche GRADE. Quatorze articles décrivant 12 études ont été inclus dans la revue. Les **interventions** étaient variées et incluaient des interventions psychologiques (thérapies cognitives et comportementales), de soins primaires renforcés (médecins généralistes et/ou infirmières utilisant des recommandations), de soins psychiatriques renforcés (soins psychiatriques ambulatoires avec ergothérapie), de prise en charge active par le médecin du travail, de soins intégrés (diagnostic approprié, adhésion au traitement, suivi adéquat et collaboration entre les professionnels), d'exercices (entraînement de renforcement, aérobie et relaxation) et une intervention en entreprise (programme de réduction du stress avec identification et allègement des sources de stress par l'encadrement). La population prise en charge avait un **statut d'emploi hétérogène** au moment de l'inclusion. L'ensemble des interventions (dix essais randomisés et deux études non randomisées) a été évalué comme présentant un risque élevé de biais. C'est pourquoi les auteurs n'ont effectué aucune recommandation. Ils ont conclu que les évidences scientifiques étaient de qualité insuffisante pour déterminer quelles interventions étaient efficaces pour la prise en charge de la dépression en milieu de travail.

Une autre revue Cochrane de la littérature a évalué les effets des interventions facilitant le retour au travail des travailleurs ayant une dépression (30). Une **recherche systématique** a été effectuée dans les bases de données Central (The Cochrane Library), Medline, Embase, CINAHL, et PsycInfo jusqu'en janvier 2014. Les **critères d'inclusion** portaient sur la population (travailleurs adultes avec un diagnostic de dépression mesurée par un instrument validé), les interventions (orientées vers le milieu de travail, ou bien cliniques), le type d'études (essai randomisé, ou en *cluster*) et le critère d'intérêt (arrêts maladies). Les **critères d'exclusion** portaient sur les autres diagnostics que la dépression, sauf en cas de comorbidité associée. L'évaluation de la **qualité des évidences** a été l'approche GRADE. Vingt-trois études ont été incluses, impliquant 5 996 participants avec une dépression majeure, ou bien un haut niveau de symptômes dépressifs. Les **interventions** étaient variées. Il y avait cinq interventions orientées vers le milieu de travail, trois interventions cliniques comparant l'efficacité de différents médicaments antidépresseurs, trois interventions cliniques de nature psychologique (thérapie cognitive et comportementale par téléphone ou en ligne), trois interventions combinant une approche psychologique avec des antidépresseurs, et trois interventions cliniques avec des exercices. Il y avait des évidences de qualité modérée **indiquant** que l'ajout d'une intervention orientée vers le travail à une intervention clinique réduisait le nombre de jours d'arrêt par comparaison à une intervention clinique seule. Le même résultat a été trouvé s'agissant des soins primaires et des soins de santé au travail renforcés avec une thérapie cognitive et comportementale, par comparaison avec la prise en charge habituelle. Un programme structuré de gestion de cas par téléphone incluant un traitement médicamenteux était également efficace pour réduire les arrêts maladies par comparaison aux soins habituels. L'amélioration des soins primaires avec un programme d'amélioration de la qualité n'avait pas eu d'effet considérable sur les arrêts maladie. Il n'y avait aucune preuve de la supériorité d'un antidépresseur sur un autre sur les arrêts de travail. Les auteurs ont conclu qu'un plus grand nombre d'interventions orientées vers le travail étaient nécessaires, et que les études cliniques devaient inclure des critères d'intérêt portant sur le travail pour mieux comprendre leur efficacité sur la réduction de l'absentéisme des travailleurs atteints de dépression.

- **Interventions à l'intention de travailleurs atteints de troubles anxieux**

Une revue systématique de la littérature a évalué l'efficacité des interventions contenant des expositions *in vivo* pour réduire les effets défavorables liés au travail des troubles anxieux chez les travailleurs (82). Une recherche systématique de littérature a été conduite dans les bases de données Medline, Cinahl, Embase et PsycInfo jusqu'en 2007. Les critères d'inclusion étaient les suivants : participants ayant des troubles anxieux ou des plaintes anxieuses, âgés entre 18 et 65 ans, interventions utilisant explicitement l'exposition *in vivo* comme une composante centrale de la thérapie, comparant cette exposition avec d'autres interventions visant à diminuer l'anxiété (comme un traitement anxiolytique antidépresseur, une thérapie cognitive comportementale sans exposition, une liste d'attente, l'exposition en imagination, un placebo, ou les soins usuels), où plusieurs indicateurs d'intérêt étaient reliés au fonctionnement au travail (statut d'emploi, absentéisme, présentéisme, durée et fréquence des arrêts de travail, etc.). Les études considérées étaient des essais randomisés contrôlés (éventuellement en *cluster*), ou des essais contrôlés. La qualité des études a été évaluée et le niveau de preuves a été synthétisé en utilisant l'approche GRADE.

Sept études comportant 11 interventions avec des expositions *in vivo* ont été incluses. Quatre études portaient sur les troubles obsessionnels compulsifs, deux sur les syndromes de stress post-traumatique, et une sur un groupe mixte associant des troubles obsessionnels compulsifs et des phobies sévères. Les études ont été regroupées selon le type de troubles anxieux, et secondairement selon le type de comparaison. Pour les troubles obsessionnels compulsifs, les interventions comportant une exposition *in vivo* peuvent avoir des résultats plus favorables sur les indicateurs liés au travail que des médicaments (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et la relaxation, mais pas de meilleurs résultats que la prévention de la réponse. La contribution nette de l'exposition *in vivo* dans deux interventions pour des troubles obsessionnels compulsifs, après une méta-analyse portant sur deux études, a montré des effets significativement positifs pour réduire les limitations des tâches de travail.

Pour les syndromes de stress post-traumatique, les interventions comportant une exposition *in vivo* peuvent produire des effets plus favorables sur les indicateurs liés au travail et liés à l'anxiété, par comparaison à une liste d'attente, mais pas de meilleurs résultats par comparaison à une exposition en imagination. En conclusion, les expositions *in vivo* comme modalités de traitement de l'anxiété peuvent réduire les effets défavorables sur le travail chez les travailleurs ayant des troubles obsessionnels compulsifs et des syndromes de stress post-traumatique, de façon plus favorable que d'autres traitements ou qu'une liste d'attente. Les auteurs recommandaient que soient étudiées les modalités par lesquelles les résultats de ces études pouvaient être transférés dans la pratique des professionnels de santé au travail, et comment les cliniciens pouvaient en faire un meilleur usage pour améliorer les effets défavorables des troubles anxieux sur le travail.

- **Interventions à l'intention de travailleurs atteints de troubles de l'adaptation**

Une revue systématique de la littérature a évalué les effets des interventions facilitant le retour au travail des travailleurs ayant des troubles de l'adaptation aigus ou chroniques (83). Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline, Embase, PsycInfo et ISI Web of Science jusqu'en février 2011. Les critères d'inclusion étaient les essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité des interventions pour faciliter le retour au travail et travailler avec des troubles de l'adaptation, par comparaison avec un autre traitement ou l'absence de traitement. Le critère d'intérêt principal était la durée jusqu'au retour au travail à temps plein ou à temps partiel, et les critères d'intérêt secondaire étaient la sévérité des symptômes, le fonctionnement au travail, le statut fonctionnel générique et la qualité de vie. La qualité des études a été évaluée avec l'approche GRADE. Neuf études ont été incluses décrivant dix interventions psychologiques et une intervention combinée, avec un total de 1 546 participants. Aucun essai randomisé contrôlé n'a été identifié pour l'évaluation d'intervention pharmacologique, des programmes d'exercices ou des programmes d'assistance aux employés. Selon les conclusions des auteurs, les thérapies cognitives et comportementales

ne réduisent pas significativement la durée jusqu'au retour au travail à temps plein ou à temps partiel (évidence de qualité modérée). Selon leurs conclusions, les thérapies centrées sur la résolution de problèmes améliorent le retour au travail à temps partiel à 1 an de suivi par comparaison avec une prise en charge non fondée sur des recommandations, mais n'améliorent pas le retour au travail à temps plein à 1 an de suivi. Le faible nombre d'études et de participants a limité la puissance des analyses et la portée des conclusions.

- **Interventions à l'intention de travailleurs atteints de troubles de santé mentale courants**

Des auteurs ont conduit une revue de la littérature pour synthétiser les preuves sur l'efficacité des interventions en milieu de travail pour prévenir l'incapacité chez les travailleurs ayant des troubles de santé mentale communs (84). Ils ont conduit une recherche systématique de la littérature dans cinq bases de données (Medline, Embase, CINAHL, PsychInfo, Web of Science) des études publiées entre 2007 et 2009. Les critères d'inclusion étaient les interventions destinées aux travailleurs ayant des difficultés au travail ou des arrêts à cause de troubles de santé mentale communs, basées en milieu de travail, et évaluant les critères d'intérêt suivant : la durée d'absence du travail, le fonctionnement au travail, la qualité de vie et les coûts économiques. L'évaluation de la qualité des études a été effectuée au regard de 29 critères. Les auteurs ont inclus huit études, parmi lesquelles les trois principaux éléments d'intervention suivants ont été identifiés : la facilitation de l'accès aux traitements cliniques, des interventions psychologiques de haute intensité en milieu de travail, et la facilitation de la navigation dans le système de protection sociale.

Des preuves modérées ont été trouvées démontrant que la facilitation des traitements améliorait le fonctionnement au travail, la qualité de vie et les coûts économiques, avec des preuves limitées sur la durée d'absence du travail. Des preuves modérées ont été trouvées démontrant que les interventions psychologiques, principalement les thérapies cognitives et comportementales, amélioreraient le fonctionnement au travail, la qualité de vie, et les coûts économiques. Des preuves modérées indiquaient que la facilitation de la navigation dans le système de protection sociale améliorait la durée d'absence du travail. En conclusion, les auteurs soulignaient que les interventions en milieu de travail pouvaient améliorer la prévention de l'incapacité chez les travailleurs ayant des troubles de santé mentale communs.

Une revue systématique de la littérature a procédé à la méta-analyse pour évaluer les effets des interventions conduites par les services de santé au travail sur l'absentéisme pour troubles de santé mentale (85). Les bases de données PubMed, PsycInfo, et Business Source Complete ont été explorées du 1^{er} janvier 2004 au 29 avril 2014. Les critères d'inclusion portaient sur les sujets inclus (travailleurs) en arrêt de travail pour maladie mentale ou bien encore au travail avec des symptômes, sur les interventions (conduites par un médecin du travail ou par le personnel du service de santé au travail), sur le critère d'intérêt (durée d'arrêt de travail) et le type d'études (essai randomisé contrôlé, ou en *cluster*). La qualité des études a été évaluée en utilisant la grille GRADE. Dix études ont été incluses (sous-groupe 1 comprenant six études avec des travailleurs en arrêt, et sous-groupe 2 comprenant quatre études avec des travailleurs encore au travail). En termes de population, les interventions s'adressaient à des travailleurs présentant des troubles hétérogènes (troubles de santé mental mineur, troubles de santé mental commun, symptômes dépressifs, personnes à haut risque d'absentéisme de longue durée, stress lié au travail). Toutes les études employaient des méthodes d'intervention de résolution de problèmes ou de thérapie cognitive et comportementale. En termes de résultats, dans chacun des deux sous-groupes, il n'y avait pas de différence significative dans le nombre de jours d'arrêt de travail entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe contrôle recevant le traitement habituel. Après l'intégration des dix études dans la méta-analyse, le groupe intervention (756 sujets) avait un nombre total de jours d'arrêt significativement inférieur à celui du groupe contrôle (798 sujets) avec une différence moyenne de -6,64 jours (IC à 95 %

= -12,68, -0,59). En conclusion, les auteurs affirmaient que les services de santé au travail qui implantent des interventions de résolution de problèmes ou des thérapies cognitives et comportementales peuvent réduire la durée totale d'absentéisme pour les travailleurs absents, et les travailleurs encore au travail. Pour autant, ils soulignent que la guérison clinique et le retour au travail ne sont pas nécessairement associés. Par ailleurs, les auteurs signalaient qu'une seule étude avait intégré la notion de récurrence des troubles dans son évaluation.

- **Interventions en milieu de travail visant à prévenir l'incapacité au travail**

En plus de la revue de littérature de Pomaki *et al.* décrite dans la section précédente, trois autres revues de littérature ont été identifiées sur les interventions en milieu de travail visant à prévenir l'incapacité au travail. Ces revues de littérature ne se limitaient pas aux travailleurs ayant des troubles de santé mentale. L'analyse qui en a été faite s'est limitée aux études consacrées aux travailleurs ayant des troubles de santé mentale qui étaient incluses dans ces revues.

Une revue de littérature a évalué l'efficacité générale des interventions en milieu de travail visant à prévenir et à réduire les absences pour maladie (6). Une recherche systématique de littérature a été effectuée dans les bases de données PubMed, Embase, PsychInfo, et ISI Web of Knowledge jusqu'au 27 décembre 2011. Les critères d'inclusion étaient les participants (âgés de plus de 18 ans avec un rôle actif dans l'intervention), l'intervention (interventions dites « actives », effectuées partiellement ou complètement dans le milieu de travail, ou à l'initiative du milieu de travail), le type d'études (essai randomisé contrôlé publié en anglais) et le critère d'intérêt (absence pour maladie). Les interventions dites « actives » comprenaient un changement comportemental avec les instructions de rester actif durant le traitement. Les critères d'exclusion étaient les interventions dites « passives » telles que le massage, la chirurgie, l'usage de médicaments, etc. Dix-sept articles ont été inclus dans l'étude, et ont été évalués avec l'instrument de la collaboration Cochrane. Parmi les interventions, quatre concernaient des problématiques de santé mentale. Une seule étude a démontré son efficacité pour réduire l'absence des travailleurs en arrêt pour dépression en combinant une thérapie cognitive et comportementale et une thérapie centrée sur la résolution de problèmes. En conclusion, les auteurs estiment que les évidences disponibles ne permettent pas d'affirmer que les interventions actives en milieu de travail sont globalement efficaces pour réduire l'absentéisme. Plus précisément, les auteurs ont conclu qu'une thérapie cognitive et comportementale combinée avec une thérapie centrée sur la résolution de problèmes est efficace pour réduire l'absence des travailleurs en arrêt pour dépression (évidences limitées ; une étude) et qu'il n'y a pas de preuves de l'efficacité des autres interventions cognitives.

Une revue Cochrane a été réalisée pour évaluer l'efficacité des interventions en milieu de travail visant à prévenir l'incapacité au travail parmi les travailleurs en arrêt pour maladie (quelle que soit la pathologie), par comparaison avec les soins usuels ou des interventions cliniques (7). Les auteurs ont fait une recherche systématique de la littérature dans cinq bases de données (Cochrane Work Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline, Embase, et PsychInfo) jusqu'en février 2015. Les critères d'inclusion étaient les essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité d'interventions en milieu de travail à l'intention de travailleurs en arrêt (quelle que soit la pathologie), et dans lesquelles le retour au travail était évalué sous la forme d'une variable continue (les études utilisant des indicateurs mesurés de façon dichotomique ont été exclues). Après une évaluation critique des articles, 14 études comportant 1 897 travailleurs ont été incluses, dont cinq études concernaient des travailleurs avec des difficultés de santé mentale. D'après les résultats des études pour les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale, les auteurs ont conclu qu'il y avait une amélioration significative de la durée jusqu'au premier

retour au travail (HR 2,64, 95 % CI 1,41 to 4,95), mais sans amélioration considérable du retour au travail durable (HR 0,79, 95 % CI 0,54 to 1,17). Dans une autre analyse en sous-groupes, il n'a pas été trouvé de preuve qu'une intervention en entreprise associée avec une intervention cognitive et comportementale était plus efficace qu'une intervention en entreprise isolément (HR 1,93, 95 % CI 1,27 to 2,93). Les auteurs ont conclu que les interventions en entreprise pour des travailleurs ayant des troubles de santé mentale ne réduisaient pas considérablement le délai jusqu'au premier retour au travail par comparaison avec une intervention clinique (HR 2,65, 95 % CI 1,42 to 4,95, niveau de preuve de très faible qualité fondé sur une seule étude). Le tableau c en annexe 3 présente une synthèse des études conduites pour des travailleurs ayant des troubles de santé mentale dans la revue Cochrane de van Vilsteren *et al.*, 2015.

Une revue systématique récente de la littérature a synthétisé les preuves sur l'efficacité des interventions en milieu de travail pour assister les travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques, des troubles de santé mentale, ou des douleurs à reprendre le travail après une période d'absence (27). Après une recherche de la littérature pertinente (janvier 1990-avril 2015) dans différentes bases de données (Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo, Sociological Abstracts, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), et ABI Inform), les auteurs ont retenu dix études originales conduites pour des travailleurs ayant des troubles de santé mentale. Ils ont identifié 12 types d'interventions qui ont été classées en quatre catégories : les interventions centrées sur la santé, les interventions pour la coordination des services, les interventions de modification du travail, et les interventions multi-domaines avec au moins deux composantes appartenant aux trois premières catégories.

- Interventions centrées sur la santé : Ces interventions facilitent la prestation de soins de santé aux travailleurs blessés, soit dans l'entreprise, soit dans des structures liées à l'entreprise (par exemple, visite auprès de professionnels de santé initiée par l'employeur/l'entreprise). Les sous-catégories spécifiques d'intervention des services de santé pour lesquelles une synthèse des preuves a été conduite incluent : l'activité/les exercices progressifs, la thérapie cognitive et comportementale, le réentraînement au travail (*work hardening*) et les interventions multi-composantes centrées sur la santé (qui incluent souvent les éléments ci-dessus, de même qu'une évaluation médicale, de l'ergothérapie, une prise en charge psychologique, de la kinésithérapie).
- Interventions pour la coordination des services : Ces interventions ont été élaborées pour permettre une meilleure coordination et un meilleur accès aux services afin de faciliter le retour au travail dans l'entreprise et en impliquant l'entreprise. La coordination comprend des tentatives pour améliorer la communication dans l'entreprise, ou bien entre l'entreprise et les professionnels de santé. Des exemples sont le développement de plans de retour au travail (*RTW plan*), la gestion de cas (*case management*), l'éducation et la formation.
- Interventions de modification du travail : Ces interventions modifient l'organisation du travail ou les conditions de travail. Les exemples sont : des aménagements dans l'entreprise comme des tâches aménagées (*provision of modified duties*), des horaires aménagés (*modified working hours*), des remplacements surnuméraires (*supernumerary replacements*), des ajustements ergonomiques ou bien d'autres ajustements dans le milieu de travail.
- Interventions multi-domaines : Ces interventions avaient des composantes multiples et incluait au moins deux des trois domaines précédents d'intervention [par exemple, des interventions comportant une activité progressive dans l'entreprise (intervention centrée sur la santé) avec des tâches aménagées (modification du travail)].

Sept interventions multi-domaines pour des difficultés de santé mentale avaient un fort niveau de preuve (27). Les six études de haute qualité et une étude de moyenne qualité proposaient une thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur l'identification de solutions appropriées au travail. Ces études montraient un effet favorable avec un fort niveau de preuves pour réduire l'absentéisme des personnes ayant des difficultés de santé mentale. Quatre de ces études de forte qualité ont également montré un fort effet positif pour réduire les coûts associés à l'incapacité de travail dans ces circonstances (27). Sur la base de ces études, le **message** suivant était formulé : implanter les interventions de TCC centrées sur le travail peut aider à réduire l'absentéisme et les coûts associés à l'incapacité de travail provoquée par des difficultés de santé mentale.

Les interventions multi-domaines pour les difficultés de santé mentale (deux études de haute qualité) (27) ont montré une amélioration de la productivité au travail (*work functioning*) après le retour au travail. **Le message clé** formulé à partir de ce niveau modéré de preuve pour un effet positif était : considérer l'implantation de ces interventions si elles sont applicables dans le contexte de travail.

Une catégorie d'intervention a montré un fort niveau de preuve de l'absence d'effets dans les difficultés de santé mentale. Sept interventions montraient que la TCC isolément n'avait pas d'effet sur l'absentéisme dû à des difficultés de santé mentale, conduisant à la **conclusion suivante** : l'implantation d'une intervention de TCC traditionnelle n'a pas d'effet sur la réduction du temps perdu à cause de troubles de santé mentale.

Les autres interventions (interventions multi-composantes centrées sur la santé, réentraînement au travail, formation du médecin, plan de retour au travail, gestion de cas, éducation/formation du travailleur, éducation/formation du manager) avaient un niveau de preuve limité, contradictoire ou insuffisant, résultant soit d'un trop faible nombre d'études disponibles de haute qualité, ou bien de résultats contradictoires entre les études. À partir de ce constat, le **message** formulé était le suivant : il n'y a pas assez de preuves dans la littérature scientifique pour orienter actuellement des politiques ou des pratiques vers ces différents types d'intervention. Pour qu'un message puisse être délivré au sujet de ces interventions, un niveau de preuve de plus grande qualité est nécessaire.

Une synthèse du niveau de preuve de l'efficacité des interventions conduites en entreprise pour le retour au travail après des difficultés de santé mentale est présentée dans le tableau d en annexe 3.

- **Interventions (programmes) de coordination du retour au travail**

Une autre revue systématique Cochrane a évalué les effets des programmes de coordination du retour au travail par comparaison avec les soins usuels pour prévenir l'incapacité au travail parmi les travailleurs en arrêt pour maladie ou en incapacité (31). Les auteurs ont fait une recherche systématique de la littérature dans cinq bases de données Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2016, Issue 11), Medline, Embase, CINAHL et PsycInfo jusqu'au 1^{er} novembre 2016. Les critères d'inclusion étaient : essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité de programmes de coordination de retour au travail, à l'intention de travailleurs en arrêt de plus de 4 semaines (quelle que soit la pathologie) ou recevant une pension d'incapacité à long terme (*long-term disability benefits*) et en emploi au moment de l'arrêt. Quatorze études comportant 12 568 travailleurs ont été incluses, dont deux études concernaient des travailleurs avec des difficultés de santé mentale. Selon les conclusions des auteurs, les programmes de coordination de retour au travail n'ont pas démontré leur efficacité à court terme (6 mois), long terme (12 mois), ni au-delà, par comparaison aux soins usuels sur les critères du retour au travail, de l'absence cumulée ou de la proportion des participants ayant repris le travail. Pour les indicateurs rapportés par les patients (*patient-reported outcomes*), les bénéfices identifiés étaient faibles et en dessous

des différences minimales considérées comme cliniquement importantes. Deux interventions dans la revue de Vogel *et al.* publiée en 2017 (31) concernaient des travailleurs en arrêt pour troubles de santé mentale. Dans l'étude de Volker *et al.* (2015) (86), une intervention associant une composante par Internet a démontré son efficacité pour réduire la durée jusqu'à la première reprise du travail (50 jours) par comparaison au groupe recevant les soins usuels (77 jours) chez les travailleurs en arrêt puis 4 à 26 semaines pour un trouble de santé mentale commun. Ce groupe avait également un plus grand nombre de participants en rémission 9 mois après l'inclusion. Les participants étaient recrutés par le service de santé au travail ou l'employeur.

Dans l'étude de van der Feltz-Cornelis *et al.* (2010) (87), un essai randomisé en *cluster* a évalué l'efficacité d'une consultation psychiatrique procurant des conseils de traitement aux médecins du travail pour les employés en arrêt de travail de plus de 6 semaines pour des troubles de santé mentale communs. À 3 mois de suivi, 58 % du groupe « intervention » avaient repris le travail à temps plein, contre 44 % dans le groupe contrôle. Le groupe recevant l'intervention avait repris le travail en moyenne 68 jours plus tôt que le groupe contrôle. Selon les auteurs, une consultation auprès d'un psychiatre dans le contexte des services de santé au travail pour les employés en arrêt maladie est de nature à réduire leur durée d'arrêt par comparaison aux soins habituels.

Conclusion sur l'analyse et la synthèse de la littérature : Très grande hétérogénéité, tant sur les populations des études (niveau de gravité des symptômes, stade de la pathologie à l'inclusion, etc.), que sur la définition des pathologies (sévères/mineures), sur la durée des arrêts de travail, sur les interventions proposées et les indicateurs évalués...

Recommandations aux médecins du travail dans le cadre des visites d'embauche, périodiques, ou à la demande :

Il est recommandé que les médecins du travail effectuent un dépistage systématique des troubles dépressifs et/ou anxieux chez tous les travailleurs qui en présentent des signes.

Il est recommandé que les médecins du travail qui identifient un trouble dépressif anxieux, ou toute autre pathologie de santé mentale, en informent le médecin traitant, après avoir discuté avec le salarié des bénéfices attendus et avec son consentement informé.

Il est recommandé que les médecins du travail qui identifient un trouble de santé mentale chez un salarié recherchent les facteurs suivants qui sont susceptibles d'influencer négativement le pronostic professionnel :

- un âge plus élevé, un statut socio-économique plus bas, un faible niveau d'études ;
- la sévérité des symptômes, une comorbidité somatique et/ou psychiatrique.

Il est recommandé que les médecins du travail qui identifient un trouble dépressif, anxieux, ou toute autre pathologie de santé mentale, recherchent des facteurs de risques psychosociaux dans l'environnement de travail susceptibles d'avoir participé à l'apparition des troubles et/ou d'influencer le pronostic professionnel.

Recommandations aux médecins du travail pour la prise en charge des travailleurs en arrêt de travail à la suite de troubles de santé mentale dits « mineurs » (dépression, anxiété, troubles de l'adaptation) à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise du travail, ou de suivi après la reprise :

► **Pour l'évaluation**

Il est recommandé d'évaluer les symptômes et leur sévérité, de s'assurer qu'un diagnostic a été porté, et de veiller à ce que le patient ait compris le diagnostic posé.

Il est recommandé d'évaluer les complications éventuelles, notamment le risque suicidaire et d'auto- et/ou hétéro-agressivité.

Il est recommandé de s'assurer que le travailleur bénéficie d'une prise en charge adaptée au vu des recommandations de bonnes pratiques actuelles.

Il est recommandé d'évaluer les difficultés cognitives (troubles de mémoire, de concentration, etc.) et les éventuels effets secondaires d'un traitement qui pourraient retentir sur les capacités de travail et sur l'environnement professionnel.

Il est recommandé d'évaluer les événements au travail et/ou les caractéristiques de l'environnement de travail et du poste de travail (risques psychosociaux) qui ont pu provoquer l'apparition des troubles, ou contribuer à leur apparition et/ou leur maintien.

Il est recommandé d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et du poste de travail, et des événements survenant au travail qui peuvent jouer un rôle protecteur, et/ou contribuer à un rétablissement favorable du travailleur (soutien social au travail, latitude décisionnelle, etc.).

Il est recommandé d'évaluer les compétences relationnelles actuelles du travailleur (de type : utilisation de la résolution de problèmes, stratégies d'adaptation) et celles de son encadrement, ainsi que les axes de travail possibles.

► **Pour la prise en charge**

Il est recommandé au médecin du travail d'envisager, selon l'état de santé du travailleur et selon sa prise en charge l'utilisation d'une ou plusieurs des approches psychothérapeutiques suivantes : thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur le travail, restructuration cognitive, techniques de gestion du stress, techniques de relaxation.

Ces approches peuvent être mises en œuvre par le médecin du travail s'il y a été formé, ou en collaboration avec d'autres personnes ressources internes ou externes aux services de santé au travail (psychologue clinicien, psychologue du travail, infirmière de santé au travail, psychiatre), notamment en cas de suivi spécialisé extérieur, après en avoir informé le salarié et avec son accord.

Il est recommandé aux médecins du travail d'élaborer un « plan de retour au travail » en trois phases :

- une première phase de compréhension de la situation, une seconde phase d'élaboration d'une liste des problèmes (sources de stress) et des facteurs protecteurs et/ou solutions (résolution de problèmes) pouvant être renforcés ou apportés (avec un agenda planifiant leur mise en œuvre progressive), et une troisième phase de mise en œuvre planifiée des facteurs de protection et/ou solutions identifiées, avec une évaluation régulière de l'état de santé du travailleur et de sa situation de travail ;
- ce plan de retour au travail peut être élaboré par le médecin du travail en concertation avec le salarié, ou bien être validé par le médecin du travail après délégation à une autre personne ressource, interne ou externe aux services de santé au travail et informée des

contraintes de l'environnement et du poste de travail du travailleur (psychologue du travail, ergonomiste, infirmière de santé au travail, travailleur social, chargé de maintien en emploi, etc.) ;

- le cas échéant, ce plan de retour au travail doit être établi par le médecin du travail (ou la personne déléguée) et le médecin traitant (ou un autre spécialiste) en concertation avec l'employeur (ou la personne qu'il aura déléguée auprès de la direction des ressources humaines ou de l'encadrement) ;
- ce plan de retour au travail doit être concerté, flexible, ajustable, suffisamment long, et monitoré.

Il est recommandé d'envisager et de mettre en œuvre une ou plusieurs des mesures suivantes dans l'entreprise pour faciliter le retour au travail et le maintien en emploi :

- apporter des adaptations au poste de travail du salarié (simplifier les tâches, les horaires et les rythmes de travail ; éviter le travail de nuit ; donner de la marge de manœuvre dans l'organisation du travail) ;
- promouvoir autour du poste de travail du salarié un environnement de travail favorisant la qualité de vie au travail, et prévenant ou corrigeant les facteurs de risques psychosociaux ;
- promouvoir la culture et la pratique de résolution de problèmes, que ce soit par le salarié lui-même, son encadrement ou le collectif de travail ;
- encourager le milieu de travail (collègues, encadrement, direction) à prodiguer du soutien social au salarié et à lutter contre toute forme de stigmatisation.

L'initiative et la mise en œuvre de ces mesures relèvent de la responsabilité conjointe du médecin du travail et de l'employeur.

► Pour le suivi :

Il est recommandé au médecin du travail de planifier un suivi régulier adapté à chaque situation individuelle du travailleur. Ce suivi doit évaluer l'état de santé du travailleur (et notamment les signes évocateurs de stagnation ou de rechute), et les éléments relatifs à son travail (difficultés à effectuer les tâches de travail quantitativement et/ou qualitativement, relations sociales avec les collègues encadrement, etc.).

Il est recommandé au médecin du travail de partager les éléments du suivi avec les autres personnes ressource participant à la prise en charge (médecin traitant, psychiatre, psychologue du travail, ergonomiste, infirmière de santé au travail, travailleur social, chargé de maintien en emploi, etc.), dans chaque situation où le partage de ces informations est nécessaire à la qualité et à la continuité de la prise en charge, après information et avec le consentement du salarié.

5.4 Pathologies cancéreuses

5.4.1 État des lieux du retour au travail des patients atteints de cancer

Cinq études ont été identifiées permettant de faire un état des lieux du retour au travail après cancer. La première est une revue de la littérature internationale de 2011 (88) dont l'objectif était de réaliser un état des lieux général du retour au travail après cancer. La seconde est une revue systématique de 2017 (40) dont l'objectif était plus largement d'identifier les facteurs psychosociaux associés au retour au travail après arrêt de travail lié à une maladie cardiovasculaire, une maladie mentale ou un cancer. Les trois autres sont des études françaises qui permettent d'intégrer les spécificités du système de protection sociale et de la législation du travail française pouvant être à l'origine de dynamiques différentes sur le marché du travail par rapport à celles attribuables aux systèmes de santé des autres pays. La première de ces trois études est l'étude de cohorte rétrospective « La vie 2 ans après un

diagnostic de cancer » (9), réalisée en 2010-2012, interrogeant les patients identifiés grâce aux données de l'Assurance maladie sur leur devenir 2 ans après le diagnostic de cancer, et comportant un module sur l'activité professionnelle. La seconde est l'étude « La vie 5 ans après un diagnostic de cancer » (89), qui a été réalisée en 2015 dans la continuité de l'étude précédente, mais cette fois-ci avec un délai d'observation à 5 ans. Enfin, la dernière est une analyse sur données médico-administratives des conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels.

Ces études sont détaillées dans les paragraphes suivants.

Dans leur revue systématique de 2011, Mehnert *et al.* (88) ont réalisé un état des lieux des connaissances concernant le maintien en emploi et le retour au travail des patients atteints de cancer. Ils ont identifié 64 articles, dont 43 concernaient principalement des femmes atteintes de cancer du sein. La majorité des études était de type transversal ($n = 47$) et seules 23 avaient un groupe de comparaison. Le taux de reprise, identifié dans 28 études, était de 63,5 %, avec des extrêmes allant de 24 à 94 % selon les études. Cette variabilité du taux de reprise était surtout expliquée par le délai auquel avait été observé le taux de reprise par rapport à la date du diagnostic de cancer. Lorsque l'on prenait en compte ce critère dans les études, on observait les taux suivants : 40 % à 6 mois (allant de 24 à 72 %), 62 % à 12 mois (allant de 50 à 81 %), 73 % à 18 mois (allant de 64 à 82 %), 89 % à 24 mois (extrêmes allant de 84 à 94 %). Les facteurs favorisant la reprise ou le maintien dans l'emploi étaient sociodémographiques (genre masculin, âge jeune, niveau d'éducation élevé, patient vivant seul ou séparé, ethnie), médicaux (localisations cancéreuses touchant des patients jeunes, absence de chirurgie, moindre présence de symptômes physiques ou psychologiques), dépendants de l'employeur (mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail), et enfin liés à l'accompagnement du patient (conseils apportés pour le retour au travail, suivi de programmes de réentraînement, accompagnement par des services spécialisés, continuité des soins). Concernant l'impact du cancer sur le travail, les études sont discordantes, mais la plupart rapportent pour les patients, au moins de façon temporaire, une diminution du temps de travail, une modification de l'organisation du travail, une baisse des revenus ou salaires, un déclin de la capacité de travail. De plus, les patients atteints de cancer ont plus de risque de chômage et de départ en retraite précoce. Les auteurs ont conclu de cette revue systématique que les études sur les effets à moyen et long terme du cancer chez les survivants étaient relativement peu nombreuses. Ils recommandaient la réalisation d'investigations pluridisciplinaires (psycho-oncologie, psychosociologie, neuropsychologie, sociologie, économie) dans ce champ, ainsi que le développement d'indicateurs validés permettant d'évaluer l'impact du cancer sur le retour au travail et les comparaisons inter-études. Enfin, ils ont proposé l'utilisation d'un modèle de recherche sur le retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer. (cf. Figure 2)

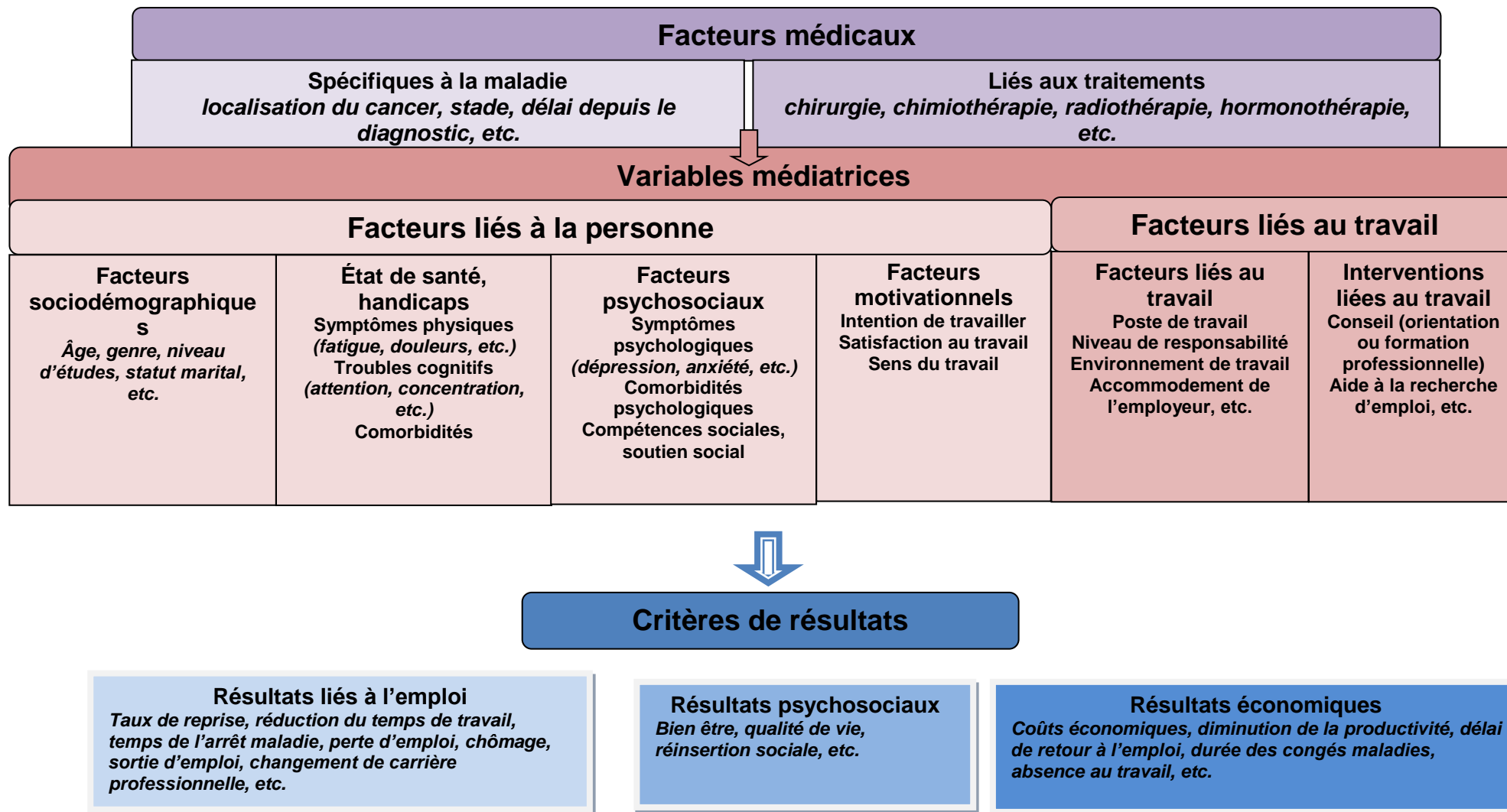


Figure 2. Modèle de recherche sur le retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer issu de 64 études réalisées entre 2000 et 2009 (Mehnert, 2011) (88)

Dans leur revue systématique de la littérature, Gragnano *et al.* (40) en 2017 ont identifié les facteurs psychosociaux, médicaux et sociodémographiques associés au retour au travail après arrêt de travail lié à une maladie cardiovasculaire, une maladie mentale ou un cancer. Quatorze revues de la littérature (trois concernant les maladies mentales, cinq les maladies cardiovasculaires et six les cancers) et 32 études de cohorte additionnelles ont été incluses. Selon leurs critères d'évaluation du niveau de preuve basé sur le nombre d'études de cohorte prospective ou rétrospective ayant retrouvé une association entre chaque facteur et le retour au travail, les auteurs ont mis en évidence, pour le cancer (cf. Tableau ci-dessous) :

- neuf facteurs facilitant le retour au travail avec un niveau de preuve fort ou modéré : autonomie dans le travail, support du manager, capacité de travail, bonne santé perçue, chirurgie moins invasive, traitement ne comportant pas de chimiothérapie, bonne santé mentale (questionnaire SF36 ou SF12), statut socio-économique élevé, contrat de travail à temps plein ;

- 11 facteurs limitant le retour au travail avec un niveau de preuve fort ou modéré : travail physique, tension au travail, fatigue, dépression, cancer étendu, stade du cancer, âge plus élevé, genre féminin, bas niveau d'éducation, type de travail manuel, travailleur de type « col bleu ».

Tableau 9. Facteurs associés au retour au travail après cancer (40)

Facteurs associés au retour au travail après cancer			Niveau de preuve	
			Fort	Modéré
Facteurs en lien avec le travail	Facteurs organisationnels	Autonomie	+	
		Travail physique	-	
		Support du manager		+
		Tension au travail (*)		-
	Facteurs liés à l'individu	Capacité de travail (<i>work ability</i>)		+
Facteurs en lien avec la personne	Facteurs médicaux	Bonne santé perçue	+	
		Chirurgie moins invasive	+	
		Traitement ne comportant pas de chimiothérapie	+	
		Fatigue	-	
		Dépression	-	
		Cancer étendu	-	
		Stade du cancer	-	
		Santé mentale (échelle SF36 ou SF12)		+
	Facteurs socio-démographiques	Âge plus élevé	-	
		Genre féminin	-	
		Bas niveau d'éducation	-	
		Type de travail manuel	-	
		Statut socio-économique élevé		+
Contrat de travail à temps plein		+		
Travailleur de type « col bleu »		-		

+ : facteur facilitant le retour au travail ; - : facteur représentant un obstacle pour le retour au travail ; (*) situation de travail associant une faible latitude décisionnelle et une forte demande (Karasek, 1979)

Les auteurs de cette revue ont également étudié les facteurs associés au retour au travail communs aux pathologies mentales, cardiovasculaires et cancéreuses. Ils ont mis en évidence dix facteurs communs : quatre facteurs facilitants (autonomie, capacité de travail, bonne santé perçue, haut niveau socio-économique) et six facteurs barrière (tension au travail, anxiété, dépression,

comorbidité, âge élevé, bas niveau d'éducation). Les auteurs déploraient le manque d'études évaluant l'aide que peuvent représenter les managers et les collègues pour le retour au travail.

Les auteurs concluaient qu'un certain nombre de facteurs psychosociaux étaient associés au retour au travail, confirmant le rôle déterminant des conditions de travail avant l'arrêt maladie sur le processus de retour au travail ultérieur. Ils soulignaient également que le processus de retour au travail était peu différent selon le type de maladie, et qu'une approche transversale du retour au travail, indépendante du type de maladie, était tout à fait recommandée. Cette approche nécessiterait, néanmoins, d'établir des critères de classification concernant la sévérité du diagnostic et le caractère invasif du traitement.

Enfin, les auteurs ont proposé, à partir de ces constats, des recommandations pour la mise en place d'interventions pour le retour au travail. Ces interventions devraient comporter un module commun dont les objectifs seraient d'améliorer la capacité de travail et les conditions de travail (amélioration du contrôle possible sur le travail et diminution de la tension au travail). Ce module devrait également comporter une prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie : dépression, anxiété, amélioration de la perception des capacités fonctionnelles du patient. Le module spécifique proposé aux patients atteints de cancer devrait prévoir une adaptation de la charge physique du travail à l'état de santé, favoriser une relation de soutien entre le manager et le travailleur et prendre en compte le type de cancer et le type de traitement.

L'étude française « La vie 2 ans après un diagnostic de cancer » (9) avait pour objectif de réaliser un état des lieux des conditions de vie 2 ans après le diagnostic de cancer, en particulier dans les domaines suivants : état de santé, vie professionnelle, revenus, situation familiale. La France est caractérisée par un système de protection sociale et une législation du travail à l'origine de dynamiques différentes sur le marché du travail par rapport à celles attribuables aux systèmes de santé des autres pays. Cette étude de cohorte rétrospective a été réalisée en 2010-2012 et a interrogé les patients identifiés grâce aux données de l'Assurance maladie sur leur devenir 2 ans après le diagnostic de cancer. Pour les analyses concernant le travail, 2 508 patients bénéficiaires de l'Assurance maladie (régime général ou Mutualité sociale agricole ou Régime social des indépendants, soit 90 % de la population française) en 2010, âgés de 18 à 52 ans et atteints de l'un des 12 cancers suivants : quatre localisations de bon pronostic (sein, prostate, thyroïde, mélanome), sept de pronostic intermédiaire (colon-rectum, VADS, vessie, rein, lymphome non hodgkinien, corps utérin, col utérin), une de mauvais pronostic (poumon) ont été inclus. Cette étude a mis en évidence qu'en termes d'emploi, la situation initiale des patients atteints de cancer était plus favorable que celle de la population générale, ceci s'expliquant par un âge plus élevé des patients atteints de cancer. Ainsi, afin de comparer le devenir des patients avec la population générale, un appariement cas/témoin a été nécessaire pour le reste des analyses.

Parmi les personnes en emploi lors du diagnostic de cancer, 77 % l'étaient encore 2 ans plus tard (contre 94 % dans le groupe témoin), 12 % étaient en arrêt maladie et 6 % étaient au chômage (contre 3 % dans le groupe témoin). Les facteurs associés au risque de perte d'emploi étaient l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle d'exécution, un âge plus jeune ou plus âgé, le fait d'être marié, le fait d'avoir un niveau d'études inférieur au bac, d'avoir un contrat précaire, d'être employé dans une PME (plutôt que dans une très petite entreprise ou grande entreprise) et certaines localisations cancéreuses de pronostic défavorable (poumon, vessie, VADS, colon-rectum) (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau 10. Maintien en emploi selon la localisation cancéreuse (9)

Localisation	Maintien dans l'emploi à 2 ans*	Taux d'accès à l'emploi**
Mélanome	85 %	43 %
Thyroïde	84 %	63 %
Corps de l'utérus	81 %	-
Rein	79 %	55 %
Sein	75 %	28 %
Col de l'utérus	73 %	31 %
Lymphome	72 %	15 %
Prostate	67 %	25 %
Colon-rectum	63 %	52 %
VADS	53 %	-
Vessie	52 %	-
Poumon	39 %	15 %

* Maintien dans l'emploi à 2 ans = parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, % de celles toujours en emploi effectif 2 ans plus tard

** Taux d'accès à l'emploi = chercheurs d'emploi ayant retrouvé un emploi 2 ans plus tard

- = Effectif insuffisant pour le calcul

En outre, l'étude a montré que les facteurs associés à la sortie d'emploi étaient différents selon la catégorie socioprofessionnelle, les facteurs étant plus nombreux pour les catégories socioprofessionnelles d'exécution (cf. Tableau ci-dessous).

Tableau 11. Récapitulatif des facteurs associés à un risque de perte d'emploi (seuls les odds ratio significatifs ont été reportés) (9)

Facteurs de risque	Tous patients	Patients avec CSP d'exécution	Patients avec CSP d'encadrement
Âge lors du diagnostic	0.7	0.7	
Statut marital en couple (plutôt que seul)	1.45	1.62	
Niveau d'étude supérieur au baccalauréat (plutôt qu'inférieur ou égal)	0.38	0.36	0.36
Catégorie socioprofessionnelle d'exécution (plutôt que d'encadrement)	1.56	-	-
Type de contrat CDI (plutôt que CDD, saisonnier, intérim, indépendants)	0.43	0.4	0.38
Taille de l'entreprise de 10 à 499 salariés (plutôt que < 10 salariés)		1.66	
Présence d'un aménagement de poste de travail	0.16	0.12	0.28
Perception d'une discrimination au travail	2.29	2.08	2.99
Survie attendue à 5 ans > 80 % (plutôt que < 20 %)	0.33		0.1
Séquelles perçues (plutôt que absence de séquelles)	2.25	2.32	
Consommation de psychotropes	2.77	3.61	

CSP : catégorie socioprofessionnelle

Les auteurs soulignent que ces facteurs de risque de perte d'emploi sont les mêmes qu'en population générale et représentent donc une double peine pour les patients.

Enfin, l'étude s'est également intéressée aux arrêts maladie. Elle a montré que 13 % des patients n'y ont jamais eu recours, cette proportion étant plus forte chez les indépendants (32 %). L'analyse de la durée d'arrêt de travail a montré une vitesse de reprise différente selon le genre : les taux de reprise sont plus importants chez les hommes dans la première année, puis convergent avec celui des femmes vers 18 mois.

Les auteurs concluaient de ce travail que les interventions visant à améliorer le retour au travail des patients atteints de cancer devraient être construites selon les spécificités suivantes des groupes :

- pour les catégories socioprofessionnelles d'exécution, l'accent devrait être mis sur l'accompagnement des séquelles, la surveillance de problèmes psychologiques qui motivent la prise de médicaments et peuvent gêner ces personnes dans leur activité professionnelle ;
- pour les catégories socioprofessionnelles d'encadrement : la vulnérabilité après le diagnostic semblant principalement liée à la gravité de la maladie, les efforts devraient être faits vis-à-vis du maintien dans l'emploi dans le cas de cancers avec un pronostic de survie à 5 ans inférieur à 80 % ;
- le genre et les disparités socioprofessionnelles devraient être pris en compte dans les programmes de retour au travail.

L'étude française « La vie 5 ans après un diagnostic de cancer » a été réalisée dans la continuité de l'enquête précédente (9), mais cette fois-ci à 5 ans du diagnostic (89). La population correspondait à l'échantillon de patients déjà interrogés lors de l'enquête à 2 ans, additionnée d'un échantillon complémentaire de patients afin d'atteindre une puissance statistique suffisante. L'enquête interrogeait les patients sur leur état de santé physique ou mental, leur suivi médical, leur insertion professionnelle et leur réintégration sociale.

Elle a mis en évidence que, parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 79 % l'étaient encore 5 ans plus tard, 2 % étaient en arrêt maladie et 7 % étaient au chômage. Elle a également montré que la sortie de l'emploi constatée à 5 ans du diagnostic avait majoritairement eu lieu au cours des 3 dernières années. Ces résultats sont néanmoins à prendre avec précaution, cette étude n'ayant pas de groupe témoin.

Par ailleurs, l'étude des trajectoires professionnelles a montré que 28 % des personnes en emploi lors du diagnostic avaient quitté leur emploi (volontairement ou non) au cours des 5 années suivantes, le temps écoulé entre le diagnostic et le début de la fin de cet emploi étant en moyenne de 2 ans. De plus, parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 55 % avaient conservé l'emploi occupé au cours des 5 années suivantes (avec des interruptions possibles par des arrêts maladie). Enfin, parmi les personnes au chômage ou en inactivité au moment du diagnostic, seuls 30 % avaient occupé un emploi dans les 5 années suivantes.

L'étude du devenir spécifique des patients interrogés à la fois dans l'enquête à 2 ans après diagnostic et dans l'enquête à 5 ans du diagnostic montre les résultats suivants : voir tableau ci-dessous

Tableau 12. Devenir des patients à 2 et 5 ans après le diagnostic (9)

	Lors du diagnostic	2 ans après le diagnostic	5 ans après le diagnostic
Taux d'activité*	94%	90 %	84 %
Taux d'emploi**	87 %	82 %	77 %
Taux de chômage***	7 %	8 %	7 %

* Taux d'activité : rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante (actifs et inactifs)

** Taux d'emploi : rapport entre le nombre d'individus ayant un emploi et le nombre total d'individus

*** Taux de chômage : part des actifs sans emploi dans la population active (actifs en emploi et sans emploi)

L'étude a également mis en évidence une spécificité des indépendants qui avaient une probabilité de ne plus être en emploi 5 ans après le diagnostic, minorée de 7,5 % par rapport aux travailleurs salariés.

Les facteurs significativement associés à la perte d'emploi pour les salariés étaient : l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle d'exécution, le genre masculin, l'âge plus élevé, le fait de vivre seul sans enfant, d'avoir un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, d'avoir un contrat précaire, d'avoir peu d'expérience dans l'emploi occupé, d'avoir un niveau de rémunération lors du diagnostic plus élevé, d'avoir perçu une discrimination sur le lieu de travail, d'avoir déclaré avoir changé de priorité de vie à la suite du diagnostic, d'avoir une évolution péjorative de la maladie, d'avoir des séquelles perçues comme importantes et d'avoir un score de fatigue plus élevé. En revanche, le fait d'avoir bénéficié d'un aménagement du poste de travail était associé au maintien en emploi.

Enfin, cette étude s'est également intéressée au recours aux arrêts maladies et au temps partiel thérapeutique. Parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 77 % ont eu recours à un arrêt maladie d'au moins 1 mois au cours des 5 années suivant le diagnostic. Les indépendants et les salariés de très petites entreprises avaient les taux de recours les plus faibles. Au cours des 5 années ayant suivi le diagnostic, 24 % des individus en emploi salarié au moment du diagnostic ont eu au moins un temps partiel thérapeutique. En général, celui-ci est intervenu 17 mois après le diagnostic et a duré 4 mois avant d'aboutir, pour 81 % des personnes concernées, à une reprise d'emploi (le mois suivant le temps partiel thérapeutique, 81 % étaient en emploi, 17 % étaient en arrêt maladie et moins de 1 % en invalidité). Avoir eu un temps partiel thérapeutique était plus fréquent pour les personnes travaillant dans une grande entreprise, dans le secteur privé, salariées avec un contrat à durée indéterminée, travaillant à temps plein et avec de l'expérience dans l'emploi occupé au moment du diagnostic. D'autre part, avoir eu un temps partiel thérapeutique au cours des 5 années suivant le diagnostic de cancer était positivement associé au fait d'être en emploi à l'issue de ces 5 années : 85 % des salariés en ayant eu un étaient en emploi 5 ans après le diagnostic, contre 68 % de ceux qui n'en avaient pas eu. Les auteurs soulignaient que les facteurs associés au temps partiel thérapeutique étaient les mêmes que les facteurs associés au maintien en emploi, de sorte que ces observations ne permettent pas d'individualiser l'effet propre du temps partiel thérapeutique.

Les auteurs ont conclu que, 5 ans après le diagnostic, le cancer avait toujours un impact négatif sur la vie professionnelle et que les efforts devraient se concentrer sur les groupes identifiés comme les plus vulnérables.

L'étude française « Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives » (90) avait pour objectif d'étudier les effets à court et moyen termes de la survenue d'un cancer sur l'emploi et l'activité, à partir d'une analyse de données médico-administratives issues de la Caisse nationale de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Cette étude de cohorte rétrospective a inclus plus de 500 000 salariés du secteur privé en 2005, dont plus de 14 000 avaient présenté un cancer. Les résultats d'un modèle de double différence avec appariement exact ont montré la persistance dans le temps d'un effet pénalisant du cancer sur l'emploi : par rapport aux individus non malades, la proportion d'individus ayant validé au moins un trimestre en emploi était plus faible :

- l'année suivant le diagnostic, de 8 et 7 points de pourcentage respectivement pour les femmes et les hommes ;
- la 5^e année suivant le diagnostic, de 13 points de pourcentage à la fois pour les hommes et les femmes.

Cette étude a également permis d'identifier que, parmi les 12 localisations cancéreuses les plus prévalentes, les cancers du poumon et des bronches étaient ceux qui avaient l'effet pénalisant le plus fort sur l'emploi. Enfin, elle a également montré que, parmi les pathologies chroniques étudiées (cancer, polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante, maladies chroniques inflammatoires de l'intestin, infection à VIH, schizophrénie, diabète), le cancer, la schizophrénie et l'infection par le VIH étaient les pathologies qui avaient le plus d'impact sur l'emploi. Les auteurs

font l'hypothèse que les traitements au long cours pour les autres pathologies chroniques améliorent la qualité de vie et atténuent donc les effets sur l'emploi.

D'autre part, cette étude a également exploré les transitions professionnelles consécutives au diagnostic de cancer pour 3 172 individus avec un recul d'au moins 2 ans durant les années 2006 à 2011, en comparaison avec un groupe de témoins appariés. Les patients atteints de cancer ont rencontré de grandes difficultés pour rester dans l'emploi ou y retourner, par comparaison aux témoins. Les déterminants individuels qui avaient un fort impact sur les transitions vers l'emploi des survivants du cancer étaient l'âge de l'individu (inférieur à 55 ans) et l'âge d'entrée plus tardif sur le marché du travail représentant probablement un niveau d'éducation plus élevé (uniquement pour les hommes). À l'inverse, les facteurs favorisant un passage vers le chômage ou l'inactivité étaient les séquelles mesurées par les consommations de soins et les arrêts maladie. Toutefois, les conséquences négatives de la maladie sur l'emploi étaient atténuées par un salaire d'entrée sur le marché du travail assez élevé, une carrière professionnelle antérieure stable dans l'emploi, une bonne santé antérieure au diagnostic de cancer mesurée par une faible fréquence de trimestres passés en arrêt maladie.

Au total,

Les études sur les effets à moyen et long termes du cancer chez les survivants sont relativement peu nombreuses. La poursuite des investigations pluridisciplinaires dans ce champ est recommandée.

Ces études permettent de conclure les éléments suivants :

- le taux de reprise du travail après cancer est très variable selon les études : 63,5 % en moyenne (avec des extrêmes allant de 24 à 94 %), dépendant, en particulier, du délai d'observation, du type de cancer, des systèmes de santé et de protection sociale ;
- les facteurs favorisant la reprise ou le maintien dans l'emploi sont :
 - sociodémographiques : âge jeune, niveau d'éducation élevé, statut socio-économique élevé, ethnie,
 - médicaux : localisations cancéreuses touchant des patients jeunes, cancer de bon pronostic, absence de chirurgie ou chirurgie moins invasive, traitement ne comportant pas de chimiothérapie, moindre présence de symptômes physiques ou psychologiques (dont la fatigue), capacité de travail, bonne santé perçue, bonne santé mentale, une bonne santé antérieure au diagnostic de cancer,
 - dépendants du poste de travail et de l'employeur : contrat de travail non précaire, travail antérieur à temps plein, mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, soutien du manager, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail, aménagement du poste de travail, autonomie dans le travail, travail non physique, travail sans tension, ancienneté dans le poste de travail,
 - liés à l'accompagnement du patient : conseils apportés pour le retour au travail, suivi de programmes de réentraînement, accompagnement pluridisciplinaire par des services spécialisés, continuité de prise en charge,
 - enfin, il existe peu d'études évaluant l'aide que peuvent représenter les managers et collègues pour le retour au travail ;
- le cancer a généralement un impact sur le travail, au moins de façon temporaire : diminution du temps de travail, modification de l'organisation du travail, baisse des revenus ou salaires, déclin de la capacité de travail, plus de risque de chômage et de départ en retraite précoce.

5.4.2 Évaluation de l'apport/l'impact et du contenu des interventions ayant pour objectif l'amélioration du retour au travail des patients atteints de cancer

Deux revues internationales de la littérature ont évalué plus spécifiquement le contenu et l'efficacité des interventions mises en place pour améliorer le retour au travail des patients atteints de cancer (91, 92). Une troisième revue de la littérature, publiée en 2009, a synthétisé les résultats des dernières recherches d'intervention concernant le retour au travail des patients

atteints de cancer en Europe (93), et une quatrième, réalisée en 2014, s'est intéressée au contenu spécifique que devraient comporter les interventions de réhabilitation pour les patients hommes atteints de cancer (94).

Ces études sont décrites dans les paragraphes suivants.

Dans leur revue systématique, Tamminga *et al.* (2010) (91) ont recensé et évalué les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer. Vingt-trois articles (concernant 19 interventions) ont été retenus, dont 43 % dataient de plus de 15 ans, 39 % avaient été réalisées aux États-Unis et 26 % dans les pays scandinaves. Seules trois interventions sur les 19 avaient pour but principal d'améliorer le retour au travail ou le maintien en emploi, les autres ayant un objectif plus global d'amélioration de la qualité de vie. Les interventions les plus fréquentes étaient l'apport de conseils/éducation des patients (68 %), alors que le réentraînement au travail et l'adaptation du poste de travail ne concernaient respectivement que 21 % et 11 % des études. Le taux de retour au travail, évalué dans sept études, variait de 37 à 89 %. Sur les quatre études disposant d'un groupe contrôle, une seule mettait en évidence une augmentation significative du taux de reprise du travail dans le groupe avec intervention (OR de non-reprise du travail = 0,37 IC 95 % [0,15-0,93]). Les auteurs concluaient que les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer étaient relativement rares, de contenu hétérogène et de qualité insuffisante, entraînant une impossibilité de conclure sur leurs effets réels sur le retour au travail.

Dans leur revue systématique de la littérature, Egan *et al.* (92) ont étudié les preuves d'efficacité des interventions de réhabilitation pour résoudre les problématiques des patients ayant présenté un cancer. Concernant le retour au travail et maintien dans l'emploi, ils ont mis en évidence deux revues systématiques de la littérature réalisées en 2011. La première concluait à l'absence de preuve d'efficacité des interventions visant à améliorer le retour au travail. La seconde, réalisée selon la méthodologie Cochrane, concluait que les interventions multidisciplinaires, incluant des dimensions physiques, psychologiques, et professionnelles, amélioraient le retour au travail des patients atteints de cancer avec des preuves de qualité modérée. Ils ont également identifié une recommandation de bonne pratique établie à partir de la revue de la littérature publiée dans la Cochrane Library. Elle insiste sur la nécessité d'inclure un focus « travail » au sein des programmes de réhabilitation, et d'établir des liens entre ces programmes de réhabilitation et les programmes de retour au travail déjà en place. Les auteurs ont conclu de ce travail que les interventions visant à améliorer le retour au travail après cancer devaient être pluridisciplinaires.

Dans leur revue de la littérature, de Boer *et al.* (93) ont établi une synthèse des résultats des dernières recherches concernant le retour au travail des patients atteints de cancer en Europe. Ils ont mis en évidence que peu d'études d'interventions étaient développées en Europe dans ce domaine. L'une des premières avait eu lieu au Royaume-Uni dans les années 1980. Il s'agissait d'apport de conseils aux patientes après mastectomie par une infirmière spécialisée. Le taux de retour au travail était supérieur dans ce groupe par rapport au groupe recevant les soins habituels (75 % vs 54 %). Les autres études rapportées dans cette revue ne mettaient pas en évidence d'effet significatif sur le retour au travail des patients atteints de cancer. Il s'agissait, 1- dans les années 90, d'une étude menée en Suède qui mettait en place un programme associant réentraînement physique, information du patient et développement des stratégies de *coping*, 2- d'une étude publiée en 2002 en Allemagne, qui proposait à chaque patient atteint de cancer de participer à un programme de réhabilitation après cancer, 3- d'une étude pilote publiée en 2006 aux Pays-Bas, qui favorisait la communication entre médecin traitant et médecin du travail, mais avec un effectif très faible (n = 26). À côté de ces recherches interventionnelles, deux études ont examiné l'accompagnement par les services de santé au travail des patients atteints de cancer. La première, réalisée en Finlande en 2006, interrogeait les patients sur le soutien dont ils avaient bénéficié pour leur retour au travail. Le soutien apporté par les collègues était le plus souvent cité, alors que le soutien par les services de santé au travail était le moins cité. Les patients déclaraient qu'ils auraient besoin d'un soutien plus important de la part des services de santé au travail. La seconde étude, réalisée aux Pays-Bas en 2003, montrait une très faible communication entre le médecin traitant et le médecin du travail. Enfin, une étude allemande a interrogé les patients, les employeurs et les professionnels de santé sur leurs expériences concernant le retour au travail

aboutissant à l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique en 2009. De Boer *et al.* concluaient de cette revue de la littérature que les études d'interventions concernant le retour au travail après cancer étaient peu développées en Europe. Ils insistaient sur le fait que l'ensemble des patients ne présentait pas une problématique de retour au travail et qu'il y avait besoin, dans les recherches futures, d'identifier des facteurs prédictifs de difficulté de retour au travail afin de concentrer les efforts sur ces patients. De plus, ils insistaient sur la nécessité de développer la communication thérapeute/médecin du travail afin d'assurer une continuité de prise en charge du patient.

Dans leur revue systématique, Handberg *et al.* (94) se sont intéressés aux problématiques spécifiques des hommes atteints de cancer. Ils ont ainsi décrit les réflexions des hommes concernant la participation à un programme de réhabilitation dans le cadre du cancer et proposé un modèle de compréhension. Quinze articles rapportant uniquement des études qualitatives ont été retenus (11 études portaient sur des cancers exclusivement masculins et quatre études portaient sur des cancers pouvant être observés chez les femmes). Les résultats mettaient en évidence quatre thèmes centraux et six thèmes périphériques abordés par les hommes. Les thèmes centraux comprenaient le « changement des perspectives de vie » (incertitude de la maladie, redéfinition des priorités de vie), la « masculinité », le « désir de reprendre une vie normale » et la signification du travail (souhait de reprise pour retour à une vie normale, enjeux financiers, lien social du travail). Les thèmes périphériques comprenaient le contexte de la rééducation, la musique, le réentraînement physique, la religion, l'humour et le fait de ne pas parler de la maladie pour l'oublier. Les auteurs ont conclu à la nécessité d'inclure dans les programmes de retour au travail des modules spécifiques concernant ces problématiques.

Enfin, rappelons que Mehnert *et al.* (88), dans leur revue systématique citée précédemment, ont identifié, parmi les facteurs facilitant le retour au travail, des facteurs dépendant de l'employeur (mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail) et des facteurs liés à l'accompagnement du patient (conseils apportés pour le retour au travail, suivi de programmes de réentraînement, accompagnement par des services spécialisés, continuité des soins).

Au total,

- les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer sont relativement rares, de contenu hétérogène et de qualité moindre ;
- les interventions multidisciplinaires, incluant des dimensions physiques, psychologiques et professionnelles, améliorent le retour au travail des patients atteints de cancer avec des preuves de qualité modérée.

En conclusion, les études mettent donc en évidence la nécessité d'une approche transversale du retour au travail, indépendante du type de maladie.

Les interventions visant à améliorer le retour au travail après cancer devraient être pluridisciplinaires et comporter un module commun et un module spécifique pour les patients atteints de cancer.

Les objectifs du module commun seraient :

- d'améliorer la capacité de travail ;
- d'améliorer les conditions de travail : amélioration du contrôle possible sur le travail et diminution de la tension au travail ;
- d'assurer une prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie : dépression, anxiété, amélioration de la perception des capacités fonctionnelles du patient.

Le module spécifique proposé aux patients atteints de cancer devrait :

- prévoir une adaptation de la charge physique du travail à l'état de santé ;
- favoriser une relation de soutien entre le manager et le travailleur ;
- prendre en compte le type de cancer et le type de traitement ;
- prendre en compte le genre, la temporalité de la reprise, ainsi que les problématiques différentes chez les hommes et les femmes atteints de cancer ;
- prendre en compte le type de catégorie socioprofessionnelle :
 - pour les catégories socioprofessionnelles d'exécution, l'accent devrait être mis sur l'accompagnement des séquelles, la surveillance de problèmes psychologiques qui motivent la prise de médicaments et peuvent gêner ces personnes dans leur activité professionnelle,
 - pour les catégories socioprofessionnelles d'encadrement : la vulnérabilité après le diagnostic semblant principalement liée à la gravité de la maladie, les efforts devraient être faits vis-à-vis du maintien dans l'emploi dans le cas de cancers avec un pronostic de survie à 5 ans inférieur à 80 %.

Recommandations spécifiques aux pathologies cancéreuses :

En dehors de facteurs communs aux autres pathologies, les facteurs individuels spécifiques des pathologies cancéreuses qui influencent négativement le retour au travail sont : un cancer de mauvais pronostic (NP2), le retentissement psychologique de la maladie et la fatigabilité (NP2). Les facteurs influençant positivement le retour au travail sont : une intervention moins invasive (NP2) et l'absence de chimiothérapie (NP2).

Les facteurs de l'environnement de travail qui influencent négativement le retour au travail et qui sont spécifiques aux pathologies cancéreuses sont les exigences physiques du travail (NP2) et l'origine professionnelle du cancer (AE).

En pratique, les interventions visant à améliorer le retour au travail devraient donc impliquer l'ensemble des partenaires du maintien dans l'emploi (SST en lien avec l'employeur, acteurs de soins, acteurs de l'Assurance maladie). Une coordination des acteurs est alors nécessaire. Elle permet d'avoir une vision partagée de la situation et une cohérence des discours entre les intervenants. Le rôle du SST est, en particulier, de s'assurer qu'un pilote assurant la coordination de cette démarche de MEE est identifié.

Ce pilote pourra, selon les situations et selon le stade d'avancement de la démarche, appartenir au SST ou à l'Assurance maladie ou autre. Il assure la coordination selon une méthodologie de type « démarche de projet ». Il devra ainsi disposer de compétences en gestion de projet, mais également de connaissances en droit du travail et de la Sécurité sociale, ainsi que de connaissances concernant les dispositifs de MEE, etc. Il s'assure, en particulier, que chaque partenaire du MEE dispose des coordonnées des différents intervenants dans le cadre du MEE de ce patient ainsi que des informations nécessaires à son action (les informations nécessaires sont en effet différentes selon les acteurs). En pratique, les échanges entre acteurs du MEE sont donc primordiaux (échanges téléphoniques, échanges écrits, etc.). En outre, des outils permettant de construire un discours commun sont à favoriser : par exemple, utilisation d'un carnet de liaison.

Les réflexions concernant les conditions du retour à l'emploi devraient être mises en jeu précocement, tout en respectant la temporalité des traitements et de reprise propre à chaque patient. Le retour au travail est considéré par une majorité des patients atteints de cancer comme un élément de reconstruction essentiel. Les acteurs du milieu de soins ont alors un rôle majeur dans l'évaluation du « bon moment » pour parler du retour au travail.

5.5 Troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres et du rachis

5.5.1 Contexte

Le rapport de l'*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OCDE) publié en 2010 souligne que, dans la plupart des pays industrialisés, les arrêts de travail prolongés sont un problème croissant de santé publique (95, 96). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres et du rachis y arrivent au second rang des motifs d'arrêts de travail, derrière les troubles mentaux (83, 95). Par ailleurs, la durée de l'arrêt de travail et la probabilité de retour au travail sont inversement reliées : être en arrêt de travail pendant 6 mois ou plus s'accompagne d'une probabilité de reprise du travail de 20 % dans les 5 ans (97).

La problématique liée à l'incapacité au travail prolongée est un phénomène croissant du fait, notamment, du vieillissement de la population active : entre 2002 et 2013, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de 2,9 ans (de 77,7 à 80,6 ans) en Europe (98) ; parallèlement, la proportion des travailleurs âgés de 55 à 64 ans a nettement augmenté entre 2000 et 2015 (de 16 à 20 %) et devrait atteindre 21 % en 2020 (Fotakis, 2015 (99)). Le vieillissement de la population active en Europe, combiné au maintien du nombre d'années de vie en bonne santé [*healthy life years*] contraint le monde du travail et les systèmes d'Assurance maladie à améliorer leur gestion des arrêts de travail et à adapter le travail aux maladies chroniques et à l'incapacité qui en découle. En effet, l'absence au travail prolongée conduit souvent à la perte d'emploi et reste un facteur de risque majeur d'exclusion prématurée du marché de l'emploi, y compris par mise en invalidité ou départ en retraite prématuré (96, 100).

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres et du rachis représentent un lourd fardeau, porté à la fois par les travailleurs, mais aussi par leur famille et amis, leurs employeurs et collègues de travail, les décideurs, les assurances, les syndicats et les acteurs de soins. Dans le contexte du vieillissement de la population active, cela représente un défi dont l'ampleur ne cesse d'augmenter (101, 102). Cette problématique a été soulevée par les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui ont soutenu une campagne mondiale appelée *Bone and Joint Decade 2000-2010*. Cette campagne avait pour objectifs de mesurer l'impact des TMS des membres et du rachis et d'améliorer leur compréhension (103, 104). En effet, les TMS sont responsables d'une altération de la qualité de vie et de la santé physique et mentale (isolement, perte de salaire, baisse de la motivation à retourner au travail) (105). De plus, il a été démontré qu'être sans emploi était associé à un taux de mortalité plus élevé, à un moins bon état de santé général, à une consommation plus élevée de médicaments et à un nombre plus élevé de consultations médicales et d'hospitalisations, alors que favoriser le retour au travail permettait de diminuer les risques d'incapacité à long terme, de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être (106).

En France, les TMS des membres représentent 87 % des maladies professionnelles (+ 60 % en 10 ans), dont 45 % avec incapacités permanentes. Ils arrivent ainsi au 2nd rang des arrêts de travail prolongés. La lombalgie est particulièrement fréquente puisqu'elle représente le 2^e motif de recours au médecin traitant et donne lieu à la prescription médicale d'un arrêt de travail dans un cas sur cinq. La lombalgie représente 20 % des accidents du travail, avec des arrêts de travail d'une durée de 2 mois en moyenne. Elle représente 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois. Elle est ainsi devenue la 1^{re} cause d'exclusion du travail avant 45 ans et le 3^e motif d'admission en invalidité (47).

5.5.2 Obstacles au retour au travail et représentations des patients travailleurs

L'analyse des obstacles au retour au travail est un élément important de la démarche de MDE spécifique aux troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres et du rachis. Les déterminants de la chronicité de ces troubles sont à la fois liés aux caractéristiques individuelles (âge, surpoids, manque d'activité physique, antécédents de lombalgies, etc.) et à des facteurs professionnels, tels que les contraintes biomécaniques (port de charges, contraintes posturales, vibrations), aux

facteurs psychosociaux au travail ou aux caractéristiques de l'organisation du travail (contraintes de temps, insatisfaction au travail, manque de soutien social ou de reconnaissance, etc.) (107-109).

La littérature montre que les obstacles au retour au travail sont moins liés à la maladie en tant que telle qu'à l'incapacité qui en résulte (110). Les déterminants de l'incapacité liés aux TMS des membres et du rachis s'intègrent dans un modèle dynamique biopsychosocial de l'incapacité (111, 112) faisant intervenir des facteurs liés à l'individu, au travail, au système de soins et de prévention, et au système de compensation financière (110, 113). En particulier, il a été montré que les représentations négatives que le travailleur a de sa maladie et ses « peurs et croyances » concernant leurs conséquences sur le maintien au travail sont des déterminants importants de l'incapacité, de même que celles des professionnels de santé et des intervenants de l'entreprise (114-118). C'est la raison pour laquelle certains auteurs ont développé la notion de « diagnostic de la situation de handicap au travail » (DSHT) visant à identifier chez un travailleur en arrêt les déterminants de l'incapacité dans les différents systèmes impliqués (16). De même, « l'espoir de guérison » ou « la représentation vis-à-vis du pronostic » influencent l'évolution du symptôme et la reprise du travail.

Dekkers-Sanchez *et al.* ont mené une revue systématique des facteurs associés aux arrêts de travail prolongés (119). L'objectif était d'identifier les facteurs de risque associés à des arrêts de travail prolongés chez les travailleurs en arrêt depuis plus de 6 mois. La recherche a été conduite sur trois bases de données et a permis de retenir cinq études de cohortes permettant d'identifier 77 facteurs de risque. Parmi ces facteurs, 16 étaient significativement associés à un arrêt de travail prolongé et classés comme « prédisposants » par les auteurs : 14 facteurs individuels et deux facteurs professionnels. Le niveau de preuve a été jugé comme insuffisant pour l'ensemble des facteurs, excepté l'âge avancé et les antécédents d'arrêt de travail pour lesquels il existait un niveau de preuve faible.

De manière plus spécifique, la revue systématique de la littérature conduite par Steenstra *et al.* en 2016 (120) avait pour but d'explorer les facteurs pronostiques de retour au travail (durée de l'arrêt de travail) chez les travailleurs souffrant de lombalgie subaiguë ou chronique (lombalgie depuis plus de 6 semaines). Parmi les 2 487 publications issues de trois bases de données, 22 ont été retenues. Les résultats mettaient en évidence que l'impact de la douleur, de l'incapacité fonctionnelle et de la présence d'une radiculalgie variait en fonction de la durée de l'incapacité de travail. L'espoir de guérison restait important après 6 semaines. La dépression ne semblait pas importante en phase tardive. Le niveau de preuve était insuffisant concernant le catastrophisme et les appréhensions-évitements en phase tardive. Le niveau de preuve était modéré concernant l'âge. Le degré d'incapacité fonctionnelle et de plainte était démontré par plusieurs publications. Les auteurs ne pouvaient finalement pas conclure au changement des facteurs pronostiques avec le temps.

5.5.3 État des lieux des prises en charge

Les actions de prévention à la fois dans et en dehors du milieu de travail sont primordiales concernant la problématique de la lombalgie et de l'incapacité qui en découle. Au stade d'incapacité prolongée, les mesures de prévention tertiaire ciblant la réadaptation et le retour au travail prennent toute leur importance pour éviter ou limiter les arrêts de travail conduisant à l'incapacité prolongée, voire à l'exclusion de milieu de travail.

La réadaptation – définie comme le processus de récupération « optimale des fonctions physiques, sensorielles, intellectuelles, psychologiques et sociales », selon l'OMS (67) – repose sur trois dimensions : une dimension médicale ayant pour objectif de restaurer les capacités fonctionnelles et mentales et la qualité de vie des personnes ; une dimension professionnelle ayant pour objectif

de rendre les personnes capables de surmonter les barrières à l'accès, au maintien ou au retour en emploi ; et une dimension sociale ayant pour objectif de faciliter la participation sociale des personnes.

Le retour au travail est un concept comprenant toutes les procédures et les initiatives visant à faciliter la réintégration dans le milieu du travail des personnes présentant une réduction des capacités de travail, qu'elles soient liées à un handicap, à une maladie ou au vieillissement (121). Le concept de retour au travail s'intègre dans le contexte politique actuel de maintien d'un système de Sécurité sociale durable et de réduction de l'impact économique des arrêts de travail en tentant de réduire les coûts liés à la perte d'emploi, aux pensions d'invalidité ou aux retraites anticipées.

Les programmes de réadaptation au travail – interventions visant à faciliter le retour au travail et à mieux gérer l'incapacité – ont démontré leur efficacité pour la réduction de la durée des arrêts de travail, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des incapacités (122). De plus, leur coût-efficacité a été démontré (123). Pour être efficaces, ces interventions doivent impliquer : 1) le travailleur lui-même ; 2) le milieu de travail afin d'identifier les obstacles liés à l'environnement, de renforcer les liens entre le travailleur et son employeur, de réduire les préjugés liés au symptôme et de mettre en place les aménagement des conditions de travail et de favoriser un réentraînement spécifique aux tâches de travail ; 3) et une action concertée entre les différents acteurs impliqués dans les processus de retour au travail. En effet, le retour au travail après une absence prolongée est un processus complexe qui nécessite la coordination des actions de différents professionnels qui n'ont pas nécessairement l'habitude de travailler ensemble (124).

Dans plusieurs pays européens, le manque de coordination entre les professionnels de soins, de réadaptation, et du milieu de travail fait obstacle ou retarde le retour au travail. Les recommandations des organismes internationaux tels que *the Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) ou *the International Social Security Association* (ISSA) ont souligné l'intérêt des approches globales du retour au travail, des interventions individualisées avec participation active du travailleur concerné et de l'amélioration de la coordination et de la collaboration des différents acteurs. Les mécanismes de coordination interviennent à différents stades du processus de retour au travail, en commençant au tout début du processus, au moment de la mise en place du traitement. La coordination entre les professionnels des centres de réadaptation et le milieu de travail est également un élément clé pour la définition d'un programme de réadaptation individualisée et l'accompagnement de l'employeur pour la mise en place des aménagements de poste. Enfin, la coordination avec l'employeur et/ou la hiérarchie est également nécessaire au moment du retour du travailleur sur le lieu de travail (125).

5.5.4 Recommandations

Les recommandations SFMT-HAS (2013) (126) pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges (MMC) rappelaient, pour les mesures collectives et individuelles appropriées dans le milieu du travail, pour la prévention tertiaire des risques rachidiens liés au travail / aux manipulations de charges, que l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail doit promouvoir la mise en place par l'entreprise de stratégies de prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs exposés aux risques liés à la manipulation de charges, afin de favoriser le retour précoce au travail dès qu'un arrêt de travail pour lombalgie dépasse 4 semaines.

Ces recommandations indiquaient que les stratégies de prévention tertiaires doivent comporter plusieurs volets :

1. coordination des prises en charge ;
2. interventions ciblant les conditions de travail visant à supprimer ou réduire les risques rachidiens associés à la manipulation de charges ;
3. interventions ciblant le travailleur ;

4. interventions multidimensionnelles de prévention de l'incapacité lombalgique

Concernant la coordination des prises en charge dans le cadre de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs en arrêt de travail exposés aux risques liés à la MMC, il est recommandé de :

- informer le travailleur en arrêt de l'intérêt de solliciter une visite de pré-reprise précoce, même si la reprise n'est pas envisagée dans un futur proche ;
- organiser un échange précoce (après 4 semaines d'arrêt), avec l'accord du travailleur, entre le médecin traitant et le médecin du travail et, éventuellement, le médecin conseil (grade B) ;
- échanger précocement, avec l'accord du travailleur, avec le chef d'entreprise ou ses représentants pour déterminer si un aménagement de la situation de travail ou un retour progressif au travail est envisagé (grade B) ;
- échanger dans les cas complexes avec les acteurs du maintien en emploi (grade C).

Concernant les interventions ciblant les conditions de travail lors de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs en arrêt de travail exposés aux risques liés aux MMC, il est recommandé de :

- conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants sur les stratégies de réduction temporaire de la charge de travail physique afin de faciliter le retour précoce au travail (grade B) ;
- demander la mise en œuvre d'adaptations temporaires du travail pouvant comprendre (grade B) :
 - une diminution temporaire de la durée de travail (temps partiel thérapeutique/ temps progressif) : la temporalité doit faire l'objet d'un suivi rapproché,
 - un aménagement de la situation de travail (tâches allégées, adaptation ergonomique du poste de travail, etc.),
 - un changement temporaire de poste de travail,
 - la mise en œuvre, si nécessaire, d'une démarche d'ergonomie participative ;
- intégrer dans l'organisation du travail le retour progressif à son poste du travailleur lombalgique à mesure que ses capacités de travail physiques s'améliorent, notamment par la mise en œuvre d'un temps partiel thérapeutique (grade C) ;
- encourager l'employeur à mettre en place un projet participatif avec les employés concernés et l'encadrement de proximité pour identifier et contrôler les obstacles au retour au travail et adapter les conditions de travail ; il est particulièrement recommandé d'anticiper et d'accompagner les conséquences sur le collectif de travail du retour du travailleur lombalgique à son poste (grade C).

Concernant les interventions ciblant le travailleur lors de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs en arrêt de travail exposés aux risques liés aux MMC, il est recommandé de :

- conseiller au travailleur d'augmenter progressivement son niveau d'activité physique lors de son arrêt de travail (grade B) :
 - les exercices à réaliser pour cette fin peuvent être supervisés par des personnes et/ou des structures différentes selon le contexte local (service hospitalier ; centre de réadaptation ; kinésithérapeutes libéraux ; structure « douleur chronique », etc.),
 - aucun type particulier d'exercices ne peut être recommandé (grade C) (pas de supériorité d'une activité donnée),
 - les professionnels de santé encadrant ces exercices doivent être formés à l'identification et à la prise en charge des représentations (« peurs et croyances ») liées à la douleur ; discours commun et cohérent ;

- conseiller au travailleur, en concertation avec le médecin traitant, de reprendre le travail le plus précocement possible, dès lors que les exigences du poste de travail peuvent être adaptées à ses capacités résiduelles (grade A) ;
- proposer, si nécessaire, une coordination avec le médecin conseil (avec l'accord du travailleur) pour planifier un retour programmé et progressif au travail dans le cadre d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique (grade C).

Concernant les interventions multidimensionnelles de prévention de l'incapacité due aux lombalgies lors de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs en arrêt de travail exposés aux risques liés à la MMC, il est recommandé d'identifier et d'impliquer les différents acteurs du contexte local.

Enfin, quels que soient ces différents acteurs (qui peuvent être différents d'une région à l'autre), il est recommandé de conseiller la mise en œuvre d'interventions multidimensionnelles combinant simultanément :

- une coordination des intervenants du secteur de soins, de la santé au travail, du maintien dans l'emploi, de l'Assurance maladie et de l'entreprise ;
- une intervention sur l'organisation du travail, dont le contenu des tâches et les conditions de travail ;
- une rééducation active et réadaptation (grade A).

Ces recommandations soulignaient que la prévention du risque rachidien liée aux MMC doit s'inscrire dans la politique de gestion des risques professionnels de l'entreprise afin de coordonner et de planifier les actions en fonction de l'évaluation des risques.

Pour les très petites entreprises, il est recommandé de décliner la prévention intégrée des risques liés aux MMC à l'échelle : de l'entreprise, des entreprises du même secteur d'activité suivies par le service de santé au travail, de la branche professionnelle.

Les recommandations de l'*European League Against Rheumatism (EULAR)* concernant la prise en charge non pharmacologique de l'arthrose du genou et de la hanche (127) indiquaient que les personnes qui présentent une arthrose de la hanche ou du genou à risque d'incapacité au travail ou qui souhaitent débiter/retourner au travail doivent avoir un rapidement accès à une réadaptation professionnelle incluant les conseils concernant les facteurs professionnels modifiables tels que les postures contraignantes, la rotation de tâches ou l'alternance d'horaires, les aides techniques, les aménagements de poste, les trajets et le support de la hiérarchie, des collègues et de la famille vers l'emploi.

5.5.5 Revues de la littérature concernant les prises en charge réadaptatives

Trois revues de la littérature ont été identifiées sur ce thème.

La revue de la littérature Cochrane réalisée par Hou *et al.* en 2013 (128) concernait les programmes de réadaptation au travail pour le retour au travail chez les travailleurs souffrant de TMS des membres supérieurs. Parmi les 332 publications identifiées, 15 ont été étudiées (dont cinq revues de la littérature et six essais randomisés) et aucune retenue étant donné le risque de biais jugé trop important. Les programmes de réadaptation au travail comportaient de manière variable et/ou associée : éducation, suivi de type « *case management* », ergothérapie, visite du lieu de travail, rencontre avec l'encadrement, conseils, réentraînement au travail, aménagements du poste de travail, planification de la reprise du travail, interventions ergonomiques. Les auteurs concluaient qu'il n'existait pas de haut niveau de preuve pour conforter ou réfuter l'efficacité de la réadaptation professionnelle pour améliorer le retour au travail des travailleurs avec TMS-MS.

La revue de la littérature Cochrane réalisée par Oosterhuis *et al.* en 2014 (129) concernait la réhabilitation après chirurgie du rachis lombaire (laminectomie et (micro)discectomie). Parmi les 22 essais (2 503 participants, hommes et femmes, 41,4 ans en moyenne, durée moyenne des programmes = 12 semaines) retenus, dix avaient un faible risque de biais. Concernant la reprise du travail, il existait un faible niveau de preuve pour démontrer que la kinésithérapie de 4 à 6 semaine post-chirurgie entraîne de meilleures capacités fonctionnelles que l'absence de prise en charge ou l'éducation seule, et qu'un programme pluridisciplinaire coordonné par un médecin permet un retour plus rapide au travail que les soins usuels. Les auteurs soulignaient les importantes variations dans le contenu, la durée et l'intensité des programmes de rééducation et l'absence de preuve de niveau fort ou modéré.

La revue de la littérature Cochrane réalisée par Peters *et al.* en 2016 (130) concernait la réhabilitation après chirurgie du canal carpien (SCC). Parmi les 684 publications identifiées, 22 essais (1 521 participants) ont été retenus. Les prises en charge comportaient : immobilisation par orthèse, bandage, exercices, cryothérapie, programmes complexes, thérapie laser, électrothérapie, désensibilisation de la cicatrice et arnica. Le retour au travail était un critère de jugement secondaire. Les données étaient limitées et de faible niveau de preuve en faveur d'un bénéfice des interventions comparativement à l'absence d'intervention. Les auteurs concluaient que l'indication d'une rééducation après chirurgie pour SCC doit être basée sur l'expérience du médecin, la préférence du patient et le contexte (ressources).

5.5.6 Interventions en milieu de travail

Trois revues de la littérature ont été identifiées sur ce thème.

La revue de la littérature Cochrane réalisée par Aas *et al.* en 2011 (131) concernait les interventions en milieu de travail à destination des travailleurs cervicalgiques. Parmi les 1 995 publications identifiées, dix essais randomisés ont été retenus (2 745 travailleurs) dans lesquels au moins 50 % des participants souffraient de cervicalgie et avaient bénéficié d'une intervention en milieu de travail. Il existait un faible niveau de preuves pour la mise en évidence d'une différence significative entre les interventions en milieu de travail et l'absence d'intervention pour la prévalence et l'intensité de la douleur. Lorsqu'une différence était présente, les résultats en faveur des interventions en milieu de travail(*) n'étaient pas maintenus à moyen ni à long terme. Les auteurs concluaient à un faible niveau de preuves pour soutenir ou réfuter les bénéfices des interventions en milieu de travail spécifiques sur la plainte en lien avec la cervicalgie et un niveau de preuves modéré pour démontrer que les interventions complexes diminuaient les arrêts de travail à moyen terme, ce qui ne se vérifiait pas sur la durée.

(*) toute action menée sur le lieu de travail dans le but de prévenir les problèmes de santé et l'incapacité, maintenir la participation au travail et réduire les arrêts de travail, ou faciliter le retour précoce au travail.

La revue systématique de la littérature réalisée par Oakman *et al.* en 2016 (132) avait pour objectif de déterminer quelles caractéristiques des interventions en milieu de travail étaient les plus efficaces à destination des travailleurs souffrant de TMS persistants. L'analyse de la littérature a porté sur quatre bases de données ayant permis de retenir 18 publications (dont 14 études) parmi les 6 385 identifiées. Il n'y avait pas de publication avec haut niveau de preuve. Cependant, il existait un niveau de preuve faible pour affirmer que les interventions à l'échelle individuelle pourraient probablement réduire la perte d'emploi et les arrêts de travail, mais pas la douleur. De plus, les interventions complexes (rééducation, éducation, contact avec l'employeur, aménagement de poste, et ergonomie participative) pourraient probablement réduire les arrêts de travail et être bénéfiques en termes de coût. Les données sur la productivité étaient limitées et de faible qualité.

5.5.7 Interventions multiples et coordonnées

La revue systématique de la littérature menée par *the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration* (Varatharajan, 2014, (133)) portait sur l'efficacité des interventions pour la prévention de l'incapacité au travail à destination des travailleurs souffrant de cervicalgie et TMS des membres supérieurs. Parmi les 6 359 publications identifiées (dont 16 essais randomisés), cinq ont été considérés comme de qualité scientifique acceptable. Les résultats montraient qu'un programme de retour au travail coordonné (incluant les exigences physiques du poste de travail) était supérieur au programme médical seul pour les tendinopathies de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Les programmes intensifs de renforcement musculaire au travail avaient des résultats similaires pour les cervicalgies et les scapulalgies. Les exercices de posture, de renforcement musculaire et de remise en forme avaient des résultats similaires pour les TMS du membre supérieur. L'ajout d'un court programme d'éducation concernant le stress au travail à une intervention ergonomique n'avait pas d'intérêt pour les douleurs prolongées des membres supérieurs. En revanche, l'ajout de pauses programmées par un ordinateur à des aménagements ergonomiques et des conseils sur le poste de travail amélioraient la récupération des TMS des membres supérieurs et du cou récents. Les auteurs concluaient qu'aucune conclusion solide ne pouvait être tirée concernant les interventions de retour au travail pour la prise en charge des TMS des membres supérieurs et du cou.

La revue systématique de la littérature conduite par Cullen *et al.* en 2017 (27) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions en milieu de travail pour le retour au travail ou la prise en charge de l'incapacité au travail à destination des travailleurs souffrant de TMS et de troubles mentaux. À partir de l'interrogation de sept bases de données, les auteurs ont identifiés 8 898 publications, dont 36 de moyenne et haute qualité. Douze catégories d'interventions ont été individualisées sur trois domaines d'intervention : santé, coordination et travail. Il existait un haut niveau de preuve pour affirmer que la durée d'absence du travail était significativement réduite par les interventions agissant sur plusieurs des trois domaines. Il existait des preuves modérées que les interventions multi-domaines avaient un impact positif en termes de coût. Il existait un fort niveau de preuve que les thérapies cognitives et comportementales mises en place seules n'avaient pas d'intérêt pour favoriser le retour au travail des travailleurs souffrant de troubles mentaux. L'efficacité des autres types d'interventions n'agissant que sur un domaine était irrégulière. Les auteurs recommandaient l'implantation d'interventions agissant sur plusieurs domaines pour aider à réduire la durée des arrêts de travail liés aux TMS et aux troubles mentaux. Ils recommandent également aux praticiens d'implanter ce genre de programmes pour améliorer les capacités de travail et réduire les coûts liés à l'incapacité au travail prolongée.

L'étude prospective de cohorte menée par Lane *et al.* en 2017 (134) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions des coordonnateurs du retour au travail chez 632 travailleurs australiens blessés (TMS et troubles mentaux) et en arrêt de travail depuis au moins 10 jours avec un suivi à 6 mois. Initialement, le retour au travail planifié permettait de doubler le taux de retour au travail et atténuait l'impact de l'interaction interprofessionnelle. À 6 mois, une bonne interaction interprofessionnelle doublait le taux de retour au travail, alors que l'impact de la planification était non significatif. Les auteurs concluaient qu'à court terme, la demande était influencée par les facteurs liés à l'accident, alors que les facteurs psychosociaux étaient plus importants à distance ; ces conclusions devraient permettre d'améliorer l'efficacité des interventions des coordonnateurs du retour au travail.

Propositions de recommandations pour les lombalgies :

• Socle commun

Il est recommandé de faciliter la transition du travailleur, du milieu de soins vers le milieu de travail (grade C), en :

- l'incitant et en l'aidant à s'inscrire dans une dynamique de retour au travail ;
- évaluant les exigences perçues du poste de travail et le soutien social perçu par le travailleur ;
- identifiant les principales difficultés liées au travail et les adaptations possibles du poste de travail.

Les stratégies de prévention du risque de désinsertion professionnelle doivent comporter plusieurs des volets suivants, développés ci-après :

1. Coordination des intervenants du secteur de soins, de la santé au travail, du maintien dans l'emploi, de l'Assurance maladie et de l'entreprise ;
2. Interventions ciblant le travailleur ;
3. Interventions ciblant les conditions de travail visant à supprimer ou réduire les risques en lien avec la pathologie.

1. Concernant la coordination des prises en charge dans le cadre de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle, il est recommandé de :

- informer le travailleur en arrêt de travail de l'intérêt de solliciter une visite de pré-reprise précoce, y compris si la reprise n'est pas envisagée dans un futur proche ;
- organiser un échange précoce (dès 4 semaines d'arrêt), avec l'accord du travailleur, entre le médecin traitant et le médecin du travail et éventuellement, le médecin conseil (grade B) ;
- échanger précocement, avec l'accord du travailleur, avec le chef d'entreprise ou ses représentants pour déterminer si un aménagement de la situation de travail ou un retour progressif au travail est envisagé (grade B) ;
- échanger, dans les cas complexes, avec les acteurs du maintien en emploi (grade C).

2. Concernant les interventions ciblant le travailleur dans le cadre de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle, il est recommandé de :

• Spécificité de la lombalgie commune (c'est-à-dire n'ayant pas de cause secondaire identifiée)

En cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés, il est recommandé de :

- évaluer la douleur, l'incapacité fonctionnelle et leur retentissement (grade B) ;
- évaluer les principaux facteurs d'incapacité prolongée liés au travail :
 - › demande physique au travail,
 - › qualité des relations de travail et climat social au travail,
 - › représentations et comportements (adaptation, évitement) liés à la douleur,
 - › politique collective de gestion de l'incapacité au travail ;
- évaluer les facteurs pronostiques, à savoir les facteurs psychologiques et comportementaux (« drapeaux jaunes ») susceptibles d'influencer le passage vers la chronicité et les facteurs socio-économiques et professionnels (drapeaux « bleus » et « noirs ») susceptibles d'influencer l'incapacité prolongée et de retarder le retour au travail (grade B) ;
- aborder explicitement avec le travailleur concerné les représentations ou « croyances » quant au lien entre lombalgie et travail (cf. infra) ;
- conseiller au travailleur d'augmenter progressivement son niveau d'activité physique lors de son arrêt de travail (grade A), en gardant à l'esprit que :

- ▶ les exercices à réaliser pour cette fin peuvent être supervisés par des personnes et/ou des structures différentes selon le contexte local (service hospitalier, centre de réadaptation, kinésithérapeutes libéraux, structure « douleur chronique », etc.),
- ▶ aucun type d'exercices ne peut être recommandé étant donné l'absence de supériorité démontrée d'un type d'exercices en particulier (grade C),
- ▶ les professionnels de santé encadrant ces exercices doivent être formés à l'identification et à la prise en charge des représentations (« peurs et fausses croyances ») liées à la douleur et à l'incapacité (cf. infra) ;
- rappeler au travailleur qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète des symptômes pour reprendre le travail et que la reprise précoce du travail améliore le pronostic sous réserve de l'adaptation du poste de travail, si nécessaire (grade A).

En cas d'incapacité au travail prolongée, dans les situations complexes, il est recommandé de mettre en place des interventions multidimensionnelles comprenant un programme de réadaptation fonctionnelle incluant un reconditionnement physique intensif, la coordination des intervenants du secteur soins/ santé au travail/ MEE/ Assurance maladie/ entreprise et interventions sur l'organisation du travail, dont le contenu des tâches et les conditions de travail, et, dans les cas les plus sévères, en centre de réadaptation fonctionnelle (grade A).

Concernant les représentations (« peurs et fausses croyances ») liées à la douleur et à l'incapacité des travailleurs lombalgiques, il est recommandé de :

- délivrer une information concernant le risque lombaire (grade B) et la lombalgie, car elle améliore les connaissances et fait évoluer positivement les représentations et les comportements inadaptés (éviter le mouvement) liés à la lombalgie ;
- délivrer une information rassurante quant au pronostic (grade B) ;
- accompagner l'information d'un support écrit conforme aux préconisations actuelles (par exemple, le « Guide du dos ») et s'assurer de la compréhension par le travailleur des messages essentiels (grade A) ;
- que le professionnel de santé soit attentif au contenu du message délivré (grade B), compte tenu de son impact potentiel sur les représentations et le comportement du travailleur ;
- veiller à la cohérence des messages au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et entre les différents acteurs du processus de retour au travail, en raison du caractère délétère des discours discordants.

3. Concernant les interventions ciblant les conditions de travail dans le cadre de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle, il est recommandé de :

- conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants sur les stratégies de réduction temporaire de la charge de travail afin de faciliter le retour précoce au travail (grade B) ;
- demander la mise en œuvre d'adaptations temporaires du travail pouvant comprendre (grade C) :
 - ▶ une diminution temporaire de la durée de travail (temps partiel thérapeutique ± progressif),
 - ▶ un aménagement de la situation de travail (tâches allégées, rotation des tâches, alternance d'horaires, aides techniques, aménagements de poste, limitation des trajets, etc.),
 - ▶ un changement temporaire de poste de travail,
 - ▶ la mise en œuvre, si nécessaire, d'une démarche d'ergonomie participative ;
- intégrer, dans l'organisation du travail, le retour progressif à son poste du travailleur lombalgique à mesure que ses capacités de travail s'améliorent, notamment par la mise en œuvre d'un temps partiel thérapeutique (grade C) ;
- encourager l'employeur à mettre en place un projet participatif avec les employés concernés et l'encadrement de proximité pour identifier et contrôler les obstacles au retour au travail et adapter les conditions de travail (grade C).

Il est particulièrement recommandé d'anticiper et d'accompagner les conséquences sur le collectif de travail du retour du travailleur à son poste, notamment par un suivi rapproché par le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire afin de vérifier la mise en place effective des aménagements, valider la durée des aménagements et les réajuster si nécessaire, en fonction des capacités fonctionnelles et de la fatigabilité du travailleur.

5.6 Pathologies neurologiques

La revue de la littérature a identifié des études sur la réadaptation professionnelle et le retour au travail concernant principalement 3 grands types de pathologies : les lésions cérébrales acquises traumatiques ou survenues après accidents vasculaires cérébraux (AVC) et la sclérose en plaque (SEP).

5.6.1 Contexte, obstacles et facteurs prédictifs du retour au travail pour les lésions cérébrales et la SEP

Concernant les AVC, et même s'il s'agit de pathologies survenant généralement à un âge avancé, 20 à 25 % d'entre eux surviennent chez des personnes en âge de travailler, et, selon les études, les taux de retour au travail varient considérablement de 4 à 75 %, cette variabilité étant expliquée par ces auteurs comme inhérente à la définition imprécise de ce que recouvre le retour au travail (135).

Une enquête qualitative par questionnaire auprès de 715 personnes ayant subi un AVC pointe le rôle de la fatigue, d'une sous-utilisation des dispositifs de réadaptation professionnelle, des facteurs de motivation liés aux finances, le respect de soi et les relations de travail (136). Ces mêmes auteurs montrent que la fatigue a été évaluée comme le 2^e frein vis-à-vis du retour au travail et comme un obstacle pérenne à ce retour. Les attitudes des collaborateurs et la flexibilité dans le programme de travail ont été considérées comme les plus utiles au processus de retour au travail, tandis que le stress au travail a été considéré comme l'obstacle le plus grand.

Concernant les traumatismes crâniens, le retour au travail pérenne est assez faible et estimé, selon la revue systématique de la littérature de Fadyl, autour de 30 % (28) (cf. descriptif de cette revue plus loin). Shames *et al.* ont effectué une revue de la littérature à partir de Medline sur les facteurs prédictifs du retour au travail et les stratégies de réhabilitation favorables à ce retour. Il apparaît une interaction complexe entre les caractéristiques pré-morbides, les déficiences post-traumatiques, les facteurs environnementaux et personnels des patients victimes de traumatismes crâniens, qui influencent les résultats concernant le retour au travail et rendent la prédiction difficile. La gravité du traumatisme et le manque de prise de conscience de soi-même semblent être les indicateurs les plus significatifs d'échec de retour au travail. L'association des stratégies réadaptatives médicales et psychosociales actuellement mises en œuvre améliorent les chances de retourner au travail.

Scaratti *et al.* (137) ont recherché les difficultés liées au travail et exploré quelles variables y sont associées et les déterminants de ces difficultés chez les personnes qui ont souffert de lésion cérébrale traumatique. Leur revue systématique de 2017 inclut 42 études (25 756 patients). Les difficultés retrouvées sont le chômage, une instabilité du statut de travailleur et la cessation du travail. Plusieurs facteurs sont considérés comme des déterminants de ces difficultés (sur les 38 études longitudinales) : un haut niveau d'évidence a été retrouvé concernant un niveau d'études faible, une situation de chômage préexistante à la pathologie, le fait d'être célibataire, d'appartenir à une minorité, la sévérité initiale du score de Glasgow et celle du traumatisme crânien, la durée de séjour en soins intensifs, la sévérité des incapacités fonctionnelles et l'existence de perturbations cognitives et des troubles de l'attention.

L'étude longitudinale de cohorte menée par Odgaard *et al.* (43) sur 6 ans à partir d'un registre avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs du retour au travail (1^{re} semaine de retour au travail) et du retour au travail durable (défini comme un maintien du temps de travail supérieur ou

égal à 75 % la 1^{re} année après le retour au travail) respectivement chez 651 et 336 patients ayant eu un traumatisme crânien sévère (inférieur à 9 au score de Glasgow 48 h après la blessure). Si le retour au travail après traumatisme crânien sévère est associé à plusieurs facteurs médico-socio-économiques (âge, niveau d'études, compensation ou non de l'incapacité, la longueur du séjour en soins intensifs), en revanche, le maintien durable en emploi dépend seulement de l'âge.

Concernant les lésions cérébrales acquises en général, la revue de la littérature de Van Velzen *et al.* a inclus, en 2009 (138), 49 études répondant aux critères d'inclusion et de qualité méthodologique satisfaisante, et a montré que seuls 40 % des travailleurs de moins de 65 ans qui travaillaient avant la survenue de la lésion retournaient au travail 1 à 2 ans après leur lésion.

Concernant la SEP, elle affecte principalement des personnes en âge de travailler. À cause des multiples déficiences potentiellement associées à cette maladie (physiques, cognitives, psychosociales et comportementales), 80 % des personnes atteintes de la SEP perdent leur emploi 10 ans après le diagnostic (139). Ces données n'ont pas été démenties depuis lors.

Raggi A. *et al.* (140) ont recherché, en 2016, dans leur revue de la littérature, quels étaient les déterminants (sur huit études longitudinales prospectives et quatre études rétrospectives) et les variables associées (sur 30 études transversales) aux difficultés professionnelles ou au chômage chez les personnes présentant une SEP. Quarante-deux études étaient incluses et concernaient 31 192 patients. Sur les études sélectionnées, les déterminants associés avec un fort niveau de preuve étaient l'importance de l'incapacité et du score à l'EDSS, l'ancienneté de la SEP, l'âge des patients, leur faible niveau de formation, la fatigue et les problèmes de marche, ainsi que les altérations cognitives et la vitesse de traitement de l'information. Le niveau de preuve concernant les facteurs contextuels était faible, notamment concernant l'environnement de travail.

Ces résultats confirment ceux de Schiavolin *et al.* (141), comme ceux de Cores (142), qui avaient montré, dans leur revue de la littérature publiée en 2013, que les éléments limitant le retour au travail sont la fatigue, la perte de mobilité et les déficiences cognitives.

5.6.2 Interventions pour le MEE spécifiques aux pathologies neurologiques

Ont été identifiées, dans la revue de la littérature concernant le retour au travail des personnes ayant présenté des lésions cérébrales traumatiques, des AVC ou une SEP :

- une recommandation écossaise du *Scottish Intercollegiate guidelines Network* (SIGN) de 2010 (143) sur la réadaptation des patients présentant un AVC ;
- une revue Cochrane de 2009 (144) sur la réadaptation professionnelle en cas de SEP ;
- cinq revues de la littérature concernant la réadaptation professionnelle après lésion cérébrale.

Ces éléments sont repris ci-après.

Concernant les AVC, la recommandation du SIGN de 2010 (143) ne cible pas spécifiquement le retour au travail, mais recommande que l'organisation des soins comprenne la réadaptation professionnelle, ainsi qu'un contact précoce avec l'employeur dans le processus de réadaptation, et une évaluation de la capacité du patient à occuper un emploi actuel ou potentiel.

La revue systématique de la littérature de Baldwin C *et al.* ((135)) portant sur la réadaptation professionnelle déplore le manque de qualité des études recensées (six études incluses avec 462 participants qui, toutes, sont des études rétrospectives) et estime le niveau de preuve insuffisant pour pouvoir faire des recommandations sur l'intérêt ou non d'un programme spécifique de réadaptation professionnelle pour accroître le taux de retour à l'emploi. De plus, il n'y a pas d'étude qui compare les effets d'un programme spécifique de réadaptation professionnelle par rapport aux soins traditionnels, et la littérature ne permet pas de définir le contenu, l'intensité, le format, la durée ou les professionnels de santé à impliquer pour optimiser le retour à l'emploi.

Concernant les traumatismes crâniens, la revue de Tyerman A. *et al.* de 2012 (145) a recherché les différents modèles de réadaptation professionnelle retrouvés dans la littérature de 1967 à 2012 en cas de traumatisme cérébral. Cette revue décrit quatre grands types de modèles de réadaptation professionnelle : la réadaptation classique à laquelle sont ajoutés des éléments de réadaptation professionnelle, des modèles de réadaptation professionnelle adaptés aux lésions cérébrales, des modèles basés sur un *case-manager* facilitant le retour au travail, et des modèles centrés sur l'individu. Chacun de ces modèles semble être bénéfique pour le retour au travail, mais l'hétérogénéité des méthodologies empêche leur comparaison, d'autant que ces programmes n'ont pas toujours les mêmes populations cibles (tantôt les lésions cérébrales acquises en général, tantôt les lésions traumatiques avec des degrés de sévérité variables).

La revue systématique de J. K. Fadyl *et al.* (2009) (28) a, elle aussi, identifié les différentes approches les plus fréquentes de soutien de retour au travail ainsi que leur efficacité, leur force et leur faiblesse face à des lésions cérébrales traumatiques. Là aussi, le niveau de preuve est insuffisant pour considérer une approche favorisant le retour au travail meilleure que les autres. Cependant, 23 articles ont été étudiés et inclus pour leur qualité méthodologique parmi les 2 767 études recensées.

Malgré l'hétérogénéité du protocole des différentes études ainsi que des indicateurs de résultat, trois grandes catégories de programme de réadaptations professionnelles sont identifiées : des programmes basés sur la réadaptation professionnelle (fondé sur le *New York University (NYU) Medical Center Head Trauma Program model* (146)), des programmes individuels d'aide de retour à l'emploi et des programmes coordonnés par un gestionnaire de cas, ces trois types de programmes pouvant se combiner.

1. Les programmes fondés sur la réadaptation professionnelle peuvent varier, mais, globalement, comprennent trois types de modules séquentiels, une réadaptation intensive visant à rétablir les capacités de travail dans le cadre d'un programme structuré, des essais de travail encadré et la mise en place d'aide transitoire au travail (certains programmes comprenant un suivi). Selon la revue de la littérature, il y a un faible niveau de preuve que ce type de programme ait un effet réel sur le retour au travail par rapport à une réadaptation standard (qui n'est pas décrite, mais sans intervention ciblant spécifiquement le travail) (sept articles inclus, dont quatre de qualité méthodologique moyenne et trois de médiocre qualité, aucune étude n'étant de haute qualité méthodologique).
2. Les programmes fondés sur un programme individuel d'aide de retour à l'emploi reposent sur un coaching individuel sur le lieu de travail le plus tôt possible après une phase de rééducation fonctionnelle (comprenant une évaluation des (in)capacités et de l'environnement de travail). Le niveau de preuve de l'efficacité de tels programmes sur le retour à l'emploi (critère évalué sur six études incluses dont une de haute qualité méthodologique, quatre de moyenne qualité et une de médiocre qualité) est faible, et la possibilité d'avoir un coach sur le lieu de travail limite ce type de programme.
3. Les modèles fondés sur la coordination de cas font référence à une approche précoce et holistique dans laquelle la réadaptation professionnelle est un volet d'un programme de réadaptation prenant en compte les besoins spécifiques des personnes. Chaque personne est supervisée par un gestionnaire de cas qui évalue les différents besoins et coordonne les actions. Dans ce cas, la littérature rapporte un niveau de preuve modéré sur l'efficacité en termes de retour au travail par rapport à une prise en charge classique ; si l'intervention est effectuée au cours de la 1^{re} année qui suit le traumatisme crânien, il y a un niveau de preuve faible que le retour au travail se fasse plus rapidement que pour ceux qui ne bénéficient pas de cette intervention (critères évalués sur six études incluses dont trois de haute qualité méthodologique et une de qualité moyenne).

Il n'existe pas de données de la littérature permettant de comparer ces différentes approches entre elles en termes d'efficacité de retour au travail, même si la dernière approche semble la plus efficace.

Ces auteurs concluent quand même sur le fait qu'une réadaptation visant le retour au travail semble justifiée au regard des différentes études, et qu'il est probable que ceci pourrait être le plus efficacement exécuté dans un contexte de coordination de cas parce que c'est l'approche avec, actuellement, le plus fort niveau de preuve. Néanmoins, ils évoquent également la difficulté de définir ce que signifie le résultat en termes de retour au travail (emploi/non-emploi, temps plein/temps partiel, retour définitif ou non, conditions de travail identique, conditions de rémunération identiques ?...).

Concernant les lésions cérébrales acquises en général, une revue systématique de Donker-Cools *et al.* de 2016 (147) a eu pour objectif de rassembler les connaissances sur les interventions efficaces de retour au travail pour des patients atteints de lésion cérébrales acquises. Les auteurs rappellent que 75 % des cérébrolésions acquises arrivent à des personnes en âge de travailler. Les bases de données PubMed, Embase, PsycInfo, CINAHL et the Cochrane Library ont été exploitées, et 12 études ont été incluses dont cinq essais contrôlés randomisés et sept études de cohorte. Neuf études étaient de qualité méthodologique insuffisante. Il y a un fort niveau de preuve que les interventions ciblant le travail (comme l'adaptation des tâches), en association avec la formation/la réadaptation et le coaching soient efficaces quant au retour au travail, et il y a des résultats indicatifs quant à l'efficacité d'interventions ciblant le travail en association avec la formation de compétences et l'enseignement/entraînement. Les interventions les plus efficaces ont été : une approche personnalisée, une intervention précoce, l'engagement du patient et l'implication de l'employeur, l'adaptation du lieu de travail, les mises en situation pratiques au travail et la formation de compétences sociales et liées au travail, y compris le *coping* et le soutien émotionnel. Les recherches sont insuffisantes selon ces auteurs pour affirmer que la combinaison d'interventions ciblant le travail avec une réadaptation cognitive sont efficaces. Par ailleurs, des essais randomisés contrôlés de haute qualité n'ont pas démontré la plus-value des programmes de réhabilitation cognitive (non combinée) par rapport aux témoins en termes de retour au travail.

M. B. Dodson (2010) *et al.* (148) proposaient, à partir d'une revue de la littérature et de leur propre expérience, un modèle pour guider la réadaptation après lésion cérébrale légère (qu'elle survienne dans le cadre d'un AVC, d'un traumatisme ou d'une maladie neurodégénérative). Ce modèle recommandait de prendre en compte de façon holistique à la fois les paramètres tenant au patient (importance de l'évaluation des fonctions cognitives supérieures tout en prenant en compte la structuration psychosociale et notamment les troubles de l'humeur) et à « l'écologie » du milieu de travail (par exemple, l'organisation du travail, l'environnement social, etc.).

► **Cas particulier de structures françaises existantes :**

Les Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS) accueillent les personnes adultes (18 à 60 ans) en situation de handicap à la suite d'une lésion cérébrale acquise (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.) orientées par la MDPH. Leur fonctionnement est régi par le décret des UEROS du 17 mars 2009.

Avec l'aide de l'équipe de l'UEROS, la personne va étudier ses possibilités de réinsertion sociale et/ou professionnelle en fonction de ses souhaits et de ses capacités cognitives, comportementales et physiques. Cela va passer en particulier par l'analyse des conditions qui vont favoriser le retour ou le maintien dans l'emploi (milieu de travail ordinaire ou protégé, par le biais d'une formation professionnelle, avec aménagement du poste de travail, etc.). Parallèlement à l'élaboration d'un projet professionnel, un travail sera réalisé sur les moyens à mettre en œuvre pour optimiser son autonomie et développer ses activités sociales³⁹.

³⁹ <http://www.ugecam-nord.fr/etablisements/unite-devaluation-de-reentrainement-et-dorientation-sociale-ueros>

Concernant la SEP, la revue systématique Cochrane de 2009 (Khan F) (144) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de la réadaptation professionnelle sur le retour au travail des personnes atteintes de SEP. Cette revue identifie trois types de réadaptation professionnelles, comprenant des programmes généraux de réadaptation pour les personnes atteintes de SEP pouvant comprendre un volet de réadaptation professionnelle, des programmes spécialement dédiés au retour au travail des personnes atteintes de SEP, et, enfin, des programmes dédiés au retour au travail des personnes en situation d'incapacité, non spécifiques des SEP. Sur 1 805 références identifiées, les auteurs ont considéré que seuls deux essais (pour un total de 80 participants) répondaient aux critères d'éligibilité, mais que leur qualité méthodologique était insuffisante (il s'agissait d'essais concernant des programmes spécialement dédiés au retour au travail des personnes atteintes de SEP). Il n'y avait donc pas de preuve suffisante contre ou en faveur de l'efficacité d'un programme de réadaptation professionnelle modifiant le taux de maintien en emploi ou les capacités de travail.

En résumé :

- Concernant les AVC : intérêt d'un contact précoce avec l'employeur dans le processus de réadaptation et d'une évaluation de la capacité du patient à occuper un emploi actuel ou potentiel.
- Concernant les traumatismes crâniens : faible niveau de preuve en général, sauf pour le gestionnaire de cas (approche précoce et holistique), mais intérêt d'une réadaptation intégrant la dimension travail.
- Concernant les lésions cérébrales acquises en général : fort niveau de preuve des interventions ciblant le travail en association avec la réadaptation. Dans ces interventions, les éléments les plus efficaces semblent être une approche personnalisée, précoce, la participation du patient et de l'employeur, les aménagements de travail, la formation professionnelle et le soutien émotionnel.
- Pas de données de niveau de preuve suffisant concernant la SEP

Proposition de recommandations spécifiques aux pathologies neurologiques :

Il est recommandé de prendre en compte la fatigue et d'évaluer les troubles cognitifs afin de les intégrer aux autres actions de MEE car ce sont des déterminants essentiels des difficultés professionnelles.

Il est recommandé d'orienter les patients vers l'UEROS locale en cas de lésion cérébrale acquise.

6. Quelle mise en œuvre et quel suivi du retour au travail ?

De façon générale, il est recommandé au médecin du travail de :

- planifier un suivi régulier adapté à chaque situation individuelle du travailleur :

Ce suivi doit évaluer l'état de santé du travailleur (et notamment les signes évocateurs de stagnation ou de rechute), et les éléments relatifs à son travail (difficultés à effectuer les tâches de travail quantitativement et/ou qualitativement, relations sociales avec les collègues, l'encadrement, etc.) ;

- partager les éléments du suivi avec les autres personnes ressource participant à la prise en charge (médecin traitant, autre spécialiste, psychologue, ergonomiste, infirmière de santé au travail, travailleur social, chargé de maintien en emploi, etc.), dans chaque situation où le partage de ces informations est nécessaire à la qualité et à la continuité de la prise en charge, après information et avec le consentement du salarié ;
- valider la nature et la durée des aménagements du travail, et les réajuster si nécessaire, en fonction des capacités fonctionnelles et de la fatigabilité du travailleur ;
- fixer, dès la reprise du travail, une échéance à laquelle une évaluation de la situation sera faite conjointement entre le salarié, le médecin du travail et l'employeur ;
- anticiper et accompagner l'impact sur le collectif de travail du retour du travailleur à son poste, afin d'accompagner la mise en place effective des aménagements et leur acceptation par le collectif :
 - le retour au travail et le maintien en emploi doivent être considérés avant tout comme un processus social, au-delà des aspects techniques de l'aménagement du poste de travail,
 - ce processus peut nécessiter et bénéficier d'un accompagnement par le médecin du travail ou une autre personne ressource interne ou externe à l'entreprise (chargé de maintien en emploi, psychologue du travail, travailleur social, ou autre membre de l'équipe pluridisciplinaire).

7. Comment assurer la compréhension partagée du processus de MEE par tous les acteurs impliqués ?

7.1 Autour d'une situation individuelle : identifier un correspondant/outils

La prise en charge d'une situation individuelle nécessite une compréhension partagée par tous les acteurs. La première condition de cette compréhension est de s'assurer d'utiliser une terminologie commune s'agissant des notions clés du maintien en emploi telles qu'elles ont été définies dans ces recommandations.

La seconde condition est d'utiliser des outils communs qui peuvent être partagés entre différents acteurs selon les besoins de la prise en charge. On peut citer à titre d'exemple les outils développés par la Mutualité sociale agricole, avec des fiches navette entre médecins.

Un des messages clés doit préciser que le médecin du travail peut être vu à tout moment à la demande du salarié, sans que l'employeur en soit nécessairement informé. Il convient de s'assurer que le salarié a bien compris ce message à chaque visite de son suivi de santé.

Les outils de partage d'information entre les différents médecins doivent notamment mentionner de façon synthétique, et dans le respect de la déontologie :

- les informations que le médecin du travail a besoin de connaître sur l'état de santé et la prise en charge du salarié ;
- les informations que le médecin de soins a besoin de connaître sur la situation de travail de son patient ;
- les informations que le salarié, son médecin du travail et le médecin de soins ont besoin de connaître pour élaborer un objectif commun (par exemple, reprendre ou non le travail, avec quel type d'aménagement du poste de travail, et à quelle échéance). Ce partage d'informations doit inclure autant que de besoin le médecin conseil de Sécurité sociale.

7.2 À l'échelon institutionnel

La construction d'une compréhension partagée entre les différents acteurs à l'échelon institutionnel peut être facilitée par l'intermédiaire de différents outils et démarches.

Des actions d'information et de communication sur les missions des services de santé au travail peuvent être mises en œuvre auprès des salariés et/ou auprès des entreprises adhérentes. Ces actions peuvent utiliser des supports aussi variés que des informations papier jointes par l'employeur dans les fiches de paie, l'élaboration d'une communication digitale au moyen d'un site Internet et des réseaux sociaux, des présentations orales par des acteurs du maintien en emploi (par exemple, des assistantes de service social), un livret d'accueil aux nouvelles entreprises adhérent aux services de santé au travail, un flyer à l'intention des salariés et/ou des employeurs pour mettre en visibilité l'offre de services (différents types de visite médicale, différents acteurs médicaux et non médicaux, etc.).

Des actions ciblées à l'échelle d'un territoire et/ou d'une fédération professionnelle peuvent être mise en œuvre au niveau des entreprises, dans l'objectif par exemple de signaler aux services de santé au travail les salariés en arrêt au-delà d'une certaine durée (par exemple, 50 jours et plus).

L'utilisation d'indicateurs communs aux différents acteurs institutionnels du maintien en emploi (et plus particulièrement des services de santé au travail) est une condition indispensable à l'obtention de statistiques fiables permettant une mise en visibilité régionale et nationale des enjeux du maintien en emploi. Devant le constat d'une grande hétérogénéité des indicateurs dans le domaine du maintien en emploi, un socle commun d'indicateurs indispensables et d'indicateurs

souhaitables a été récemment défini par un groupe de travail ayant analysé différents contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (149).

Il semble préférable de viser l'utilisation d'indicateurs communs, plutôt que de recommander des organisations rigides et trop contraignantes qui ne pourraient pas s'adapter aux réalités historiques, géographiques et partenariales qui diffèrent selon les territoires.

Plusieurs services de santé au travail ont développé leur propre cellule dédiée au maintien en emploi, associant différents professionnels (médecins du travail, psychologue, assistante de service social, etc.). Cette évolution a été soulignée récemment dans un rapport de l'IGAS (3), avec cependant la nécessité de systématiser et de structurer ces nouvelles modalités d'offre de services ou d'autres articulations opérationnelles. Même si toute situation de travailleur à risque de désinsertion ne nécessite pas systématiquement la réunion d'une cellule dédiée, il est intéressant que chaque service de santé au travail ait identifié un référent « maintien en emploi » avec des missions spécifiques. Un tel référent peut être chargé d'animer/piloter le dispositif, de s'assurer que les outils de partage d'information existent et sont utilisés, que les indicateurs indispensables du maintien en emploi sont bien collectés et peuvent être analysés. Il peut également établir, mettre à jour et communiquer une liste des partenaires susceptibles d'intervenir au niveau local dans le maintien en emploi.

L'expérience spécifique de la Mutualité sociale agricole dans le développement des cellules de maintien en emploi est susceptible d'inspirer des démarches similaires dans les autres secteurs d'activité.

Le programme PDP de l'Assurance maladie, coordonné en cellules PDP, consacre également des actions de communication sur le maintien en emploi afin de sensibiliser, fédérer et former les acteurs du tissu local autour de cet enjeu. Des actions partenariales sont également menées dans chaque région dans le cadre des Plans Régionaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés et des Plans Régionaux Santé Travail en déclinaison des axes retenus par la Convention nationale multipartite en faveur de l'emploi des personnes handicapées et du Plan national de santé au travail tendant à renforcer la prévention et à rapprocher les préoccupations de la santé publique et de la santé au travail.

L'élaboration d'une compréhension partagée des enjeux du maintien en emploi passe également par la déconstruction des peurs et des croyances auprès des médecins de soins et de l'ensemble des professionnels. La confiance entre les différents acteurs et la (re)connaissance du rôle propre de chacun sont indispensables à l'élaboration de partenariat structuré et durable. À l'inverse, des relations de défiance et d'ignorance du rôle propre des différents acteurs obèrent la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire et décloisonnée.

Toujours sur le plan de l'organisation du système de santé, la nomenclature des actes médicaux favorisant le paiement à l'acte ne valorise pas suffisamment le temps passé dans les actes complexes, la coordination et la concertation nécessaire entre les acteurs. Une meilleure valorisation de cette complexité et du temps de concertation/coordination serait probablement bénéfique à l'investissement des différents acteurs dans le maintien en emploi. Le développement de la télémédecine pourrait également lever certains verrous à une prise en charge pluridisciplinaire effective.

8. Validation

8.1 Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 6 février 2019, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique.

Annexe 1. Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (auto saisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toute RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. Tableau 1).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

► Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr et, pour les déclarations analysées depuis juillet 2017, sur le site unique DPI-Santé : <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>.

Annexe 2. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2007 à mars 2018.

Sources

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline, Central, Scisearch ;
- pour la littérature francophone : les bases de données Lissa, Cairn, Eficatt et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM
Bibliothèque médicale Lemanissier
Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMeF
Comète France
Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques – CEDIT
Conseil national d'orientation des conditions de travail
Conseil national de l'ordre national des médecins
Direction générale du travail
Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) - ETSAD
Expertise collective INSERM
Inspection générale des affaires sociales
Institut national de la santé et de la recherche médicale
Institut national du cancer
Société française de médecine du travail - SFMT
Société française de médecine générale – SFMG
Société française de médecine physique et de réadaptation

Adelaide Health Technology Assessment - AHTA
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - AETMIS
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
Alberta Medical Association
American College of Physicians - ACP
Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - Technology Evaluation Center
BMJ Clinical Evidence
California Technology Assessment Forum - CTAF
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Clinical Effectiveness – CCE
Centre for Reviews and Dissemination databases
Clinical Knowledge Summaries
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
Development and Evaluation Committee - DEC (ex NCCHTA : rapports de 1995 à 2000)

European Agency for safety and Health at Work
 European Society of Cardiology
 Euroscan
 Guideline Advisory Committee - GAC
 Guidelines and Protocols Advisory Committee- GPAC
 Guidelines Finder (National Library for Health)
 Guidelines International Network - GIN
 Health Services Technology Assessment Text - HSTAT
 Horizon Scanning
 Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
 Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
 Institute for Health Economics Alberta – IHE
 Institute Health & Life Sciences - INTUTE
 Medical Services Advisory Committee - MSAC
 Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee (jusqu'à 2002) - HTAC
 Multiple Sclerosis Trust
 National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
 National Guideline Clearinghouse - NGC
 National Health and Medical Research Council - NHMRC
 National Horizon Scanning Centre - NHSC
 National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
 New Zealand Guidelines Group - NZGG
 New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
 Ontario Health Technology Advisory Committee - OHTAC
 Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
 Singapore Ministry of Health
 Tripdatabase
 Veterans Affairs Technology Assessment Program
 Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines
 West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Tableau 13. Stratégie de recherche dans la base de données Medline.

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Psychothérapie			
– Recommandations		01/2007 – 03/2011	81
Étape 1	(("Work Capacity Evaluation" OR "Disability Evaluation" OR "Return to Work" OR "Sick Leave" OR "Workplace/psychology")/de OR (work disability OR return to work)/ti,ab) AND ((prevent OR prevention OR rehabilitation)/ti,ab OR ("Occupational Health" OR "Occupational Health Physicians" OR "Occupational Health Services")/de)		
Étape 2	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus		

development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommendation* OR guideline*)/ti

- Méta-analyses et revues systématiques		01/2007 – 03/2018	120
Etape 1			
ET			
Etape 3	meta-analysis as topic/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta-analysis OR meta analysis OR metaanalysis OR systematic* review*)/ti		
- Essais contrôlés		01/2007 – 03/2018	151
Etape 1			
ET			
Etape 4	(controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR double-blind method OR random allocation OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/type de publication OR random*/ti		
Questions particulières			
Epilepsie et sclérose en plaques		01/2007 – 03/2018	57
Etape 1			
ET			
Etape 5	(Epilepsy OR "Multiple Sclerosis")/de OR (epilepsy OR multiple sclerosis)/ti,ab		
Chocs post-traumatiques		01/2007 – 03/2018	21
Etape 1			
ET			
Etape 6	"Stress Disorders, Post-Traumatic"/de OR ("post traumatic stress disorder" OR "ptsd")/ti, ab		
Maladies cardiovasculaires		01/2000 – 02/2018	72
Etape 1			
ET			
Etape 7	("Cardiovascular Diseases" OR "Myocardial Ischemia" OR "Myocardial Infarction" OR "Heart Failure" OR "Embolism, Cholesterol")/de		
Migraine		01/2000 – 02/2018	27
Etape 1			
ET			
Etape 8	("Migraine Disorders" OR "Headache Disorders")/de OR (cephalgia OR headache OR migraine)/ti		
Problèmes sensoriels		01/2000 – 02/2018	18
Etape 1			
ET			
Etape 9	("disabled persons"/de OR ("handicap" OR disabled)) AND "sensorial"/ti OR ("Visually Impaired Persons" OR "Persons With Hearing Impairments" OR "Deaf-Blind Disorders" OR "Blindness" OR "Deafness")/de		

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à *juin 2018* sur les sites Internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'à *mars 2018*.

► Critères de sélection des articles

Ont été incluses, dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes, en français ou anglais :

- recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'usagers) publiées depuis 2007 ;
- revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais depuis 2007 ;
- essais contrôlés randomisés ou non, publiés depuis 2007 et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;
- études de cohorte ou études comparatives publiées depuis 2007 et dont la publication est postérieure aux revues systématiques répondant à la même question.

► Résultats

Nombre références identifiées : 1 360

Nombres de références analysées : 273

Nombre de références retenues : 130

Annexe 3. Tableaux d'analyse de la littérature

Tableau a. Revues systématiques de la littérature sur les facteurs associés à l'emploi des travailleurs ayant des troubles de santé mentale

Auteur, Année, Référence, Localisation	But de l'étude	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
Lagerveld 2010 (70)	Identifier les facteurs associés avec une participation réduite au travail (durée des arrêts maladie, statut d'emploi) et un fonctionnement réduit au travail (perte de productivité, limitation des tâches de travail)	PsycInfo, PubMed et Scopus entre 1995 et 2008	(A) études originales publiées en anglais décrivant des facteurs liés au fonctionnement ou à la participation au travail chez des (P) travailleurs atteints de dépression	Fonctionnement ou participation au travail	30 études ont été identifiées qui décrivaient des facteurs associés avec la participation au travail (n=19) ou le fonctionnement au travail (n=11).	Association entre la sévérité des troubles dépressifs, la présence d'une comorbidité mentale ou physique, un âge plus élevé, des antécédents d'arrêt maladie dans le passé, et l'incapacité au travail (preuves de niveau modéré) Association entre la sévérité des symptômes dépressifs et les limitations des tâches de travail, ainsi qu'entre l'amélioration clinique et la productivité au travail (preuves de niveau modéré)
Cornelius	Identifier les	PubMed, PsycInfo,	(A) Études de		Analyse explicite de	Association entre un

Auteur, Année, Référence, Localisation	But de l'étude	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
2011 (71)	facteurs pronostiques à long terme de l'incapacité au travail, du retour au travail et de la rémission des symptômes après des problèmes de santé mentale	Embase, Cinahl and Business Source Premier entre janvier 1990 et mars 2009	cohorte avec un suivi au moins à 1 an (P) Travailleurs en arrêt de maladie ou recevant une pension d'incapacité au moment de l'inclusion dans les études		la qualité des articles 7 articles inclus	âge plus élevé (supérieur à 50 ans) avec une incapacité prolongée et un délai plus long avant le retour au travail (NP élevé) Association entre les facteurs personnels (genre masculin, niveau d'études plus faible, antécédents d'arrêt maladie, faible attente de guérison, statut socio-économique plus bas), les facteurs liés à la santé (facteurs liés au stress, douleurs de l'épaule ou du dos, troubles dépressifs/anxieux) et externes (chômage, qualité et continuité des soins de santé au travail, contacts répétés avec l'encadrement) et l'incapacité et le

Auteur, Année, Référence, Localisation	But de l'étude	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
						<p>retour au travail (NP limité).</p> <p>Association entre des facteurs personnels ou externes (faible niveau d'études, seul revenu du foyer, retour au travail à temps partiel/à temps plein avec changement des tâches de travail) et la rémission des symptômes (NP limité)</p>
Ervasti 2017 (41)	Étudier les facteurs influençant le retour au travail après une dépression	PubMed et Embase jusqu'au 1 ^{er} février 2016	(A) Études de cohorte sur l'association entre les facteurs prédictifs et le retour au travail (P) chez les employés en arrêt pour dépression		<p>11 études, représentant 22 358 personnes-observations dans cinq pays différents</p> <p>Après l'ajout des données finlandaises, un total de 36 459 personnes-observations a été utilisé pour les</p>	<p>Un âge plus élevé, une comorbidité somatique, une comorbidité psychiatrique et une dépression plus sévère étaient associées à un taux plus faible de retour au travail.</p> <p>Des traits de personnalité consciencieuse étaient associés à</p>

Auteur, Année, Référence, Localisation	But de l'étude	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
					analyses	des taux plus élevés de retour au travail.
Gragnano 2017 (40)	Identifier les facteurs psychosociaux communs facilitant ou ralentissant le retour au travail après un arrêt dans le cadre de différentes maladies (troubles de santé mentale communs, maladies cardiovasculaires et cancers)	PsycInfo, PubMed, Social SciSearch, Cochrane Library, ERIC, Ergonomics Abstracts, EMBASE, ProQuest Dissertations and Theses Professional, ISST, OSH, PASCAL, Cairn, et CCHST (2013 à mai 2016)	(A) Études de cohorte explorant les facteurs influençant le retour au travail après ces trois maladies		14 revues de littérature et 32 études de cohorte supplémentaires	Quatre facilitateurs communs aux différentes maladies ont été identifiés (degré de contrôle sur le travail, capacité de travail, bonne santé perçue et niveau socio-économique élevé) ainsi que six barrières communes (stress au travail, anxiété, dépression, comorbidité, âge plus élevé et faible niveau d'études)

Tableau b. Revues systématiques de la littérature sur les interventions en santé mentale

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
Dietrich 2012 (80)	Pubmed, EbscoHost et the Cochrane Library (février 2010)	(A) Type d'études (essai randomisé contrôlé, essai clinique contrôlé, étude contrôlée avant-après, série chronologique (P) troubles dépressifs diagnostiqués avec un instrument validé ; participants recrutés dans l'entreprise	(I) Intervention délivrée dans l'entreprise, dans un objectif de prévention secondaire de la dépression ; critères d'exclusion : gestion du stress, yoga et méditation, bien-être, sport, interventions de santé émotionnelle, etc.	Troubles dépressifs et/ou symptômes dépressifs, mesurés avec un instrument validé	Pas d'analyse critique ; un article inclus (essai contrôlé non randomisé ; 667 patients)	Effet positif sur les scores mesurés à 6 semaines et à 6 mois sur l'échelle HAD L'association d'une détection avec la délivrance organisée d'informations comprenant du matériel imprimé améliore les résultats des patients et les capacités diagnostiques des médecins NP = 2
Furlan 2012 (81)	Medline, Embase, CINAHL, Central, PsycInfo, et Business Source Premier	(A) Essais randomisés ou non (P) personnes en âge de travailler, avec une dépression ; exclusion : troubles sévères de santé	(I) interventions (basées en milieu de travail, ou pouvant être explicitement implantées par l'employeur	Absentéisme, arrêts maladie	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) ; 12 études incluses (dix essais randomisés contrôlés et deux essais non	L'ensemble des interventions a été évalué comme présentant un risque élevé de biais. Évidences scientifiques de

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
	jusqu'en juin 2010	mentale, addictions, deuil, <i>burnout</i> et anxiété			randomisés	qualité insuffisante Aucune recommandation formulée
Nieuwenhuijsen 2014 (30)	Central (The Cochrane Library), Medline, Embase, CINAHL, et PsycInfo (jusqu'en janvier 2014)	(A) essai randomisé, ou en <i>cluster</i> (P) travailleurs adultes avec un diagnostic de dépression mesurée par un instrument validé ; exclusion : autres diagnostics que la dépression	(I) interventions orientées vers le milieu de travail, ou bien cliniques	Arrêts maladie	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) 23 études ; (5 996 participants)	L'ajout d'une intervention orientée vers le travail à une intervention clinique réduit le nombre de jours d'arrêt par comparaison à une intervention clinique seule (évidences modérées; trois études) NP=2
Noordik 2010 (82)	Medline, Embase, CINAHL et PsycInfo jusqu'en 2007	(A) Essais randomisés contrôlés (éventuellement en <i>cluster</i>), ou essais contrôlés (P) travailleurs ayant des troubles anxieux ou des plaintes anxieuses, âgés entre 18 et 65 ans	(I) Interventions utilisant explicitement l'exposition <i>in vivo</i> comme une composante centrale de la thérapie, comparant cette exposition avec d'autres interventions visant à diminuer l'anxiété (comme un traitement	Indicateurs d'intérêt liés au fonctionnement au travail (statut d'emploi, absentéisme, présentéisme, durée ou fréquence des arrêts de travail, etc.).	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) Sept études comportant 11 interventions ; Quatre études portaient sur les troubles obsessionnels compulsifs, deux sur les syndromes	Les expositions <i>in vivo</i> comme modalités de traitement de l'anxiété peuvent réduire les effets défavorables sur le travail chez les travailleurs ayant des troubles obsessionnels compulsifs et des syndromes de stress post-

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
			anxiolytique antidépresseur, une thérapie cognitive comportementale sans exposition, une liste d'attente, l'exposition en imagination, un placebo, ou les soins usuels)		de stress post-traumatique, et une sur un groupe mixte associant des troubles obsessionnels compulsifs et des phobies sévères.	traumatique, de façon plus favorable que d'autres traitements ou qu'une liste d'attente. NP=1
Arends 2012 (83 2)	Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline, Embase, PsycInfo et ISI Web of Science (jusqu'en février 2011)	(A) Essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité des interventions pour faciliter le retour au travail des (P) travailleurs avec des troubles de l'adaptation	(I) Interventions pour faciliter le retour au travail (C) comparaison avec un autre traitement ou l'absence de traitement	Durée jusqu'au retour au travail à temps plein ou à temps partiel	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) Neuf études	Les thérapies cognitives et comportementales ne réduisent pas significativement la durée jusqu'au retour au travail à temps plein ou à temps partiel (évidence de qualité modérée) NP=2 Les thérapies centrées sur la résolution de problèmes améliorent le retour au travail à temps partiel à 1 an de suivi par comparaison avec une prise en charge

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
						non fondée sur des recommandations, mais n'améliorent pas le retour au travail à temps plein à 1 an de suivi. NP=2
Pomaki 2012 (84)	Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo, Web of Science (de 2007 à 2009)	(A) Études contrôlées (P) travailleurs ayant des difficultés au travail ou des arrêts à cause de troubles de santé mentale communs	(I) Interventions basées en milieu de travail	Durée d'absence au travail, fonctionnement travail, qualité de vie et coûts économiques	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) Huit études	Des preuves modérées ont été trouvées démontrant que la facilitation des traitements améliorerait le fonctionnement au travail, la qualité de vie et les coûts économiques, avec des preuves limitées sur la durée d'absence au travail. NP=2 Des preuves modérées ont été trouvées démontrant que les interventions psychologiques,

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
						<p>principalement les thérapies cognitives et comportementales, amélioreraient le fonctionnement au travail, la qualité de vie, et les coûts économiques. NP=2</p> <p>Des preuves modérées indiquaient que la facilitation de la navigation dans le système de protection sociale améliorerait la durée d'absence au travail. NP=2</p>
Doki 2015 (85)	PubMed, PsycInfo, et Business Source Complete (1 ^{er} janvier 2004 au 29 avril 2014)	(A) Type d'études (essai randomisé contrôlé, ou en <i>cluster</i>) (P) Travailleurs en arrêt de travail pour maladie mentale ou bien encore au travail avec des	(I) Interventions (conduites par un médecin du travail ou par le personnel du service de santé au travail)	Absentéisme (nombre de jours d'arrêt de travail)	Analyse critique explicite ; synthèse des évidences (GRADE) Dix études	Pas d'effet significatif dans chaque sous-groupe (travailleurs en arrêt ; travailleurs encore au travail) NP=2

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
		symptômes				Effet positif statistiquement et cliniquement significatif après la méta-analyse des dix études (réduction de 6,64 jours d'arrêt dans le groupe intervention) NP=1
Odeen 2013 (6)	PubMed, Embase, PsycInfo, et ISI Web of Knowledge (jusqu'au 27 décembre 2011)	(A) Essais randomisés contrôlés publiés en anglais) (P) Participants (âgés de plus de 18 ans avec un rôle actif dans l'intervention)	(I) Interventions dites « actives », effectuées partiellement ou complètement dans le milieu de travail, ou à l'initiative du milieu de travail	Arrêts maladie	Analyse critique avec outil Cochrane 17 articles	Quatre interventions concernaient des problématiques de santé mentale ; une était efficace Les évidences disponibles ne permettent pas d'affirmer que les interventions actives en milieu de travail sont globalement efficaces pour réduire l'absentéisme NP=2 Une thérapie cognitive et comportementale

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
						<p>combinée avec une thérapie centrée sur la résolution de problèmes est efficace pour réduire l'absence des travailleurs en arrêt pour dépression (évidences limitées ; une étude) NP=2</p> <p>Il n'y a pas de preuves de l'efficacité des autres interventions cognitives NP=2</p>
van Vilsteren 2015 (7)	Cinq bases de données (Cochrane Work Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline,	(A) Essais randomisés contrôlés (P) Travailleurs en arrêt (quelle que soit la pathologie)	(I) Intervention en milieu de travail	Retour au travail évalué sous la forme d'une variable continue	Analyse critique (<i>Cochrane tool for risk of bias</i>) 14 études comportant 1 897 travailleurs ont été incluses, dont cinq études concernaient des travailleurs avec des difficultés de santé mentale	Pour les études chez des travailleurs ayant des troubles de santé mentale, il y avait une amélioration significative de la durée jusqu'au premier retour au travail, mais pas pour le retour au

Auteur, Année, Référence, Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Analyse des articles explicités Nombre d'articles inclus Type d'études (nombre de patients)	Résultats et signification Niveau de preuve
	Embase, and PsycInfo) jusqu'en février 2015					travail prolongé. NP=2

Tableau c. Synthèse des études auprès de travailleurs ayant des troubles de santé mentale et incluses dans la revue de littérature de van Vilsteren et al. 2015

Auteur, année (pays) ; devis	Population	Intervention / contrôle	Indicateurs	Résultat
Blonk <i>et al.</i> , 2006 (150) (Pays-Bas); essai randomisé contrôlé	Travailleurs indépendants (n=122) (auto-employés) ayant signalé à leur assurance une incapacité à travailler pour difficultés psychologiques (troubles d'ajustement, stress au travail, <i>burnout</i>) ; la durée moyenne d'arrêt était de 2 à 3 semaines	Trois interventions étaient comparées : les soins habituels (groupe contrôle) ; une thérapie cognitive et comportementale (11 sessions de 45 minutes, deux fois par semaine) avec un protocole très structuré ; une intervention combinée comportant cinq à six sessions d'une heure, délivrées par un expert du travail formé aux thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress	Durée d'arrêt de travail jusqu'à un retour à temps partiel ou à temps complet ; plaintes psychologiques	Des effets significatifs positifs ont été observés en faveur de l'intervention combinée : le retour au travail à temps partiel est survenu 17 et 30 jours plus tôt que dans le groupe TCC et le groupe contrôle, respectivement. Pour le retour au travail à temps complet, la différence était approximativement de 200 jours. Selon les auteurs, ce résultat suggère que le retour au travail devrait être abordé plus précocement chez les individus qui suivent une TCC.
Van Oostrom <i>et al.</i> , 2010 (151) (Pays-Bas); essai randomisé contrôlé	Travailleurs (I=72 ; C=73) dans trois grandes organisations hollandaises (universités, hôpital universitaire, aciérie) ; critères d'inclusion : arrêt compris entre 2-8 semaines pour détresse psychologique mesurée par	Intervention graduelle en trois étapes avec un coordinateur du retour au travail : première réunion entre le coordinateur et le salarié pour identifier les problèmes ; deuxième réunion entre le coordinateur et le manager ; troisième réunion entre le coordinateur, le travailleur et le manager pour établir une liste hiérarchisant les problèmes, les solutions, et leur implantation (qui, quoi, quand). Le coordinateur était un travailleur social de l'entreprise, ou un	Retour au travail durable défini comme la durée depuis la randomisation jusqu'à la reprise au poste antérieur ou autre poste avec salaire équivalent, sans rechutes (partielles ou complètes) pendant 4 semaines	Globalement, l'intervention n'avait pas d'effet significatif sur le retour au travail durable. Cependant, des effets positifs et significatifs ont été observés dans le sous-groupe de population qui avait l'intention de reprendre le travail au départ malgré leurs symptômes (55 jours d'arrêt en moyenne, contre 120 dans le groupe contrôle). Ces effets n'ont pas été retrouvés dans le sous-groupe qui n'avait pas manifesté au départ l'intention de reprendre le travail. Pour les travailleurs dans cette situation, un autre type d'intervention est nécessaire.

Auteur, année (pays) ; devis	Population	Intervention / contrôle	Indicateurs	Résultat
	l'échelle 4DSQ (<i>Four-dimensional Symptoms Questionnaire</i>) ; critères d'exclusion : contentieux juridique avec l'employeur ; durée hebdomadaire de travail < 12h ; grossesse ; autre arrêt de travail dans le mois précédent ; maîtrise insuffisante du hollandais	expert du travail <i>labor expert</i>)		
Hees <i>et al.</i> , 2012 (152) (Pays-Bas) ; essai randomisé contrôlé	Employés en arrêt de travail (4,8 mois en moyenne) pour dépression majeure (n=117)	L'intervention comportait 18 sessions d'ergothérapie centrées sur le retour au travail rapide et l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle et des stratégies d'adaptation au travail. Il y avait neuf sessions individuelles, huit de groupe, et une rencontre avec l'employeur. L'ergothérapeute avait reçu une formation spéciale, et communiquait régulièrement avec le médecin du travail et le psychiatre. Les salariés avaient l'obligation de travailler au moins	Absentéisme moyen sur 6 mois (nombre d'heures perdues) ; Retour au travail durable défini comme la durée d'arrêt jusqu'à la reprise à temps plein ou à temps partiel, sans rechutes (partielles ou complètes) pendant 4 semaines	L'intervention n'avait pas d'effet significatif sur le retour au travail durable. Cependant, des effets positifs et significatifs de l'intervention ont été observés dans l'amélioration des symptômes dépressifs, la probabilité de rémission à long terme sans symptômes, et la probabilité de retour au travail durable en bonne santé (c'est-à-dire avec une bonne productivité et un bon fonctionnement).

Auteur, année (pays) ; devis	Population	Intervention / contrôle	Indicateurs	Résultat
		2 heures par semaine pour mettre en pratique immédiatement leurs apprentissages.		
Noordik <i>et al.</i> , 2013 ; (153) (Pays-Bas) ; essai randomisé contrôlé en <i>cluster</i> avec randomisation au niveau du médecin du travail	Travailleurs en arrêt compris entre 2-8 semaines pour troubles de santé mentale communs (troubles dépressifs, anxieux, d'adaptation, liés au stress), tels que définis par le DSM IV ou les recommandations hollandaises pour les médecins du travail (n=160 ; I=75 ; C=85)	Dans l'intervention de retour au travail, les travailleurs recevaient le traitement habituel, et étaient exposés progressivement <i>in vivo</i> à des situations de travail plus exigeantes, structurées selon une hiérarchie de tâches évoquant des niveaux croissants d'anxiété, de stress, ou de colère. Les travailleurs avaient des travaux à faire à la maison destinés à préparer, exécuter et évaluer le plan de retour au travail.	Retour au travail durable défini comme la durée d'arrêt jusqu'à la reprise à temps plein ou à temps partiel, sans rechutes (partielles ou complètes) pendant 4 semaines	Les travailleurs recevant l'intervention avaient un délai de retour au travail supérieur à ceux recevant le traitement habituel (209 jours, contre 153 jours). Les auteurs recommandaient de ne pas appliquer cette intervention, mais de conserver le traitement habituel.
Vlasveld <i>et al.</i> , 2013 ; (154) (Pays-Bas) ; essai randomisé contrôlé en <i>cluster</i> avec randomisation au niveau du médecin du travail	(n=126 ; I=65 ; C=61) Les travailleurs en arrêt de travail entre 4-12 semaines pour troubles dépressifs dépistés avec le questionnaire PHQ9 et évalués selon un entretien téléphonique semi-structuré avec le	L'intervention délivrée par le médecin du travail coordinateur comprenait 6 à 12 sessions de résolution de problèmes, de l'auto-assistance guidée avec un manuel, une intervention en entreprise, et, selon la préférence des patients, un traitement antidépresseur selon un algorithme de traitement. L'intervention en entreprise visait à obtenir un consensus entre le travailleur et l'employeur sur les barrières et les solutions pour le	Le critère de jugement principal était le délai de réponse jusqu'à la diminution des symptômes dépressifs. Les critères de jugement secondaire comportaient le délai jusqu'à la première rémission, le délai jusqu'à un retour au travail durable, et le score du PHQ9.	L'intervention avait un effet favorable sur le délai de diminution des symptômes (différence de 2,8 mois). Il n'y avait cependant pas de différence sur le délai jusqu'à la rémission, ni sur le retour au travail. L'adhésion à la démarche collaborative était faible. Les auteurs ont conclu que l'implantation de cette intervention collaborative à plus grande échelle n'était pas souhaitable, mais qu'une étude avec un plus grand échantillon pour atteindre une puissance statistique plus importante était nécessaire.

Auteur, année (pays) ; devis	Population	Intervention / contrôle	Indicateurs	Résultat
	MINI	retour au travail. Le médecin du travail coordinateur jouait le rôle de médiateur. En l'absence de progrès des symptômes dépressifs, un système automatisé sur Internet rappelait aux médecins du travail coordinateurs de consulter le psychiatre.		

Tableau d. Synthèse du niveau de preuve de l'efficacité des interventions conduites en entreprise pour le retour au travail après des difficultés de santé mentale(*)

Type d'intervention	Intervention	Niveau de preuve	Résultat	Message
Interventions multi-domaines	Thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur l'identification de solutions appropriées au travail	Six études de haute qualité et une étude de moyenne qualité [1-13]	Effet favorable avec un fort niveau de preuves pour réduire l'absentéisme des personnes ayant des difficultés de santé mentale	Implanter les interventions de TCC centrées sur le travail peut aider à réduire l'absentéisme et les coûts associés à l'incapacité de travail provoqués par des difficultés de santé mentale.
	Thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur l'identification de solutions appropriées au travail	Quatre études de haute qualité [1-3, 6, 10-14].	Fort effet positif pour réduire les coûts associés à l'incapacité de travail dans ces circonstances	
	Thérapie cognitive et comportementale (TCC) centrée sur l'identification de solutions appropriées au travail	Deux études de haute qualité [6-8, 11-13]	Amélioration de la productivité au travail (<i>work functioning</i>) après le retour au travail	Considérer l'implantation de ces interventions si elles sont applicables dans le contexte de travail.
Interventions centrées sur la santé	Thérapie cognitive et comportementale (TCC) isolément	Sept études [1-3, 6-14]	Pas d'effet sur l'absentéisme dû à des difficultés de santé mentale	L'implantation d'une intervention de TCC traditionnelle n'a pas d'effet sur la réduction du temps de travail perdu pour les troubles de santé mentale.
Autres interventions	Interventions multi-composantes centrées sur la santé, réentraînement au travail, formation du médecin, plan de retour au travail, gestion de cas, éducation/formation du travailleur, éducation/formation du manager	Niveau de preuve limité, contradictoire ou insuffisant, résultant soit d'un trop faible nombre d'études disponibles de haute qualité, soit de résultats contradictoires entre les études		Il n'y a pas assez de preuves dans la littérature scientifique pour orienter actuellement des politiques ou des pratiques vers ces différents types d'intervention. Pour qu'un message puisse être délivré au sujet de ces interventions, un niveau de preuve de plus grande qualité est nécessaire.

(*) La catégorisation des interventions et les messages délivrés à partir de la synthèse du niveau de preuve sont ceux effectués par l'*Institute for Work and Health* de la province de l'Ontario au Canada.

Tableau e. Recommandations de bonne pratique relatives au MEE de patients atteints de maladies cardiovasculaires

Auteur, année, référence, pays	Titre - Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2016 (155)	<i>Cardiac Rehabilitation Delivery Model for Low-Resource Settings: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Consensus Statement</i>	Oui	Réadaptation cardiovasculaire	NP=1	Oui Experts	Oui
European Society of Cardiology Version 2016 (49) Europe	<i>European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice</i>	Oui	Interval training Éducation thérapeutique	NP=1	Oui Experts	Oui
Société Française de Cardiologie Pavy, 2012 (50) France	<i>French Society of Cardiology Guidelines for cardiac rehabilitation in adults</i>	Oui	Réadaptation cardiovasculaire	NP=1	Oui Experts	Oui
Groupe exercice réadaptation et sport (G.E.R.S.) et Commission d'éducation thérapeutique de la Société française de	<i>Therapeutic education in coronary heart disease: Position paper from the Working Group of Exercise</i>	Oui	Réadaptation cardiovasculaire	NP=1	Oui Experts	Oui

Auteur, année, référence, pays	Titre - Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
cardiologie 2011 (57)	<i>Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology</i>					
Groupe exercice réadaptation et sport (G.E.R.S) de la SFC Pavy, 2011 (58)	Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011	Oui		NP=1	Oui Experts	Oui

Tableau f. Revues systématiques de la littérature relatives au MEE de patients atteints de maladie cardiovasculaire

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Jeyanantham, 2017 (59)	Base de données PROSPERO des revues systématiques (colligées et analysées en suivant le diagramme de flux PRISMA)	Six inclus : cinq ECR et une étude observationnelle 320 patients avec insuffisance cardiaque	TCC et équilibre émotionnel chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde <i>versus</i> pas d'intervention	Dépression, qualité de vie, hospitalisations et mortalité	La prise en charge de la comorbidité d'un désordre psychologique après une pathologie cardiaque au moyen de TCC améliore le taux de reprise de l'activité professionnelle NP= 2
Cancelliere, 2016 (51)	Bases consultées du 1 ^{er} janvier 2004 au 1 ^{er} septembre 2013 : Medline, Embase, PsychInfo, Cinahl, Cochrane des revues systématiques, base de données TRIP, ClinicalKey, OT seeker, PEDro, NICE, SIGN et NHS)	56 revues systématiques	La majorité des examens ont exploré des interventions (n = 38) tandis que d'autres ont exploré des facteurs de non-intervention (n = 19) (c.-à-d. personnels, spécifiques à une maladie, environnementaux ou liés à l'activité).	Etude de toute lésion ou maladie ou MP, des facteurs pronostiques, des mesures associées au retour au travail, y compris les interventions, le taux de retour au travail, la durée du congé maladie, la durée de l'incapacité de travail ou le nombre d'absences pour maladie.	Les facteurs positifs du retour au travail : l'éducation supérieure, le statut socioéconomique, une plus grande efficacité personnelle, des attentes optimistes quant au rétablissement et au retour au travail, une plus faible gravité de la blessure ou de la maladie, une coordination du retour au travail, les interventions multidisciplinaires incluant le lieu de travail et les acteurs de santé Les facteurs négatifs du retour au travail : l'âge avancé (>50 ans), le sexe féminin, une douleur ou un handicap plus élevé, la dépression, un travail physique, les congés maladie, le chômage et les limitations d'activité. Autrement dit, plus l'arrêt de travail est long, plus les capacités fonctionnelles sont réduites, plus les chances de reprises s'amenuisent. Pour le retour à l'emploi après une pathologie cardiovasculaire, les professionnels de santé au travail doivent donc mettre l'accent sur l'accompagnement de ces sujets.

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Cornelis, 2016 (60)	Revue systématique et méta-analyse descriptive réalisée à partir de la base de données PROSPERO en suivant les directives de la déclaration PRISMA	20 essais randomisés contrôlés 811 patients avec insuffisance cardiaque	Comparatif des techniques de réadaptation vasculaires	Capacité fonctionnelle et qualité de vie	<p>NP= 2</p> <p>La réadaptation cardiovasculaire permet d'améliorer la capacité fonctionnelle, le pronostic, la qualité de vie chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p>L'<i>interval training</i> est la technique de réadaptation vasculaire à l'effort la plus efficace pour améliorer la fraction d'éjection ventriculaire gauche et le diamètre diastolique final du ventricule gauche.</p> <p>Le réentraînement cardiaque à l'effort est vecteur de retour et de maintien dans l'emploi. Le fait que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque participent activement à tout type de programme de réadaptation cardiovasculaire semble suffisant pour améliorer le pronostic, la qualité de vie et la fonction cardiaque : importance de l'éducation thérapeutique</p> <p>NP = 1</p>
Or, 2016 (61)	Six bases de données consultées jusqu'au 4 sept. 2015 : Medline, PsycInfo, PsycArticles, registre Cochrane central des EC (Central), Academic Search Premier et CINAHL Plus	43 ECR 7 001 patients avec insuffisance cardiaque	Comparatif de l'impact de l'utilisation des technologies d'information en santé <i>versus</i> soins habituels	Analyse des causes de mortalité, d'hospitalisation et de la durée du séjour à l'hôpital	<p>Les outils d'information en santé des sujets atteints de pathologie cardiovasculaire peuvent avoir une incidence favorable sur le taux de mortalité.</p> <p>La synthèse narrative a indiqué que seulement une petite proportion des essais ont rapporté des effets positifs de l'utilisation des technologies d'information en santé <i>versus</i> soins habituels.</p> <p>Les données issues des ECR présentent donc des résultats mitigés sur les impacts de ces</p>

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<p>Grace, 2016 (155) <i>Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings</i></p>	<p><u>Revue narrative</u> selon le système GRADE modifié</p>	<p><i>Non renseigné car revue narrative</i></p>	<p><i>Non renseigné car revue narrative</i></p>	<p>L'étude évaluait la gestion des facteurs de risque associés au style de vie (activité physique, alimentation, tabac et santé mentale), la gestion des facteurs de risque médicaux, l'éducation pour l'autogestion et le retour au travail dans les milieux à faibles ressources.</p>	<p>technologies. NP= 4</p> <p>Les données disponibles suggèrent que la réduction du risque cardiovasculaire dans les milieux à faibles ressources est plus difficile que dans les milieux plus aisés. Les outils de prévention doivent donc être accentués dans les catégories socioprofessionnelles des ouvriers et des employés.</p> <p>La prise en charge des facteurs de risque que sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le style de vie (activité physique, alimentation, tabac et santé mentale), - la gestion des facteurs de risque médicaux, - l'éducation pour l'autogestion, - et le retour au travail dans les milieux à faibles ressources, <p>est garante d'un maintien en emploi après une pathologie cardiaque. NP= 4</p>
<p>Munro, 2013 (62)</p>	<p>Bases de données consultées pour une période de janvier 1990 à mai 2013 : PubMed, Embase, Scopus et le registre Cochrane Controlled Trials</p> <p>Jadad Scale</p>	<p>Neuf études portant sur 830 patients atteints d'une maladie cardiovasculaire</p>	<p>Comparaison de la réadaptation cardiaque basée sur Internet aux soins habituels</p>	<p>Mesures de l'activité physique, résultats cliniques, résultats psychosociaux</p>	<p>Il a été démontré que la RC améliore les comportements de santé et les facteurs de risque.</p> <p>Les effets bénéfiques de la RC comprennent une réduction de la mortalité par maladie cardiovasculaire, une meilleure tolérance à l'effort et moins de symptomatologie fonctionnelle cardiaque.</p> <p>Les données suggèrent que la RC à domicile bien menée est aussi efficace que la RC en milieu hospitalier.</p>

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>La télémédecine offre la possibilité à plus de patients de s'engager dans la RC à domicile.</p> <p>Les mesures de l'activité physique étaient généralement améliorées, de même que les résultats cliniques.</p> <p>Les changements dans les mesures psychosociales ont été positifs dans six études sur neuf (deux études ne notant aucun changement)</p> <p>NP = 2</p>
Shepherd, 2012 (63)	<p>Revue systématique d'essais contrôlés randomisés Cochrane, selon le système GRADE</p> <p>Trois bases consultées : CINAHL, Medline et PsycInfo</p>	<p>16 articles d' ECR analysés selon les critères d'inclusion, Essais réalisés dans neuf pays</p> <p>Patients atteints d'une maladie coronarienne inclus dans les études : n (min) = 19, n (max) = 262</p>	Interventions de la réadaptation en mettant l'accent sur la RC	<p>Bien-être physique (y compris la forme physique et les symptômes) ; bien-être psychologique (y compris l'anxiété et la dépression) ; bien-être social (y compris la vie de famille et les relations) ; et le statut fonctionnel (y compris le retour au travail et le style de vie antérieur)</p>	<p>Quatre thèmes ont émergé de l'analyse thématique des articles sélectionnés : le bien-être physique (y compris la forme physique et les symptômes) ; bien-être psychologique (y compris l'anxiété et la dépression) ; bien-être social (y compris la vie de famille et les relations) ; et le statut fonctionnel (y compris le retour au travail et le style de vie antérieur).</p> <p>Les résultats du domaine physique suggèrent que la réadaptation cardiaque peut améliorer le bien-être physique et les niveaux d'activité physique et ainsi améliorer les niveaux de forme physique et donc de retour au travail.</p> <p>Les résultats du domaine physique et psychologique suggèrent que les interventions à domicile sont au moins aussi efficaces que les interventions en centre. Relativement peu d'essais ont rapporté sur la qualité de vie</p>

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>dans le domaine social, et toute différence entre les interventions en centre et à domicile a semblé favoriser l'intervention à domicile.</p> <p>La réadaptation cardiaque améliore la qualité de vie des patients atteints de maladies coronariennes</p> <p>Les améliorations de la qualité de vie ont une relation bidirectionnelle avec l'augmentation de l'activité physique, y compris professionnelle.</p> <p>NP= 1</p>
Reibis, 2010 (64) Allemagne	Revue narrative de la littérature basée sur des recommandations nationales	-	-	-	<p>La rééducation des patients porteurs de stimulateurs cardiaques ou de défibrillateurs implantables comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prévention secondaire des maladies cardiaques sous-jacentes, - la réadaptation cardiaque, - l'éducation thérapeutique, - la prise en compte des facteurs psychologiques (anxiété, dépression), - la détection de tout dysfonctionnement du dispositif, - l'évaluation des efforts physiques demandés dans l'activité professionnelle. <p>La mesure dans laquelle les activités physiques peuvent être permises est déterminée par la capacité cardiopulmonaire et l'indication arythmique primaire.</p> <p>En tenant compte de la limite supérieure de fréquence, du dysfonctionnement ventriculaire</p>

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					<p>gauche et de l'évitement de l'exposition mécanique sur le dispositif et les conduits, un programme d'entraînement individuel est acceptable même sur un niveau de charge élevé.</p> <p>Les procédures électrothérapeutiques dues au syndrome de la douleur musculo-squelettique ne sont généralement pas contre-indiquées si des limitations différenciées sont respectées.</p> <p>Les programmes d'intervention psychologique jouent un rôle important et peuvent être utilisés comme module thérapeutique additif.</p> <p>Le taux de retour est influencé par la maladie cardiaque sous-jacente et, dans une moindre mesure, par le dispositif implanté.</p> <p>À l'exception des travaux industriels, le risque d'interférences électromagnétiques sur le lieu de travail est faible.</p> <p>NP = 1</p>
Piepoli, 2004 (65)	Base de données consultée depuis 1990 : Medline	801 patients (395 ayant bénéficié d'une réadaptation à l'effort, 406 sujets contrôles) Neuf ECR	Oui Réadaptation cardiovasculaire à l'effort (sans autre intervention simultanée) <i>versus</i> pas d'intervention	Évaluation de l'entraînement physique chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive chronique ou de dysfonction ventriculaire gauche	La systématisation du réentraînement cardiaque à l'effort, chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique due à un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche, apporte des résultats favorables en termes d'amélioration de la qualité de vie liée à la santé, de réduction de la mortalité, d'impact économique par la diminution de la durée des arrêts de travail, d'augmentation du taux de reprise et de possibilités d'adaptation de poste ou de reclassement professionnel.

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
					NP= 2

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; NP : non précisé ; RC : réadaptation cardiaque ; ECR : essai contrôlé randomisé

Tableau g. Études cliniques relatives au MEE de patients atteints de maladie cardiovasculaire

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats Niveau de preuve Commentaires
Maznyczka, 2016 (52) Angleterre	Essai randomisé <i>via</i> un questionnaire d'évaluation du retour au travail	698 patients ayant bénéficié d'une ICP et 169 patients ayant bénéficié d'un PAC	Oui	Déterminer les taux de retour au travail, l'emploi à long terme (> 12 mois après l'intervention), la durée effective de retour au travail et la qualité de vie chez les patients traités par une ICP ou un PAC	Après l'analyse, il n'y avait pas de différence significative pour les patients ayant bénéficié d'une ICP et ceux ayant bénéficié d'une PAC, que cela soit dans le retour effectif au travail, l'emploi à long terme ou la qualité de vie. Le délai médian avant le retour au travail était de 6 semaines après l'ICP et de 13 semaines après le PAC (p = 0,001) NP = 1
Latil, 2017 (53) France	Étude de cohorte	216 travailleurs autonomes admis à l'hôpital pour un SCA <i>via</i> des questionnaires d'auto-évaluation et des examens médicaux	Oui	Facteurs influençant le retour au travail au-delà de la période de 90 jours recommandés en prenant en compte les caractéristiques professionnelles et cardiaques ainsi que les sources d'information médicale et les conseils sur le retour au travail	La performance cardiaque était indépendante de la durée du congé maladie, mais elle était corrélée avec la probabilité de retour au travail (p < 0,001). Les conseils concernant le retour au travail étaient complètement absents pour 44 % des patients. Les patients ont assimilé environ 70 % des informations médicales qui leur ont été fournies, mais seulement 53 % des informations liées au travail. Le rappel d'information liée au travail était meilleur chez les patients admis dans un établissement de réadaptation (65 %) que chez ceux qui n'avaient pas été réadaptés (p < 0,05). NP = 2

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats Niveau de preuve Commentaires
Dreyer, 2016 (54)	Étude du retour au travail après un IM dans une population jeune (≤ 55 ans)	1 680 patients âgés de 18 à 55 ans (57 % de femmes) ayant eu un infarctus du myocarde		Le taux de retour au travail après un infarctus du myocarde	<p>Dans la population active d'âge ≤ 55 ans ayant eu un IM, les femmes sont moins susceptibles de retourner au travail que les hommes.</p> <p>Ce désavantage s'explique par des différences dans les caractéristiques démographiques, professionnelles et sanitaires.</p> <p>Facteurs prédictifs de retour au travail, 12 mois après un IM : être en couple (tissu familial) ; exercer un travail peu sollicitant physiquement (emploi administratif) ; avoir une condition physique favorable avant l'IM ; ne pas souffrir de maladie coronarienne ou d'hypertension artérielle avant l'IM</p> <p>NP = 2</p>
Babiç, 2015 (55)	Étude du retour au travail, des aspects socio-économiques et de la qualité de vie	145 patients âgés de moins de 60 ans traités par une ICP primaire pour un infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST		Données démographiques, données cliniques, principaux événements cardiovasculaires indésirables, la réadaptation cardiaque, les congés maladie, la retraite, le salaire, les événements majeurs de la vie et l'estimation de la qualité de vie	<p>A la suite d'un IM (avec congé maladie moyen de 126 ± 125 jours, fonction du secteur d'activité et de la CSP), 3,4 % des patients ont quitté leur emploi et 31,7 % ont pris leur retraite. Une baisse du salaire a été rapportée chez 17,9 % des patients (la baisse étant plus significative chez les hommes), des événements majeurs de la vie dans 9,7 % des cas, tandis que 40,7 % ont estimé que la qualité de vie était pire après l'événement (notamment pour les patients à faible revenu avant et après l'infarctus).</p> <p>NP = 3</p>

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats Niveau de preuve Commentaires
				après un infarctus du myocarde	
Biering, 2015 (56) Danemark	Étude de cohorte	Une cohorte de patients de moins de 67 ans traités par ICP a été établie en 2006	3 mois après la procédure, les patients (n = 625) ont répondu à un questionnaire sur leur environnement de travail psychosocial	Étude de l'association entre l'environnement de travail psychosocial et l'absence de maladie à 3 mois, 1 an, et l'appartenance aux listes de malades (« <i>sick-listing</i> », personnes malades en incapacité de travailler) au cours de la première année	<p>Un rythme de travail élevé, un faible engagement sur le lieu de travail, une faible reconnaissance et un faible contrôle du travail étaient associés à une absence pour cause de maladie à 3 mois, mais pas après 1 an. La combinaison de contraintes de travail élevées et d'un faible contrôle était associée à de nouveaux arrêts de travail. Les auteurs concluent donc que l'environnement psychosocial de travail était associé au retour au travail à 3 mois, mais plus après 1 an.</p> <p>À partir de cette même étude, les auteurs ont également démontré qu'il n'y a pas d'associations statistiquement significatives entre l'environnement de travail psychosocial et le risque d'événements cardiaques défavorables, des réadmissions ou la mortalité.</p> <p>L'environnement de travail psychosocial n'a pas été associé aux événements cardiaques défavorables.</p> <p style="text-align: right;">NP = 2</p>

IM : Infarctus du myocarde ; ICP : intervention coronarienne percutanée ; CSP : catégorie socioprofessionnelle ; PAC : pontage aorto-coronarien ; SCA : syndrome coronarien aigu.

Tableau h. Revues de la littérature relatives au MEE des patients atteints de cancer

Auteur Année Référence Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités	Nombre d'article inclus Type d'études (nombre de patients) Population	Intervention I Contrôle C	Conclusions des auteurs cohérentes avec les données de la littérature présentées	Niveau de preuve
Tamminga, 2010 (91)	OUI	OUI	OUI	OUI	23 articles 19 interventions Patients atteints de cancer ayant plus ou moins 18 ans lors du diagnostic	NA	OUI	2
Handberg, 2014 (94)	OUI	OUI	OUI	OUI	15 articles Hommes adultes atteints de cancer	NA	OUI	4
Egan, 2013 (92)	OUI	OUI	OUI	OUI	Trois Revue systématique recommandations de bonnes pratiques	NA	OUI	1
de Boer, 2009 (93)	Non décrit	NON	NON	OUI	Sept Non décrit	NA	OUI	4
Menhert, 2011 (88)	OUI	OUI	OUI	OUI	64 articles 47 études transversales et 17 études longitudinales Patients atteints de cancer âgés de 14 à 65 ans	NA	OUI	4
Gagnano, 2017 (40)	OUI	OUI	OUI	OUI	14 revues de la littérature et 32 études de cohorte supplémentaires Patients travailleurs en arrêt de travail pour maladies mentales, maladies cardiovasculaires ou cancer	NA	OUI	2

Tableau i. Recommandations relatives au MEE des patients atteints de troubles musculo-squelettiques des membres et du rachis

Auteur, Pays, Année	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Niveau de preuve	Groupe d'experts pluri-disciplinaire	Relecture Validation externe
EULAR (<i>European League Against Rheumatism</i>) Fernandes, 2017 (127)	EULAR <i>recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis</i>	OUI Groupe de travail 5 Delphi Medline et neuf autres bases (fév. 2012)	NP=1	OUI 21 experts (IDE, ergothérapeute, kiné, rhumato, chir ortho, MG, psycho, diét, épidémio, assoc de patients)	OUI
Reco N°11 : les personnes qui présentent une arthrose de la hanche ou du genou à risque d'incapacité au travail ou qui souhaitent débiter/retourner au travail doivent avoir rapidement accès à une réadaptation professionnelle incluant les conseils concernant les facteurs professionnels modifiables tels que les postures contraignantes, la rotation de tâches ou l'alternance d'horaires, les aides techniques, les aménagements de poste, les trajets et le support de la hiérarchie, des collègues et de la famille vers l'emploi.					
Reco HAS France Petit, 2016 (156)	<i>Pre-employment examination for low back risk in workers exposed to manual handling of loads: French guidelines.</i>	OUI Groupe de travail Pubmed, Embase, NIOSH, Cochrane (1990-2012)	NP=1	OUI 24 experts (MW, rhumato, méd conseil, MG, kiné, ergonome, IDE du W, MIRT, ostéo, épidémio)	OUI

Les ATCD de lombalgie commune ne doivent pas, à eux seuls, être le support d'une contre-indication à l'embauche sur un poste à risque lombaire.

Intérêt de l'interrogatoire sur les ATCD de lombalgie qui sont les meilleurs prédicateurs d'épisodes futurs de lombalgie étant donné le caractère récidivant de la lombalgie.

Tableau j. Revues de la littérature relatives au MEE des patients atteints de troubles musculo-squelettiques des membres et du rachis

Auteur Année Référence Localisation	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités	Nombre d'article inclus Type d'études (nombre de patients) population	Intervention I Contrôle C	Conclusions des auteurs cohérentes avec les données de la littérature présen- tées	Niveau de preuve
Oakman, 2016 (132) Australie	OUI Medline, Psy- cInfo, CINAHL, Embase	OUI	OUI	OUI GRADE	18 articles 115 à 1 111 participants Travailleurs avec dlrs musculo-squelettiques > 3 mois	NA	OUI	NP=1

Niveau de preuve faible :

Les interventions à l'échelle individuelle pourraient probablement réduire la perte d'emploi et les arrêts de travail, mais pas la douleur.

Les interventions conduites à plusieurs niveaux pourraient probablement réduire les arrêts de travail et être bénéfiques en termes de coût.

Les données sur la productivité étaient limitées et de faible qualité.

Peters, 2016 (130) Cochrane	OUI Sept bases	OUI	OUI	OUI GRADE	22 essais 1 521 participants Adultes chir pour SCC	Rééducation post-op vs pas d'intervention	OUI	NP=1
-----------------------------------	-------------------	-----	-----	--------------	--	---	-----	------

Retour au travail = Critère de jugement secondaire.

La différence entre les deux types de PEC était faible et non significative.

Données limitées et de faible niveau de preuve en faveur d'un bénéfice des interventions.

L'indication d'un rééducation après chir. pour SCC doit être basée sur l'expérience du médecin, la préférence du patient et le contexte (ressources).

Oosterhuis, 2014 (129) Cochrane	OUI Cinq bases	OUI	OUI	OUI GRADE	22 essais 2 503 participants Adultes 1 ^{re} chir pour HD lombaire	Rééducation post-op vs pas d'intervention	OUI	NP=1
--	-------------------	-----	-----	--------------	---	---	-----	------

Données de faible qualité montrent que la kiné de 4 à 6 semaine post-chir. entraîne de meilleures capacités fonctionnelles que l'absence de ttt ou l'éducation seule, et qu'un programme pluridisciplinaire coordonné par un médecin permet un retour plus rapide au travail que les soins usuels.

Varatharajan, 2014 (133) Canada	OUI Neuf bases	OUI	OUI	OUI GRADE	Cinq articles 958 participants Adultes avec TMS des MS et du cou	Prévention de l'incapacité au travail vs pas d'intervention	OUI	NP=1
--	-------------------	-----	-----	--------------	---	--	-----	------

Un programme de retour au travail cordonné (incluant les exigences physiques du poste de travail) était supérieur au programme médical seul pour les TCR. Les programmes intensifs de renforcement musculaire au travail avaient des résultats similaires pour les cervicalgies et les scapulalgies. Les exercices de posture, de renforcement musculaire et de remise en forme avaient des résultats similaires pour les TMS-MS. L'ajout d'un court programme d'éducation concernant le stress au travail à une intervention ergonomique n'avait pas d'intérêt pour les douleurs prolongées des MS. L'ajout de pauses programmées par un ordinateur à des aménagements ergonomiques et des conseils sur le poste de travail améliorerait la récupération des TM- MS et du cou récents. Aucune conclusion ferme ne peut être tirée concernant les interventions de retour au travail pour la PEC des TMS-MS et du cou. Les programmes de retour au travail sont probablement plus efficaces que les programmes rééducatifs seuls.

Hou, 2013 (128) Cochrane	OUI 11 bases	OUI	OUI	OUI GRADE	0 Travailleurs avec bles- sure du MS post-trauma	Réadaptation professionnelle vs autres	OUI	NP=1
--------------------------------	-----------------	-----	-----	--------------	--	--	-----	------

Pas de haut niveau de preuve pour conforter ou réfuter l'efficacité de réadaptation professionnelle pour améliorer le retour au travail des travailleurs avec TMS-MS.

Aas, 2011 (131) Cochrane	OUI Huit bases	OUI	OUI	OUI GRADE	Dix essais 2 745 travailleurs avec cervicalgies	Intervention en milieu de travail vs pas d'intervention	OUI	NP=1
--------------------------------	-------------------	-----	-----	--------------	---	--	-----	------

Faible niveau de preuves qui montrent une différence non significative entre les interventions en milieu de travail et l'absence d'intervention pour la prévalence et l'intensité de la douleur. Lorsqu'il y a une différence, les résultats en faveur des interventions en milieu de travail ne sont pas maintenus sur la durée. Faible niveau de preuves pour soutenir ou réfuter les bénéfices des interventions en milieu de travail spécifiques sur la plainte, et niveau de preuves modéré que les interventions complexes diminuent les arrêts de travail à moyen terme, ce qui ne se vérifie pas sur la durée.

Tableau k. Étude qualitative relative au MEE des patients atteints de troubles musculo-squelettiques des membres et du rachis

Auteur, Année Pays	Titre	Type d'étude Méthodo	Résultats	NP
Bègue, 2016 (157) France (Bretagne)	Troubles musculo-squelettiques : rôle des médecins-conseils et relations interprofessionnelles	Étude qualitative Neuf entretiens ont été menés auprès de médecins conseils (MC) du régime général, du régime agricole et du régime des indépendants	Rôle des MC dans la lutte contre la désinsertion professionnelle Nécessité d'anticiper les difficultés de reprise du travail Climat de méfiance avec les MG La reprise du travail peut nécessiter de négocier avec le médecin du travail.	NP=4

Au total :

Probable intérêt de la précocité de la prise en compte de la nécessité d'une intervention en vue du maintien en emploi.

Probable intérêt des interventions à plusieurs niveaux, incluant les différents acteurs de la prise en charge (y compris du champ travail) et de manière coordonnée.

Annexe 4. Dépliant essai encadré

**L'Assurance Maladie
Risques Professionnels en ligne**

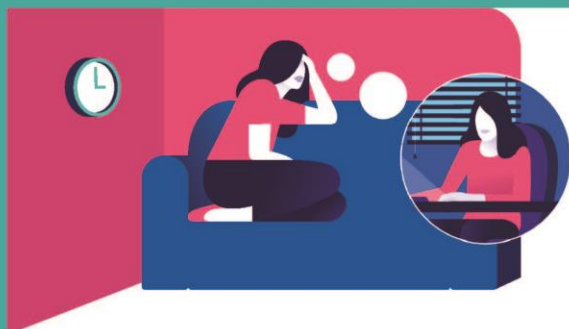
Des infos et des services sur ameli.fr/employeur

- ▶ **Renseignez-vous sur les démarches** qui concernent vos salariés.
- ▶ **Informez-vous sur les risques** propres à votre secteur d'activité.
- ▶ **Engagez-vous dans des actions de prévention.**
- ▶ **Accédez aux informations** pour mieux comprendre vos cotisations.
- ▶ **Plus de renseignements au**

3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel

**Arrêt de travail :
Anticipez le retour de votre salarié
avec l'Essai encadré**

ameli.fr



**Votre salarié est en arrêt de travail et ne peut plus exercer son emploi actuel pour raisons de santé ?
L'Assurance Maladie vous accompagne pour réussir sa réintégration.**

► **De quoi s'agit-il ?**

L'Essai encadré permet, pendant l'arrêt de travail, de tester la compatibilité d'un poste avec l'état de santé du salarié.

Il permet de :

- tester la capacité du salarié à reprendre son ancien poste de travail,
- tester un aménagement de poste,
- tester un nouveau poste de travail,
- préparer une reconversion professionnelle.

► **À qui s'adresse l'Essai encadré ?**

À un salarié titulaire d'un contrat de travail, apprenti, intérimaire, stagiaire de la formation professionnelle :

- en arrêt total ou partiel (temps partiel thérapeutique, reprise de travail léger),
- indemnisé par la CPAM au titre de la maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- présentant un risque de désinsertion professionnelle.

► **À quel moment ?**

Pendant l'arrêt de travail.

► **Dans quelle entreprise ?**

- celle du salarié,
- une autre entreprise qui accepte de l'accueillir pour vérifier son projet professionnel,
- une autre entreprise susceptible de l'embaucher à l'issue de son arrêt de travail.

► **Pour quelle durée ?**

L'Essai encadré peut durer trois jours ouvrables au maximum, en continu ou fractionnables.

► **Quel est le statut du salarié ?**

Son statut ne change pas.

► **Quelle est la rémunération du salarié ?**

La CPAM continue de verser les indemnités journalières. Vous ne versez aucune rémunération.

► **Et si le salarié a un Accident du Travail pendant l'Essai encadré ?**

La déclaration d'accident du travail (DAT) est rédigée par l'entreprise d'accueil et devra mentionner la qualité de « stagiaire de la formation professionnelle » et le code risque 85.3 HA.

► **Des professionnels pour vous accompagner**

Vos interlocuteurs privilégiés sont le médecin du travail, l'organisme de placement spécialisé (ex Sameth), l'équipe Comète France (association d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap).

Votre salarié est également accompagné par l'assistant(e) social(e) de l'Assurance Maladie et sa CPAM.

► **Quelles modalités préalables ?**

Le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin traitant donnent leur accord.

Le médecin du travail de l'entreprise d'accueil réalise une visite médicale.



Elisabeth, 55 ans, aide à domicile, hernie discale.

Un Essai encadré chez un autre employeur va lui donner l'opportunité d'être embauchée sur un poste d'agent d'accueil en service hospitalier.

Annexe 5. Fiche de pré-orientation



L'ADAPT/ RHONE

CRP – Durée : De 6 à 12 semaines - Capacité d'accueil : Une session toutes les 4 semaines, soit 12 / an

Vos interlocuteurs

Nom – Prénom – tél
e-mail:

OBJECTIFS

Accompagner la personne dans sa démarche active d'orientation et de réinsertion sociale et professionnelle.
Facilité la définition d'un projet professionnel adapté et en préciser les conditions de réalisation.

PUBLIC

Personnes bénéficiaires d'une reconnaissance de travailleur handicapé.

Pré-requis et Conditions d'admissions

Décision d'orientation en préorientation émanant de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
Hommes et femmes de plus de 18 ans.
Stabilité médicale et autonomie physique.
Accepter le travail en groupe.
Connaître la langue française.

Moyens

Une équipe interdisciplinaire : coordinatrice, formateurs, médecin, infirmières, psychologue clinicienne
Une équipe de référents chargés de l'accompagnement individuel
Un centre ressources emploi/insertion
Un centre ressources pédagogiques
Un atelier technique/développement personnel



L'ADAPT RHONE

7 rue de Gerland, 69007 Lyon
☎ 04 72 71 59 60 Fax : 04 78 72 02 68
Email : lyon@ladapt.net

Déroulement :

Accueil

- Se situer dans sa démarche d'orientation
- Rencontrer le groupe, l'équipe d'intervenants

Positionnement

- Analyser son parcours antérieur, valoriser les compétences transférables
- Travailler la question du handicap et sa prise en compte
- Mesurer et reconnaître ses capacités techniques, gestuelles, comportementales, son niveau de connaissances générales et ses possibilités d'apprentissage
- Favoriser l'émergence de pistes professionnelles

Vérification de projet/Réentraînement

- Réaliser des enquêtes professionnelles (connaissance des métiers et de la réalité du marché de l'emploi)
- Réactiver des acquis et élargir ses compétences professionnelles (stage en entreprise)

Formalisation du projet

- Définir les étapes nécessaires à la mise en œuvre du projet
- Visiter des centres de formation, établir des relais avec les partenaires de l'insertion
- Effectuer un bilan de parcours, valider le projet

Le bilan de parcours avec proposition d'orientation est adressé à la MDPH

Méthodes pédagogiques

Alternance de travail en groupe et en individuel.
Personnalisation des parcours

L'ADAPT - Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

Annexe 6. Fiche UEROS



UNITE D'EVALUATION, DE REENTRAINEMENT ET D'ORIENTATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE U.E.R.O.S



L'ADAPT/ RHONE

CRP – Durée : De 6 mois

Vos interlocuteurs

Nom – Prénom – Fonction - e-mail :

OBJECTIFS

Accompagner la personne cérébro-lésée dans l'élaboration d'un nouveau projet social et/ou professionnel.

PUBLIC

Personnes atteintes de lésions cérébrales acquises (TC, AVC, Tumeur cérébrale...).

Pré-requis et Conditions d'admission

Nous accueillons des personnes dont les séquelles neuropsychologiques, physiques et Comportementales sont consécutives à une lésion cérébrale acquise.
La personne doit être titulaire d'une Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH) et bénéficier d'une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapé.

Procédure de pré admission

Entretien avec la coordinatrice de l'action.
Bilan neuropsychologique, ergothérapique et médical.

Programme

Bilan et évaluations

- Analyse de la situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle.
- Bilan des capacités physiques, sensorielles, neuropsychologiques, comportementales.
- Evaluation des acquis scolaires, des capacités de raisonnement, des aptitudes gestuelles et techniques.
- Exploration des compétences et des intérêts personnels et professionnels.

Phase de réentrainement et d'orientation

- Resocialisation et re dynamisation.
- Développement personnel : atelier créatif et travail psychocorporel.
- mémoire, organisation, planification, raisonnement
- Réactivation et développement des acquis de base.
- Développement des aptitudes gestuelles : travaux manuels variés.
- Réentrainement à l'effort : activités sportives adaptées.
- Elaboration du projet d'insertion sociale et/ou professionnelle.
- Définition des besoins en termes d'aménagements des activités

Validation du projet

- Mise en situation en milieu professionnel ou non professionnel.

Bilan de l'action et préparation des étapes ultérieures

- Recherche de formation, d'emploi en milieu ordinaire ou protégé.
- Mise en place d'activités bénévoles ou de développement personnel.

Méthodes pédagogiques

- Alternance de travail en groupe et en individuel.
- Personnalisation des parcours
- Quatre référents parmi les intervenants sont chargés du suivi du parcours des stagiaires.



L'ADAPT RHONE

7 rue de Gerland, 69007 Lyon

☎ 04 72 71 59 60 Fax : 04 78 72 02 68

Email : lyon@ladapt.net

www.ladapt.net

L'ADAPT - Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

Annexe 7. Fiche dispositif emploi accompagné



Dispositif Emploi Accompagné LADAPT Rhône – Métropole de Lyon

Vos interlocuteurs

Nom- Prénom – Référente Emploi Accompagné, en charge des admissions - tél
Email : _____

Public

- Travailleurs handicapés bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- Travailleurs handicapés accueillis dans un Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT) et ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- Travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle,
- Personnes vivant dans le Rhône et sur la Métropole de Lyon.

Objectifs généraux

- Accompagner vers et dans l'emploi les personnes présentes dans le dispositif, en mobilisant à la fois un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail,
- Le dispositif comprend un soutien et un accompagnement de la personne, ainsi que de l'entreprise.

Entrées

- Les personnes accompagnées sont reconnues en qualité de travailleur handicapé et orientées vers le Dispositif Emploi Accompagné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDMPH,
- L'admission est validée par la signature d'un contrat d'engagement bilatéral ou tripartite.

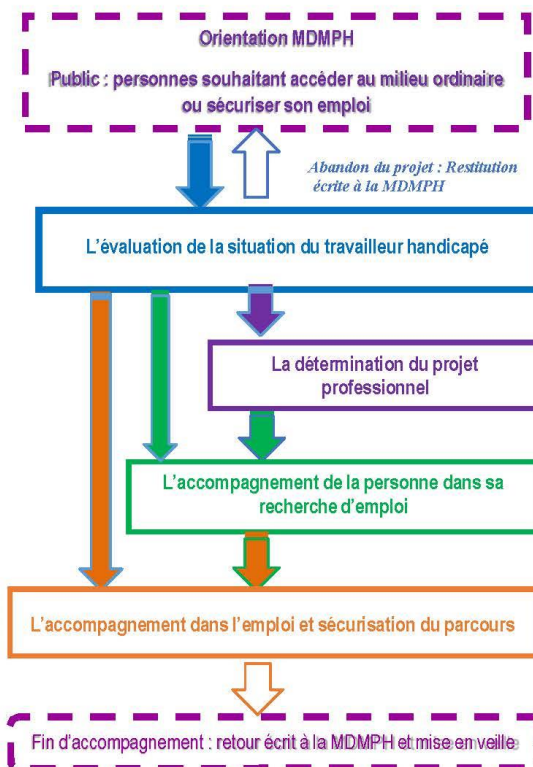
Déroulement de l'action

L'accompagnement est assuré par un professionnel référent, le **Référent Emploi Accompagné**, lequel intervient au sein même de l'entreprise et apporte un soutien à l'employeur, comme au collectif de travail au sein duquel est intégrée la personne. Il intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le rôle du **Référent Emploi Accompagné** est :

- D'être l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée,
- De contribuer à faciliter et à objectiver la perception par la personne de la réalité professionnelle,
- D'accompagner l'élaboration du projet professionnel et la recherche d'emploi,
- D'organiser la relation avec l'entreprise,
- D'assurer le recueil et la transmission des informations,
- D'assurer, auprès de la personne, la cohérence des actions menées et des activités proposées,
- De solliciter l'intervention d'un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire lorsque la situation le nécessite.

La personne accueillie pourra intégrer les étapes suivantes, en fonction de ses besoins et de ses capacités :



LADAPT RHÔNE : 7, rue de Gerland - 69007 LYON - tél : 04 72 71 59 60 / fax : 04 78 72 02 68 - lyon@ladapt.net

Association loi 1901, reconnue d'utilité publique

Annexe 8. Dépliant Contrat de rééducation professionnelle chez l'employeur (CRPE)

L'Assurance Maladie
Risques Professionnels en ligne

Des infos et des services sur ameli.fr/employeur

- ▶ Renseignez-vous sur les démarches qui concernent vos salariés.
- ▶ Informez-vous sur les risques propres à votre secteur d'activité.
- ▶ Engagez-vous dans des actions de prévention.
- ▶ Accédez aux informations pour mieux comprendre vos cotisations.
- ▶ Plus de renseignements au

3679 Service 0,06 € / min
+ prix appel

Arrêt de travail :
Préparez le retour de votre salarié
avec le Contrat de Rééducation
Professionnelle en Entreprise

ameli.fr

Votre salarié est en arrêt de travail et ne peut plus exercer son emploi actuel pour raisons de santé ? L'Assurance Maladie vous accompagne pour réussir sa réintégration.

▶ De quoi s'agit-il ?

Le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE) permet :

- à votre salarié de se réadapter à son ancienne profession,
- de former votre salarié à un nouveau métier compatible avec son état de santé.



Des formations sur mesure

Pour répondre aux besoins de l'entreprise et du salarié, le CRPE propose des modes de formation adaptés à chaque situation. La « formation tutorée » consiste à désigner, au sein de l'entreprise, un tuteur qui guidera le salarié tout au long du contrat. Si besoin, le salarié peut aussi bénéficier de formations dispensées par des organismes extérieurs.

▶ À qui s'adresse le CRPE ?

À un salarié en arrêt de travail avant la mise en place du CRPE :

- indemnisé par la CPAM au titre de la maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- reconnu travailleur handicapé par Maison départementale des personnes handicapées (MDPH),
- reconnu inapte à son poste par le médecin du travail.

▶ En pratique

Le CRPE peut se faire dans l'entreprise initiale du salarié ou dans une nouvelle entreprise.

Il prend la forme d'un contrat de travail à durée déterminée. Chez l'employeur initial, il suspend temporairement le contrat de travail initial tout en préservant le maintien de ses droits acquis.

▶ Qui signe le contrat ?

- vous-même,
- votre salarié,
- la CPAM dont dépend votre salarié,
- la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) est informée de la signature du CRPE.

▶ Pour quelle durée ?

Le CRPE est renouvelable une fois et ne peut excéder 18 mois.

▶ À quel moment ?

Le CRPE se prépare pendant l'arrêt de travail de votre salarié. Celui-ci n'est plus en arrêt lorsqu'il démarre le contrat.

▶ Quelle condition préalable ?

Le salarié passe une visite médicale au poste tutoré avec le médecin du travail.

▶ Quelle est la rémunération du salarié ?

Le salarié perçoit une rémunération correspondant :

- à son salaire brut s'il s'agit d'une réadaptation à son ancien métier,
- au salaire brut de sa future profession dans le cas d'une reconversion.

▶ Qui finance le CRPE ?

Vous cofinancez la rémunération du CRPE avec la CPAM. La répartition préconisée est de 50/50.

▶ Et si le salarié a un Accident du Travail ou est malade durant le CRPE ?

Le salarié doit alors fournir un arrêt de travail et son indemnité journalière prend comme base le salaire versé pendant le CRPE. Le contrat est suspendu durant l'arrêt. L'arrêt de travail n'a pas d'impact sur la durée du CRPE.

▶ Des professionnels pour vous accompagner

Vos interlocuteurs privilégiés sont : le médecin du travail, l'organisme de placement spécialisé (ex Sameth), l'équipe Comète France (association pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap).

Votre salarié est également accompagné par l'assistant(e) social(e) de l'Assurance Maladie et par sa CPAM.



Rémi, 37 ans, menuisier, atteint irréversible de l'épaule. Un CRPE de 16 mois et un aménagement technique lui ont permis de devenir responsable de la mise en fabrication des menuiseries.

Annexe 9. Fiche navette (MSA)

FICHE NAVETTE

Ce document est destiné à faciliter le travail de saisie des informations nécessaires dans le cadre du parcours maintien en emploi, de l'étape du signalement jusqu'à la sortie du parcours de l'assuré concerné.

Cette fiche permettra de renseigner notamment le tableau de suivi présenté page 30 relatif aux indicateurs de la COG 2016-2020.

Dans un premier temps, la fiche navette sera complétée de manière à enrichir la fiche de suivi individuel permettant ainsi de faciliter la remontée des informations par le tableau de suivi complété par chaque caisse (une version sous format EXCEL pour les deux documents sera adressée au réseau avant la fin de l'année 2016). Ultérieurement, il pourra être envisagé d'utiliser une application informatique locale, en cours de développement.

Il s'agit de garantir aux MSA un fonctionnement harmonisé des CPME, et, pour la CCMSA, de garantir une consolidation des informations recueillies homogènes et cohérentes, et de comptabiliser le nombre de CPME créées et le nombre de dossiers examinés (Indicateurs COG).

La fiche de suivi devra être complétée de la manière suivante :

1. Origine de la demande : à compléter par le prescripteur ;
2. Informations assuré : à compléter par le prescripteur ou les personnes ressources ;
3. Restriction d'aptitude/avis médecin conseil : à compléter par le médecin du travail et le médecin conseil ;
4. Contraintes sociales : à compléter par la personne ressource de l'ASS ;
5. Besoins exprimés par l'assuré : à compléter par le prescripteur ;
6. Actions pressenties par les personnes ressources : à compléter par les personnes ressources ;
7. Décision de la CPME : à compléter par le pilote maintien en emploi ;
8. Les suites du dossier : à compléter par le pilote maintien en emploi.

FICHE NAVETTE MAINTIEN EN EMPLOI

La personne est informée du signalement et accepte que les données nécessaires au traitement de son dossier puissent être transmises aux partenaires du prescripteur

1. ORIGINE DE LA DEMANDE : Date du signalement :

Nom du prescripteur : Service : SST ASS CM Autres :

Motif du signalement :

Validation de la démarche par l'assuré et accord: Oui Non

2. INFORMATIONS ASSURÉ

N° MSA : Date de naissance : Tél/mail. :

Nom Prénom : Adresse :

Situation professionnelle :

SA NSA, précisez :

CDD CDI Saisonnier Autres :

Temps complet Temps partiel

Poste de travail :

Date d'embauche ou de début d'activité :

Niveau d'étude : aucun diplôme Brevet des collèges CAP-BEP BAC BAC+2

>BAC+2

Si aucun diplôme : sait lire sait compter sait écrire

Nom de l'entreprise :

Référent :

Adresse :

Tél. :

Secteur activité :

L'employeur est-il informé du signalement ? Oui Non

Nombre d'associés (si NSA):

Lien familial avec l'employeur / le(s) associé(s) Oui Non

Effectif :

Situation administrative :

IJ AM AT MP

PI1 PI2 PI3

RQTH: Oui Non En cours

Nature du handicap : Moteur Sensoriel Psychique Cognitif Maladie invalidante

Situation familiale : célibataire marié(e) divorcé(e) pacsé(e) en concubinage

Nombre d'enfants à charge :

Informations MSA:

Nom de la personne ressource ASS :

Nom de la personne ressource SST :

Nom de la personne ressource CM :

Nom de la personne ressource Cap Emploi :

Date de la dernière visite médicale ou du dernier entretien infirmier :

Restriction dans l'exercice de l'activité professionnelle : oui non

3. RESTRICTIONS D'APTITUDES / AVIS MÉDECIN CONSEIL

Médecin du travail :

Médecin conseil :

4. CONTRAINTES SOCIALES / AUTRES INFORMATIONS**5. BESOINS EXPRIMÉS PAR L'ASSURÉ****6. ACTIONS PRESENTIES PAR LES PERSONNES RESSOURCES**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maintien dans le poste de travail | <input type="checkbox"/> Avec aménagement | <input type="checkbox"/> Sans aménagement |
| <input type="checkbox"/> Temps partiel thérapeutique | % | |
| <input type="checkbox"/> Reclassement au sein du groupe / de l'entreprise | <input type="checkbox"/> Avec aménagement | <input type="checkbox"/> Sans aménagement |
| | <input type="checkbox"/> Avec formation | <input type="checkbox"/> Sans formation |
| <input type="checkbox"/> Reconversion professionnelle | <input type="checkbox"/> Avec formation | <input type="checkbox"/> Sans formation |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

7. DÉCISION DE LA CELLULE*Date de passage :*

- Acceptation de prise en charge par la cellule Refus de prise en charge par la cellule
Motif :

Décision de la cellule :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maintien dans le poste de travail | <input type="checkbox"/> Avec aménagement | <input type="checkbox"/> Sans aménagement |
| <input type="checkbox"/> Temps partiel thérapeutique | % | |
| <input type="checkbox"/> Reclassement au sein du groupe / de l'entreprise | <input type="checkbox"/> Avec aménagement | <input type="checkbox"/> Sans aménagement |
| | <input type="checkbox"/> Avec formation | <input type="checkbox"/> Sans formation |
| <input type="checkbox"/> Reconversion professionnelle | <input type="checkbox"/> Avec formation | <input type="checkbox"/> Sans formation |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Outils à mobiliser:

- Temps partiel thérapeutique / travail léger Action collective ASS MSA PPS Cap Emploi
 Essai encadré Bilan compétence PSOP PMSMP RLH
 Autre :

Projet détaillé:**Personne désignée par la cellule :***pour informer des suites du dossier*

Coût de l'action :

8. LES SUITES DU DOSSIER

- L'assuré n'a pas donné suite* Motif :
- Assuré maintenu en emploi ou reclassé dans l'entreprise / le groupe
- Poste aménagé Temps thérapeutique Temps partiel Autre
- Préparation d'un autre projet professionnel : Création d'entreprise Formation professionnelle
- Aboutissement d'un autre projet professionnel : CDD CDI Intérim Création d'entreprise
- Assuré licencié ou en cours de licenciement pour inaptitude
- Recherche d'emploi
- Assuré dans une autre situation :

IJ AM AT MP

PI1 PI2 PI3

RQTH : Oui Non En cours

Outil(s) mobilisé(s)

- Temps partiel thérapeutique / travail léger Action collective ASS MSA PPS Cap Emploi
- Essai encadré Bilan compétence PSOP PMSMP RLH
- Autre :

Informations complémentaires :

COURRIER D'INFORMATION DE PRISE EN CHARGE PAR LA CPME

Pilote maintien en emploi MSA: (nom – prénom)

☎ :

Objet : Prise en charge de votre situation par la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi MSA

Le, A

Madame, Monsieur,

Après étude de votre situation, la MSA a souhaité vous faire bénéficier de l'expertise de sa cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi au sein de laquelle tous les acteurs nécessaires à la bonne continuité de votre activité professionnelle sont regroupés.

Cette cellule vous propose :

(Reprendre les conclusions de la fiche navette déterminée par la CPME).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Afin de recueillir votre avis et votre accord sur la mise en place de cette action, je me permettrai de vous contacter prochainement pour en discuter ensemble.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre Pilote maintien en emploi MSA

LA FICHE DE SUIVI INDIVIDUEL

Nom/Prénom - âge - fonction /poste de travail - temps de travail	Date de signalement	Dernier avis du médecin du travail	Historique (durée arrêts de travail, aménagements de poste réalisés, temps partiel thérapeutique, etc.)	Date d'ouverture du parcours ⁴⁰	Plan d'action proposé et suivi	Coût de l'action	Observations	Date de clôture du parcours ⁴¹
					Date :			
					Contenu de l'action :			
					Date :			
					Contenu de l'action :			
					Date :			
					Contenu de l'action :			

⁴⁰ Cette date correspond à la date de prise en charge de la situation de l'assuré par la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi.

⁴¹ Cette date correspond à la date de sortie du parcours maintien en emploi de l'assuré.

Document à utiliser sous réserve d'une autorisation Cnil.

LE TABLEAU DE SUIVI PAR LA CAISSE MSA

Ce tableau a pour objectif de transmettre à la CCMSA les avancées des caisses sur la problématique maintien en emploi et sur le fonctionnement de la cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi MSA.

Il vise également à répondre aux objectifs COG 2016-2020 et doit être rempli par le pilote maintien en emploi de la caisse MSA et validé par le COPIL.

Nom de la caisse MSA	Nom du pilote maintien en emploi	Nb de personnes dont la situation a été signalée et examinée par les cellules	Nb de personnes suivies	Nature de l'action	Devenir de l'assuré à la suite de la mesure mise en place

Afin que l'ensemble des pilotes maintien en emploi MSA puissent avoir la même compréhension sur la terminologie adoptée ci-dessus, veuillez prendre connaissances des éléments suivants :

- ✓ Le nombre de personnes dont la situation a été signalée et examinée par la cellule ne débouche pas nécessairement sur la mise en œuvre d'une action.
Il faut simplement qu'un signalement ait eu lieu, qu'une alerte auprès de la cellule ait été réalisée et que la cellule ait examiné le cas présenté.
- ✓ Le nombre de personnes suivies représente le nombre de personnes pour lequel la cellule a défini une action et que le référent maintien en emploi (option 1) ou le pilote (option 2) va suivre.
- ✓ La nature de l'action correspond à l'intitulé de l'action mise en œuvre.
- ✓ Devenir de l'assuré à la suite de l'action mise en œuvre. Ex. : Maintien sur le poste de travail, reclassement, licenciement etc.

Références

1. Direction générale du travail. Condition de travail. bilan 2014. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social; 2015.
2. Inspection générale des affaires sociales, Issindou M, Ploton C, Quinton-Fantoni S, Ensadon AC, Gosselin H. Aptitude et médecine du travail. Paris: IGAS; 2015.
3. Inspection générale des affaires sociales, Aballea P, du Mesnil du Buisson MA, Burstin A. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Rapport Tome I. Paris: IGAS; 2017.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R_Tome_I.pdf
4. Inspection générale des affaires sociales, Aballea P, du Mesnil du Buisson MA, Burstin A. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Annexes Tome II. Paris: IGAS; 2017.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-025R_Tome_II.pdf
5. Lecocq C, Dupuis B, Forest H, Lanouziere H. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. Paris: La Documentation Française; 2018.
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rappports-publics/184000578.pdf>
6. Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med (Lond)* 2013;63(1):7-16.
7. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(10):CD006955.
8. Lombrail P, Pascal J. Inégalités de santé et accès aux soins, . *Tribunes de la santé* 2005;3(8):104-11.
9. Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale. INCa, La vie deux ans après un diagnostic de cancer: De l'annonce à l'après-cancer. Boulogne Billancourt: INCa; 2014.
10. Sermet C, Khlaf M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2004;52(5):465-74.
11. Mesrine A. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Eco Stat* 2000;334(1):33-48.
12. Debout M. Le traumatisme du chômage. Ivry sur Seine: Editions de l'Atelier; 2015.
13. Fassier JB, Durand MJ, Loisel P. De la recherche à l'amélioration des pratiques en prévention d'incapacité du travail. *Douleur et Analgésie* 2009;24(Suppl 1):24-8.
14. Fassier JB, Petit A, Yven C. Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. *Douleurs : Evaluation Diagnostic Traitement* 2004;15(1):11-9.
15. Loisel P, Johannes A. Handbook of work disability: Prevention an management. New York: Springer; 2013.
16. Durand MJ, Loisel P, Hong QN, Charpentier N. Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil* 2002;12(3):191-204.
17. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
18. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-44.
19. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* 2010;6:1511-3.
20. Escorpizo R, Finger ME, Glassel A, Gradinger F, Luckenkemper M, Cieza A. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil* 2011;21(2):134-46.
21. Wormgoor ME, Indahl A, van Tulder MW, Kemper HC. Functioning description according to the icf model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. *J Rehabil Med* 2006;38(2):93-9.
22. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.
23. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Saint-Denis LaPlaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf

24. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, *et al.* Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 2014;348:g1687.
25. Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technol Assess* 2015;19(99):1-188.
26. Lewin S, Hendry M, Chandler J, Oxman AD, Michie S, Shepperd S, *et al.* Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT_SR). *BMC Med Res Methodol* 2017;17(1):76.
27. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, *et al.* Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil* 2017.
28. Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence. *J Head Trauma Rehabil* 2009;24(3):195-212.
29. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(9):CD000963.
30. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, *et al.* Interventions to improve return to work in depressed people (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014;Issue 12:CD006237.
31. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, *et al.* Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011618.
32. Ebrahim S, Malachowski C, Kamal El Din M, Mulla SM, Montoya L, Bance S, *et al.* Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2015;25(1):240-55.
33. Haute Autorité de santé. Le dossier médical en santé au travail Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rbpp_-_dossier_medical_en_sante_au_travail_-_argumentaire.pdf
34. Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre. Le dossier médical en santé au travail (DMST) [En ligne]. Paris: CNOM; 2015. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomdossiermedicalseanteautravail_.pdf
35. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med* 2008;65(7):494-9.
36. White MI, Wagner SL, Schultz IZ, Murray E, Bradley SM, Hsu V, *et al.* Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work* 2015;52(2):353-73.
37. Wagner S, White M, Schultz I, Murray E, Bradley SM, Hsu V, *et al.* Modifiable worker risk factors contributing to workplace absence: a stakeholder-centred best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work* 2014;49(4):541-58.
38. Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. *Scand J Work Environ Health* 2009;35(4):261-81.
39. Duijts SF, Kant I, Swaen GM, van den Brandt PA, Zeegers MP. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol* 2007;60(11):1105-15.
40. Gagnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbiere M. Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *J Occup Rehabil* 2017.
41. Ervasti J, Joensuu M, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Vahtera J, *et al.* Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2017;95:28-36.
42. Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med* 2008;65(3):153-7.
43. Odgaard L, Pedersen AR, Poulsen I, Johnsen SP, Nielsen JF. Return to work predictors after traumatic brain injury in a welfare state. *Acta Neurol Scand* 2017.

44. Vooijs M, Leensen MC, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MH. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occup Environ Med* 2015;72(11):820-6.
45. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil* 2012;22(4):462-77.
46. Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med* 2008;40(10):796-804.
47. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Principales pathologies à l'origine des arrêts de travail en maladie de plus de 6 mois et des mises en invalidité en 2015 et 2016. Paris: CNAM; 2017.
48. Direction générale du travail. Conditions de travail. Bilan 2012 Paris: Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social; 2013.
49. European Society of Cardiology, Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-81.
50. Pavy B, Iliou MC, Verges-Patois B, Brion R, Monpere C, Carre F, *et al.* French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Arch Cardiovasc Dis* 2012;105(5):309-28.
51. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, *et al.* Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap* 2016;24(1):32.
52. Maznyczka AM, Howard JP, Banning AS, Gershlick AH. A propensity matched comparison of return to work and quality of life after stenting or coronary artery bypass surgery. *Open Heart* 2016;3(1):e000322.
53. Latil F, Iliou MC, Boileau C, Pietri JX, Lechien C, Ha-Vinh P, *et al.* Retour au travail après un accident coronarien aigu. *Ann Cardiol Angeiol* 2017;66(2):81-6.
54. Dreyer RP, Xu X, Zhang W, Du X, Strait KM, Bierlein M, *et al.* Return to work after acute myocardial infarction: Comparison between young women and men. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2016;9(2 Suppl 1):S45-52.
55. Babic Z, Pavlov M, Ostric M, Milosevic M, Misigoj Durakovic M, Pintaric H. Re-initiating professional working activity after myocardial infarction in primary percutaneous coronary intervention networks era. *Int J Occup Med Environ Health* 2015;28(6):999-1010.
56. Biering K, Lund T, Andersen JH, Hjollund NH. Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease. *J Occup Rehabil* 2015;25(4):776-82.
57. Pavy B, Barbet R, Carre F, Champion C, Iliou MC, Jourdain P, *et al.* Therapeutic education in coronary heart disease: position paper from the Working Group of Exercise Rehabilitation and Sport (GERS) and the Therapeutic Education Commission of the French Society of Cardiology. *Archives of cardiovascular diseases* 2013;106(12):680-9.
58. Société française de cardiologie, Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère C. Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011. Paris: SFC; 2011. https://sfcardio.fr/sites/default/files/Groupes/GERS/Actualites/reco_referentiel_gers_long_2011.pdf
59. Jeyantham K, Kotecha D, Thanki D, Dekker R, Lane DA. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* 2017;22(6):731-41.
60. Cornelis J, Beckers P, Taeymans J, Vrints C, Vissers D. Comparing exercise training modalities in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2016;221:867-76.
61. Or CK, Tao D, Wang H. The effectiveness of the use of consumer health information technology in patients with heart failure: A meta-analysis and narrative review of randomized controlled trials. *J Telemed Telecare* 2017;23(1):155-66.
62. Munro J, Angus N, Leslie SJ. Patient focused Internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation--a systematic review. *J Telemed Telecare* 2013;19(6):347-53.
63. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012;49(6):755-71.
64. Reibis RK, Kamke W, Langheim E, Voller H. Rehabilitation of patients with cardiac pacemakers and implanted cardioverter-defibrillators: recommendations for training, physiotherapeutic procedures and re-employment. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135(15):759-64.
65. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004;328(7433):189.

66. OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2013.
67. World Health organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
68. Organisation for Economic Co-operation and Development. Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work. OECD Publishing: OECD Publishing; 2012.
69. Niedhammer I, Chastang JF, Sultan-Taieb H, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *Eur J Public Health* 2013;23(4):622-9.
70. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, *et al.* Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010;20(3):275-92.
71. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2011;21(2):259-74.
72. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):93-104.
73. Joosen MC, Brouwers EP, van Beurden KM, Terluin B, Ruotsalainen JH, Woo JM, *et al.* An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med* 2015;72(5):313-22.
74. van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003;29(6):478-87.
75. Audhoe SS, Hoving JL, Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Development and qualitative evaluation of an adapted return to work guideline for the sick-listed unemployed and temporary agency workers with minor psychological problems. *BMC Res Notes* 2012;5:535.
76. Reavley NJ, Ross A, Killackey EJ, Jorm AF. Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related disorder: a Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. *BMC Psychiatry* 2012;12:135.
77. van Beurden KM, van der Klink JJ, Brouwers EP, Joosen MC, Mathijssen JJ, Terluin B, *et al.* Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health* 2015;15:796.
78. van Beurden KM, Brouwers EPM, Joosen MCW, de Boer MR, van Weeghel J, Terluin B, *et al.* Effectiveness of an Intervention to Enhance Occupational Physicians' Guideline Adherence on Sickness Absence Duration in Workers with Common Mental Disorders: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil* 2017;27(4):559-67.
79. van Beurden KM, Joosen MCW, Terluin B, van Weeghel J, van der Klink JJJ, Brouwers EPM. Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. *Disabil Rehabil* 2018;40(22):2623-31.
80. Dietrich S, Deckert S, Ceynowa M, Hegerl U, Stengler K. Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(1):1-11.
81. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, 3rd, DeRango K, *et al.* Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil* 2012;22(3):312-21.
82. Noordik E, van der Klink JJ, Klingen EF, Nieuwenhuijsen K, van Dijk FJ. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. *BMC Public Health* 2010;10:598.
83. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, *et al.* Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006389.
84. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 2012;22(2):182-95.
85. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 2015;88(6):659-67.
86. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, van Lomwel AG, van der Feltz-Cornelis CM. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *J Occup Rehabil* 2015;25(2):423-31.

87. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, *et al.* Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2010;6:375-85.
88. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;77(2):109-30.
89. Institut national du cancer. La vie 5 ans après un diagnostic de cancer a été réalisée dans la continuité de l'enquête précédente. Boulogne-Billancourt: INC; 2018.
90. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Barnay T, Ben Halima B, Ali Ben Halima M, Duguet E, Lanfranchi J, *Leclainche C, et al.* Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives. Paris: IRDES; 2018. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.pdf>
91. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med* 2010;67(9):639-48.
92. Egan MY, McEwen S, Sikora L, Chasen M, Fitch M, Eldred S. Rehabilitation following cancer treatment. *Disabil Rehabil* 2013;35(26):2245-58.
93. de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occup Med (Lond)* 2009;59(6):378-80.
94. Handberg C, Nielsen CV, Lomborg K. Men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2014;23(2):159-72.
95. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ* 2005;330(7495):802-3.
96. Organisation for Economic Cooperation and Development. Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A synthesis of findings across OECD Countries. Paris: OECD; 2010.
97. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health & well-being? [En ligne]. London: TSO; 2006. <http://iedereen-aandeslag.nl/wp-content/uploads/2016/07/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>
98. Eurostat statistics. Healthy life years statistics (from 2004 onwards) [En ligne] 2015. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
99. Fotakis C, Peschner J. Demographic change, human resources constraints and economic growth. The EU challenge compared to other global players. Luxembourg: European Union; 2015.
100. Aranki T, Macchiarelli C. Employment duration and shifts into retirement in the EU. Working Paper Series N°1517. London: European Central Bank; 2013. <https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecbwp1517.pdf>
101. Berthelette D. Les interventions visant à accroître la rétention des salariés seniors : un bilan des connaissances scientifiques. *Arch Mal Prof Env* 2010;71:351-5.
102. Koolhaas W, van der Klink JJ, Vervoort JP, de Boer MR, Brouwer S, Groothoff JW. In-depth study of the workers' perspectives to enhance sustainable working life: comparison between workers with and without a chronic health condition. *J Occup Rehabil* 2013;23(2):170-9.
103. Choong P, Brooks P. Achievements during the Bone and Joint Decade 2000-2010. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2012;26(2):173-81.
104. Lidgren L. Looking back at the start of the Bone And Joint Decade what have we learnt? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2012;26(2):169-71.
105. Coutu MF, Côté D, Baril R. The Work-Disabled Patient. Dans: Loisel P, Anema JR, ed. *Handbook of Work Disability: Prevention and Management. Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work.* Paris: OECD; 2015.
106. Organisation for Economic Co-operation and Development. Fit mind, fit Job. From evidence to practice in mental health and work. OECD Publishing; 2015.
107. Hansson M, Bostrom C, Harms-Ringdahl K. Sickness absence and sickness attendance--what people with neck or back pain think. *Soc Sci Med* 2006;62(9):2183-95.
108. Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, *et al.* European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S136-68.
109. Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil* 2009;19(1):64-80.

110. Loisel P, Gosselin L, Durand P. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Appl Ergon* 2001;32:53-60.
111. Loisel P, Durand P, L A. Management of occupational back pain: the Sherebrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med* 1994;51:597-602.
112. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, *et al.* Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 2002;59(12):807-15.
113. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62(8):781-96 e1.
114. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85(3):317-32.
115. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, *et al.* General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006;124(3):330-7.
116. Poiraudou S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, *et al.* Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45(6):718-23.
117. Baril R, Durand D, Coutu MF, Côté D, Cadieux G, Rouleau A. L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail ; 2008.
118. Coutu MF, Legare F, Durand MJ, Corbiere M, Stacey D, Bainbridge L, *et al.* Operationalizing a shared decision making model for work rehabilitation programs: a consensus process. *J Occup Rehabil* 2015;25(1):141-52.
119. Dekkers-Sanchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* 2010;42(6):544-52.
120. Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, *et al.* Systematic review of prognostic factors for return to work in workers with sub acute and chronic low back pain. *J Occup Rehabil* 2017;27(3):369-81.
121. International Social Security Association. Return to work and reintegration. Geneva: ISSA; 2013. <http://www.kmgghp.com/assets/2-guidelines-return-to-work-and-reintegration.pdf>
122. Snodgrass J. Effective occupational therapy interventions in the rehabilitation of individuals with work-related low back injuries and illnesses: a systematic review. *Am J Occup Ther* 2011;65(1):37-43.
123. Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil* 2008;18(1):16-26.
124. Durand MJ, Corbiere M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work* 2014;48(4):579-89.
125. European Agency for safety and Health at Work, Belin B, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y, Fries-Tersch E. Analysis report on EU and member States policies, strategies and programmes. Bilbao: EASHW; 2016.
126. Société Française de Médecine du travail, Société française de toxicologie analytique, Société de toxicologie clinique. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Rouen: SFMT; 2013. http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Argumentaire_scientifique.pdf
127. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, *et al.* EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72(7):1125-35.
128. Hou WH, Chi CC, Lo HL, Kuo KN, Chuang HY. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(10):CD010002.
129. Oosterhuis T, Costa LO, Maher CG, de Vet HC, van Tulder MW, Ostelo RW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(3):CD003007.
130. Peters S, Page MJ, Coppieters MW, Ross M, Johnston V. Rehabilitation following carpal tunnel release. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD004158.
131. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Roe C, Lund T, Marklund S, *et al.* Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(4):CD008160.

132. Oakman J, Keegel T, Kinsman N, Briggs AM. Persistent musculoskeletal pain and productive employment; a systematic review of interventions. *Occup Environ Med* 2016;73(3):206-14.
133. Varatharajan S, Cote P, Shearer HM, Loisel P, Wong JJ, Southerst D, *et al.* Are work disability prevention interventions effective for the management of neck pain or upper extremity disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) collaboration. *J Occup Rehabil* 2014;24(4):692-708.
134. Lane TJ, Lilley R, Hogg-Johnson S, LaMontagne AD, Sim MR, Smith PM. A Prospective Cohort Study of the Impact of Return-to-Work Coordinators in Getting Injured Workers Back on the Job. *J Occup Rehabil* 2017.
135. Baldwin C, Brusco NK. The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil* 2011;18(5):562-72.
136. Hartke RJ, Trierweiler R. Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Top Stroke Rehabil* 2015;22(5):326-34.
137. Scaratti C, Leonardi M, Sattin D, Schiavolin S, Willems M, Raggi A. Work-related difficulties in patients with traumatic brain injury: a systematic review on predictors and associated factors. *Disabil Rehabil* 2017;39(9):847-55.
138. van Velzen JM, van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Inj* 2009;23(6):473-88.
139. Kornblith AB, La Rocca NG, Baum HM. Employment in individuals with multiple sclerosis. *Int J Rehabil Res* 1986;9(2):155-65.
140. Raggi A, Covelli V, Schiavolin S, Scaratti C, Leonardi M, Willems M. Work-related problems in multiple sclerosis: a literature review on its associates and determinants. *Disabil Rehabil* 2016;38(10):936-44.
141. Schiavolin S, Leonardi M, Giovannetti AM, Antozzi C, Brambilla L, Confalonieri P, *et al.* Factors related to difficulties with employment in patients with multiple sclerosis: a review of 2002-2011 literature. *Int J Rehabil Res* 2013;36(2):105-11.
142. Cores EV, Vanotti S, Burin DI, Politis DG, Villa A. Factores asociados con la situación laboral de pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Neurol* 2014;58(4):175-83.
143. Smith LN, James R, Barber M, Ramsay S, Gillespie D, Chung C. Rehabilitation of patients with stroke: summary of SIGN guidance. *BMJ* 2010;340:c2845.
144. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD007256.
145. Tyerman A. Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services. *NeuroRehabilitation* 2012;31(1):51-62.
146. Ben-Yishay Y. Relation-ship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1987;2(1):35-48.
147. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj* 2016;30(2):113-31.
148. Dodson MB. A model to guide the rehabilitation of high-functioning employees after mild brain injury. *Work* 2010;36(4):449-57.
149. Xerri B. Des indicateurs consensuels concernant les démarches de maintien en emploi dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ? *Arch Mal Pro Envir* 2018.
150. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress* 2006;20(2):129-44.
151. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2010;67(9):596-602.
152. Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2012;70(4):252-60.
153. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2013;39(2):144-54.
154. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, *et al.*

Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 2013;70(4):223-30.

155. Grace SL, Turk-Adawi KI, Contractor A, Atrey A, Campbell NR, Derman W, *et al.* Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings: An international council of cardiovascular prevention and rehabilitation consensus statement. *Prog Cardiovasc Dis* 2016;59(3):303-22.

156. Petit A, Rousseau S, Huez JF, Mairiaux P, Roquelaure Y. Pre-employment examination for low back risk in workers exposed to manual handling of loads: French guidelines. *Int Arch Occup Environ Health* 2016;89(1):1-6.

157. Begue C, Delaborde A, Huez J-F, Tessier-Cazeneuve C, Mener É, Roquelaure Y, *et al.* Troubles musculo-squelettiques?: rôles des médecins-conseils et relations interprofessionnelles. *Santé Publ* 2016;28(2):197-206.

Droits d'auteur

Ce document est publié par la Haute Autorité de Santé qui en détient les droits. À l'exception des contenus auxquels sont attachés des droits de propriété intellectuelle de tiers, les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées conformément aux articles L. 321-1 et suivants du Code des relations entre le public et l'administration. La réutilisation de ces documents est soumise à la condition qu'ils ne soient pas altérés, leur sens dénaturé et que leur source et la date de leur dernière mise à jour soient mentionnées.

Les éléments suivants, auxquels sont attachés des droits de propriété intellectuelle de tiers, ne sont pas réutilisables sans l'accord préalable des intéressés :

- Modèle de recherche sur le retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer (Mehnert, 2011) (88).

Si vous souhaitez reproduire ou réutiliser ces contenus, merci de bien vouloir contacter le Service juridique de la Haute Autorité de Santé pour connaître les conditions applicables à leur utilisation à l'adresse suivante : service.juridique@has-sante.fr.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail :

Institutionnels et autres agences :

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)*

Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)* du Languedoc-Roussillon

Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)*

Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-De-France (Cramif)*

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*

Direction générale du travail (DGT)*

Institut national du cancer (INCa)

Institut National de recherche et de sécurité au travail (INRS)*

(*) Cet institutionnel / cette agence a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Sociétés savantes et organismes professionnels :

Association Comète France*

Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (Agefiph)*

Collège de la médecine générale (CMG)*

Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer)*

Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth)

Société française de médecine du travail (SFMT)*

Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)

Société française de rhumatologie (SFR) - Section rachis*

(*) Cette société savante / cet organisme professionnel a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Associations de patients et d'usagers:

Atout Cancer

Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss)

Fédération nationale des accidentés du travail (FNATH)

Fédération nationale France AVC*

Fédération régionale Atout Cœur

France Dépression

Impatients, Chroniques & Associés*

Jeunesse Solidarité Cancer

Ligue nationale contre le cancer*

(*) Cette association / cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Mme Camille Baumann, juriste droit social, ISTNF, Lille

M. Thierry Boulissiere, conseiller technique, DGCS, Paris

Dr François-Xavier Brouck, directeur des assurés, CNAM, Paris

Mme Nathalie Chazal, chargée de coordination et développement des projets sociaux, CARSAT, Montpellier

Dr Michel David, médecin généraliste, Montpellier

Mme Céline Demaretz, responsable ressources Humaines Opac, Amiens

Dr Anne Delépine, médecin du travail, INRS, Paris

Pr Sophie Fantoni-Quinton, médecin du travail, Lille

Dr Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail, Lyon

Dr Marion Lamort-Bouché, médecin généraliste, Lyon

Dr Véronique Maeght-Lenormand, médecin du travail, MSA, Bobigny

Mme Catherine Mosmann, DGT, Paris

Pr Julien Nizard, chef du centre fédératif douleur soins palliatifs et support; responsable de l'unité de recherche clinique douleur et neurochirurgie; Nantes

Dr Ludivine Nohales, psychiatre, Lyon

Pr Audrey Petit, médecin du travail, Angers

Dr Philippe Petit, médecin conseil CNAM, direction des risques professionnels, Paris

Mme Anna Picard, directrice Comète France, Lorient

M. Eddy Queval, DGT, Paris

M. Frédéric Rabinaising, chargé de projet CRAMIF, Paris

Mme Anne Raucaz, représentante d'usagers, ligue nationale contre le cancer, Paris

Mme Marie-Hélène Ravel, représentante d'usagers, impatients chroniques et associés, Issy-Les-Moulineaux

Dr Laetitia Rollin, médecin du travail, Rouen

Mme Sylvie Surun, chargée de mission, Agefiph, Bagneux

Dr Bertrand Xerri, médecin du travail, Saint-Maur-des-Fossés

Mme Catherine Yven coordinatrice unité Comète France Lyon-les-massues, Lyon

Groupe de lecture

Dr Pierre Aballea, inspection générale des affaires sociales, Paris

Dr Géraldine Amargil, médecin du travail, Saint-Cloud

Mme Géraldine Bac-Mauvisseau, Responsable emploi France groupe PSA, Poissy

Dr Isabelle Badinier, médecin du travail, Vitry-sur-Seine

M. Laurent Bailly, juriste CNAM, Paris

Mme Dominique Baradat, chargée de mission ANACT, Mérignac

Dr Anne-Laure Barel, médecin du travail, Rennes

Dr Joëlle Barrit, médecin-inspecteur du travail, Nantes

Mme Sylvie Barthe, chef de projet prévention de la désinsertion professionnelle, direction des risques professionnels CNAM, Paris

Dr Aude Baubri, médecine physique et de réadaptation, Noth

Dr Bossard Laurence, médecin du travail, Lyon

Dr Tanguy Bothuan, juriste droit social, Ile-de-France

M. Jean-Michel Bouchon, ex-directeur de SSTI retraité.

Dr Céline Bouton, médecin généraliste, Saint-Germain-sur-Moine

Dr Nathalie Brouck-Herbaux, médecin du travail, Marcq-en-Barœul

Dr Agnès Brun, médecin du travail, Paris

Dr Amandine Brun, médecin du travail GIMS13, Marseille

Dr Emmanuelle Cadic-Gautier, médecin du travail, Rennes

Dr Sandrine Cartegnie, médecin du travail, Le Port-île de-La-Réunion

Dr Catherine Charuel, médecin-inspecteur du travail, DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes, Lyon

- Dr Anne Chatfield, médecin du travail, Lille
- Mme Catherine Chazette, infirmière de santé au travail, Grenoble
- Dr Christophe Collomb, médecin du travail, Metz
- Mme Gervais Creze, responsable régional du service social CRAMIF, Paris
- Dr Catherine Dalm, médecin-inspecteur du travail, Bordeaux
- Dr Anne-Claire D'apolito, médecin du travail Comète France, Garches
- Dr Bruno Dechamps, médecin du travail en SSTI, Le Havre
- Mme Sabine Deloux, responsable service Sameth, Alsace
- Dr Gerald Demortiere, médecin du travail, Saint-Ouen-l'Aumône
- Dr Alexis Descatha, médecin du travail, Garches
- Dr Florent Desert, médecin du travail, La Défense
- Dr Walter Daveluy, médecin de médecine physique et de réadaptation, Lille
- Mme Nathalie Dross, caisse des dépôts,
- Mme Delphine Dubost, responsable ressources humaines, la Courneuve
- Dr Quentin Durand-Moreau, médecin du travail, Brest
- Mme Najat Ennceiri-Lefebvre, sous-directrice, responsable adjointe du département coordination et efficacité des soins, CNAM, Paris
- Dr Karine Ferrand, médecin du travail, Cergy
- Mme Julie Ferroudj, infirmière en santé au travail, Le Puy-en-Velay
- Dr Laurence Fournier Vallée, médecin du Travail, Nice
- Pr Paul Frimat, médecin du travail, Lille
- Pr Jean-François Gehanno, médecin du travail, Rouen
- M. Vincent God, responsable régional service social CARSAT, Midi-Pyrénées
- Dr Emmanuelle Goujon, médecin du travail, Nanterre
- Dr Béatrice Grimaldi, médecin du travail, Paris
- M. Marc Guégan, directeur AIST89 (SSTI de l'Yonne), Auxerre
- Mme Frédérique Guerenne, responsable régionale service social CARSAT, Montpellier
- Dr Emmanuelle Guichard, médecin conseil, Bourg-en-Bresse
- Dr Antoine Hauter, médecin du travail, Paris
- Dr Maryse Herbecq, médecin conseil régime général, Lille
- Mme Marine Jeantet, Directrice branche AT/MP de la CNAM, Paris
- Mme Martine Keryer, santé au travail, handicap CFE-CGC, Vincennes
- Dr Florence Konfe, médecin du travail, Franconville
- Dr Béatrice Kozar, médecin conseil, Montpellier
- Dr Hervé Laborde-Casterot, médecin du travail, Paris
- Dr Nadège Lepage, médecin du travail, Lille
- Dr Francois-Xavier Lesage, médecin du travail, Montpellier
- Dr Corinne Letheux, médecin du travail, Paris
- Mme Catherine Levrat-Pinatel, chargée de mission, ARACT Occitanie, Montpellier
- Dr Hélène Lourtis, médecin du travail en SSTI, Angers
- Dr Sophie Mandon-Broucas, médecin du travail, Bordeaux
- Dr Laurence Marescaux, médecin du travail, médecin inspecteur du travail DIRECCTE, Bretagne
- Mme Sandrine Margaroli, infirmière en santé au travail SSTI, AMETRA, Montpellier
- Dr Benoit Mauguy, médecin du travail, Directeur général d'OSTRA, Saint-Germain-en-Laye
- Dr Florence Meurant, médecin du travail, Valenciennes
- Dr Elisabeth Milliau, médecin du travail en SSTI, AMETRA, Montpellier
- Dr Véronique Monsterleet, médecin du travail, Lille
- Dr Vinh Ngo, médecin du travail, directeur général, CIAMT santé au travail, Ile-de-France
- Dr Nadine Nouaille, médecin du travail, Limoges
- Dr Anne Ooghe, médecin conseil CNAM, chef de service ELSM, Vannes
- Dr Fanny Perrin-Blanc, médecin du travail, Evry
- M. Cyrille Petitjean, psychologue du travail en SSTI, AMETRA, Montpellier
- M. Alain Prunier, bénévole FNATH, Saint-Etienne

Dr Pascale Roppenneck, médecin de médecine physique et de réadaptation, Bois-Guillaume

Dr Isabelle Ruedas-Tran, médecin du travail, CIAMT santé au travail, Ile-de-France

M. Jean-Michel Schweitzer, conseil en relations sociales et conditions de travail, ancien opérateur de maintien en emploi, Metz

Dr Bernard Siano, médecin du travail, INRS, Paris

Dr Garance Sofer, médecin du travail, Massy

Mme Anne Thiebeauld, CNAM branche risques professionnels, Paris

Dr Pierre Thillaud, médecin du travail, directeur SSTI, représentant CPME, Paris

Dr Dominique Tripodi, chef de service pathologie professionnelle et environnementale, Nantes

Dr Helene Verdier, médecin du travail en SSTI (SAMSI), Toulouse

Mme Patricia Vernay, responsable du département animation et pilotage du service social CNAM, Paris

Fiche descriptive

Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ayant des problèmes de santé	
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> Proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs (optimisé dans l'entreprise d'origine), afin de réduire le nombre d'inaptitudes vectrices de perte d'emploi. Améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle.
Patients ou usagers concernés	Tout travailleur suivi par un service de santé au travail, qui présente, en raison de son état de santé, une limitation de sa capacité à se maintenir au poste occupé. Les personnes en recherche d'emploi ou sans contrat, notamment les travailleurs indépendants, ne rentrent pas dans le champ de ces recommandations.
Professionnel(s) concerné(s)	Ces recommandations visent les équipes pluridisciplinaires des SST, mais peuvent éclairer les autres professionnels du champ du MEE et plus largement du médico-social : services médicaux, sociaux et de prévention des organismes de Sécurité sociale, médecins traitants généralistes ou d'autres spécialités médicales, acteurs du milieu de travail, Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), organismes de placement spécialisé (Cap Emploi), missions handicap, obligation emploi travailleurs handicapés (OETH), Comète France, etc.
Demandeur	Cf. saisine HAS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles ; Société française de médecine du travail (SFMT)
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 2007 à mars 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Camille Baumann, juriste, Lille ; Sophie Fantoni, médecin du travail, Lille ; Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail, Lyon ; Audrey Petit, rhumatologue, Angers ; Laetitia Rollin, médecin du travail, Rouen.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS décembre 2018
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr