



HAL
open science

Maintien en emploi des personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins en santé au travail exerçant en région Grand Est

Ophélie Kiefer, Matthias Roulon

► To cite this version:

Ophélie Kiefer, Matthias Roulon. Maintien en emploi des personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins en santé au travail exerçant en région Grand Est. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517120

HAL Id: hal-04517120

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517120v1>

Submitted on 22 Mar 2024

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2023

12890C

THÈSE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du

D.E.S. DE MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL

Par

KIEFER Ophélie et ROULON Matthias

Le jeudi 6 Avril 2023

**Maintien en emploi des personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques :
étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins en santé au travail
exerçant en région Grand Est**

Membres du Jury :

M. le Professeur Jean PAYSANT

Président du Jury

Mme le Professeur Anne-Christine RAT

Juge

Mme le Docteur Isabelle THAON

Directrice de Thèse



Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Dr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE – Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN – Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS – Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN – Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND – Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU – Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -
Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP -
Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3° sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3° sous-section : Immunologie

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : Génétique

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2° sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5° sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -

Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4° sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batic POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU - Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Docteur Fabrice VANHUYSE

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90° Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur PAYSANT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Médecine physique et de réadaptation

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez pu porter à notre sujet ainsi que pour votre disponibilité.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur RAT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en Rhumatologie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Votre écoute et votre expertise nous ont été d'une aide précieuse.

Nous vous exprimons ici toute notre gratitude.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Madame le Docteur THAON

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier en Médecine et Santé au Travail

Nous tenions à exprimer ici toute notre gratitude d’avoir accepté de nous confier ce travail et de nous avoir aidé dans notre réflexion à travers vos conseils avisés.

Nous vous remercions du temps que vous avez pu nous consacrer.

Remerciements de Matthias ROULON

A toutes les personnes qui m'ont accompagné durant mes études de médecine :

A mes très chers amis de la faculté, **Nicolas, Clément, Lucas, Philipe, Valentin, Alexandre, Marion, Marie et Dania**. Merci pour votre amitié sans faille, chacune d'entre-elle est unique. Merci pour nos fous rires à la BU (quand il n'y avait pas de colis à attendre à la maison), nos sorties en ville, nos soirées plus posées, nos sessions sports et plus encore... Je suis fière d'avoir pu participer à cette aventure et de vous avoir eu à mes cotées.

A **Dorian, Fabien, Laurie, Jessie et Estelle**. Merci à vous pour ce semestre d'été à l'IRR de PIERQUIN si agréable pourtant passé si vite.

A **Clément**, (dixit le vendeur de système solaire) merci pour ta gentillesse, ton écoute et ta bonne humeur partagée depuis quelques années seulement.

A **Nicolas**, merci à toi pour ces moments d'entraide et de rire à l'UPM de Lunéville.

A **Cédric, Yan, Mathilde, Aurélie, Shadi, Clémence et Amélie** ; Merci à vous pour les bons moments passés en JDV et en dehors : ce n'est que le début.

A **Ophélie**, merci pour ce travail en binôme fastidieux, toujours dans la bonne humeur.

A **Jordan**, mon ami du lycée que je n'oublie pas, du fin fond du Canada coachant des Zyzs. Je suis sincèrement fier d'avoir conservé ce lien avec toi.

Merci à tous ceux que j'ai pu oublier et qui me sont chers...

A ma famille :

A Elodie, merci pour l'amour que tu m'apportes depuis presque dix ans maintenant. Merci pour ton soutien et ton inquiétude bienveillante à mon égard au quotidien. Merci pour ta douceur et ta gentillesse si chère à mes yeux. Notre chemin ensemble ne fait que commencer.

A ma mère, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours soutenu dans tous les moments même avant mes études de médecine.

A ma grand-mère, un grand merci pour ton écoute attentive et tes bonnes paroles dans les moments importants. Merci pour tous les bons plats que tu m'avais soigneusement préparés parfois des jours à l'avance.

A mon père, merci pour ces précieux moments passés à tes côtés en vacances. J'espère te rendre fier de là où tu es, durant toute ma vie professionnelle et personnelle.

A mon grand-père, merci pour ton soutien sans faille depuis toujours, j'espère te rendre fier comme tu l'as toujours été pour papa.

A Jean-François et Laurence et à toute la famille ROULON de Paris, Florian, Laeticia et Manon. Merci pour ces moments à Zarzis au soleil qui resteront gravés dans mes souvenirs toute ma vie.

A Axel, merci pour cette passion du ski et de la montagne que tu m'as transmise toi et papa. Pour tous ces moments à Auron et St Jeannet les étés.

A Rodrigue et Valère, pour tout ces moments passés au ski à Auron, pour ces étés à St Jeannet, ces noëls passés ensemble.

Remerciements d'Ophélie KIEFER

A ma famille : A ma mère, à mes sœurs (dédicace à mon informaticienne préférée), à mes grands-parents, à Chupsi, aux pimousses et à toute ma famille. Merci pour votre présence, votre écoute, vos encouragements et votre soutien depuis ces nombreuses années. Pour l'honneur de la famille FA.

A mes amis : Du lycée, des bancs de la fac, des soirées Catan et du badminton du dimanche. Merci d'être toujours présents dans ma vie. Et vive les échecs !

A mes co-internes : Merci à tous pour ces moments de travail et de détente faits de partage et de solidarité.

A Matthias : Merci pour ce travail d'équipe qui a fini par aboutir (non sans peine) après toutes ces heures de travail passées dans la bonne humeur en binôme ou en solo.

A tous les différents professionnels de santé rencontrés : Merci de m'avoir accueillie et encadrée avec pédagogie, patience et bienveillance. Merci de m'avoir transmis des morceaux de savoir qui s'assemblent tout doucement et donnent du sens à ma formation. Merci également au Dr VICHERAT et aux médecins volontaires qui ont accepté de nous délivrer un peu de leur expérience et savoir-faire.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	17
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	18
Partie présentée par Ophélie KIEFER	
I – INTRODUCTION GENERALE	20
1. Les rhumatismes inflammatoires chroniques, de quoi parle-t-on ?	20
1.1. Épidémiologie	20
1.2. Physiopathologie	21
1.3. Diagnostic.....	21
1.3.1 Symptomatologie clinique.....	21
1.3.2. Biologie et iconographie	24
1.4. Histoire naturelle	24
1.5. Prise en charge médicale	25
1.6. Prise en charge médico-sociale	26
2. Le maintien en emploi.....	28
2.1. Généralités.....	28
2.2. Les acteurs du maintien en emploi	29
2.2.1. Les acteurs extérieurs au SPST	29
2.2.2. Place du SPST dans la démarche de démarche de maintien en emploi	33
3. Maintien en emploi et RIC	37
3.1. Conséquences socio-professionnelles	37
3.2. Etat des lieux	39
3.3. Contexte et justification de l'étude.....	40
Partie présentée par Ophélie KIEFER (OK) et Matthias ROULON (MR)	
II - ARTICLE	42
Résumé	43
Summary	44
1. Introduction (OK).....	45
2. Matériel et méthode (OK)	47
2.1. Population – Inclusion.....	47

2.2. Modalités de recueil des données	47
2.3. Analyse des données	48
2.4. Semi quantification	48
3. Résultats (OK + MR)	50
3.1. Description de l'échantillon (OK).....	50
3.2. Facteurs communs à toute pathologie abordés dans le cadre du maintien en emploi (OK)	50
3.3. Facteurs spécifiques des RIC évoqués dans le cadre maintien en emploi par rapport à d'autres pathologies (OK + MR).....	50
3.4. Préconisations et outils mis en avant par les médecins en lien avec les particularités et contraintes au poste (MR)	54
3.5. Hétérogénéité de la verbalisation de ces caractéristiques particulières dans les entretiens (MR)	57
4. Discussion (MR)	59
5. Tableaux.....	64
6. Bibliographie.....	71
Partie présentée par Matthias ROULON	
III – DISCUSSION GENERALE	74
1. Synthèse de certaines caractéristiques et actions mises en lumière par les médecins du travail.....	76
1.1. Point sur les facteurs communs à toutes les pathologies.....	76
1.2. Actions proposées par les médecins du travail.....	77
2. Autres problématiques abordées dans les entretiens	80
2.1. Communication interprofessionnelle	80
2.2. Besoin de formation exprimé	83
3. Ouverture.....	84
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES.....	91
1. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la HAS de Février 2019 - Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs	91
2. Grille d'entretien rédigée et utilisée par l'auditrice	101
3. Exemples d'entretiens retranscrits par l'auditrice	104

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCION

Tableau A : Caractéristiques cliniques selon le type de RIC	23
--	----

ARTICLE

Tableau I : Caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des participants	64
Tableau II : Caractéristiques générales communes à toute pathologie identifiées par les médecins en santé au travail dans le cadre du maintien en emploi	65
Tableau III : Caractéristiques détaillées en lien avec la pathologie citées par les participants	66
Tableau IV : Caractéristiques de la pathologie mises en lien avec les contraintes au poste évoquées par les participants.....	68
Tableau V : Caractéristiques centrées sur le traitement et ses mises en lien avec les contraintes	69
Tableau VI : Actions d'ordre organisationnel mises en lien avec les caractéristiques et les contraintes au poste proposées par les médecins du travail	70

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AGEFIPH	Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ALD	Affection Longue Durée
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AT/MP	Accident du Travail / Maladie Professionnelle
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRPE	Convention de Rééducation Professionnelle en Entreprise
CSE	Comité Social et Economique
CT	Code du Travail
COVID	COrona VIRus Disease
DMARD	Disease-Modifying AntiRheumatic Drug
ESPO	Etablissements et Services médico-sociaux de Pré-Orientation
ESRP	Etablissements et Services médico-sociaux de Réadaptation Professionnelle
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HLA	Human Leukocyte Antigens
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRR	Institut Régional de Réadaptation
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEE	Maintien en Emploi
OETH	Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisme de Placement Spécialisé

PDP	Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PNN	PolyNucléaire Neutrophile
PR	Polyarthrite Rhumatoïde
RIC	Rhumatisme Inflammatoire Chronique
RLH	Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RP	Rhumatisme Psoriasique
SA	Spondylarthrite Ankylosante
SAMETH	Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SPST	Service de Prévention et de Santé au Travail
TMS	Trouble MusculoSquelettique
TNA	Tumor Necrosis Factor
TPT	Temps Partiel pour motif Thérapeutique
WLQ	Work Limitation Questionnaire

Partie présentée par Ophélie KIEFER

I – INTRODUCTION GENERALE

1. Les rhumatismes inflammatoires chroniques, de quoi parle-t-on ?

Les affections ostéoarticulaires et musculaires constituent le premier facteur de handicap au niveau mondial, avec 1,71 milliard de personnes en souffrant d'après les estimations de 2021 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). Elles regroupent un ensemble hétérogène de pathologies, aiguës ou chroniques, pouvant toucher les articulations, les muscles, les tendons, les os, etc (1).

Parmi celles-ci, on retrouve les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), qui correspondent à un ensemble de maladies touchant l'appareil locomoteur, d'origine inflammatoire, incluant notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR) et les spondyloarthrites au sein desquelles on retrouve la spondylarthrite ankylosante (SA) ainsi que le rhumatisme psoriasique (RP).

1.1. Épidémiologie

La PR est le plus fréquent des RIC, correspondant d'après l'OMS à 14 millions de personnes touchées dans le monde (1). En France, considérant l'étude de cohorte de 2021 de Pina Vegas, L. et al. sur les données de prévalence et de mortalité des patients atteints de PR entre 2010 et 2019 (2), cela représente approximativement 0.5% de la population, soit environ 385 000 personnes, pour une incidence à 5 200 nouveaux cas par an (3). Les personnes atteintes sont classiquement âgées de 35-40 à 55-60 ans, bien que la PR puisse apparaître à tout âge, et les femmes sont trois fois plus fréquemment atteintes d'après la cohorte suscitée (2).

La SA vient ensuite en deuxième position, avec une prévalence estimée à environ 180 000 personnes soit 0.3% à 0.4% de la population française d'après les données de l'Assurance Maladie (4) Le sexe ratio est cette fois ci en faveur des hommes (deux à trois fois plus fréquente), touchant préférentiellement les personnes de 20 à 40 ans.

Quant au RP, l'étude de cohorte française de 2020 de Pina Vegas, L. et al. sur les données épidémiologiques des patients atteints de RP a permis d'estimer que 63 000 personnes

environ en seraient atteintes en France, soit 0.1% à 0.2% de la population, avec une incidence évaluée à 8,4 nouveaux cas pour 100 000 personnes par an (5). Il touche de la même façon les hommes et les femmes, majoritairement entre 30 et 50 ans et préférentiellement (20 à 30%) chez les personnes atteintes de psoriasis d'après Lukas, C. dans son étude épidémiologique de 2020 (6).

1.2. Physiopathologie

Les RIC sont des pathologies d'étiologie inconnue, résultant le plus souvent de la conjonction de différents types de facteurs, à la fois génétiques (polymorphismes génétiques, comme les gènes de prédisposition HLA-DR pour la PR), immunologiques, hormonaux et environnementaux (agents infectieux, tabagisme) d'après l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (7).

A titre d'exemple, si l'on se base sur le modèle de la PR, cette maladie auto-immune implique classiquement une réponse immunitaire incontrôlée entraînant une production et une accumulation au sein de la membrane synoviale de différents autoanticorps (facteur rhumatoïde, autoanticorps antiprotéines citrullinées), provoquant ainsi une réaction inflammatoire. De nombreuses cellules de l'immunité innée (polynucléaires neutrophiles (PNN), macrophages, ...) et acquise (lymphocytes B et T) vont alors venir s'y infiltrer à leur tour, provoquant un épaississement du tissu synovial. In fine, ces réactions immunitaires peuvent avoir pour conséquence une destruction articulaire, via un processus d'érosion osseuse et cartilagineuse. Dans les formes les plus avancées, les tendons et les ligaments peuvent également être touchés, ce qui peut même conduire à la rupture.

1.3. Diagnostic

Le diagnostic des différents RIC est posé par le rhumatologue qui se base sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques que nous allons détailler.

1.3.1 Symptomatologie clinique

Les RIC se caractérisent par une atteinte articulaire, de la synoviale dans le cadre de la PR, ou de l'enthèse dans les spondyloarthrites, de rythmicité inflammatoire, réveillant habituellement le patient en deuxième partie de nuit, occasionnant un dérrouillage matinal durant plus de trente minutes ainsi que des douleurs et une raideur cédant lors de la mise en activité et aggravées par le repos prolongé. Les symptômes loco-régionaux comportent notamment la

douleur, l'œdème, la raideur et l'ankylose. Les RIC peuvent toucher une ou plusieurs articulations le plus souvent, de localisation pouvant être :

-périphérique, incluant les grosses articulations (épaules, hanches...) et les petites articulations (doigts, poignets...);

-et/ou centrale (ou axiale), comme le rachis ou le pelvis.

Les localisations des articulations atteintes varient classiquement selon le type le RIC, qui sont présentées dans le tableau A ci-dessous, même si d'autres formes plus rares existent pour chaque pathologie, comme les formes mono-articulaire ou rhizomélique de la PR par exemple. La notion de chronicité est définie par une durée des symptômes supérieure à six semaines dans la PR et supérieure à trois mois pour les spondyloarthrites.

Les personnes atteintes de RIC peuvent également présenter des manifestations extra-articulaires telles qu'une entéocolopathie inflammatoire (chez 6 à 14% des personnes atteintes de spondyloarthrites d'après une revue de la littérature de 2019 sur les maladies inflammatoires de l'intestin et les spondyloarthropathies (8)) ou bien un psoriasis. Dans sa revue de la littérature de 2019 sur la prévalence du RP chez les patients atteints de psoriasis, Alinaghi, F. et al. évalue ce taux à 22.7% chez les patients européens atteints de psoriasis (9), qui peut être sous-estimé si l'on tient compte de la méta-analyse de Villani, A.P. et al. de 2015 avec un taux de 15.5% de patients atteints de RP qui ne seraient pas diagnostiqués parmi les patients souffrant de psoriasis (10). Cette étude permet également de constater que, chez 75 à 84% des patients, l'atteinte cutanée va précéder les signes articulaires (10).

Tableau A : Caractéristiques cliniques selon le type de RIC

Pathologies	Polyarthrite rhumatoïde	Spondylarthrite ankylosante	Rhumatisme psoriasique
Topographie de l'atteinte articulaire	Bilatérale Symétrique Périphérique : -poignets -articulations métacarpo-phalangiennes -doigts (articulations inter-phalangiennes) - chevilles -articulations métatarso-phalangiennes	Axiale : syndrome pelvi-rachidien -rachis -sacro-iliaques Périphérique : 50% des cas -oligoarthrites (grosses articulations des membres inférieurs) -enthésite (membres inférieurs, talalgie)	Hétérogène Périphérique : -enthésites et mono ou polyarthrites asymétriques touchant fréquemment les mains et notamment les articulations inter-phalangiennes distales ('dactylites') -mono ou oligoarthrites asymétriques des grosses articulations Axiale : 20% des cas, le plus souvent associée à une atteinte périphérique -rachis -avec ou sans sacro-ilite
Symptômes loco-régionaux	Douleur Raideur Œdème Gonflement articulaire	Dorsolombalgies Pygalgies Raideur Ankylose	Douleur Raideur Œdème Rougeur cutanée
Durée des symptômes	> 6 semaines	> 3 mois	
Manifestations extra-articulaires	Non	Entérocolopathie inflammatoire Uvéite antérieure aigue	Psoriasis cutané Entérocolopathie inflammatoire Uvéite antérieure aigue

1.3.2. Biologie et iconographie

Lors de la réalisation du bilan initial à visée diagnostique ainsi qu'au cours du suivi afin d'évaluer l'activité de la maladie, la biologie et l'imagerie ont toute leur place.

Sur le plan biologique, les RIC s'accompagnent le plus souvent d'un syndrome inflammatoire non spécifique, caractérisé par une augmentation de la vitesse de sédimentation et / ou de la protéine C réactive, une hyperleucocytose à PNN, une thrombocytose réactionnelle ou une anémie inflammatoire. D'autres recherches biologiques peuvent également être effectuées, comme la recherche de facteur rhumatoïde ou d'auto-anticorps anti-protéines citrullinées, dont la positivité est inconstante dans la PR et ne signe pas le diagnostic. La recherche du HLA-B27 peut également avoir son intérêt dans les formes incertaines de spondyloarthrites.

Le bilan iconographique fait également partie intégrante de la prise en charge. Il peut s'avérer normal, notamment dans les formes débutantes ou peu évoluées. Les radiographies standards des mains, des poignets et des pieds permettent de décrire de façon inconstante des érosions ou des pincements des interlignes articulaires caractéristiques de la PR. Dans les spondyloarthrites, les radiographies du rachis et du bassin permettent de mettre en évidence les différents stades caractéristiques de l'évolution de l'enthésopathie, allant de la simple inflammation à l'ossification en passant par l'érosion de l'enthèse.

1.4. Histoire naturelle

Les RIC évoluent classiquement sous forme de poussées inflammatoires, alternant avec des périodes de rémission plus ou moins longues, dont les durées sont variables, avec ou sans séquelles. Des symptômes généraux peuvent également se manifester, comme l'asthénie (présente chez 50 à 80% des patients, dont 40% avec une fatigue sévère, considérant la revue de la littérature de 2020 sur la prise en charge de la fatigue dans la PR de Pape, J.E. (11)), ou bien encore l'anorexie et l'amaigrissement, d'origines plurifactorielles. Lors de l'évolution de la maladie (qui reste très variable et imprévisible d'une personne à l'autre), en l'absence de prise en charge adéquate le plus souvent, la destruction des structures dans la PR peut aboutir à une déformation des articulations atteintes ou à l'apparition de nodules rhumatoïdes de localisation extra-articulaire (sous-cutanée, pulmonaire, ...). De la même façon, les spondyloarthrites peuvent donner, suite à l'ossification des enthèses, une ankylose rachidienne pouvant avoir un retentissement sur les capacités respiratoires.

Ces pathologies sont source d'invalidité, entraînant des retentissements sur les activités de la vie quotidienne et professionnelle des patients, que nous détaillerons ultérieurement.

1.5. Prise en charge médicale

Le traitement médicamenteux des poussées comporte un traitement symptomatique par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou stéroïdiens (corticothérapie), par voie orale et/ou locale, ainsi qu'un traitement antalgique pouvant être pris de façon ponctuelle sur une période donnée.

Il peut être complété par différents types de traitements de fond, visant à prévenir la progression ou réduire la sévérité de la maladie, de 1^{ère} ou de 2^{ème} ligne, dont les indications sont variables suivant les types de RIC. Ils comportent :

- Des traitements synthétiques conventionnels (csDMARD) : méthotrexate, léflunomide, sulfasalazine...
- Des traitements biologiques ciblés, dits biothérapies : anti-TNF, anti-IL...

Prenant en considération qu'au moins 75% des patients atteints de PR souffriront de douleur chronique dans les 5 ans suivant le diagnostic d'après la revue de Pape, J.E. suscitée (11), ces traitements de fond permettent le plus souvent une amélioration de la symptomatologie douloureuse, même si certains patients rapportent une efficacité partielle avec des douleurs résiduelles malgré les différentes thérapeutiques. En effet, McWilliams, D.F. et al., dans sa cohorte de 2012 (12), retrouve, parmi ses patients, qui étaient en majorité sous csDMARD (soit 56% sous méthotrexate et 40% sous sulfasalazine), 58% qui déclaraient une amélioration incomplète de la douleur après un an, 15% qui rapportaient une douleur identique et 27% une aggravation de la douleur. De la même façon, McWilliams, D.F. et Walsh, D.A., dans leur étude de 2016 du British Society for Rheumatology Biologics Register (13) ont analysé les données concernant l'évaluation de la douleur et son suivi au sein de deux cohortes de patients traités par thérapies biologiques (principalement antiTNF α) et non biologiques (csDMARD). Malgré une amélioration significative de la douleur de façon globalement semblable au sein des deux groupes, ils ont identifié des scores moyens de douleur, initialement supérieurs à au moins deux écart-types par rapport à la moyenne de la population britannique, qui sont restés supérieurs à un écart-type par rapport à ladite moyenne après un an de traitement dans les deux cohortes.

Par ailleurs, tous les traitements jugés comme efficaces sur l'activité de la maladie n'offriront le plus souvent qu'une amélioration partielle de la fatigue, avec par exemple 40% des patients

qui percevaient une amélioration de la fatigue à un an de suivi après un traitement par DMARD, contre 30% qui déclaraient une stabilité et 25% une aggravation (11). De la même façon, sur les 87% des patients atteints de PR de la cohorte de Pollard, L.C. et al. (14) qui souffraient d'une fatigue élevée, 37% ont ensuite déclaré ne plus ressentir cette fatigue après un traitement par DMARD ou antiTNF, du fait notamment de l'amélioration de la douleur. Ce taux élevé de fatigue persistante s'explique probablement par son étiologie plurifactorielle secondaire à l'inflammation, à la douleur, aux troubles du sommeil ou de l'humeur pouvant être associés, à un effet iatrogénique ou encore aux changements des habitudes de vie et du niveau d'activité physique... (11)

L'éducation thérapeutique du patient est également nécessaire et fait partie intégrante de la prise en charge, ainsi que les conseils hygiéno-diététiques (activité physique, arrêt du tabagisme, alimentation équilibrée...) et la réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie, ergothérapie...). L'appareillage voire la chirurgie dans les formes les plus évoluées peuvent également avoir leur place.

La prise en charge globale doit se faire de façon pluridisciplinaire, en collaboration étroite entre le rhumatologue et le médecin traitant, qui coordonnent la prise en charge auprès des différents acteurs médicaux et paramédicaux.

1.6. Prise en charge médico-sociale

La mise sous ALD est possible pour les formes sévères ou invalidantes, permettant une prise en charge des frais médicaux à 100%, correspondant aux tableaux 22 pour la PR et 27 pour la spondyloarthrite.

Si l'on se base sur les chiffres publiés par l'Assurance maladie concernant la mise sous ALD (15), nous pouvons constater qu'ils sont en constante augmentation. En 2020, 308 200 personnes ont été prises en charge pour PR et maladies apparentées (dont 98% dans le cadre d'une ALD), soit 27 700 en région Grand Est (16). En 2020, 237 700 personnes ont quant à elle été prises en charge pour SA et maladies apparentées (dont 96% en ALD), soit 20 200 en région Grand Est (17). Cela représente au total 333 870 personnes en âge de travailler (20-64 ans), soit 132 740 pour le tableau n°22 et 201 130 pour le tableau n°27 (15). On peut également relever que 39 920 personnes ont été prises en charge en 2020 dans le cadre d'arthropathies psoriasiques et entéropathiques (d'après les données d'ALD correspondant au tableau n°27) (15).

Au-delà de la prise en charge médico-sociale, une prise en charge au niveau professionnel peut également s'avérer nécessaire afin d'adapter au mieux les conditions de travail à l'état de santé de la personne, ce que nous allons voir dans la partie suivante.

2. Le maintien en emploi

2.1. Généralités

En France, d'après les dernières estimations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre de personnes en situation de handicap, parmi les 27.3 millions de personnes travaillant dans la tranche des 15-64 ans en 2021, est en hausse : il a été évalué récemment à 2.9 millions de personnes soit 10.8% (18), contre près de 2.5 millions de personnes en 2014 soit 10% (19), considérant « les personnes qui ont un problème de santé durable, accompagné de difficultés depuis au moins six mois dans les activités quotidiennes ».(18) Parmi ces dernières, 1,1 million disposent d'une reconnaissance administrative de leur handicap en 2021 (soit 4,0 %) (18), contre près de 871 000 personnes en 2014 (soit 3.4%) (19). Cette dynamique s'inscrit notamment dans un contexte global de vieillissement de la population en âge de travailler du fait du recul de l'âge légal de départ à la retraite et de la hausse du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique.

Toujours selon l'enquête Emploi de l'INSEE (18), 29% des personnes âgées de 15 à 64 ans déclarant bénéficier « d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie » ont été considérées comme actives en emploi (contre 65% pour l'ensemble des 15-64 ans), et 15% de personnes reconnues handicapées actives au chômage (contre 8% de personnes actives au chômage pour l'ensemble des 15-64 ans). Ces personnes en situation de handicap ou souffrant d'une maladie chronique sont fréquemment victimes d'incapacité professionnelle, de façon temporaire ou définitive.

C'est dans ce contexte que les dispositifs de maintien en emploi (MEE) sont en plein essor et prennent toute leur importance sur le plan individuel et sociétal, s'inscrivant dans les priorités des politiques publiques sanitaires et sociales. De ce fait, « prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades chroniques, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques » constitue l'un de axes de la stratégie nationale de santé de 2018-2022, visant grâce au retour à l'emploi à « améliorer et maintenir leur état de santé », via une détection précoce des situations à risque de désinsertion et un accompagnement renforcé du patient et de l'employeur. (20)

Le MEE vise ainsi à prévenir le risque de perte d'emploi et de désinsertion professionnelle des travailleurs, qui peuvent présenter des difficultés à tenir leur poste de travail, en raison d'une altération de leur état de santé ne leur permettant plus de continuer à travailler dans des conditions compatibles avec leurs capacités (21). Les causes de ces difficultés peuvent être

multiples, d'origine professionnelle ou non, à savoir par exemple une situation de handicap existante qui peut s'aggraver ou venant d'apparaître, une maladie chronique, le vieillissement, un état résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle... (21) Le MEE fait ainsi référence à « toutes les solutions qui peuvent accompagner une personne quand elle a des difficultés au travail liées à son état de santé ou à son handicap » (21) incluant des actions sur le poste actuel, un reclassement sur un autre poste plus adapté à l'état de santé du travailleur dans l'entreprise actuelle ou au sein d'une autre entreprise, ou encore une réorientation professionnelle.

2.2. Les acteurs du maintien en emploi

Dans le cadre du MEE, nous retrouvons les services de prévention et de santé au travail (SPST) au cœur du dispositif, que nous développerons dans un deuxième temps, ainsi que les acteurs extérieurs aux SPST, sur lesquels ces derniers peuvent s'appuyer pour mobiliser différentes compétences et différents outils dans une logique de prévention de la désinsertion professionnelle, que nous allons d'abord présenter.

2.2.1. Les acteurs extérieurs au SPST

Tout d'abord, lorsqu'un travailleur se trouve en situation de handicap, tel que défini dans l'article L5213-1 CT, comme « toute personne en âge de travailler dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique », il peut être orienté vers la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) dont il dépend, qui pourra lui proposer un accompagnement global et notamment professionnel. Pour rappel, la MDPH a pour missions « l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille » (22), en évaluant le projet de vie ainsi que tous les besoins de la personne en situation de handicap, sur sa demande, grâce à l'appui d'une équipe pluridisciplinaire. Sa Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prendra quant à elle les décisions relatives à l'ensemble des droits à la compensation de la personne. Une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pourra ainsi être sollicitée. Attribuée pour une durée déterminée (mais renouvelable) allant d'un à cinq ans, elle leur ouvrira un ensemble de droits à des mesures et des aides visant à favoriser le MEE. On peut citer par exemple une priorité d'accès adaptée à la formation, le droit de bénéficier de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

(OETH) inscrit à l'article L. 5212-13 CT (défini à l'article L5212-1 et 2 CT comme l'obligation d'employer au moins 6 % de travailleurs handicapés au sein de son effectif total pour tout employeur embauchant au moins 20 salariés) ou encore l'accès aux aides de l'Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) ou du réseau CAP Emploi (23). D'après les dernières estimations de l'INSEE, en 2020, un million de personnes de 15 à 64 ans qui sont actives bénéficient d'une reconnaissance de leur handicap. (24)

La MDPH peut également proposer d'orienter les personnes présentant « un risque d'inaptitude ayant besoin d'un accompagnement médico-psycho-social et professionnel » vers les établissements et services médico-sociaux de pré-orientation ou de réadaptation professionnelle (dits ESPO et ESRP), répartis sur l'ensemble du territoire national (25). L'orientation peut également se faire sur sollicitation directe de l'employeur. Ces services vont permettre « d'évaluer les aptitudes [et les capacités fonctionnelles restantes des travailleurs], de définir un projet professionnel, de le mettre en œuvre et d'accéder à des formations » le cas échéant. (25)

Il existe également les Organismes de Placement Spécialisé (OPS), résultant d'une fusion ayant eu lieu en Janvier 2018 entre deux organismes comportant une mission de service public, à savoir les CAP-Emploi et les Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH), dont le rôle principal est de promouvoir et faciliter l'insertion professionnelle et le MEE des personnes en situation de handicap auprès des travailleurs et des employeurs, via « la préparation, l'accompagnement, le suivi durable et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap ». (26) Pour cela, ils sont habilités à informer, conseiller, aider à construire et mettre en œuvre les différents projets professionnels adaptés en mobilisant les dispositifs et les prestations adéquats si nécessaire, en collaboration avec les personnes en situation de handicap (qu'elles soient « en recherche d'emploi, [salariées], travailleurs indépendants, et agents publics ») et aux employeurs du secteur privé ou public. (26)

Ils sont financés par :

-l'AGEFIPH, dont le rôle est de « [délivrer] information, conseil, accompagnement et financement, aux entreprises, aux organismes de formation et aux personnes en situation de handicap, qu'elles soient en activité ou en recherche d'emploi », dans le secteur privé. (27) De ce fait, elle offre différents services, aides et financements afin de favoriser l'inclusion et accompagner les acteurs du handicap et de l'emploi et les personnes en situation de handicap

(27). On peut citer par exemple la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH), destinée aux employeurs ou aux travailleurs non-salariés (à la condition que la personne concernée par la demande d'aide soit bénéficiaire d'un justificatif de l'OETH telle que décrite précédemment), avec comme objectif de « compenser financièrement les charges importantes supportées par une entreprise du fait des conséquences du handicap d'une personne sur la tenue de son poste après mise en place de l'aménagement optimal de la situation de travail ».(28)

-le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), régi par la loi n°2005-102 du 11 Février 2005, dont le rôle est d'« impulser une dynamique et inciter les employeurs publics à agir en favorisant le recrutement, l'accompagnement et le maintien dans l'emploi au sein des trois Fonctions publiques » (29) (qu'elle soit d'Etat, territoriale ou hospitalière) pour tout agent actif ou en recherche d'emploi. Afin de soutenir le développement de l'emploi des travailleurs handicapés, cet organisme recueille les contributions financières des employeurs publics ne respectant pas l'OETH à laquelle ils sont soumis, qui permettront de promouvoir et financer des actions ou des aides en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. (29)

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) du régime général de la Sécurité Sociale, avec ses antennes départementales représentées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), regroupant les branches maladie (recouvrant les risques maladie, maternité, invalidité, décès) et accident du travail / maladie professionnelle (AT/MP), avec pour mission « d'assurer la prise en charge des dépenses de santé et garantir l'accès aux soins » (30) et dont l'interlocuteur privilégié reste le médecin conseil, fait également partie du dispositif.

C'est elle qui s'occupe de l'indemnisation de la personne lorsque son état de santé nécessite un arrêt de travail pour maladie, sur prescription médicale, via le versement d'indemnités journalières.

Durant une période d'arrêt de travail, l'essai encadré peut être mobilisé afin de « favoriser le retour à l'emploi en évaluant la compatibilité d'un poste avec l'état de santé du salarié ». (31)

Le salarié peut alors effectuer des tests sur son poste actuel en l'état ou suite à un essai d'aménagement de poste, sur un nouveau poste ou préparer une reconversion professionnelle.

(31) Renouvelable une fois, cet essai peut durer 14 jours ouvrables et fractionnables si nécessaire une fois l'accord obtenu du médecin en santé au travail, du médecin traitant et du médecin conseil.

De la même façon, le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE) peut être instauré dans un contexte d'arrêt de travail si l'état de santé du salarié reconnu RQTH laisse présager des difficultés à la reprise de son poste de travail, pour une durée de 18 mois maximum renouvelable une fois. (32) L'intérêt de ce contrat pour le salarié est de se réadapter à son métier actuel ou bien de se former à un nouveau métier, au sein de l'entreprise actuelle ou d'une autre, via des formations tutorées ou dispensées par des organismes extérieurs. (32) Par ailleurs, suite à cette période d'arrêt de travail, et dans l'optique de favoriser l'amélioration de son état de santé ou lui permettre de poursuivre sa rééducation en parallèle si nécessaire (L323-3 du Code de la Sécurité Sociale), la personne peut reprendre dans le cadre d'une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique (TPT), appelée communément mi-temps thérapeutique. A noter que depuis le 1^{er} Janvier 2020, le TPT peut être sollicité en dehors de tout arrêt de travail. (33) La demande s'effectue également auprès de la CPAM, sur prescription médicale du médecin généraliste ou d'un spécialiste selon une durée variable et renouvelable pour une période maximale d'un an. Elle permet à la personne de travailler sur un temps variable inférieur à 100%, tout en conservant un maintien partiel des indemnités journalières versées par la CPAM. (34) Les modalités (nature du travail, aménagement du temps de travail en jours et en horaires, rémunération...) sont fixées avec l'employeur après accord du médecin en santé au travail. (33)

Un tel TPT est à distinguer du travail à temps partiel dans le cadre d'une invalidité.

En effet, la CNAM assure également la gestion des demandes d'invalidité et le versement des pensions d'invalidité le cas échéant lorsque le travailleur ne peut plus assurer son travail à temps plein, sous l'expertise du médecin conseil. Le statut d'invalidité vise à « compenser la perte de revenus qui résulte de la réduction de la capacité de travail [suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle] », via le versement d'une pension attribuée de façon provisoire, sous réserve de remplir des critères d'âge (âge légal de départ à la retraite non atteint), médicaux (réduction d'au moins deux tiers de la capacité de travail ou de revenus) ou encore de droits sociaux (affiliation depuis au moins 12 mois au régime général au moment de la constatation de l'invalidité et un équivalent de 600 heures de travail salarié effectué au cours de cette même période). (35) Il existe à ce jour trois catégories d'invalidité :

- L'invalidité de 1^{ère} catégorie, lorsque l'état de santé de la personne est jugé compatible avec la poursuite d'une activité professionnelle.
- L'invalidité de 2^{ème} catégorie, lorsque l'état de santé de la personne est jugé incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle.

- L'invalidité de 3^{ème} catégorie, lorsque l'état de santé de la personne est jugé incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle et nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

Le montant de la pension d'invalidité est révisé périodiquement en fonction de la catégorie d'invalidité, des ressources et du statut professionnel (l'invalidité n'empêchant pas de poursuivre une activité professionnelle, à temps plein ou partiel) (35). A noter que le statut d'invalidé permet d'ailleurs de remplir l'OETH au même titre que la RQTH, qui est également cumulable.

Dans le cadre du MEE, une collaboration étroite est nécessaire entre ces différents acteurs afin de pouvoir mobiliser les différents outils existants que nous venons de décrire de façon non exhaustive, qui sont classiquement articulés par les SPST, ce que nous allons voir dans la partie suivante.

2.2.2. Place du SPST dans la démarche de maintien en emploi

La prévention de la désinsertion professionnelle et le MEE font partie des missions appartenant aux SPST interentreprises ou autonomes, telles qu'elles sont inscrites dans le Code du Travail (CT) à l'article L. 4622-2, et in fine aux missions du médecin en santé au travail selon l'article R. 4623-1, qu'il conduit avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, qu'il anime et coordonne via une délégation protocolisée définie dans l'article R. 4623-14.

Pour mener à bien ces missions, le médecin en santé au travail peut en premier lieu proposer une adaptation du poste occupé afin de favoriser le maintien au poste actuel, via des adaptations et des aménagements de nature organisationnelle (temps de travail, horaires, restriction de tâches de travail, télétravail...), technique ou humaine, qui peuvent être mis en place de manière temporaire ou durable (L. 4624-3 CT). A défaut, il pourra prononcer une inaptitude au poste actuellement occupé par le travailleur, afin de rechercher un autre poste au sein de l'entreprise qui serait compatible avec son état de santé. En cas d'impossibilité de bénéficier d'un reclassement en interne, la procédure de licenciement pour inaptitude professionnelle sera enclenchée. Afin de soutenir le MEE et d'anticiper le devenir professionnel du travailleur, les SPST, représentés par le médecin en santé au travail, devront alors définir ses capacités restantes, l'informer et l'accompagner vers les structures et

partenaires extérieurs selon les indications et le projet professionnel éventuel, qui ont été présentés précédemment.

Le repérage, le suivi et l'accompagnement du travailleur s'effectue par les SPST à l'occasion de différentes visites médicales, et notamment dans le cadre du suivi individuel, comprenant une visite à l'embauche, puis de façon périodique, réalisé par le médecin en santé au travail ou sous délégation par un membre de l'équipe pluridisciplinaire selon les cas (L. 4624-1 et 2 CT). De plus, durant une période d'arrêt de travail supérieure à 30 jours, la visite de pré-reprise peut se faire, que ce soit à l'initiative du travailleur, du médecin en santé au travail, du médecin traitant ou encore du médecin conseil, nécessitant que ces derniers soient informés de son existence et de la possibilité de la réaliser (R4624-29). Assurée par le médecin en santé au travail, elle est à favoriser au maximum car elle permet de repérer les difficultés du travailleur en amont et d'anticiper la reprise de l'activité professionnelle. Ensuite, la visite de reprise s'effectuera par le médecin en santé au travail dans les huit jours suivant la reprise à l'issue d'un arrêt de travail d'une durée minimale de 60 jours dans le cadre d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, ou bien suite à un arrêt de travail pour maladie professionnelle (R. 4624-31 CT). Elle vise à évaluer si les conditions de reprise sont compatibles avec l'état de santé du travailleur, à proposer des mesures d'aménagement de poste ou de reclassement si nécessaire, voire à émettre un avis d'inaptitude le cas échéant (R. 4624-32 CT). Enfin, en plus de ces visites obligatoires, des visites à la demande peuvent également être sollicitées par le travailleur (32% des visites à la demande dans les SPST interentreprises (36)), l'employeur (23% (36)) ou encore le médecin en santé au travail (45% (36)), qui peuvent permettre de faire remonter des difficultés du travailleur et ainsi concourir à prévenir le risque de désinsertion professionnelle (R. 4624-34 CT), sous réserve de bien les informer de la possibilité de mobiliser cette visite à tout moment (ce qui n'est pas toujours le cas, comme le laisse penser les chiffres cités avec une majorité de visites réalisées à la demande du médecin en santé au travail).

Considérant le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2020 sur l'évaluation des SPST interentreprises (36), le nombre de visites périodiques assurées par les médecins en santé au travail est en constante diminution, passant de 34% en 2016 à 28% en 2018, au profit des visites de pré-reprise, de reprise, ou à la demande, qui représentent ensemble 36% des visites réalisées par les médecins en santé au travail en 2018 contre 27% en 2016. Cette tendance peut s'expliquer par la baisse de la démographie médicale, avec une diminution de l'effectif des médecins en santé au travail estimée à 10% entre 2010 et 2016

(36), et de l'évolution de la réglementation en découlant visant à favoriser la prévention. En effet, les différentes évolutions législatives ont permis d'une part un espacement de la périodicité du suivi individuel des travailleurs s'inscrivant dans la Loi Travail 2016-1088 du 8 août 2016, entraînant ainsi une baisse du nombre de visites périodiques assurées par les SPST, passant de 39% des visites totales en 2015 à 25% en 2018 (36). D'autre part, le développement de la pluridisciplinarité au sein des SPST et la possibilité d'une délégation des missions du médecin en santé au travail aux membres de cette équipe pluridisciplinaire, notamment une délégation infirmière, avec la loi du 20 Juillet 2011, a également permis d'optimiser le temps médical sur les situations à problèmes ou à risque de désinsertion professionnelle. Les infirmiers en santé au travail assurant dorénavant le suivi de cinq fois plus de salariés parmi ceux ayant été pris en charge annuellement par les SPST (12% des salariés en 2018 contre 2.5% en 2012) (36), les médecins en santé au travail bénéficiant de plus de temps peuvent ainsi se concentrer sur les visites plus complexes et recentrer leur activité sur la prévention et des actions de MEE.

Cette volonté de renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle n'a par ailleurs jamais été autant d'actualité : elle s'inscrit également très clairement dans la loi du 2 Aout 2021 n° 2021-1018, s'affichant à ce titre dans la nomenclature même du service en remplaçant les Services de Santé au Travail par les Services de Prévention et de Santé au Travail, et imposant la création d'une nouvelle instance dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle au sein des services à savoir la cellule PDP. Elle vise à mettre en place des actions de sensibilisation et d'accompagnement pour les travailleurs identifiés comme étant à risque de perte d'emploi du fait de leur état de santé et les entreprises, grâce à une cellule pluridisciplinaire dédiée (L. 4622-8-1 CT). Interne au service ou commune à plusieurs SPST, elle est classiquement animée et coordonnée par le médecin en santé au travail (qui peut également désigner un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire qui l'animerait sous sa responsabilité). Elle regroupe des partenaires internes au SPST (médecins et infirmiers en santé au travail, ergonomes, psychologues du travail, travailleurs sociaux...) qui travaillent le plus souvent en collaboration avec les acteurs extérieurs au SPST spécialisés dans le MEE, tels que les partenaires médico-sociaux, l'Assurance Maladie ou des acteurs du MEE et de la compensation du handicap notamment. Elle est à distinguer de la cellule régionale PDP préexistante de l'Assurance Maladie, composée de ses services médico-sociaux et de prévention, collaborant selon les besoins avec les acteurs extérieurs à la CNAM. Du fait de la création récente de ce nouveau service interne aux SPST, on ne sait pas encore

actuellement comment vont réellement s'articuler chacune de ces différentes cellules et quelle va être la place de chacune.

Ainsi, le SPST, et a fortiori le médecin en santé au travail, peuvent être perçus comme un acteur central dans la prévention de la désinsertion professionnelle, en accompagnant et en guidant le travailleur dans la démarche de MEE et en facilitant la coordination entre les différents partenaires grâce aux connaissances à la fois du poste et des conditions de travail du salarié ainsi que de son état de santé.

3. Maintien en emploi et RIC

3.1. Conséquences socio-professionnelles

Les RIC peuvent entraîner des conséquences physiques évidentes, mais aussi psychologiques (détresse psychologique, trouble anxio-dépressif, baisse de l'estime de soi) (37), sociales (isolement) et économiques, qui sont susceptibles d'altérer la qualité de vie globale telle que définie par l'OMS. (38)

Sur le plan professionnel, les RIC peuvent entraver la capacité des personnes à tenir leur poste de travail, ce qui peut avoir des conséquences non négligeables sur l'emploi, comme le décrit l'étude de la British Society for Rheumatology de Verstappen, S. et al. de 2010, avec un taux de 19.4% de patients atteints de RIC sous traitement biologique qui ne travaillaient plus à trois ans parmi ceux qui travaillaient à l'inclusion (39). La perte d'emploi peut ainsi être conséquente, avec une médiane de 54% des personnes travaillant et souffrant de PR qui avait perdu leur travail au cours des six derniers mois, 66% au cours de la dernière année et jusque 50% des patients en incapacité de travailler suite à l'apparition de la PR après une période allant de 4.5 à 22 ans (soit une médiane de 13 ans), d'après la revue systématique de Burton, W et al. de 2006 sur la perte de productivité des patients atteints de PR. (40) Cette tendance à long terme a été confirmée plus récemment par une revue de la littérature de Nikiphorou, E. et Ramiro, S. de 2020 sur l'incapacité de travail : 36% des personnes vivant avec une SA depuis 20 ans avaient abandonné leur emploi. (41) De la même façon, on retrouve un taux élevé de chômage, allant de 20 à 50%, et d'incapacité de travail de 16 à 39% parmi cette population, bien décrit dans une revue de la littérature de Husni, M.E. et al. de 2017 explorant le fardeau psychosocial du RP. (42)

Parmi les patients n'ayant pas pu conserver leur emploi, le changement de poste ou la réorientation professionnelle surviennent également fréquemment. Nikiphorou, E. et Ramiro, S. démontrent ainsi que jusqu'à 45 % de patients atteints de SA continuant à travailler nécessitent un changement de poste vers un travail plus léger. (41) On peut noter également que la retraite anticipée en lien avec la maladie, pouvant aller de 20 à 24 % des patients atteints de SA, avec un âge moyen de départ en retraite de $36 \pm 4,2$ ans, toujours d'après Nikiphorou, E. et Ramiro, S. (41) ; ou la mise en invalidité, sont également des issues fréquentes chez les patients atteints de RIC. En effet, Abdellaoui, S. et al. retrouve qu'environ

32.5% des patients atteints de RIC finissent par se retrouver en invalidité dans son étude observationnelle de 2020 portant sur l'impact professionnel des RIC. (43)

Par ailleurs, les patients qui continuent de travailler souffriront pour la plupart d'une incapacité temporaire de travail, qui se traduit par un taux d'absentéisme conséquent, allant jusqu'à trois fois plus de risque d'avoir un arrêt de travail chez les patients atteints de SA si l'on considère la revue de la littérature suscitée de Nikiphorou, E. et Ramiro, S. (41). Le développement des thérapeutiques visant une réduction de l'activité de la maladie ne permet pas toujours de réduire réellement cet absentéisme : ainsi, jusqu'à 39% des patients restent incapables de travailler après avoir commencé une thérapie biologique (Verstappen, S. et al., 2010) (39). Cette tendance se confirme si l'on compare les taux de patients souffrant de PR décrits dans l'étude prospective britannique conduite par Gwinnutt, J.M. et al. en 2020 qui ont bénéficié d'un arrêt de travail dans le mois suivant les évaluations réalisées à six et douze mois suite à l'instauration d'une thérapie par méthotrexate (35.8%) ou par thérapies biologiques (33.4%). (44) Au cours de la dernière année, la durée moyenne des arrêts de travail a été estimée à 39 jours, considérant un intervalle de 7 à 84 jours (Burton, W et al., 2006) (40), pour un nombre moyen annuel d'arrêt de travail de 1,33 par personne, avec une prolongation d'arrêt estimé en moyenne à 0,5 (Abdellaoui, S. et al. , 2020). (43) Cette estimation de l'absentéisme de 40 jours d'arrêt de travail annuel a par ailleurs été confirmée par Wilkie, R. et al. dans sa revue britannique sur la participation au travail des personnes atteintes de maladies rhumatismales, contre une moyenne nationale de 6.5 jours par an. (45)

Même lorsque ces patients continuent d'exercer une activité professionnelle, ils peuvent être dans l'incapacité d'effectuer correctement leur travail, ce qui peut également compromettre leur MEE. Les différentes études retrouvent jusqu'à trois à quatre fois plus de présentéisme que d'absentéisme chez les patients atteints de RIC (Nikiphorou, E. et Ramiro, S., 2020). (41) Ainsi, Nikiphorou, E. et Ramiro, S. estiment qu'environ 53% des patients atteints de SA qui continuent de travailler ont souffert d'une baisse de productivité au travail en lien avec les limitations de leur maladie. (41) Cette baisse de la productivité, évaluée par divers outils et questionnaires, l'a par exemple été par le Work Limitations Questionnaire (WLQ), qui s'est vu diminué de 4.3 à 6.7% chez les patients atteints de RP par rapport aux employés ne souffrant pas de limitations si l'on considère la revue de la littérature d'Husni, M.E. et al. de 2017 évoquée précédemment. (42)

A noter que l'incapacité professionnelle impacte également les relations avec l'employeur et les collègues de travail, qui peuvent être amenés à compenser les tâches de travail non effectuées aussi bien dans le cadre de l'absentéisme que du présentéisme. D'après Hoving, J.L. et al. dans sa revue systématique sur la participation au travail de l'arthrite de 2013, cela peut parfois générer des commentaires négatifs ou placer les patients dans un sentiment de dépendance, d'être un fardeau pour l'entourage, engendrant ainsi de la culpabilité. (46) Cela constitue également une source d'inquiétude pour 30% des patients atteints de SA qui craignent de subir de la discrimination au travail du fait des conséquences de leur maladie (Martindale, J. et al., 2015). (47)

3.2. Etat des lieux

Les conséquences socio-économiques des RIC demeurent importantes aussi bien sur le plan individuel que sur le plan sociétal, en lien à la fois avec les coûts directs médicaux estimés à 24 291€ par patient atteint de PR durant les deux ans de l'étude rétrospective espagnole de 2018 (48), et à la fois avec les coûts indirects découlant entre autres des conséquences de l'incapacité de travail lors de l'absentéisme et du présentéisme. Une étude prospective canadienne en 2006 a par exemple estimé à 11 553 dollars CAN les coûts indirects attribués à l'arthrite par personne par an, dont 41% de ces coûts étant liés à une baisse du rendement et de la performance au travail. (49)

Pour tenter de réduire ces coûts, des études antérieures, comme la revue de Nikiphorou, E. et Ramiro, S. de 2020 (41) ou bien l'étude Verstappen, S. et al. de 2010 suscitées (39), se sont concentrées sur d'éventuels facteurs prédictifs d'incapacité de travail, retrouvant des facteurs professionnels (travail manuel, travail physiquement exigeant), personnels (âge avancé, qualité de vie réduite, sentiment d'auto-efficacité diminué), médicaux (activité de la maladie, fonction physique diminuée, niveau de fatigue ou de douleur, dépression ou troubles du sommeil associés, durée d'évolution de la maladie) ou encore sociétaux (classe sociale défavorisée, niveau d'éducation).

Les expériences, les difficultés et les attentes des patients dans les domaines de la vie courante y compris dans le domaine professionnel, qui ont déjà été longuement explorés, sont autant d'éléments à également prendre en compte pour tenter de comprendre les facteurs jouant un rôle dans le MEE et la définition des objectifs de prise en charge. Une revue de la littérature

de Taylor, P.C. et al. de 2016 (50) a dans ce sens permis de recueillir certains besoins non satisfaits des personnes atteintes de PR, comme une prise en charge antalgique insuffisante, une capacité physique altérée, des répercussions sur leur santé mentale ou encore un niveau de fatigue jugé trop important. On peut également citer la revue de la littérature de 2017 d'Hulen, E. et al. portant sur les études qualitatives interrogeant des personnes atteintes de PR (51), qui démontre bien la volonté des patients de conserver leur emploi ou de retourner au travail ainsi que leur besoin d'aide pour y parvenir. A cet effet, les besoins en dehors des soins médicaux, et plus spécifiquement professionnels, ont été explorés chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire dans la revue systématique de 2021 de Fairley, J.L. et al., comme un besoin de flexibilité organisationnelle ou d'adaptations de l'environnement de travail. (52) Il est donc nécessaire de tenir compte de ces différents facteurs susceptibles d'influencer la participation au travail.

De nombreuses études se sont par ailleurs penchées sur la place des médecins de soin, explorant par exemple les objectifs de prise en charge fixés par les spécialistes qui diffèrent souvent de ceux exprimés par les patients, comme les attentes clinique et thérapeutique, si l'on considère la revue systématique de 2020 sur les divergences quant à la prise en charge des RIC entre les patients et les médecins. (53)

3.3. Contexte et justification de l'étude

La prise en charge des patients doit se faire de manière pluridisciplinaire afin d'être optimale. Cependant, malgré l'intéressant croissant autour de la prise en charge globale de ces pathologies que nous venons de décrire, aucune étude ne s'est intéressée à la place du médecin en santé au travail dans le MEE des personnes atteintes de RIC, ce dernier étant pourtant un acteur pivot de la prévention de la désinsertion professionnelle comme nous l'avons vu. Notre hypothèse était que la vision et la pratique des médecins en santé au travail avait une influence sur l'accompagnement dans le MEE des personnes atteintes de RIC.

Considérant les recommandations de bonne pratique formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs (54) dont la synthèse est disponible en annexe ainsi que les éléments de la littérature suscités, on voit bien qu'il existe dans le MEE différents types de paramètres de la situation à prendre en compte par le médecin en santé au travail. En effet, nous retrouvons au sein de ces paramètres des éléments qui vont être communs quelle que soit la pathologie prise en charge, par exemple en lien avec des facteurs individuels du travailleur, de la maladie et des soins, de

l'entreprise et de la sécurité sociale. Nous retrouvons également des facteurs spécifiques à prendre en compte en fonction des pathologies rencontrées, qui sont déclinés dans ces recommandations pour les maladies cardiovasculaires, neurologiques, cancéreuses, les troubles de la santé mentale et les troubles musculosquelettiques (TMS).

Ainsi, à travers cette étude qualitative, nous nous sommes interrogés sur le fait de savoir si les médecins en santé au travail décrivaient des facteurs spécifiques dans leur prise en charge de travailleurs souffrant de RIC, considérant la notion de spécificité définie comme une caractéristique spécifique des RIC ayant un impact sur le MEE par rapport à d'autres pathologies.

L'objectif principal de cette étude était alors de déterminer quels facteurs étaient pris en compte par les médecins en santé au travail dans leur prise en charge de personnes souffrant de RIC. Les objectifs secondaires étaient de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins en santé au travail dans leur prise en charge de travailleurs atteints de RIC ainsi que de récolter les outils mobilisés dans leur prise en charge de travailleurs atteints de RIC afin de favoriser le MEE.

Une méthode qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été utilisée pour réaliser cette étude car elle paraissait adaptée pour recueillir les pratiques et explorer les perceptions des médecins du travail concernant notre sujet d'intérêt par rapport à notre problématique, via des échanges ouverts autour de différents thèmes.

**Partie présentée par Ophélie KIEFER (OK) et
Matthias ROULON (MR)**

II - ARTICLE

**Maintien en emploi des personnes atteintes de rhumatismes
inflammatoires chroniques : étude qualitative par entretiens
semi-dirigés auprès de médecins en santé au travail
exerçant en région Grand Est**

Nombre de mots : 6 554 mots

Rubrique de publication : Archives des maladies professionnelles et de l'environnement

Type de publication : Article scientifique original

**Job retention for people with chronic inflammatory rheumatism :
a qualitative study using semi-directed interviews with occupational health
physicians practicing in Grand Est**

Auteurs : Ophélie KIEFER, Matthias ROULON, Isabelle THAON

Affiliations : Université de Lorraine – Faculté de Médecine de Nancy

Absence de lien d'intérêt déclaré

Résumé

Introduction : Les RIC sont des pathologies courantes qui atteignent fréquemment une population en âge de travailler. Ils peuvent être sources de limitations fonctionnelles, entraînant une incapacité de travail, pouvant entraver le maintien en emploi. Nous nous sommes intéressés aux différents facteurs pris en compte par le médecin du travail durant sa démarche de maintien en emploi de travailleurs atteints de RIC.

Méthode : Une approche qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisés en 2021 a été utilisée pour explorer les pratiques de médecins du travail volontaires du Grand Est.

Résultats : 21 médecins du travail de différents SPST ont participé à l'étude. Ils décrivent des facteurs liés au salarié, à la maladie ou à l'emploi, communs à toute pathologie, ainsi que des facteurs spécifiques aux RIC par rapport à d'autres maladies. Tous soulignent l'impact de la douleur sur les capacités des personnes à travailler alors que la moitié évoquent la raideur et l'ankylose, et un tiers la fatigue et le dérouillage matinal. Le traitement est décrit comme un élément primordial dans le maintien en emploi. Au-delà de la problématique de la manutention, les contraintes posturales, horaires et thermiques sont rapportées et mises en lien avec les symptômes. Enfin, des actions et des outils mobilisés sont décrits, parfois sans mise en lien avec les contraintes au poste, comme le télétravail, des restrictions de manutention, des aménagements techniques ou organisationnels ...

Conclusion : Notre étude apporte une vision du maintien en emploi différente de celle des salariés beaucoup plus présente dans la littérature actuelle. Chaque action préconisée par les médecins du travail a un impact sur le salarié et son entourage socioprofessionnel, dont il faut tenir compte. Elle permet de soulever d'autres problématiques comme la communication interprofessionnelle qui apparaît comme primordiale afin de solidifier le maintien en l'emploi.

Mots-clés : Pathologies rhumatismales – Emploi – Médecine du travail – Pratique professionnelle

Summary

Introduction : Chronic inflammatory rheumatisms are common pathologies that frequently affect a population of working age. They can be sources of functional limitations, leading to a work disability that can hinder job retention. We were interested in the different factors taken into account by the occupational health physician during the job retention process for workers with ICR.

Methods : A qualitative approach using individual semi-directive interviews conducted in 2021 was used to explore the practices of volunteer occupational health physicians practicing in the Grand Est.

Results : 21 occupational health physicians from different occupational health services participated in the study. They described factors related to the employee, the disease or the job, common to all pathologies, as well as factors specific to ICRs compared to other diseases. All of them emphasized the impact of pain on people's abilities to work, while half mentioned joint stiffness and ankylosis, and a third mentioned fatigue and morning derusting. Treatment is described as a key element in job retention. Beyond the handling problem, postural, time and temperature constraints are also reported and linked to the different symptoms. Finally, actions and tools mobilized are described, sometimes without being linked to the constraints of the job, such as teleworking, handling restrictions, technical or organizational adjustments...

Conclusion : Our study provides a different vision of job retention than employees' one, more present in the current literature. Each action recommended by occupational physicians has an impact on the employee and his socio-professional environment, which must be taken into account. It raises other issues such as interprofessional communication, which appears to be essential in order to strengthen job retention.

Keywords : Rheumatic diseases - Employment - Occupational medicine - Professional practice

1. Introduction (OK)

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) correspondent à un ensemble de maladies d'origine inflammatoire atteignant le système articulaire d'une durée supérieure à trois mois, incluant la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, ainsi que le rhumatisme psoriasique. Environ 385 000 personnes sont atteintes de polyarthrite rhumatoïde en France.(1) Classiquement, les personnes préférentiellement touchées sont âgées de 20 à 55 ans, correspondant à une population majoritairement en âge de travailler, considérant notamment l'âge retardé de départ en retraite.

Source de limitation fonctionnelle, les RIC entraînent une incapacité de travail et une perte de productivité pouvant avoir un impact considérable sur le maintien en emploi. Ainsi, les patients atteints de spondylarthrite ankylosante sont victimes d'un fort taux d'absentéisme avec trois fois plus de risque d'avoir un arrêt de travail, 36% des personnes vivant avec une spondylarthrite ankylosante depuis 20 ans ont abandonné leur emploi et 53% ont souffert d'une baisse de productivité au travail en lien avec leur maladie (2). Les conséquences socio-économiques demeurent importantes aussi bien sur le plan individuel que sociétal, avec une estimation des coûts indirects de la spondylarthrite ankylosante à 4 500 € par personne par an, soit 34 à 74 % des coûts totaux selon les études (3).

Les recommandations de bonne pratique formulées par la HAS en 2019 concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs (4) permettent de distinguer différents facteurs, communs ou spécifiques à certaines pathologies (5,6) comme étant susceptibles d'agir sur le pronostic professionnel. Ainsi, pour tenter de réduire l'impact professionnel, des études se sont concentrées sur d'éventuels facteurs prédictifs d'incapacité de travail constatés chez les patients atteints de RIC (tels que des facteurs personnels, médicaux, professionnels ou socio-économiques) (2), (7) ainsi que sur les leviers perçus comme facilitateurs d'emploi décrits directement par les patients (8), (9) ou bien pris en compte par les médecins de soin et divergents souvent de ceux exprimés par les patients. (10) Cependant, malgré l'intéressant croissant autour de la prise en charge globale et pluridisciplinaire de ces pathologies (11), (12) aucune étude ne s'est intéressée à la vision du médecin en santé au travail dans le maintien en emploi des personnes atteintes de RIC, ce dernier étant pourtant un acteur central de la prévention de la désinsertion professionnelle telle qu'elle est décrite dans ses missions inscrites à l'article R4623-1 du Code du Travail (13).

Notre objectif était de déterminer quelles caractéristiques de la pathologie étaient prises en compte par les médecins en santé au travail dans leur prise en charge de personnes souffrant de RIC et dans quelle mesure cela avait un impact sur le maintien en emploi par rapport à d'autres pathologies.

2. Matériel et méthode (OK)

Une méthode qualitative a été utilisée pour réaliser cette étude car elle permettait de recueillir les pratiques et d'explorer les perceptions des participants concernant notre sujet d'intérêt par rapport à notre problématique, via des échanges ouverts sur différents thèmes.

2.1. Population – Inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'exercer en tant que médecin en santé au travail ou médecin en reconversion au sein d'un service de santé au travail (SST) interentreprise, autonome ou de la fonction publique au sein de la région Grand Est. Étaient exclus les internes en formation.

Les participants ont été contactés :

- par mailing, diffusé par l'intermédiaire du médecin inspecteur régional du travail à partir de sa liste de diffusion comportant l'ensemble des médecins du travail du Grand Est, lors de la parution de son bulletin d'information en Janvier 2021 ;
- par invitation directe à des médecins de l'entourage professionnel de l'auditrice ayant réalisé les entretiens, exerçant en tant que médecin en reconversion dans un SST des Vosges (Lorraine) ;
- par relance selon les taux de réponses, à partir d'une liste (transmise par l'équipe de recherche) de médecins du travail travaillant au sein de divers services.

Ils ont été sélectionnés sur la base du volontariat, sans définir au préalable la taille de l'échantillon. Leur accord a été recueilli après avoir reçu des informations sur les modalités de l'étude et sa confidentialité.

2.2. Modalités de recueil des données

Une première phase de test avec réalisation de deux entretiens semi-directifs a été réalisée par l'auditrice en Décembre 2020 auprès de deux médecins du SST vosgien, qui ont été intégrés à l'analyse finale. Les autres participants ont été interrogés du 13 Janvier 2021 au 23 Mars 2021 par l'auditrice, en présentiel dans un lieu calme pour les premiers participants, puis en visioconférence via Microsoft Teams (du fait de la pandémie Covid-19), durant environ 30 minutes à une heure pour ne pas surcharger l'emploi du temps des participants, sans interruption. Ils ont été interrogés à partir d'une grille d'entretien rédigée par l'auditrice abordant cinq thématiques relatives aux perceptions et aux pratiques des médecins en santé au travail concernant la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés atteints de RIC

(incluant la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique), avec des précisions sur des exemples de questions ou de reformulations de relance. Ont ainsi été abordés :

- les expériences vécues auprès de salariés atteints de RIC ;
- les précisions sur le contexte médical, socioprofessionnel et la perception des difficultés des salariés ;
- leurs perceptions du rôle des différents acteurs du maintien en emploi ;
- les leviers et les freins au maintien en emploi ;
- les pratiques, les difficultés et les attentes pour mener à bien leur mission de maintien en emploi.

Les données sociodémographiques des participants ont été recueillies à la fin de l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sur un fichier World jusque mi-Mai 2021, avant d'être anonymisés par attribution d'un numéro dans un souci de confidentialité.

2.3. Analyse des données

Nous avons analysé les entretiens selon une technique d'analyse thématique inductive. Nous avons réalisé toutes les étapes de travail selon une analyse individuelle de façon indépendante, suivies de mises en commun régulières avec comparaison des résultats et choix d'un consensus, avec contrôle par une tierce personne expérimentée selon le principe de triangulation. Nous avons trouvé des résultats majoritairement similaires durant les différentes étapes de travail. Pour cela, nous avons lu entièrement l'intégralité des entretiens, que nous avons ensuite importés sur le logiciel NVIVO® (version 12, QRS International) après avoir bénéficié d'une formation d'utilisation au logiciel en Février 2022, pour les encoder au sein de nœuds correspondant aux grands concepts identifiés au fur et à mesure des lectures. Plusieurs lectures et tours d'encodage ont été nécessaires. A partir de ces différents concepts, nous nous sommes interrogés sur les paramètres de la situation pris en compte par les participants.

2.4. Semi quantification

Afin d'évaluer la récurrence des thèmes abordés, nous avons défini cinq classes de fréquence, à savoir : très peu fréquent si le thème était évoqué par moins de trois participants ; peu fréquent si trois à sept médecins abordaient le thème ; fréquent s'il l'était par huit à douze participants ; très fréquent s'il l'était par treize à dix-sept participants ; et extrêmement

fréquent lorsque le thème l'était par plus de dix-sept médecins. Cette quantification ne sera faite que pour les caractéristiques spécifiques des RIC ayant un impact sur le maintien en emploi par rapport à d'autres pathologies puis mises en lien avec les contraintes au poste.

3. Résultats (OK + MR)

3.1. Description de l'échantillon (OK)

Au total, 21 médecins du travail ont accepté de participer à l'étude, soit un tiers par l'intermédiaire du courrier d'invitation diffusé dans le bulletin d'information du médecin inspecteur régional du travail, et deux tiers sur sollicitation du médecin auditeur. Les caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des participants, offrant une diversité dans leurs profils et une variété dans leurs secteurs d'activité, ont été détaillées dans le tableau 1. Onze participants ont exercé antérieurement la médecine générale et un participant la rhumatologie (EV17).

3.2. Facteurs communs à toute pathologie abordés dans le cadre du maintien en emploi (OK)

Il ressort de l'analyse des paramètres pris en compte par tous les médecins du travail dans le cadre du maintien en emploi des facteurs généraux communs à tout type de pathologie, liés aux caractéristiques du salarié, de la maladie ou de l'emploi, dont les différentes sous caractéristiques ont été identifiées de façon variable suivant les médecins du travail et qui sont détaillés dans le tableau 2.

3.3. Facteurs spécifiques des RIC évoqués dans le cadre maintien en emploi par rapport à d'autres pathologies (OK + MR)

Nous nous sommes ensuite intéressés aux caractéristiques particulières propres aux RIC qui sont retrouvées par les participants, présentées dans le tableau 3.

Ils évoquent tout d'abord des caractéristiques générales de la pathologie, comme la chronicité, un médecin allant même jusqu'à souligner l'aggravation inéluctable.

« Le problème de ce type de pathologies, c'est que c'est chronique et que ça va obligatoirement s'aggraver. » (EV10)

Le caractère imprévisible est décrit par de nombreux médecins, source de difficultés lors de leur prise en charge, notamment quant à la mise en place anticipatoire d'actions à mener.

« C'est juste sur la prédictivité, la prévisibilité sur l'avenir qu'on n'a pas par rapport par exemple à quelqu'un qui a une hernie discale qui sera opéré et qu'on peut penser

que ça ira mieux. Pour moi, la grosse difficulté, c'est ça, de ne pas savoir où on va. »
(EV9)

Un médecin va quant à lui rapporter un impact du travail, notamment de la sollicitation articulaire exacerbée lors d'une surcharge physique et de l'irrégularité des horaires, sur le déclenchement des poussées.

« Il y a des phases de trop de fatigue, de trop de sollicitations physiques puis à nouveau c'est une poussée. » (EV14)

Le caractère invisible des symptômes, évoqué par peu de médecins (N=4/21), peut entraîner un problème de reconnaissance notamment envers la hiérarchie (*« Il y a une lecture de leur comportement, une interprétation de leur comportement. La personne peut être arrêtée et expliquer qu'elle a mal alors que ça ne se voit pas donc ils interprètent : « Non elle n'a pas mal ». »* EV18) ou les collègues de travail (*« C'est ce qui est le plus dur dans l'entourage professionnel, c'est qu'il faudrait qu'ils se baladent avec une casquette « j'ai une polyarthrite » sinon ça ne se voit pas. Ils ont le sentiment de devoir se justifier en permanence. C'est pour ça qu'ils ne demandent rien au départ »* EV14).

Sur le plan de la symptomatologie, les professionnels évoquent principalement la douleur (N=20/21), l'ankylose et la raideur (N=10/21), ainsi que l'asthénie et le dérouillage matinal identifiés par un tiers des participants. Quatre médecins vont souligner la rythmicité inflammatoire des symptômes, où la mise en mouvement réalisée lors du travail est vue par ces médecins comme plus bénéfique que la mise au repos subie lors de l'arrêt de travail.

« Ceux-là, ils disent : « Non au contraire il faut que je travaille parce que, quand je ne travaille pas, je m'enraidis, j'ai mal partout. Je continue à travailler parce que finalement je vais mieux quand je bouge. [...] Il faut absolument que je continue à travailler parce que si jamais j'arrête c'est pire, je m'ankylose complètement ». »
(EV20)

Lorsqu'ils rapportent ces symptômes, la mise en regard avec les contraintes professionnelles, présentées dans le tableau 4, n'est pas toujours verbalisée par les médecins.

La douleur, largement décrite par les participants, est mise en lien fréquemment avec toute contrainte physique, et de façon moindre avec des contraintes thermiques ou horaires. Un médecin va de plus souligner la problématique de la charge mentale en lien avec la douleur.

*« Quand tu as un métier qui demande de la concentration, quand j'étais à E*****, j'avais un chef d'entreprise, c'est compliqué aussi quand tu as mal en permanence et que tu n'arrives pas à t'en sortir Il y a la contrainte physique mais aussi la nécessité de concentration, tu es obligé d'avoir les idées claires. »* (EV5)

L'asthénie, plurifactorielle, consécutive de la maladie inflammatoire, des poussées et des thérapeutiques, peut être aggravée de façon évidente par la charge physique, mais certains médecins soulignent qu'il convient de ne pas oublier et prendre en compte la contrainte horaire.

« Quelqu'un qui est en horaire posté, qui en fin de compte a une fatigabilité importante, en lien avec les traitements, ça peut aussi, il faut aussi l'adapter. Il n'y a pas que le côté physique. » (EV17)

Le dérouillage matinal, la raideur et l'ankylose sont perçus comme problématiques par rapport aux contraintes posturales, et notamment à toute position statique maintenue de façon prolongée.

« Elle a des douleurs, des raideurs matinales. Elle ne peut pas tenir debout longtemps ou assise longtemps » (EV13)

Les postes administratifs font débat au sein des médecins interrogés, certains médecins décrivant le travail de bureau comme réunissant les conditions de travail idéales pour les salariés atteints de RIC (*« C'est plutôt un emploi dans le tertiaire, dans le tertiaire large avec éventuellement un aménagement de poste. »* EV19), tandis que d'autres notent la difficulté de maintenir une station assise prolongée (*« Sur écran, il est un peu raide en général. »* EV21)

« On aurait plutôt tendance à dire que les gens se positionnent sur des postes un peu plus tertiaires encore que, la position assise prolongée peut être compliquée mais sont contre-indiquées quand même toutes les contraintes posturales. » (EV17)

Certains médecins n'oublient pas de souligner également les contraintes posturales subies durant le temps de trajet et les déplacements professionnels.

« Il m'a dit « Moi les déplacements de plus d'une heure ou même dans ma voiture j'ai du mal » parce qu'il a du mal d'être assis, la position statique. » (EV2)

La contrainte horaire (*« Nécessité de dérouillage matinal, problématique lorsque commence tôt »* EV1) ainsi que l'ambiance thermique et les variations de température (*« Il y a le froid. On a un quai réfrigéré à 4°. Ce n'est pas forcément ce qu'il y a de plus adapté. »* EV6) sont particulièrement évoquées, d'autant plus lorsqu'elles sont combinées.

« Ces gens-là, quand ils ont par exemple un dérouillage matinal, elle me disait, parce qu'en plus elle prend les transports en commun pour aller travailler « Le matin je ne suis pas vraiment opérationnelle ». Le temps de s'habiller, de se préparer, de prendre le bus, il fait froid, elle dit « Alors que [en télétravail], je suis chez moi, je suis au chaud, quand je me lève, il suffit que je prenne une douche bien chaude, et c'est bon, j'arrive à me déverrouiller, je ne repasse pas par la case « froid » en hiver ». (EV13)

Enfin, le thème des traitements est évoqué de manière extrêmement fréquente (N=20/21).

*« Elle sort d'un traitement par méthotrexate et elle est sous corticothérapie continue. »
(EV14).*

Lorsqu'on s'intéresse aux sous thèmes, on peut observer que certaines caractéristiques sont fréquemment soulevées comme l'efficacité et l'inefficacité du traitement qui est vu comme un facteur majeur dans le maintien dans l'emploi des salariés atteints de RIC.

« Je pense que si les gens n'ont pas de traitement adapté, c'est extrêmement compliqué et je crois même qu'on n'y arrive pas et par contre s'ils ont un traitement adapté, ce n'est plus un problème » (EV5)

« Je ne saurais pas dire s'ils échappent au bout d'un certain temps aux différents traitements mais on arrive des fois au bout. » (EV4).

De manière conjointe, les médecins mettent en évidence la capacité du traitement à contrôler les poussées, voire à les stopper totalement.

« Il a fait une poussée de rhumatisme inflammatoire aigu mais qui a rapidement disparu avec le traitement » (EV20)

De plus, ils soulignent fréquemment la capacité stabilisatrice du traitement sur l'aspect longitudinal.

« Je vois des gens qui ont été diagnostiqués spondylarthrite ankylosante à l'occasion d'une poussée et puis avec un traitement qui les stabilise tellement bien qu'ils n'ont pas de plaintes depuis plus de 10 ans. » (EV3).

D'autres sous thèmes sont moins retrouvés dans les entretiens, comme l'évolution des traitements au fur et à mesure des dernières années, soulignant une amélioration de ces derniers avec un impact sur la pathologie d'autant plus important.

« L'avènement des anti-TNF a été magique, ...vraiment très efficaces. » (EV15).

De plus, un des aspects très fréquemment soulevés par les médecins est la question de la tolérance générale des traitements et les effets secondaires potentiels.

« Il a été traité par méthotrexate et il a arrêté parce qu'il ne supportait pas » (EV20).

Si on s'intéresse aux sous thèmes, l'immunodépression induite par les traitements est fréquemment mise en avant, pouvant favoriser l'apparition d'un risque infectieux exogène environnemental, humain, viral, bactérien ou fongique.

*« Cette dame, ce n'était pas que la biothérapie, elle était sous immunosuppresseur assez lourd aussi. Elle disait qu'en hiver, elle commençait à attraper plein de choses.»
(EV9).*

Par ailleurs, la fatigabilité induite par les traitements est peu fréquemment évoquée.

« Les mises en route de traitement, il y a une fatigabilité mais ça, c'est toutes les maladies chroniques. » (EV 17).

De plus, certains effets secondaires des traitements ont été mis en lien avec des contraintes au poste. En effet, l'immunodépression consécutive au traitement ou à la pathologie peut poser un problème avec des postes présentant un risque biologique infectieux, comme dans le secteur de soin ou de la petite enfance.

« Elle était sous immunosuppresseurs, alors je ne sais pas avec le risque bio avec la petite enfance. Les rougeole, rubéole, varicelle etc. Même la grippe, ça devenait problématique. » (EV9).

Enfin, l'altération de la vigilance provoquée par certains traitements des RIC a été soulevée par des médecins, pouvant donner lieu à des difficultés pour les concilier avec les déplacements professionnels nécessaires dans certains postes.

« Oui, oui tout à fait, il est assez compliant. Il a bien compris que certains médicaments n'étaient pas compatibles avec la conduite et qu'il fallait anticiper ce genre de problématique » (EV06).

3.4. Préconisations et outils mis en avant par les médecins en lien avec les particularités et contraintes au poste (MR)

Après avoir évoqué les différents symptômes et contraintes au poste, les médecins ont proposé différentes actions dans le cadre de leur prise en charge. Certaines sont plutôt de type technique, d'autres plutôt organisationnel ; certaines vont avoir un caractère plutôt pérenne et d'autres plus temporaire en fonction de l'état de santé du salarié et de son poste. Il est à noter que le lien entre ces actions et les caractéristiques particulières de la pathologie ainsi que les contraintes aux postes n'est pas toujours verbalisé dans les entretiens. Concernant les actions techniques, qui sont majoritairement associées à un caractère pérenne, on constate que, pour les atteintes axiales des RIC, du matériel peut être proposé comme des sièges adaptés avec renforcement lombaire, ou des bureaux à hauteur variable, afin de varier les positions régulièrement.

« Enfin tout ce qu'on peut trouver au niveau lombaire, c'est « bureau à niveau variable électrique ». » (EV19).

« Dans les aménagements je sais que les sièges avec appui lombaire ont des retours plutôt intéressants, que ce soit physique ou psychique parce que ce sont des gens qui sont en souffrance. » (EV11).

Lorsqu'une atteinte est davantage périphérique et implique les membres supérieurs, des objets avec une facilité de préhension accrue peuvent être proposés.

« Des trucs tout bêtes : si les mains sont touchées, des gros crayons, des trucs d'ergothérapie, que tous les objets soient plus gros, plus faciles à saisir, ce sont des bricoles, des poignets plus ergonomiques, des trucs qui améliorent la préhension et qui diminuent la force nécessaire » (EV14)

On peut citer également des systèmes de support des avant-bras lors des travaux sur écran.

*« Il y a aussi un dispositif de support des avant-bras. Ça s'appelle H**** C**** D**. C'est un petit peu moelleux et les personnes reposent dessus et cela soulage leurs membres supérieurs. » (EV7).*

Ces aides sont souvent évoquées en cas d'arthralgies et de postures sollicitantes sur certains postes. La très grande majorité des exemples d'aides techniques citées par les médecins le sont pour des postes tertiaires. De plus, des préconisations plus évidentes telles que la réduction de la charge physique au travail et des aides à la manutention sont verbalisées également. La restriction au port de charge est également évoquée dans la grande majorité des entretiens, sans mise en lien avec les symptômes et les contraintes au poste dans la plupart des cas.

Concernant les aménagements d'ordre organisationnel, certains sont plutôt temporaires comme le temps partiel thérapeutique, très souvent rapporté par les médecins en cas de symptômes comme la fatigue ou encore les arthralgies.

« Pour les rhumatismes, le temps partiel thérapeutique. Il est bon à prendre dans plein de cas, en cas pathologie douloureuse en diminuant le temps de travail, c'est vachement bien » (EV11)

Ce temps partiel thérapeutique est également utilisé en cas de dérouillage matinal.

« On la mettra en présentiel partiel, uniquement les après-midis puisque le matin, elle n'est pas bien. » (EV13)

De plus, cet outil est rapporté lorsque les salariés sont atteints de poussées.

« Au niveau des aménagements, un aménagement qui marche bien pour les poussées, c'est le temps partiel thérapeutique. [...] . Comme ils sont en arrêt du coup ils sont au repos donc c'est un peu compliqué et puis en fait, le fait de reprendre leur fait du bien. Ça va remettre l'activité finalement dans un certain nombre de cas, le passage transitoire par le temps partiel thérapeutique est plutôt une bonne chose » (EV11).

Enfin, un autre point soulevé par un médecin est la possibilité d'utiliser ce mi-temps thérapeutique comme un « test » au retour au travail. En d'autres termes, cela peut permettre au médecin du travail d'apprécier la compatibilité ne serait-ce qu'à mi-temps de l'état de santé du salarié à son poste de travail.

« Ça nous sert aussi de test. Ça permet au salarié parfois d'avoir des soins en même temps. » (EV11).

Un autre aménagement proposé par les médecins est le télétravail. Il est à noter que lorsqu'il est évoqué par les médecins, on ne retrouve pas de précision sur son utilisation de façon pérenne ou temporaire. Il peut être proposé en cas d'immunodépression induite par la maladie ou les traitements, afin de limiter le risque biologique et infectieux. Les médecins le mettent facilement en lien avec la pandémie COVID, soulignant son utilisation plus fréquente.

« Globalement, je suis dans le secteur tertiaire, ils ont la chance de pouvoir essentiellement faire du télétravail. » (EV15).

De plus, le télétravail est proposé par un médecin lorsqu'un salarié est atteint de dérouillage matinal, afin d'éviter à ce dernier d'aggraver ses phases de dérouillage en se rendant au travail en période hivernal.

« Ces gens-là, quand ils ont par exemple un dérouillage matinal, elle me disait, parce qu'en plus elle prend les transports en commun pour aller travailler « Le matin je ne suis pas vraiment opérationnelle » Le temps de s'habiller, de se préparer, de prendre le bus, il fait froid, elle dit « Alors que là, je suis chez moi, je suis au chaud, quand je me lève, il suffit que je prenne une douche bien chaude, et c'est bon, j'arrive à me déverrouiller, je ne repasse pas par la case « froid » en hiver » » (EV13).

La souplesse organisationnelle est mise en avant par les médecins sur un versant pérenne, permettant au salarié de mieux s'adapter au caractère imprévisible des RIC ; par exemple en commençant le travail plus tard de façon occasionnelle en cas de dérouillage matinal, en faisant des pauses en fonction de la symptomatologie à l'instant « T » afin d'éviter la fatigue et de favoriser la survenue de poussées.

« Troisièmement, c'était une souplesse dans la prise horaire pour que, quand la personne avait des poussées avec des périodes de déverrouillage matinal, elle avait la possibilité de venir un peu plus tard au travail mais sans diminuer les horaires de travail » (EV7).

« Accepter de moduler le temps de travail et de respecter des consignes, c'est à dire on ne fait pas des semaines de 70 h à la pelle, on respecte une espèce de régularité des rythmes pour que les gens n'aient pas des phases de d'épuisement qui seraient propices à faire une poussée. Ce n'est quand même pas la mort, il suffit de bien gérer son personnel, pas plus les travailleurs handicapés que les autres, c'est valable pour tout le monde mais à fortiori pour elle. » (EV14).

On retrouve également la variation de tâches et de postures qui peut être proposée par les médecins afin de réduire les arthralgies des salariés.

« Le gars qui a un RIC chronique, souvent, on va arriver à enlever certaines tâches mais il y a encore pas mal de choses qu'il pourra faire malgré tout si on arrive à varier les tâches et cetera et à ce que les conditions ne soient pas trop dures. » (EV21)
« L'idée, c'était d'alterner les postures. » (EV14).

Enfin, certains médecins soumettent l'idée qu'associer une invalidité de 1^{ère} catégorie tout en travaillant à temps partiel peut permettre de mettre en place une aide plus pérenne pour les salariés atteints de RIC notamment en cas de douleurs et de fatigue.

« Je leur conseille mais alors ce n'est pas évident, je leur conseille quand vraiment ils ont une fatigue, des douleurs assez importantes, que c'est invalidant, de faire une demande d'invalidité première catégorie, pour par exemple, travailler un peu moins, un jour en moins dans la semaine et ça, au point de vue confort, ils aiment bien. » (EV12).

3.5. Hétérogénéité de la verbalisation de ces caractéristiques particulières dans les entretiens (MR)

Certains médecins n'ont pas verbalisé explicitement percevoir des caractéristiques spécifiques des RIC comparativement à d'autres pathologies durant l'entretien, c'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux possibles points communs entre les caractéristiques socio-professionnelles des médecins et les situations présentées dans les entretiens. Nous avons pu constater que la plupart de ces médecins présentait peu d'ancienneté dans la spécialité de médecine et santé au travail, et de ce fait n'avaient pas forcément été confrontés à la problématique des RIC chez leurs salariés. D'autres médecins se trouvaient être plutôt jeunes et / ou avec peu d'années d'expérience professionnelle, ce qui réduit aussi les possibilités de

prise en charge de salariés atteints de RIC. Les cas présentés par ces médecins étaient pour la plupart simples et résolus sans problématique particulière, voire même sans nécessiter l'intervention du médecin du travail. Par exemple, plusieurs cas développés par ces derniers ont pu être résolus simplement suite à la mise en place d'un traitement, entraînant un retour à l'état antérieur total sans séquelle ni rechute. Dans ces conditions, nous sommes amenés à penser que cela peut influencer directement la perception ou non de ces spécificités dans la prise en charge des RIC des médecins.

4. Discussion (MR)

Les médecins du travail rapportent des facteurs communs à toutes les pathologies dans le cadre du maintien dans l'emploi, mais au-delà de ces derniers, les entretiens font apparaître des caractéristiques plus spécifiques qui peuvent avoir un impact sur le maintien en emploi chez les salariés atteints de RIC.

Parmi ces caractéristiques particulières mises en évidence, on retrouve une triade symptomatologique : la douleur, l'asthénie et la raideur. Le symptôme ressortant le plus est la douleur, particulièrement dans les emplois avec une charge physique importante, des mouvements contraignants et de la répétitivité. Toutefois, dans notre étude, certains médecins soulignent que la douleur peut aussi avoir un impact sur les postes à charge mentale. Nous savons que depuis les années 1960-1970, l'évolution technologique bouscule le monde du travail petit à petit, avec l'apparition de nouveaux métiers plus sédentaires à une charge mentale importante (14). De plus, une étude longitudinale, menée sur onze ans, aboutie en 2019, et réalisée sur 3505 salariés âgés de 30 ans et plus, a montré que l'impact d'une surcharge de travail mentale augmentait le risque de développer une lombalgie mécanique ainsi qu'une douleur sciatalgique, par rapport à des postes sans surcharge de travail mental (15). L'asthénie et la raideur, quant à elles, sont moins soulignées dans les entretiens ; pourtant dans la littérature, ils sont très fréquents dans les RIC. Une étude de Suzanne M.M. Verstappen, et PhD de 2015, s'est intéressée à l'impact des RIC au travail. Cette étude a montré que cet impact peut se traduire à la fois par un absentéisme au travail, mais aussi par une problématique de présentéisme correspondant à la diminution de la capacité de travail des salariés, à la perte de productivité et à la diminution de la concentration et d'efficacité au travail.

Conjointement, une étude canadienne réalisée auprès de 143 jeunes adultes atteints d'arthrite et de lupus érythémateux disséminé a démontré que plus de 40 % des patients avaient signalé une perte de productivité au travail. De plus, cette perte de productivité était plus susceptible d'être signalée par les patients souffrant d'asthénie et de raideur (16).

Le traitement a également été souligné par la grande majorité des participants, étant décrit comme une caractéristique particulière par de nombreux médecins, ou simplement énoncé mais sans le présenter comme une particularité propre aux RIC. Finalement, on peut l'aborder sous deux angles. D'une part, il peut être vu comme une caractéristique commune à beaucoup de pathologies qui nécessitent un traitement, donc sur un aspect plutôt aspécifique. D'autre part, certains aspects des traitements ont été décrits comme des caractéristiques

particulières ayant un impact sur le maintien en emploi. En effet, certains traitements peuvent par exemple entraîner un effet immunosuppresseur, augmentant ainsi le risque d'infection, comme le méthotrexate (17). A cet effet, d'après une étude de février 2021, les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique avaient un taux de mortalité plus important lorsqu'ils étaient atteints du COVID-19 par rapport à ceux qui étaient infectés par le COVID-19 sans comorbidité inflammatoire chronique (18) ; ce qui a une importance au vue de la période de réalisation de l'étude en pleine pandémie à COVID-19. De plus, d'autres traitements peuvent aussi provoquer une altération de la vigilance, particulièrement lors de leur introduction, comme les analgésiques codéinés, qui peuvent être utilisés par les patients pour calmer les arthralgies si les anti inflammatoires ne suffisent pas. Cette altération de la vigilance peut poser problème concernant la question de la conduite et notamment lors de la nécessité de déplacements professionnels (19). De plus, on constate fréquemment dans les entretiens que les médecins placent le traitement comme un élément important dans le maintien en emploi, certains médecins allant même jusqu'à expliciter qu'un traitement déséquilibré équivaut à un échec du maintien dans l'emploi. Néanmoins, comme le montre l'étude de cohorte de Mc Williams, D.F. et al de 2012, 58% des patients avaient signifié une amélioration uniquement partielle des douleurs, 15% rapportaient une douleur identique avant traitement et 27% une aggravation de cette dernière. Dans le même sens, ces mêmes traitements jugés comme efficaces n'offrent le plus souvent qu'une amélioration partielle de la fatigue, avec par exemple 40% des patients qui perçoivent une amélioration de leur fatigue à un an de suivi après un traitement par DMARD, comme l'explique cette étude de 2020 de Janet E Pope (20). Cela peut suggérer que certains médecins ont tendance à surestimer quelque peu l'efficacité du traitement sur les différents symptômes de la maladie.

Le caractère invisible des RIC est également peu verbalisé dans les entretiens comparativement aux patients. Or, une grande partie des symptômes des RIC le sont effectivement, comme l'asthénie, la douleur et la raideur (21). Il est à noter que cela peut être considéré comme un avantage de cacher la maladie du moins dans un premier temps, mais aussi comme un véritable handicap car cela empêche de voir les problématiques en résultant, et diminue donc l'empathie et la compréhension des collègues (22,23). De manière évidente, ces symptômes invisibles ont un impact sur la vie personnelle des salariés ; une étude menée sur 1865 patients, examinant la relation entre la gravité des symptômes des salariés atteints de sclérose en plaque et la perception de leur santé, a montré que les symptômes invisibles (fatigue et douleurs entre autres) étaient prédictifs d'une perception négative de la santé plus importante que les symptômes visibles (24).

De plus, dans une autre étude portant sur 145 personnes atteintes de SEP, il a été révélé que les symptômes invisibles étaient plus prédictifs de détresse que les symptômes visibles (25). Certains médecins mentionnent l'impact psychologique néfaste au travail avec l'employeur et les collègues, qui peut être à l'origine d'un manque de reconnaissance du handicap et rendre plus difficile l'acceptation de la pathologie par l'employeur et/ou les collègues et donc, la mise en place d'actions du médecin du travail. On retrouve cet élément bien décrit dans une étude qualitative réalisée auprès de 36 salariés en 2007, permettant de mieux comprendre le point de vue des patients atteints de RIC sur leur expérience professionnelle (22). Il est donc important de ne pas sous-estimer l'impact de cette symptomatologie invisible dans la vie personnelle des patients ainsi qu'au travail.

Concernant les actions proposées par les médecins du travail, et au vu de la période de réalisation des entretiens, il paraissait évident que le télétravail soit évoqué. Toutefois, il ne convient pas pour certains types de postes ou certaines tâches d'un poste. Cela a été souligné par cette étude américaine réalisée sur des télétravailleurs ainsi que sur les employeurs à l'aide de questionnaire dans les années 2000, qui avait pour but de mettre en lumière les avantages mais aussi les inconvénients du télétravail. Sur la partie employeur, il ressortait que le télétravail était impossible sur des postes où le port de charge et le travail manuel en général étaient nécessaires (26). De plus d'autres études se sont également penchées sur d'autres impacts négatifs du télétravail, comme cette étude de 2022 réalisée sur 500 salariés interrogés par questionnaire, qui s'est penchée sur l'impact du télétravail sur la santé mentale. Cette dernière a montré que le télétravail pouvait être lié à une sensation de surveillance imaginaire élevée par l'employeur et à une surcharge de communication plus importante qu'en présentiel, augmentant la fréquence des symptômes dépressifs et anxieux chez ces salariés. (27)

Il convient donc d'être prudent avec l'utilisation du télétravail chez des salariés atteints de RIC pouvant être plus fragiles psychologiquement que la population générale.

Le TPT est un outil très polyvalent pour les médecins du travail, très souvent verbalisé dans les entretiens. Néanmoins, cet outil nécessite l'intervention de plusieurs acteurs du maintien en emploi : le médecin du travail, le médecin prescripteur (spécialiste ou généraliste), l'employeur et le salarié. De plus, le TPT nécessite l'accord de l'employeur ; sauf si ce dernier prouve factuellement qu'il ne peut pas l'appliquer. Cela peut parfois complexifier sa mise en œuvre. (28). Plusieurs médecins soulèvent cette contrainte d'acceptabilité de l'employeur. Un effet possible du TPT sur le salarié n'est pas abordé dans les entretiens :

l'effet de « compression » d'une quantité de travail sur une durée de travail rendant l'activité difficilement tenable pour le salarié. C'est ce qu'une étude récente de 2022 a montré en s'intéressant à l'utilisation du TPT chez des salariés atteints d'un cancer à l'aide d'entretiens ; en effet certains salariés ont décrit une charge de travail importante et compressée, ayant posé des difficultés conséquentes. (29) Il apparaît donc important d'être en contact avec l'employeur pour la mise en place de ce type d'aménagement, afin d'en discuter en amont et d'étudier la faisabilité de cette mesure.

Enfin, les restrictions au port de charges sont abordées très fréquemment, mais employées assez différemment. Certains médecins vont suivre à la lettre les normes AFNOR NFX 35-109, certains préfèrent employer des « incapacités » à une tâche plutôt que des limitations de poids. D'autres vont utiliser lors de la rédaction de l'aménagement des termes comme « occasionnel » ou « ponctuel ». Finalement, des médecins tiennent compte de l'employabilité afin de probablement favoriser l'acceptation de l'employeur, sa compréhension et permettre d'éviter au maximum la problématique du glissement de tâche ou la surcharge de travail chez les autres salariés. Toutefois, nous n'avons pas trouvé d'étude permettant de l'attester.

Les limites de notre étude sont composées dans un premier temps du fait qu'une partie des médecins interrogés fassent partie du même service dans la même région, pouvant avoir un impact sur la pratique d'une méthode de travail possiblement identique, et donc être source d'un manque de diversité sur les résultats ; ce point étant d'autant plus marqué si des échanges de pratiques sont régulièrement faits dans ce service, ce dont nous n'avons pas connaissance. Ensuite, l'échantillon n'est pas représentatif en termes de genre et d'âge de la population de médecins du travail de la région Grand Est, selon les données démographiques au 1^{er} janvier 2019 avec moins de médecins jeunes et une surreprésentation des médecins de 60 ans et plus (30). De plus, une autre limite de l'étude est liée à un manque d'expérience de l'auditrice sur les entretiens semi-directifs, ce qui a pu avoir un impact sur la réalisation des entretiens. Il est à noter que nous n'avons pas analysé les résultats en fonction du type de pathologie rhumatismale très souvent non précisée par les médecins (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante et rhumatisme psoriasique). La comparaison entre ces différentes pathologies pourrait faire l'objet d'une autre étude par la suite. Outre cela, nous avons mis en lumière d'autres éléments factuels qui n'ont pas pu être développés dans cette article, notamment l'importance de la coordination des différents acteurs du maintien en emploi ; ce qui pourrait faire l'objet d'un second article.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative sur le maintien dans l'emploi des salariés atteints de RIC en France auprès de médecins du travail par entretiens semi-directifs. Il existe des études qualitatives sur les rhumatismes et le travail, mais réalisées auprès de patients, étayant ainsi leurs points de vue sur leurs expériences et leurs vécus professionnels et non auprès de médecins du travail (7). Ces études mettent en lumière les problématiques liées aux symptômes de la maladie, aux conditions de travail, aux adaptations personnelles, les défis émotionnels et les relations interpersonnelles. Notre article offre un aperçu du maintien dans l'emploi des salariés atteints de RIC, par le biais de 21 médecins du travail de la région Grand Est en France, apportant un point de vue différent sur les points retrouvés dans la revue systématique auprès de salariés ainsi que d'autres problématiques comme les relations interprofessionnelles entre le médecin du travail et les autres acteurs du maintien en emploi. De plus, cette étude qualitative a été réalisée en double encodage avec un partage régulier des données au fur et à mesure de l'avancée de l'analyse.

Enfin, cette étude qualitative met en évidence une diversité dans la verbalisation de la présence ou non de caractéristiques particulières aux RIC. Il faut garder à l'esprit qu'il y a une variabilité inter-individuelle sur l'impact des RIC chez les salariés, ainsi qu'un handicap différent au cours du temps via un mécanisme de poussée ou d'échappement au traitement possible. De plus, il est nécessaire de rester attentif à l'éventail symptomatologique des RIC dans sa globalité tels que l'asthénie et le dérouillage matinal. Il convient également de mettre en lumière l'impact psychologique des RIC chez les salariés afin de proposer des aides de manière précoce. Enfin, mettre en évidence ces caractéristiques est important afin de les articuler avec des actions de prise en charge spécifiques, comme le télétravail en cas de dérouillage ou de risque biologique, tout en évitant d'aggraver un équilibre psychologique pouvant déjà être précaire ; ou d'utiliser le temps partiel thérapeutique apparaissant comme un couteau suisse, en cas de poussée, d'arthralgie ou d'asthénie.

5. Tableaux

Tableau I : Caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des participants

Caractéristiques	Valeur (N=21)
Sexe	
Homme	6
Femme	15
Age (années)	
Médiane	58
Etendue	38 - 73
Expérience antérieure	
Exercice exclusif de la médecine en santé au travail sur l'ensemble de la carrière	7
Autre spécialité médicale exercée	14
Ancienneté en santé au travail (années)	
Médiane	20
Etendue	2 - 41
Statut actuel	
Médecin en santé au travail	18
Collaborateur médecin	3
Mode d'exercice actuel	
Service de santé au travail inter- entreprise (dont BTP)	16 (2)
Service de santé au travail autonome	4
Fonction Publique Territoriale	1
Département d'exercice	
Bas-Rhin (Alsace)	4*
Haut-Rhin (Alsace)	2*
Meurthe-et-Moselle (Lorraine)	4*
Moselle (Lorraine)	3
Vosges (Lorraine)	10*
*2 médecins exerçaient sur 2 départements conjointement	

Tableau II : *Caractéristiques générales communes à toute pathologie identifiées par les médecins en santé au travail dans le cadre du maintien en emploi*

Facteurs généraux pris en compte	Caractéristiques détaillées
Liés au salarié	Âge, sexe, niveau socio-éducatif
Liés à la maladie	Diagnostic, comorbidités, nécessité d'une prise en charge (suivi spécialisé et traitement)
Liés à l'emploi	Liées à l'entreprise Taille de l'entreprise, contexte socioéconomique, secteur d'activité, organisation interne et changement de direction, culture d'entreprise, environnement de travail (collectif de travail, relations avec la hiérarchie et les collègues)
	Liées au poste occupé Statut / type de contrat, formation, expérience, compétences, ancienneté au poste, conditions de travail et contraintes professionnelles

Tableau IIIII : Caractéristiques détaillées en lien avec la pathologie citées par les participants

Fréquence du thème abordé	Thème abordé	Verbatim
Extrêmement fréquent	Chronicité	« C'est ça le souci du rhumatisme chronique, c'est sans fin. Il n'y a jamais une guérison. » (EV16)
		« C'est le côté chronique qui est important et qui donne une spécificité par rapport au maintien dans l'emploi et par rapport à l'organisation à mettre en place au niveau du travail » (EV17)
		« Je pense qu'on est important pour expliquer aux salariés que la pathologie, elle est donc chronique, qu'il faut s'y prendre assez tôt pour envisager les solutions. » (EV21)
	Poussée, variabilité intra-individuelle	« Quand ils viennent, ils ont des poussées et ça c'est quand même assez fréquent même si c'est on ne peut pas dire que c'est cyclique tous les mois. » (EV4)
		« L'état de santé fluctue spontanément ». (EV18) « Ensuite, le problème de l'évolution souvent un peu par poussées ou la notion de variabilité dans le temps, des gens qui sont souvent plus gênés en hiver, qui font que par moment ils sont mieux qu'à d'autres moments » (EV21)
	Douleur avec localisations multiples	« Des douleurs de dos mais je pense à un cariste, c'était plus périphérique, les poignets, les chevilles. Oui c'est des douleurs articulaires » (EV9)
		« C'était vraiment difficile, elle avait vraiment des douleurs aux mains qui faisait qu'elle laissait échapper les objets. Elle n'arrivait plus à serrer. Elle avait vraiment des douleurs articulaires majeures à plein d'endroits, les mains, les épaules, les cervicales, tout le dos, lombaires. » (EV12)
		« Il a des douleurs musculaires qui sont au niveau aussi bien des épaules, des coudes, des genoux. » (EV17)
Très fréquent	Imprévisibilité	« Le problème à mon niveau c'est que on ne connaît pas l'évolution, c'est difficile de faire une adaptation de poste pérenne avec le caractère discontinu de l'affection. » (EV 3) « L'irrégularité de la maladie, le fait qu'il y ait des poussées, c'est parfois imprévisible ; Il y a donc un risque

			<i>d'absentéisme ou de difficultés à travailler le jour-là. » (EV7)</i>
Fréquent	Raideur ankylose	et	« <i>Limitation de la mobilité articulaire niveau des différentes articulations épaules, mains, pieds, autres. » (EV1)</i> « <i>C'était ses mains qui enflent, des espèces de raideurs dans les doigts quand elle était en crise. » (EV4)</i>
Peu fréquent	Invisibilité		« <i>D'ailleurs, ce qui m'horripile le plus, c'est que dans ces pathologies qui ne se voient pas, très longtemps, à moins d'avoir une forme historique de la maladie, il n'y a pas de déformation, il y a très peu de signes. » (EV14)</i>
	Asthénie		« <i>Il y a une fatigue générale liée à la maladie inflammatoire chronique. » (EV12)</i>
	Dérouillage matinal		« <i>En fait, on trouve un dérouillage matinal, un truc hyper inflammatoire. » (EV21)</i>

Tableau IIV : Caractéristiques de la pathologie mises en lien avec les contraintes au poste évoquées par les participants

Facteurs de la pathologie	Mise en regard avec les contraintes au poste	Fréquence
	Charge physique (manutention, postures, gestuelle, préhension, répétitivité)	Extrêmement fréquent
Douleur	Conduite (trajets professionnels, conduite d'engin)	Peu fréquent
	Ambiance thermique, froid	Peu fréquent
	Charge mentale	Très peu fréquent
Asthénie	Charge physique	Peu fréquent
	Contrainte horaire (horaire posté, temps de travail)	Peu fréquent
	Contraintes posturales (postures sollicitantes, postures statiques prolongées dont conduite)	Peu fréquent
Raideur, ankylose, dérouillage matinal	Contrainte horaire	Peu fréquent
	Ambiance thermique, variation de Température	Très peu fréquent

Tableau V : Caractéristiques centrées sur le traitement et ses mises en lien avec les contraintes

Caractéristiques	Mise en lien	Fréquence
Caractéristiques intrinsèques	Evocation du traitement de manière général	Extrêmement fréquent
	Efficacité/inefficacité à l'instant T	Fréquent
	Contrôle des poussées et stabilisation de la maladie avec aspect longitudinal	Fréquent
	Evolution des traitements	Peu fréquent
Effets secondaires	Evocation des effets secondaires et intolérance de manière générale	Très fréquent
	Immunodépression	Fréquent
	Fatigabilité	Peu fréquent
Effets secondaires mis en lien avec des contraintes au poste	Immunodépression via les traitements ou consécutive à la pathologie mise en lien avec le risque biologique et infectieux	Peu fréquent
	Altération de la vigilance et déplacement professionnel	Très peu fréquent

Tableau VI : Actions d'ordre organisationnel mises en lien avec les caractéristiques et les contraintes au poste proposées par les médecins du travail

Actions	Abordées sans mise en lien	En cas de risque biologique	En cas de dérouillage	En cas d'arthralgies	En cas de poussée	En cas de fatigue
Télétravail	X	X	X			
Temps partiel thérapeutique	X		X	X	X	X
Couplage invalidité et temps partiel	X			X		X
Souplesse organisationnelle	X		X	X	X	X
Variation des tâches au poste	X			X		X
Restriction de charges	X			X		

6. Bibliographie

1. Pina Vegas L, Drouin J, Dray-Spira R. Prevalence, mortality, and treatment of patients with rheumatoid arthritis: a cohort study of the French Nation Health. 2019.
2. Nikiphorou E, Ramiro S. Work Disability in Axial Spondyloarthritis. *Curr Rheumatol Rep.* sept 2020;22(9):55.
3. King D, Mitchell SA, Keyzor I, Kiri S. Systematic Review of Societal Cost of Illness Evidence in Patients With Ankylosing Spondylitis. *Value in Health.* nov 2014;17(7):A378.
4. HAS. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. 15 févr 2019; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs
5. Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MHW. Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health.* nov 2015;88(8):1015-29.
6. Gagnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière 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.* juin 2018;28(2):215-31.
7. Hoving JL, van Zwieten MCB, van der Meer M, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Work participation and arthritis: a systematic overview of challenges, adaptations and opportunities for interventions. *Rheumatology (Oxford).* juill 2013;52(7):1254-64.
8. Louati C, Mouelhi Y, Kabuth B, Clément C. “Without Them, I Would Never Have Been Able to Carry on” Levers for the Sustained Employment of Patients with Chronic Inflammatory Arthritis: A French Qualitative Study. *IJERPH.* 7 nov 2022;19(21):14616.
9. Purc-Stephenson RJ, Dostie J, Smith HJ. Swimming Against the Current: A Qualitative Review of the Work Experiences and Adaptations Made by Employees With Arthritis. *Arthritis Care Res.* nov 2018;70(11):1587-97.

10. Sacristán JA, Dilla T, Díaz-Cerezo S, Gabás-Rivera C, Aceituno S, Lizán L. Patient-physician discrepancy in the perception of immune-mediated inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. A qualitative systematic review of the literature. Navarini L, éditeur. PLoS ONE. 17 juin 2020;15(6):e0234705.
11. Wilkie R, Bjork M, Costa-Black KM, Parker M, Pransky G. Managing work participation for people with rheumatic and musculoskeletal diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. avr 2020;34(2):101517.
12. Jansen J, van Ooijen R, Koning PWC, Boot CRL, Brouwer S. The Role of the Employer in Supporting Work Participation of Workers with Disabilities: A Systematic Literature Review Using an Interdisciplinary Approach. *J Occup Rehabil*. déc 2021;31(4):916-49.
13. Article R4623-1 du code du travail ; version en vigueur au 03 mars 2023.
14. Fisne A. Les 7 grandes mutations du monde du travail depuis Mai-68. 23 mai 2018 ;
15. Shiri R, Falah-Hassani K, Heliövaara M, Solovieva S, Amiri S, Lallukka T, et al. Risk Factors for Low Back Pain: A Population-Based Longitudinal Study. *Arthritis Care Res*. févr 2019;71(2):290-9.
16. Jetha A, Badley E, Beaton D, Fortin PR, Shiff NJ, Gignac MAM. Unpacking Early Work Experiences of Young Adults With Rheumatic Disease: An Examination of Absenteeism, Job Disruptions, and Productivity Loss. *Arthritis Care & Research*. sept 2015;67(9):1246-54.
17. Hosseinikhah SM, Barani M, Rahdar A, Madry H, Arshad R, Mohammadzadeh V, et al. Nanomaterials for the Diagnosis and Treatment of Inflammatory Arthritis. *Int J Mol Sci*. 18 mars 2021;22(6):3092.
18. Hyrich KL, Machado PM. Rheumatic disease and COVID-19: epidemiology and outcomes. *Nat Rev Rheumatol*. févr 2021;17(2):71-2.
19. Hetland A, Carr DB. Medications and Impaired Driving. *Ann Pharmacother*. avr 2014;48(4):494-506.
20. Pope JE. Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *RMD Open*. mai 2020;6(1):e001084.

21. Parker LS, Topcu G, De Boos D, das Nair R. The notion of « invisibility » in people's experiences of the symptoms of multiple sclerosis: a systematic meta-synthesis. *Disabil Rehabil.* nov 2021;43(23):3276-90.
22. Lacaille D, White MA, Backman CL, Gignac MAM. Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective. *Arthritis Rheum.* 15 oct 2007;57(7):1269-79.
23. Jones AC, Kavanaugh AF, Walker DJ. Rheumatology and work. *Rheumatology.* 1 nov 2010;49(11):2007-9.
24. Green R, Cutter G, Friendly M, Kister I. Which symptoms contribute the most to patients' perception of health in multiple sclerosis? *Multiple Sclerosis Journal - Experimental, Translational and Clinical.* sept 2017;3(3):205521731772830.
25. White CP, White MB, Russell CS. Invisible and Visible Symptoms of Multiple Sclerosis: Which Are More Predictive of Health Distress? *Journal of Neuroscience Nursing.* avr 2008;40(2):85-95,102.
26. Baruch Y. Teleworking: benefits and pitfalls as perceived by professionals and managers. *New Technology, Work and Employment.* mars 2000;15(1):34-49.
27. Mendonça I, Coelho F, Ferrajão P, Abreu AM. Telework and Mental Health during COVID-19. *IJERPH.* 24 févr 2022;19(5):2602.
28. Genty V, Fantoni Quinton S. Les subtilités du temps partiel thérapeutique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* nov 2018;79(5):666-9.
29. Levet P. Travailler avec ou après un cancer : le temps partiel thérapeutique et ses possibles alternatifs. 10/10/22.
30. BOUET P, GERARD-VARET J François. Atlas de la démographie médicale en France. 2019.

Partie présentée par Matthias ROULON

III – DISCUSSION GENERALE

Comme pour d'autres maladies chroniques évolutives, l'impact sur la carrière professionnelle des salariés atteints de RIC est important avec un risque de désinsertion professionnelle majeur. Ce sont des problématiques rencontrées par tous les médecins du travail, qui ont tendance s'accroître au cours du temps avec le recul de l'âge de la retraite. L'objectif principal de cette étude qualitative à l'aide de ces entretiens semi-directifs était de déterminer quels facteurs étaient pris en compte par les médecins en santé au travail dans le MEE des salariés atteints de RIC. L'objectif secondaire était de réaliser un état des lieux du MEE des salariés atteints de RIC du point de vue de médecins en santé au travail.

Nous n'avons pas mis en évidence dans la littérature ce type d'étude centrée sur la vision du médecin en santé au travail dans le MEE de travailleurs atteints de RIC, ce dernier étant pourtant un acteur central de la prise en charge professionnelle. De nombreuses études qualitatives décrivent longuement le point de vue du salarié (46). Cette revue de la littérature en date de 2013 a identifié dix études qualitatives auprès de salariés atteints de RIC visant à faciliter la compréhension des facteurs qui jouent un rôle dans le maintien en emploi. Il avait été finalement mis en évidence sept grands concepts clés verbalisés par les patients souffrants de RIC, à savoir les symptômes de la maladie, la gestion de la maladie, les enjeux socio-économiques, les conditions de travail et les adaptations, les défis émotionnels, les relations interpersonnelles et les problèmes affectant la vie professionnelle et familiale.

Ces concepts sont globalement abordés par les médecins de notre étude, certains plus que d'autres, certains moins que d'autres, sous un angle différent, renforçant la richesse de ces informations. De plus, d'autres concepts sont mis en lumière comme les relations interprofessionnelles entre les acteurs du MEE et les difficultés des médecins du travail dans leurs exercices comme des dysfonctionnements possibles des SPST.

Finalement, notre étude peut venir compléter ce manque de diversité dans les études, et mettre en lumière certaines problématiques non soulevées par le point de vue des salariés.

Notre étude a permis de faire ressortir des caractéristiques générales communes à toute pathologie, que l'on retrouve dans les recommandations de bonne pratique formulées par la HAS en 2019, comme des caractéristiques liées à la maladie (à savoir le diagnostic, les

comorbidités, la nécessité d'une prise en charge via un traitement et un suivi spécialisé) ; des caractéristiques liées au salarié (comme l'âge, le sexe, le niveau socioéducatif, la pratique d'une activité sportive, ..) ou encore des caractéristiques liées à l'emploi (comme la taille de l'entreprise, le contexte socio-économique, ...). Elles sont globalement toutes perçues par les médecins en santé au travail.

Ensuite, des caractéristiques plus particulières, plus spécifiques des RIC, ont été verbalisées dans les entretiens, ainsi que des actions de prise en charge et mises en lien (ou pas) avec ces caractéristiques par les médecins. De plus, d'autres aspects de l'étude non développés dans l'article ont permis de mettre en lumière des problématiques verbalisées par les médecins dans leurs pratiques, pouvant également impacter le MEE, comme le lien quelque fois difficile avec certains acteurs du MEE comme le rhumatologue, le médecin conseil ou CAP Emploi ; des difficultés au sein des SPST ou de l'équipe pluridisciplinaire, la verbalisation d'un manque de formation sur les RIC, et plus généralement un manque de temps.

1. Synthèse de certaines caractéristiques et actions mises en lumière par les médecins du travail

1.1. Point sur les facteurs communs à toutes les pathologies

Concernant ces facteurs, comme nous l'avons vu, ceux communs à toutes les pathologies sont pratiquement tous verbalisés dans les entretiens par les médecins. Certains facteurs communs mis en évidence dans les entretiens méritent d'être développés, pouvant avoir un impact notable sur la pathologie et indirectement sur le MEE.

L'âge des salariés cités en exemple par les médecins s'étale de 20 à 57 ans. Cela rappelle l'une des particularités des RIC, à savoir qu'ils peuvent toucher des salariés de tout âge, dont des jeunes salariés entrant dans la vie active. Ce sont donc des problématiques rencontrées par tous les médecins du travail et qui tend à s'accroître au cours du temps avec le recul de l'âge de la retraite encore d'actualité (55).

L'activité physique a été évoquée par un médecin, soulignant l'impact positif sur les arthralgies d'une salariée.

« Elle s'était mise à aller à la piscine vraiment presque tous les jours parce qu'elle trouve que ça la détendait, par rapport aux douleurs musculaires et articulaires » (EVI2).

Des études commencent à voir le jour concernant l'impact de l'activité physique sur l'apparition d'un phénotype anti-inflammatoire à court terme et à long terme.

En effet, comme l'explique cette étude récente de 2020 de George S. Metsios, la pratique d'une activité sportive chez des patients atteints de RIC pourrait favoriser le phénotype anti inflammatoire, au détriment du phénotype inflammatoire, via un mécanisme d'inhibition des voies métaboliques inflammatoires. Des études sont encore en cours afin de vérifier cet impact sur le long terme chez des patients atteints de RIC.(56)

L'alimentation a également été citée par ce médecin comme ayant eu un impact positif sur l'évolution de la pathologie rhumatismale.

« Elle a changé vraiment d'alimentation, une alimentation anti-inflammatoire, des oméga 3, un régime méditerranéen » (EVI2).

Une étude allemande de 2009 de O. Adam rappelle l'importance d'une alimentation anti inflammatoire ; notamment avec un apport en oméga 3 et oméga 6, favorisant l'inhibition de l'inflammation. L'étude souligne également que ce régime alimentaire entraîne une amélioration des symptômes chez les patients atteints de RIC (57).

1.2. Actions proposées par les médecins du travail

Dans notre étude, les médecins du travail ont verbalisé différentes actions de prise en charge, et mises en lien ou non avec des caractéristiques particulières de la pathologie ou des contraintes au poste. Parmi celles-ci, nous en avons développé plusieurs comme :

- Le télétravail, en plein essor durant la période de réalisation de l'étude, mais associé à certaines limites ;
- Le TPT qui est très largement verbalisé dans les entretiens, mais qui nécessite une prudence quant à son utilisation et son impact sur l'entourage socio-professionnel du salarié ;
- Les restrictions au port de charges, avec divers points de vue apportés par les médecins du travail.

Télétravail :

Il est à noter que le télétravail était déjà en augmentation avant la période COVID comme de nombreuses études le démontraient (58–60). La pandémie COVID a accentué l'utilisation du télétravail, avec une accessibilité plus simple et une acceptation des employeurs plus importante. Des études se sont penchées sur les bénéfices du télétravail par rapport au travail en présentiel, comme cette étude d'août 2021 réalisée sur 413 salariés en télétravail via un questionnaire en ligne : 64% rapportaient un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, 71% une meilleure indépendance au travail, 66% une meilleure productivité et enfin 89% un gain de temps et d'argent en lien avec le trajet. Toutefois, 78% rapportaient une augmentation des troubles musculosquelettiques par rapport à leur travail en présentiel, notamment en lien avec une installation à leur domicile souvent moins optimale que sur leur lieu de travail (61). L'utilisation du télétravail reste un outil très intéressant dans les RIC permettant de réduire l'exposition au risque biologique de certains métiers, notamment durant l'utilisation des traitements immunosuppresseurs ; ou encore lors de dérouillage matinal présenté par les salariés, évitant les variations de températures matinales.

Temps partiel thérapeutique :

Rappelons que le TPT est une notion de droit social, se trouvant au croisement du droit du travail et du droit de la sécurité sociale. Pourtant, le TPT est régi uniquement par les dispositions du Code de la sécurité sociale. Il correspond à la situation dans laquelle un salarié travaille à temps partiel au sein de son entreprise sur prescription médicale. Depuis fin 2019,

le TPT ne succède plus nécessairement à un arrêt de travail, facilitant sa mise en place, et augmentant ses possibilités d'utilisation. Il fait partie des aménagements de poste utilisés fréquemment depuis des années. Une étude de 2018 « La vie après 5 ans de cancer » publiée par l'Institut National du Cancer a indiqué que six salariés sur dix avaient connu un aménagement de poste dans les cinq années après leur diagnostic ; la moitié d'entre eux avait bénéficié d'un TPT. En outre, d'après les données, 24% des personnes ayant eu un cancer (quel que soit le type de cancer), et bénéficié d'un aménagement, ont eu recours au TPT. L'étude avait également montré que le TPT n'était pas distribué de manière égale dans le monde du travail (encore une fois quelque fois le type de cancer) : en effet, l'utilisation était plus faible dans les petites entreprises, dans les cas de contrat à durée déterminée. Par contre, l'utilisation était plus importante dans les entreprises de taille intermédiaire. Un autre point important est l'impact sur la réorganisation d'une entreprise lorsqu'un TPT est mis en place. Ce point est soulevé par le sociologue Dodier Nicolas dans une de ses revues de 1983 (62). Il explique que, pour lui, ce travail de réorganisation reste un angle mort du retour au travail, et qu'il est parfois invisible pour les médecins du travail ainsi que les autres acteurs du corps médical. En effet, le médecin du travail reste l'acteur pouvant légitimement libérer partiellement un salarié des attentes de son employeur. Or, le médecin est absent du lieu de travail, ce qui n'est pas sans conséquence sur la légitimité de ses décisions aux yeux de l'ensemble des personnes en interaction avec le salarié. Ce qui découle de cette analyse est que le médecin du travail ne doit pas négliger cet impact et contacter l'employeur pour mettre en place ce type d'aménagement, afin d'en étudier ses possibilités de mise en place avec lui.

Restriction du port de charges :

Pour rappel, la manutention manuelle correspond à toute opération de transport ou de soutien d'une charge dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement exigent un effort physique d'une ou de plusieurs personnes. Les restrictions au port de charge sont encore utilisées par les médecins du travail lorsqu'un salarié présente une pathologie difficilement compatible avec certains ports de charges. Pour aiguiller les médecins dans la mise en place de ces restrictions, le Code du Travail indique qu'il faut privilégier la manutention mécanique et limiter les charges en fonction du sexe et de l'âge. La norme AFNOR NFX 35-109, quant à elle, tient compte des critères de masse transportée, du soulèvement, de la fréquence du transport, de la distance parcourue, de l'âge et du sexe (63). Il était légitime de s'attendre à l'évocation de l'utilisation de restrictions du port de charges dans le cadre de RIC au travail. Elles sont verbalisées fréquemment dans nos entretiens.

Néanmoins, nous avons constaté qu'il existe une diversité marquée dans l'emploi de cet aménagement. Par exemple, un médecin souligne sa préférence pour se prononcer sur des « incapacités à une tâche » plutôt que des limites de poids.

« (Mets- tu tout de même des limitations chiffrées en termes de charge à porter ?) J'en mets quand on me l'impose, en fait. Les restrictions au port de charges, j'avoue j'aime ne pas mettre de poids précisément mais plutôt ne pas parler en termes d'incapacité d'une charge, d'incapacité à une posture mais incapacité à une tâche c'est à dire « ne pas porter le frigo » donc je ne vais pas me parler de kilo. » (EV11)

D'autres médecins précisent que certains employeurs sont dans la demande de limitations chiffrées, afin de se mettre en « sécurité » en cas d'accident du travail.

« (Avez-vous écrit des limitations de charges en précisant un poids ?) On essaie parce que si on n'en met pas, les entreprises nous les demande pour se mettre à l'abri. » (EV19)

Certains médecins vont favoriser les termes comme « occasionnellement » ou « ponctuel », d'autres ne vont se positionner que sur des limitations au lieu de restrictions.

Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant de comparer l'impact de ces différentes façons de faire sur l'acceptabilité et la mise en place des mesures par l'employeur. Toutefois, cela paraît évident que tenir compte du type de poste, et être en contact avec l'employeur, permettraient de faciliter la mise en place de ces restrictions.

2. Autres problématiques abordées dans les entretiens

2.1. Communication interprofessionnelle

Notre étude s'est centrée sur la verbalisation ou non de caractéristiques particulières des RIC et l'impact possible dans le MEE des salariés. Toutefois, les entretiens ont permis de mettre en évidence d'autres éléments, comme l'importance de la communication interprofessionnelle.

Durant les entretiens, les différents acteurs du maintien en emploi ont été mis en évidence : l'importance du médecin généraliste dans la boucle du MEE est largement soulignée dans la majorité des entretiens. Il est vu comme une aide précieuse pour le médecin du travail dans beaucoup de situations.

« Le médecin traitant, je le contacte, parce qu'on a les soucis des arrêts maladie, pas d'arrêt, reprise à temps partiel » (EVI6).

Les médecins en santé au travail précisent plusieurs rôles centraux : la mise en arrêt de travail ou la prolongation des arrêts de travail des salariés, la réalisation d'examens complémentaires, la prescription du TPT, la prescription de certificats d'isolements durant la pandémie COVID, la demande d'avis médical sur le salarié et sa pathologie, et enfin la communication sur les comptes rendus médicaux du rhumatologue. Certains médecins vont même jusqu'à favoriser la communication avec le médecin généraliste, shuntant celle avec le rhumatologue.

« Je travaille beaucoup avec le généraliste, le spécialiste...le rhumatologue, non » (EVI6).

Cependant, certains médecins en santé au travail soulignent les difficultés pour rentrer en contact avec eux, notamment au téléphone, lorsqu'ils font face à des cas compliqués nécessitant un avis médical plus poussé sur la pathologie du salarié.

Un autre acteur largement évoqué est le rhumatologue intégré également dans la boucle du MEE. Il est également souligné comme un acteur central dans le MEE des salariés atteints de RIC, avec différents rôles évoqués, comme l'orientation chez le rhumatologue en cas d'inefficacité ou d'effets secondaires du traitement, pouvant entraver l'activité professionnelle.

« Je n'ai pas aménagé son poste mais je l'ai orienté chez le rhumato parce qu'il prenait du tramadol alors qu'il passait le permis cariste. Alors je l'ai réorienté en sensibilisant le médecin à l'importance de mettre en place des thérapeutiques qui ne

nuisent pas à ses capacités intellectuelles qu'il en reprenne en journée car il a mal. » (EV6).

De plus, ce qui ressort lors de l'évocation des rhumatologues est l'importance de sa place dans le MEE. Certains médecins du travail précisent qu'ils ne se prononcent pas sur une aptitude au poste tant que le rhumatologue n'a pas été consulté ; dans le même raisonnement, certains médecins du travail décrivent le poids majeur d'un certificat du spécialiste, les empêchant d'aller contre.

« Quand vous avez un certificat médical d'un professeur, vous ne pouvez rien faire contre. » (EV19).

Ensuite, un médecin explique que certains spécialistes peuvent être dans la demande de mise en place d'aide ou d'aménagement irréalisable sur le lieu de travail.

« Une autre difficulté peut être le positionnement tranché d'un spécialiste ou d'un médecin traitant qui demandent des choses un petit peu irréalistes » (EV19)

Ceci peut avoir un impact sur la relation entre le médecin du travail et le salarié, provoquant une perte de confiance de la part du salarié envers le médecin du travail, ne comprenant pas forcément ce désaccord entre le spécialiste et le médecin du travail. Cela peut compliquer l'adhésion du salarié au processus du MEE.

Au final, tout ceci renforce l'idée que le rhumatologue a une place majeure en tant qu'acteur du MEE.

Néanmoins, de manière plus importante que pour les médecins généralistes, on retrouve une difficulté à entrer en contact avec les spécialistes. De plus, certains verbalisent le regret de ne pas pouvoir bénéficier d'un accès direct et d'être directement destinataires des comptes-rendus médicaux comme le médecin généraliste, ce qui d'après eux pourrait faciliter et accélérer la prise en charge des salariés. Pour rappel, d'après le rapport de mars 1998 du Conseil National de l'Ordre des médecins, le médecin traitant et le spécialiste ne peuvent pas communiquer les informations médicales du salarié au médecin du travail, sans autorisation du salarié au préalable. Ceci s'explique sur le fait que le médecin du travail pourrait être amené à prononcer une inaptitude et donc avoir un impact socioprofessionnel sur la base de ces données médicales.

Dans la suite logique, il serait pertinent de se demander si améliorer et augmenter les échanges (téléphoniques par exemple) entre les spécialistes et les médecins du travail pourraient être bénéfiques pour le MEE des salariés. C'est ce que précise certains médecins du travail, le soulignant comme une piste d'amélioration notable.

« (Auriez-vous des attentes pour une meilleure efficacité du système de maintien en emploi par rapport au rhumatisme inflammatoire chronique ?) Je pense qu'il faudrait justement plus d'échanges c'est-à-dire que les rhumatologues pourraient peut-être, s'ils mettent en route des traitements, j'ai l'impression, peut-être que je me trompe, que les rhumatologues suivent la pathologie mais ne vont pas penser à ce qui va se passer dans le travail, derrière. Il faudrait peut-être qu'ils suggèrent aux personnes qui sont en arrêt, leur suggérer la visite de pré reprise, éventuellement avec un courrier à donner au médecin du travail en donnant les recommandations ou en disant : « Par rapport à la pathologie, il y a ça qui est contre-indiqué ». Ce serait d'avoir plus d'échanges avec ceux qui s'occupent de la pathologie. Pour, s'il y a besoin d'une adaptation, pouvoir la prévoir. » (EV17)

Enfin, une meilleure collaboration avec les rhumatologues est citée comme un moyen d'actualiser ses connaissances sur le plan médical.

« En fonction de l'évolution des traitements, on ne sait pas trop. On n'est pas forcément à jour. Les rhumatologues pourraient nous dire : « Voilà, on l'a mis sous tel traitement, il va y avoir tels effets secondaires... ». On pourrait prendre mieux en compte sur le poste de travail » (EV17).

Pour finir, un autre acteur important dans le MEE des salariés atteints de RIC peu fréquemment évoqué dans les entretiens est l'Institut Régional de Réadaptation (IRR). Il occupe pourtant une place primordiale et se révèle d'une aide capitale pour les médecins du travail qui travaillent en collaboration avec l'IRR. Ses rôles soulignés par les médecins sont entre autres la possibilité d'avoir un bilan fonctionnel dans des délais courts, afin d'éclaircir des doutes quant à la compatibilité de la capacité physique du salarié avec son poste de travail ; la réalisation de séjour de rééducation ou de reconditionnement à l'effort.

La rééducation fonctionnelle (kinésithérapie, ergothérapie...) fait pourtant partie intégrante du traitement des RIC, au même titre que les thérapeutiques médicamenteuses. Dans les entretiens, cette partie du traitement est peu souvent verbalisée. Les applications de la kinésithérapie et de la réadaptation augmentent considérablement le pronostic et l'amélioration de qualité de vie des patients, en réduisant le handicap de la vie quotidienne comme le montre cette étude de 2004 réalisée par Vural Kavuncu (64). C'est aussi pour ces raisons que la relation entre les services de santé au travail et l'IRR est importante ; elle est d'ailleurs particulièrement développée dans le Grand Est entre les services inter-entreprises lorrains et l'IRR de Nancy.

2.2. Besoin de formation exprimé

Une partie des médecins du travail sont demandeurs de formation : certains concernant les RIC dans son ensemble, certains spécifiquement sur les nouvelles thérapeutiques, et d'autres encore plus précisément sur les effets secondaires. D'ailleurs, la majorité d'entre eux souhaite une formation sur l'évolution des traitements ces dernières années, et leur difficulté à suivre ces derniers, compliquant leur exercice lorsqu'ils font face à un salarié bénéficiant de ce traitement.

« (Que pensez-vous de vos connaissances sur les RIC, vous semblent-elles suffisantes pour mener à bien la démarche de maintien en emploi ?) Je pense qu'il faut toujours faire de la formation continue. Peut-être que ce qui manque aussi c'est tout ce qui nouvelle thérapeutique et qui peut justement faciliter le maintien en emploi des personnes qu'on n'aurait pas maintenues il y a 15 ans ou plus. » (EV6)

Toutefois, les médecins ne sont pas tous demandeurs de formation. Certains disent savoir où trouver l'information, d'autres disent faire confiance aux spécialistes le moment venu. Il ressort néanmoins des interviews que l'avènement des biothérapies vers la fin des années 1990, avec des effets indésirables et des modalités d'administration méconnus, ait entraîné une demande assez récurrente de formation, ce qui peut s'expliquer par l'âge des médecins interrogés puisque 15 médecins sur 21 ont plus de 50 ans.

3. Ouverture

Au final, certaines caractéristiques sont mises en évidence plus régulièrement allant jusqu'à surestimer l'impact possible de ces dernières, dans certains entretiens.

Parmi celles-ci, on retrouve le traitement, qui conserve une place importante dans le MEE des salariés atteints de RIC. La mise en lien de cette caractéristique avec la difficulté rapportée par certains médecins sur la communication interprofessionnelle notamment avec le rhumatologue, nous permet de réfléchir sur l'importance colossale de cette collaboration.

En effet, le rhumatologue étant le prescripteur du traitement dans un grand nombre de cas, il apparaît primordial de favoriser la communication entre ces deux spécialistes. Cela permettrait au médecin en santé au travail d'adapter dans certaines situations sa prise en charge, comme la mise en place d'un TPT lors de l'initiation de certaines molécules par exemple. Cela permettrait également au rhumatologue de faciliter la prise en compte de la problématique professionnelle lors du choix et de l'instauration du traitement du patient et de faire passer certains messages comme l'importance de la visite de pré-reprise. Par exemple, cet échange pourrait se faire grâce à la réalisation d'une réunion pluridisciplinaire annuelle (entre le médecin traitant, le spécialiste, le médecin conseil, le médecin du travail etc.), où chaque acteur rappellerait son rôle et ses possibilités d'action, ainsi que les attentes de chacun. On peut également imaginer l'utilisation d'une plateforme en ligne de type base de données, avec un rappel des missions, du rôle et des possibilités d'actions de chaque acteur, qui permettrait de rassembler tous ces acteurs dans son ensemble, y compris le salarié, et ainsi apporter des informations importantes que les acteurs pourraient se partager. Ceci permettrait de faciliter la communication entre tous, et indirectement de favoriser le MEE du salarié. Ensuite, concernant les actions de prise en charge, il apparaît important de souligner que chaque action mise en place par le médecin du travail peut avoir un impact sur l'environnement professionnel du salarié ; il est donc primordial de favoriser les échanges avec l'employeur afin de faciliter la mise en place des aides.

Enfin, cette thèse soulève d'autres problématiques qui pourraient faire l'objet d'autres articles par la suite notamment l'importance de la communication interprofessionnelle entre les différents acteurs et son possible impact sur le MEE des salariés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Affections ostéo-articulaire et musculaires [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
2. Pina Vegas L, Drouin J, Dray-Spira R, Weill A. Prévalence, mortalité et traitements de la polyarthrite rhumatoïde : étude de cohorte française de 2010 à 2019 à partir des données du SNDS. *Rev Rhum.* déc 2021;88:A22-3.
3. Service public information en santé. Polyarthrite rhumatoïde [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.sante.fr/polyarthrite-rhumatoide-0>
4. Spondylarthrite ankylosante : définition et facteurs favorisants. 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/spondylarthrite-ankylosante/definition-facteurs-favorisants>
5. Pina Vegas L, Sbidian E, Penso L, Claudepierre P. Étude épidémiologique du rhumatisme psoriasique en France : étude de cohorte en pratique courante à partir des données du SNDS. *Rev Rhum.* déc 2020;87:A3-4.
6. Lukas C. Épidémiologie du rhumatisme psoriasique. *Rev Rhum Monogr.* sept 2020;87(4):245-8.
7. Inserm. Polyarthrite rhumatoïde, une maladie modèle pour la recherche sur l'inflammation chronique. 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/polyarthrite-rhumatoide/>
8. Fragoulis GE, Liava C, Daoussis D, Akriviadis E, Garyfallos A, Dimitroulas T. Inflammatory bowel diseases and spondyloarthropathies: From pathogenesis to treatment. *World J Gastroenterol.* 14 mai 2019;25(18):2162-76.
9. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol.* janv 2019;80(1):251-265.e19.
10. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* août 2015;73(2):242-8.
11. Pope JE. Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *RMD Open.* mai 2020;6(1):e001084.

12. McWilliams DF, Zhang W, Mansell JS, Kiely PDW, Young A, Walsh DA. Predictors of change in bodily pain in early rheumatoid arthritis: An inception cohort study. *Arthritis Care Res.* oct 2012;64(10):1505-13.
13. McWilliams DF, Walsh DA. Factors predicting pain and early discontinuation of tumour necrosis factor- α -inhibitors in people with rheumatoid arthritis: results from the British society for rheumatology biologics register. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2016;17(1):337.
14. Pollard LC, Choy EH, Gonzalez J, Khoshaba B, Scott DL. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology.* 1 juill 2006;45(7):885-9.
15. L'Assurance Maladie. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD. [Internet]. 02/032023. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
16. L'Assurance Maladie. Fiche « Polyarthrite rhumatoïde et maladie apparentées » [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-fiche-polyarthrite-rhumatoide>
17. L'Assurance Maladie. Fiche « Spondylarthrite ankylosante et maladie apparentées » [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-fiche-spondylarthrite-ankylosante>
18. Insee. Emploi, chômage, revenus du travail édition 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453776>
19. Insee. Emploi, chômage, revenus du travail. édition 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122750>
20. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
21. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Le maintien en emploi - Préserver l'emploi des personnes dont l'état de santé impacte l'activité professionnelle. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/article/le-maintien-en-emploi>
22. CNSA. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - Mission [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/a-propos-de-la-cnsa/missions>

23. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Emploi et handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/emploi-et-handicap/rqth>
24. Insee. Emploi, chômage, revenus du travail Edition 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5392000?sommaire=5392045>
25. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Être accompagné dans l'emploi avec les établissements et services de préorientation ou de réadaptation professionnelle (ESPO ou ESRP) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/rqth-ou-situation-de-handicap/article/etre-accompagne-dans-l-emploi-avec-les-etablissements-et-services-de>
26. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Cap emploi [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/service-public-de-l-emploi/article/cap-emploi>
27. Agefiph. L'AGEFIPH, pour répondre à vos besoins [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/articles/propos-de-lagefiph/lagefiph-pour-repondre-vos-besoins>
28. Agefiph. Aide liée à la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/aides-handicap/aide-liee-la-reconnaissance-de-la-lourdeur-du-handicap-rlh>
29. Fiphfp. Nos valeurs / Nos missions [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://www.fiphfp.fr/nous-connaître/qui-sommes-nous/nos-valeurs-nos-missions#:~:text=Les%20missions%20du%20FIPHFP%20Le%20FIPHFP%20est%20un,dans%20l%27emploi%20au%20sein%20des%20trois%20Fonctions%20publiques.>
30. L'Assurance Maladie. Notre environnement : la sécurité sociale [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale>
31. L'Assurance Maladie. L'essai encadré : testez les capacités de votre salarié à reprendre son poste [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/retour-emploi/essai-encadre>
32. L'Assurance Maladie. Contrat de rééducation professionnelle en entreprise : accompagnement vers un emploi adapté [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/retour-emploi/contrat-reeducation-professionnelle>

33. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ou reprise d'un travail aménagé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/adapter-son-poste-de-travail/article/reprise-de-travail-a-temps-partiel-pour-motif-therapeutique-ou-reprise-d-un#:~:text=Depuis%20le%201er%20janvier,de%20travail%20%C3%A0%20temps%20complet>
34. L'Assurance Maladie. Quelles formalités en cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique ? [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/arret-de-travail/reprise-temps-partiel-therapeutique>
35. L'Assurance Maladie. Pension d'invalidité : démarches et prise en charge [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/invalidite-handicap/invalidite>
36. Chaumel D. Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article777>
37. Abdel-Ahad P, El Chammai M, Fneich A, Issa R, Kabbara W, Richa S. Les manifestations psychiatriques dans la polyarthrite rhumatoïde. *L'Encéphale*. avr 2016;42(2):172-6.
38. L'organisation mondiale de la santé - qualité de vie (WHOQOL).
39. Verstappen SMM, Watson KD, Lunt M, McGrother K, Symmons DPM, Hyrich KL, et al. Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatol Oxf Engl*. août 2010;49(8):1570-7.
40. Burton W, Morrison A, Maclean R, Ruderman E. Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occup Med Oxf Engl*. janv 2006;56(1):18-27.
41. Nikiphorou E, Ramiro S. Work Disability in Axial Spondyloarthritis. *Curr Rheumatol Rep*. sept 2020;22(9):55.
42. Husni ME, Merola JF, Davin S. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. déc 2017;47(3):351-60.
43. Abdellaoui S, Boukabous A, Bengana B, Lefkir-Tafiani S. Rhumatismes inflammatoires chroniques et impact physique, psychique, professionnel. *Rev Rhum*. déc 2020;87:A199-200.
44. Gwinnutt JM, Leggett S, Lunt M, Barton A, Hyrich KL, Walker-Bone K, et al. Predictors of presenteeism, absenteeism and job loss in patients commencing methotrexate or biologic therapy for rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 1 oct 2020;59(10):2908-19.

45. Wilkie R, Bjork M, Costa-Black KM, Parker M, Pransky G. Managing work participation for people with rheumatic and musculoskeletal diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* avr 2020;34(2):101517.
46. Hoving JL, van Zwieten MCB, van der Meer M, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Work participation and arthritis: a systematic overview of challenges, adaptations and opportunities for interventions. *Rheumatol Oxf Engl.* juill 2013;52(7):1254-64.
47. Martindale J, Shukla R, Goodacre J. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* juin 2015;29(3):512-23.
48. Leon L, Abasolo L, Fernandez-Gutierrez B, Jover JA, Hernandez-Garcia C. Costes médicos directos y sus predictores en la cohorte “Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España”. *Reumatol Clínica.* janv 2018;14(1):4-8.
49. Li X, Gignac MAM, Anis AH. The Indirect Costs of Arthritis Resulting From Unemployment, Reduced Performance, and Occupational Changes While at Work. *Med Care.* avr 2006;44(4):304-10.
50. Taylor PC, Moore A, Vasilescu R, Alvir J, Tarallo M. A structured literature review of the burden of illness and unmet needs in patients with rheumatoid arthritis: a current perspective. *Rheumatol Int.* mai 2016;36(5):685-95.
51. Hulen E, Ervin A, Schue A, Evans-Young G, Saha S, Yelin EH, et al. Patient goals in rheumatoid arthritis care: A systematic review and qualitative synthesis: Patient goals in rheumatoid arthritis care: A systematic review and qualitative synthesis. *Musculoskeletal Care.* déc 2017;15(4):295-303.
52. Fairley JL, Seneviwickrama M, Yeh S, Anthony S, Chou L, Cicuttini FM, et al. Person-centred care in osteoarthritis and inflammatory arthritis: a scoping review of people’s needs outside of healthcare. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2021;22(1):341.
53. Sacristán JA, Dilla T, Díaz-Cerezo S, Gabás-Rivera C, Aceituno S, Lizán L. Patient-physician discrepancy in the perception of immune-mediated inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. A qualitative systematic review of the literature. Navarini L, éditeur. *PLOS ONE.* 17 juin 2020;15(6):e0234705.
54. HAS. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs

55. Devetter FX. Repousser l'âge de la retraite et la méconnaissance des réalités du travail. 02/2019.
56. Metsios GS, Moe RH, Kitas GD. Exercise and inflammation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* avr 2020;34(2):101504.
57. Adam O, Fasse S, Ditrich O. Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen. *Z Für Rheumatol.* sept 2009;68(7):549-59.
58. Tour de France du télétravail, livre blanc national sur le télétravail et les nouveaux espaces de travail. Available from: <https://zevillage.net/wp-content/uploads//2013/03/Livre-Blanc-Tour-de-France-du-teletravail-2012.pdf>. 2012.
59. Vargas L, Gschwind L. Working anytime, anywhere : the effects on the world of work. 2019.
60. Nilles J. Telework in the US. 2000.
61. Zalat M, Bolbol S. Telework benefits and associated health problems during the long COVID-19 era. Davis K, Kotowski S, éditeurs. *Work.* 18 févr 2022;71(2):371-8.
62. Dodier N. La maladie et le lieu de travail. *Revue française de sociologie.* 1983.
63. Thorez P. Pénibilité au travail selon la loi n°2010-1330 du 09 novembre 2010 portant réforme des retraites. 2013.
64. Kavuncu V, Evcik D. Physiotherapy in rheumatoid arthritis. *MedGenMed Medscape Gen Med.* 17 mai 2004;6(2):3.

ANNEXES

- 1. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la HAS de Février 2019 - Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs**

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

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

Février 2019

OBJECTIFS

- Proposer un socle commun pour contribuer au maintien en emploi des travailleurs ayant un ou plusieurs problèmes de santé (en première intention dans l'entreprise d'origine) et pour prévenir leur désinsertion professionnelle.
- Améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle. Les recommandations se déclinent en recommandations générales s'appliquant quelle que soit la pathologie ; des recommandations spécifiques liées à certaines pathologies ont été émises le cas échéant.

CIBLES

- Professionnels des services de santé au travail, qu'ils soient organisés en équipes pluridisciplinaires, dans les services de santé au travail ou selon d'autres modalités dans des services autonomes.
- Autres professionnels du champ du maintien en emploi et plus largement du médico-social.

MESSAGES CLÉS

- ➔ **Le maintien en emploi ne se limite pas aux salariés en arrêt de travail : il s'envisage tout au long du parcours professionnel**
- ➔ Il est recommandé **de repérer, en amont de tout arrêt de travail**, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant un retentissement sur ses capacités fonctionnelles et de travail.
- ➔ **La coordination des acteurs** intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle **est indispensable**.
- ➔ **La visite de pré-reprise** est l'une des clés du maintien en emploi.
- ➔ **Un plan de retour au travail ou de maintien en emploi doit être élaboré avec le travailleur et les autres acteurs concernés (employeur, professionnels de santé, etc.)** ; le travailleur doit être informé, orienté et accompagné tout au long du processus.
- ➔ Le maintien en emploi comprend des mesures individuelles ainsi que des mesures concernant l'environnement de travail.
- ➔ Il est recommandé de tenir compte des freins et leviers pour chaque situation.
- ➔ **Une stratégie progressive doit être adoptée**, visant d'abord le maintien au poste antérieur avec des aménagements temporaires ou durables. À défaut un reclassement vers un autre poste de l'entreprise ou une reconversion dans une autre entreprise doivent être recherchés.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Mission de maintien en emploi (MEE) des services de santé au travail (SST)

La mission de MEE appartient pleinement aux missions des SST.

Le médecin du travail est identifié par la législation comme un **acteur pivot** du MEE et des mesures mobilisables dont il doit assurer le pilotage avec son équipe. Le cas échéant, **ce pilotage peut être partagé et/ou assuré par un acteur de MEE externe au SST.**

Si la structure qui pilote le plan de retour au travail/maintien en emploi d'un travailleur est extérieure au SST, elle doit être informée des contraintes de l'environnement et du poste de travail, ainsi que des limitations fonctionnelles et des capacités résiduelles du travailleur par l'intermédiaire de celui-ci ou avec son accord exprès. **Cette structure extérieure doit alors travailler en concertation avec le médecin du travail et son équipe tout au long du plan d'action.**

Les principes suivants gouvernent la stratégie de MEE :

- le MEE ne se limite pas aux salariés en arrêt de travail mais nécessite d'anticiper les difficultés et mesures mobilisables en amont de tout arrêt ;
- conformément à la nécessité d'adapter le travail à l'homme, il est recommandé d'adapter les exigences du poste de travail aux capacités résiduelles du salarié et aux limitations fonctionnelles entraînées par sa pathologie ;
- lorsqu'un licenciement pour inaptitude médicale est envisagé, il appartient au SST d'informer et de conseiller le travailleur sur les relais et les acteurs susceptibles de l'accompagner dans son parcours professionnel et de favoriser son employabilité ultérieure.

Respect du cadre déontologique et éthique

Les actions de maintien en emploi doivent être mises en œuvre dans le respect des règles déontologiques et éthiques des professionnels concernés et se faire dans le **respect de la personne.**

Au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, l'équipe de santé au travail ainsi que l'ensemble des acteurs du MEE ne forment pas une équipe de soin. De ce fait, **tout partage d'informations strictement nécessaires** à la prise en charge d'une personne requiert son **consentement préalable**, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Pour tous les travailleurs, il est recommandé de faciliter et de promouvoir :

- une information loyale, claire et appropriée du travailleur visant à favoriser son implication et son autonomie dans la démarche de MEE ;
- la compréhension partagée des enjeux du MEE, entre le travailleur, son médecin traitant, son médecin du travail, l'employeur, et les autres acteurs impliqués dans le processus de MEE le cas échéant, dans le respect de la déontologie ;
- la clarté et la cohérence des messages délivrés par ces différents acteurs ;
- la traçabilité des échanges entre ces acteurs, notamment sous la forme de courriers ou de fiches de liaison ;
- la cohérence des mesures de maintien en emploi mises en œuvre par ces différents acteurs.

Facteurs susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

Il est recommandé que les acteurs du maintien en emploi recherchent les facteurs susceptibles d'influencer **négativement comme positivement** le pronostic professionnel. Ces facteurs concernent le travailleur ou son environnement de travail.

La revue de la littérature a permis d'identifier différents facteurs, communs ou spécifiques à certaines pathologies, comme significativement susceptibles d'influencer le pronostic professionnel. D'autres facteurs proviennent de l'avis des experts (cf. texte des recommandations).

PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS À L'OCCASION D'UNE VISITE DE PRÉ-REPRISE, D'UNE REPRISE DU TRAVAIL, OU D'UN SUIVI APRÈS LA REPRISE

Pour tous les travailleurs, il est recommandé :

- de promouvoir par tout moyen la visite de pré-reprise ;
- d'inciter les entreprises à communiquer avec le médecin du travail/le SST, concernant les absences répétées ou prolongées ;
- d'évaluer les conséquences sociales et familiales de l'arrêt de travail, avec l'appui si nécessaire de l'assistant(e) de service social.

Il est recommandé d'élaborer un **plan de retour au travail en trois phases**, en concertation avec le travailleur, l'employeur ainsi que le médecin traitant et le cas échéant, les médecins du parcours de soins.

Les phases du plan de retour au travail

- **Une première phase d'analyse et de compréhension partagées** du risque de désinsertion professionnelle (cf. schéma 1).
- **Une deuxième phase d'élaboration d'une liste des freins à la reprise du travail et des leviers** pouvant être mobilisés. Les mesures identifiées (cf. tableau 1) peuvent :
 - être individuelles ;
 - cibler le milieu de travail et les conditions de travail ;
 - cibler la coordination des intervenants.
- **Une troisième phase de mise en œuvre planifiée** des mesures identifiées, **et de suivi** avec une évaluation régulière de l'état de santé du travailleur et de sa situation de travail.

PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS DANS LE CADRE DES AUTRES VISITES

Il est recommandé d'élaborer un « plan de maintien en emploi » en trois phases selon les mêmes modalités que pour les travailleurs vus à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise ou de suivi.

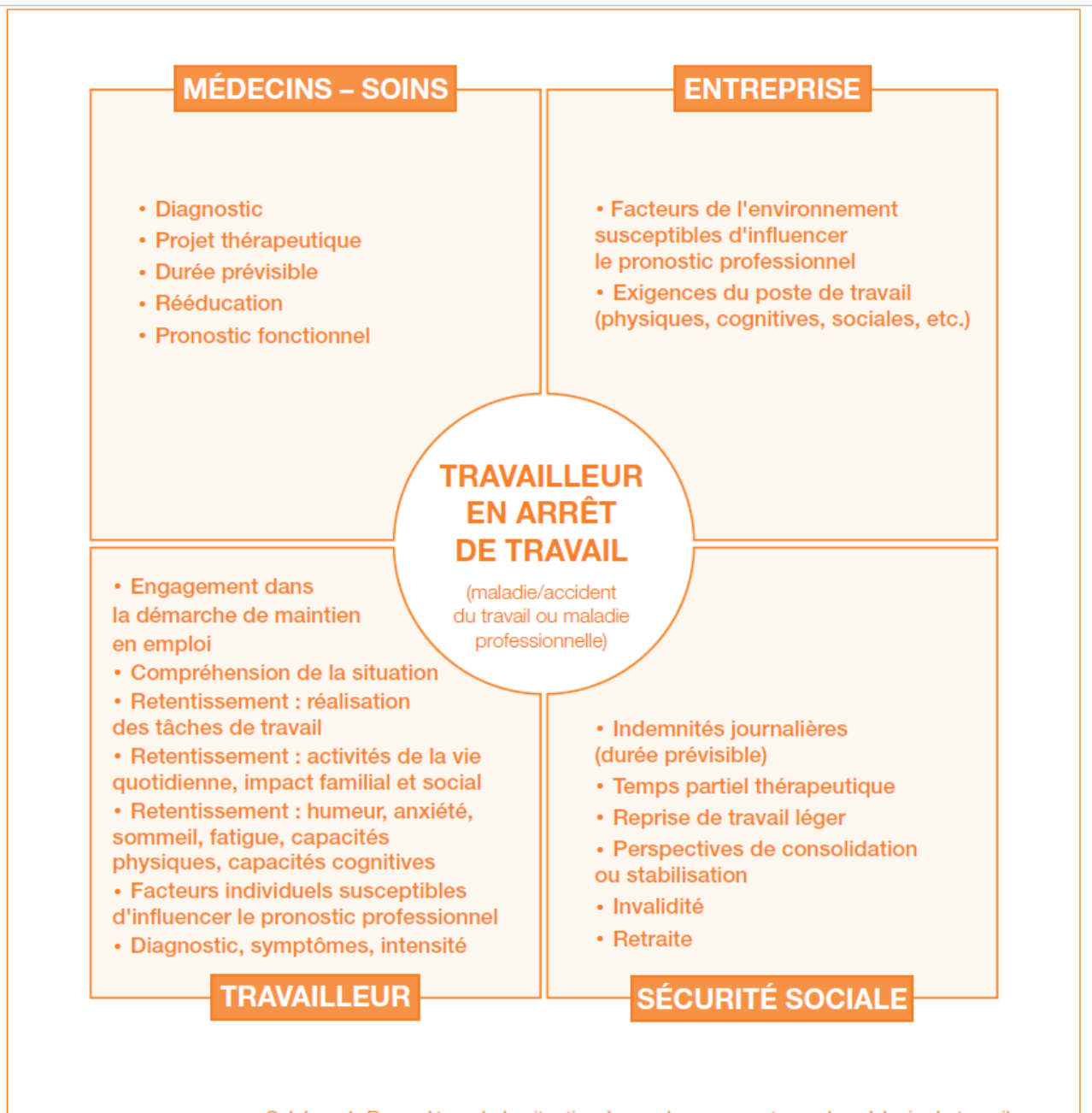


Schéma 1. Paramètres de la situation à prendre en compte par le médecin du travail

Tableau 1. Mesures mobilisables dans le cadre du plan de maintien en emploi ou de retour au travail

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
DROIT COMMUN	Bilan de compétences	Aider à la construction d'un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle et/ou confirmer un projet de formation	Mobilisable au titre du plan de formation de l'entreprise ou du compte personnel de formation (CPF). Hors ou pendant le temps de travail.
	Formation	Accompagner un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle	Mobilisable au titre du plan de formation de l'entreprise ou du compte personnel de formation (CPF). Hors ou pendant le temps de travail.
	Télétravail	Aménager les situations de travail et contribuer à la qualité de vie au travail	Mise en œuvre dans le cadre d'une charte ou d'un accord collectif d'entreprise ou, à défaut, d'un accord formalisé entre salarié et employeur.
ASSURANCE MALADIE	Indemnité temporaire d'inaptitude (ITI)	Maintenir le versement de l'indemnité journalière accident du travail/ maladie professionnelle (AT/MP), au salarié déclaré inapte, pendant la période d'étude du reclassement.	Lien entre l'inaptitude et l'accident du travail ou la maladie professionnelle reconnu à titre initial ou de rechute. Remise du CERFA par le médecin du travail au salarié pour transmission à la caisse d'assurance maladie. Versement de l'ITI par la caisse d'assurance maladie au maximum un mois entre le premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude et le jour du reclassement ou du licenciement pour inaptitude.
	Temps partiel thérapeutique (TPT)	Aménager temporairement le temps de travail, y compris lorsqu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail pour maladie.	Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste. Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail.
	Reprise de travail léger	Aménager temporairement le temps de travail et/ou la charge de travail, par une reprise progressive de l'activité après un arrêt de travail d'origine professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle).	Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste. Accord du médecin-conseil et de la caisse d'assurance maladie. Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail.

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
ASSURANCE MALADIE	Invalidité	<p>Aménager durablement le temps de travail par une diminution du volume horaire.</p> <p>Compenser la perte de salaire engendrée par l'impossibilité de travailler ou la réduction du temps de travail pour raison de santé.</p>	<p>Prescription par le médecin traitant ou proposition du médecin-conseil.</p> <p>Après évaluation par le médecin conseil de sécurité sociale et vérification des droits administratifs par la caisse d'assurance maladie</p> <p>Classement en 3 catégories, selon évaluation du médecin-conseil, qui correspondent à un pourcentage d'indemnisation différent.</p>
	Actions de remobilisation précoces	Élaborer et/ou mettre en œuvre un projet de maintien en emploi pendant l'arrêt de travail.	<p>Actions de formation professionnelle continue et actions d'accompagnement, d'information et de conseil.</p> <p>Sur autorisation de l'Assurance maladie via l'accord du médecin traitant (CERFA) et avis du médecin du travail et de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle.</p> <p>Maintien des indemnités journalières servies et couverture du risque AT/MP par la caisse d'assurance maladie.</p>
	Essai encadré	Valider un projet de maintien en emploi pendant un arrêt de travail qui permet de : tester les capacités à reprendre le poste de travail ; tester un aménagement de poste ; tester un nouveau poste de travail ; valider des pistes de reconversion professionnelle.	<p>Période en entreprise de 3 jours maximum en continu ou discontinu.</p> <p>Sur autorisation de l'Assurance maladie via l'accord du médecin traitant (CERFA) et l'avis de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle.</p> <p>Accord de l'entreprise d'accueil et du médecin du travail de cette dernière.</p> <p>Maintien des indemnités journalières et couverture du risque AT/MP par la caisse d'assurance maladie.</p>
	Contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)	Accompagner un projet de maintien en emploi nécessitant de la formation « pratique » tutorée pour se réaccoutumer à l'exercice de l'ancien métier ou se former à un nouveau métier.	<p>Contrat conclu entre la caisse d'assurance maladie, l'employeur et le salarié, pour une durée déterminée, renouvelable une fois dans la limite de 18 mois.</p> <p>Prise en charge à hauteur de 50 % de la rémunération brute par la caisse d'assurance maladie dans la limite du montant des indemnités journalières servies.</p> <p>Information de la DIRECCTE de la signature du contrat.</p>

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	Faire reconnaître son aptitude au travail en tenant compte des capacités et incapacités liées à la situation de handicap. Permettre de mobiliser les aides, mesures et services d'accompagnement visant à favoriser le maintien en emploi.	Sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes Handicapées (CDAPH) après évaluation médicale et administrative. À l'avenir, la RQTH sera attribuée de façon définitive lorsque le handicap de la personne est irréversible.
	Centres de pré-orientation (CPO)	Définir et construire un projet professionnel en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne.	Stage rémunéré, à temps plein, de 8 à 12 semaines. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.
	Centres / établissements de rééducation professionnelle (CRP)	Entraîner ou ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion professionnelle. Suivre une formation qualifiante précédée d'une « Préparatoire » si nécessaire.	Formations rémunérées et accompagnements. Sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.
	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS)	Définir et construire un projet professionnel, en milieu ordinaire ou protégé, en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne.	Stage rémunéré, à temps plein, de 18 semaines. Sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.
	Dispositif d'emploi accompagné (DEA)	Permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché du travail en bénéficiant d'un accompagnement médico-social et d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle.	Sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative. La mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du travailleur ainsi qu'un appui et un accompagnement de l'employeur.

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES	Prestation de compensation du handicap (PCH)	Aider à la prise en charge de certaines dépenses liées au handicap (par exemple, achat de prothèses auditives, aménagement du logement ou du véhicule, recours à une tierce personne, etc.)	Aide financière personnalisée, modulable en fonction des besoins, versée par le département. La demande de PCH fait l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire qui élabore ensuite un plan personnalisé de compensation. Ce plan comprend des propositions de toute nature (prestations, orientation, conseils). Le plan personnalisé de compensation est ensuite transmis, avec les observations éventuelles du demandeur, à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décision.
	Prestations		
AGEFIPH* & FIPHFP**	Étude préalable à l'aménagement des situations de travail	Analyser la situation de travail et identifier les solutions permettant l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap.	Sur prescription d'un Cap emploi ou par demande directe de l'employeur à la délégation régionale de l'AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Prestations d'appuis spécifiques (handicap visuel, auditif, moteur, mental, psychique et troubles cognitifs)	Apporter un appui expert permettant d'identifier précisément les conséquences du handicap au regard du projet professionnel et les moyens à mettre en œuvre.	Sur prescription du Cap emploi.
	Prestation spécifique d'orientation professionnelle	Aider la personne handicapée à se projeter dans un nouveau projet professionnel.	Sur prescription du Cap emploi ou autre acteur selon les régions (Carsat, services de santé au travail, COMETE France, etc.).
	Aides financières		
	Aide à l'accueil, à l'intégration et à l'évolution professionnelle	Participer au coût pour l'accompagnement de la personne handicapée sur un nouveau poste.	Aide prescrite par Cap emploi ou demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à l'adaptation des situations de travail	Participer au coût de l'adaptation du poste de travail.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.

* AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; ** FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
AGEFIPH & FIPHFP	Aide aux déplacements en compensation du handicap	Participer au surcoût en lien avec le handicap pour les déplacements.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à la formation dans le cadre d'un maintien	Contribuer au financement d'une formation pour favoriser le maintien en emploi.	Demande prescrite par Cap emploi ou COMETE France.
	Aide technique en compensation du handicap	Participer aux coûts des moyens techniques compensant le handicap.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide prothèses auditives	Contribuer au financement d'une prothèse auditive.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à la recherche de solution pour le maintien en emploi	Participer aux frais occasionnés pour une recherche de solution de maintien en emploi.	Aide prescrite par Cap emploi.
	Reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH)	Compenser financièrement les charges importantes supportées par une entreprise du fait des conséquences du handicap d'une personne sur la tenue de son poste après que l'aménagement optimal du poste a été mis en place.	Décision administrative, sur dossier. Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap à déposer auprès de l'AGEFIPH.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs » – Méthode RPC – Décembre 2018.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Février 2019

2. Grille d'entretien rédigée et utilisée par l'auditrice

I. Expériences vécues par le médecin du travail de situations auprès de salariés atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC)

« Quelle est votre expérience professionnelle en maintien dans l'emploi de salariés atteints de RIC ? »

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« A quelles **occasions** avez-vous rencontré ces salariés ? » (Exemples de réponses attendues : visite de pré-reprise, visite à la demande, visite de reprise, visite d'embauche, visite périodique)

« A quel **moment de l'évolution** de la maladie avez-vous eu connaissance de la pathologie du salarié ? » (Dans le but de savoir si le médecin en a eu connaissance dès le diagnostic posé ou au moment des premières difficultés éprouvées par le salarié)

« Vous souvenez-vous si l'information vous a été **transmise spontanément** ? » (L'idée est de savoir si le salarié souhaitait ou non donner l'information au médecin du travail, l'a donnée d'emblée ou seulement après évocation de ce diagnostic par le médecin du travail)

« Pouvez-vous me décrire une situation pour laquelle vous avez été à l'origine du **diagnostic** ? » (Le but est de savoir si le médecin du travail a une place dans le diagnostic, essentiellement précoce)

II. Précisions sur la maladie, le poste occupé, l'entreprise et les difficultés des salariés perçus par le médecin du travail

a. Le salarié

✓ Le profil du salarié

« Connaissez-vous l'âge de(s) salariés et leurs comorbidités ? »

✓ La pathologie

« De quelles formes de RIC étaient ou sont atteints les salariés que vous avez eu l'occasion de rencontrer dans le cadre du maintien en emploi ? »

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« Vous m'avez surtout parlé de situations de salariés atteints de spondylarthrite ou de polyarthrite rhumatoïde ou de rhumatisme psoriasique... (en fonction de ce qui a été évoqué par le médecin du travail auparavant), pouvez-vous me parler de salariés atteints d'une autre forme de RIC ? »

« A quel moment de la maladie en avez-vous eu connaissance ? »

✓ La trajectoire professionnelle

« Que savez-vous du curriculum laboris de ce/ ces salariés ? »

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« Savez-vous quelle(s) est/ sont son/ leur ancienneté(s) dans cette/ces entreprise(s) ? »

b. Le poste occupé

« Que pouvez-vous dire des postes de travail occupés par ces salariés ? »

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« Avez-vous été confronté à des salariés qui occupent un poste plus sédentaire, (ou plus physique selon la réponse antérieure) ? »

« Pouvez-vous m'exposer les contraintes auxquelles est/ sont soumis ce/ces salariés à ce/ ces postes de travail ? »

c. L'entreprise

« Que fait-on dans cette entreprise ? »

« J'aimerais connaître les caractéristiques de cette entreprise, concernant sa taille et les possibilités de reclassement, que pouvez-vous en dire ? »

d. Les difficultés des salariés perçues par le médecin du travail

« Dans votre expérience professionnelle, en quoi les RIC vous ont semblé à l'origine de difficultés professionnelles pour le(s) salarié(s) ? »

Au besoin, relancer sur : « par exemple... »

« Quelles sont les doléances qui reviennent le plus souvent de la part des salariés atteints ? » (Réponses attendues : fatigue, douleur, limitation fonctionnelle, problème de vigilance, de concentration, d'horaires de travail, d'incompréhension de l'entourage professionnel...)

« Quels sont les paramètres qui vous permettent d'évaluer l'adéquation d'un poste de travail chez un salarié atteint d'un RIC ? » (Réponses attendues : absentéisme imprévisible et aléatoire, majoration des douleurs en période de travail, visites à la demande du salarié pour aménagements ou inaptitude, sentiment de perte d'efficacité du salarié...).

III. Rôles perçus par le médecin du travail des différents acteurs vis-à-vis du maintien en emploi?

a. L'équipe pluridisciplinaire

« De quelle équipe pluridisciplinaire pouvez-vous disposer pour mener à bien vos missions de prévention de la désinsertion professionnelle ? »

b. Les acteurs extérieurs

« D'une façon générale, sur quels réseaux de partenaires pouvez-vous vous appuyer dans le cadre de la désinsertion professionnelle ? »

« Avec quels acteurs du maintien en emploi avez-vous travaillé dans ces situations précises ? »

Au besoin, relancez sur : « Par exemple... »

« Dans quels cas, vous êtes-vous tourné vers la médecine de soin pour ces salariés atteints de RIC »

« Vous est-il arrivé- dans ces situations de maintien dans l'emploi que vous m'avez décrites de contacter le rhumatologue ? Et si oui, pour quels motifs ? »

« A quel moment le médecin conseil de la sécurité sociale s'est retrouvé dans la boucle ? »

« Comment travaillez-vous avec l'employeur ? »

« Comment travaillez-vous avec CAP EMPLOI ? »

« Comment se sont organisés ces contacts ? »

c. Le médecin du travail dans le maintien en emploi

« Pour vous, quelle a été votre place dans le maintien dans l'emploi de ces salariés atteints de RIC ? » (Réponses attendues : dépistage, orientation, préconisations, lien avec l'employeur, suivi du salarié...)

Au besoin, relancez sur : « Par exemple... »

« Pouvez-vous me décrire des situations pour lesquelles vous pensez que votre action a été primordiale pour le maintien en emploi du salarié ? »

IV. Les leviers et les freins au maintien en emploi

« Pouvez-vous me décrire comment ont évolué certaines situations professionnelles de salariés atteints par un RIC que vous avez rencontrées ? »

« Parmi les situations qui ont évoluées favorablement et que vous m'avez-évoquée, quelles ont été les ressources à votre disposition qui ont concouru au maintien du salarié en emploi ? » (Réponses attendues : pré-reprise, adhésion du salarié, de l'employeur, le réseau de partenaires ... »

Au besoin, relancez sur : « Par exemple... »

« Quels ont été les outils ou dispositifs qui vous ont aidés dans votre démarche ? »

« Vous souvenez-vous de situations de salariés pour lesquelles il n'y pas d'évolution favorable au niveau professionnel ? à votre avis, pour quelles raisons ? »

IV. Pratiques, difficultés et attentes des médecins du travail dans leur mission de maintien en emploi des personnes atteintes de RIC ?

a. Spécificités

« En quoi le maintien en emploi des salariés souffrant de RIC peut à votre avis avoir certaines spécificités par rapport à d'autres pathologies comme celles affectant la santé mentale ou les maladies cardiovasculaires ? »

Au besoin, relancez sur : « Par exemple... »

« Avez-vous des exemples de restrictions ou d'aménagements de poste de travail qui seraient directement liés aux caractéristiques de ces maladies ? »

« Quelles seraient pour vous les conditions idéales d'exercice pour ces salariés ? »

b. Difficultés

« En quoi, cette mission de maintien en emploi des salariés atteints de RIC peut être difficile à prendre en charge pour vous ? » (Exemples de réponses attendues : manque de temps, problème de terminologie des RIC, absence de gold standard, manque formation sur la pathologie, problème de communications avec les partenaires, respect du secret médical, adhésion de l'employeur et du salarié...).

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« Qu'elles ont été ou sont pour vous les principaux obstacles que vous avez-rencontrés à votre niveau au maintien en emploi de ces salariés ? »

c. Pistes d'amélioration et attentes des médecins du travail

« Quelles seraient vos propres attentes pour espérer une meilleure efficacité du dispositif de maintien en emploi ? »

Au besoin, relancez sur : « par exemple... »

« Que pensez-vous de vos connaissances sur ces pathologies de RIC ? Vous semblent-elles suffisantes pour mener à bien une démarche efficace de maintien en emploi chez ces salariés ? »

« En quoi, la pratique collaborative peut-elle être faciliter votre action ? » « Comment la rendre plus perfectible ? »

« A votre avis, y a-t-il des outils/ dispositifs à créer ou à améliorer ? »

3. Exemples d'entretiens retranscrits par l'auditrice

Entretien n°4 - 21/01/2021

I. Expériences vécues par le médecin du travail de situations auprès de salariés atteints de RIC

Ce sont des gens qui travaillent en plus au froid, ce sont en plus des gens jeunes. Il y a des gens de d'âge moyen. Ce qui est surprenant, c'est que le travail au froid est un facteur favorisant souvent les douleurs mais on ne peut pas faire autrement quand ils aiment leur travail. Pour les autres postes, c'est du conditionnement ou de la préparation de commande, c'est dans l'industrie agroalimentaire, deux fromageries et une charcuterie industrielle. Ce qui me surprend c'est que ce sont des gens jeunes, traités pour des rhumatismes inflammatoires mais qu'ils n'ont pas de facteur rhumatoïde et répondent quand même au traitement par immunosuppresseurs. J'ai une salariée qui a été mis en invalidité première catégorie, (qui est à l'origine de cette demande d'invalidité ?) ça ne veut pas dire que c'était moi, je pense qu'on a dû passer par les partenaires parce qu'on travaille aussi bien avec les assistantes sociales des cellules PDP. Ce sont parfois des demandes qu'on fait. On peut appuyer avec un courrier cette demande d'invalidité en disant les problématiques qu'il y a au travail, auprès du médecin conseil mais c'est vrai que normalement c'est le salarié qui doit faire la demande avec un document à remplir par lui et son médecin traitant. J'ai surtout des polyarthrites et des spondylarthrites ankylosantes.

II. Spécificité

Pour moi, c'est le maintien en emploi, peu importe la pathologie. On essaie dans la mesure du possible de faire ce qu'on peut avec l'aide des partenaires pour favoriser le maintien. Je ne vois pas vraiment de spécificité pour les rhumatismes inflammatoires. C'est vrai, que très souvent pour, on commence par une période de temps partiel thérapeutique quand il y a un retour à l'emploi et après on essaie un aménagement de poste. Pour cette personne qui travaille en agroalimentaire avec une polyarthrite rhumatoïde, un aménagement plus spécifique a été fait avec des mesures de lourdeur du handicap qui permettent des pauses supplémentaires où l'aide d'une personne supplémentaire dans certaines tâches. Les aménagements dans ces pathologies sont plus de type presque organisationnel.

III. Précisions sur la maladie, le poste occupé, l'entreprise et les difficultés des salariés perçues par le médecin du travail

Dans une autre situation, une spondylarthrite ankylosante on a essayé de diminuer le temps de travail. La salariée a obtenu une invalidité 1^{ère} catégorie. Elle était au conditionnement. Elle avait à 35 ans. (Tu l'as vu la première fois à quelle occasion ?) Je la voyais toujours parce qu'elle avait de multiples arrêts plus ou moins longs, toujours cette problématique de dos. Au début le rhumatologue n'était pas trop décidé, c'était les anti-inflammatoires traditionnels. Ça va sur une certaine période et puis après, malgré l'absence de facteurs rhumatoïdes à la biologie, on tente le méthotrexate. Ça a répondu, tant mieux pour elle. La première fois que je l'ai vue, c'était pour une visite de reprise ou de pré reprise. (Information transmise spontanément par le salarié ?) Oui ils me le disent spontanément. Je n'ai pas l'impression que les gens refusent de le dire spontanément

1 même s'ils ne sont pas symptomatiques. En même temps, je n'en connais pas qui n'ont pas
2 de problème. Quand ils viennent, ils ont soit des poussées et ça c'est quand même assez
3 fréquent même si c'est on ne peut pas dire que c'est cyclique tous les mois. Mais voilà je
4 vais voir un peu aussi s'il y a des rhumatismes inflammatoires dans la famille, s'il y a du
5 psoriasis ou des choses comme ça, c'est à l'interrogatoire tu vois que je pose la question.
6 (Une ou deux situations qui t'ont marqué, leurs métiers, leurs contraintes de poste, leurs
7 comorbidités, leurs pathologies et à quel moment de l'évolution tu les as vu ?) J'ai vu une
8 femme de 45 ans. Elle était venue pour une tendinite de Quervain et en même temps il
9 avait une polyarthrite rhumatoïde. Elle me l'a appris. Ça ne fait que depuis 2015 que je
10 suis sur ce secteur. Ce sont des nouvelles personnes. Elle travaillait dans une charcuterie
11 industrielle. Il y avait des grosses pièces de jambon à porter. On a sollicité l'aide d'une
12 personne pour ça. (C'est une entreprise qui a combien de salarié ?) Moins de 50 puisqu'il
13 n'y a pas de CSE (par le biais de quels partenaires vous avez mis en place de l'aide ?) Par
14 CAP EMPLOI. Elle avait des contraintes de manutention et était exposée au froid. (Ses
15 doléances ?) C'était ses mains qui enflent, des espèces de raideurs dans les doigts quand
16 elle était en crise. Il y a des périodes où elle était obligée d'avoir des arrêts. Elle avait des
17 consultations en rhumatologie. Elle a souvent changé de traitement. Elle a eu du
18 méthotrexate et plein de molécules différentes. (Ça faisait longtemps qu'elle travaillait
19 dans cette entreprise ?) Oui ça fait depuis 20 ans. On a essayé de la mettre à ce poste parce
20 que les manutentions étaient les moins lourdes. Il y a aussi que c'était une forte
21 personnalité, qu'il fallait aussi quelque chose qu'elle aime et il fallait aussi minimiser les
22 manutentions les plus lourdes. (Coopération de l'employeur ?) Il y a eu une bonne
23 coopération de l'employeur et effectivement ça a été fait ça a été fait, après il y a eu
24 d'autres soucis parce qu'elle a eu des problèmes autres. Elle avait la reconnaissance
25 qualité travailleur handicapé. (Origine de la RQTH ?) C'est presque la première chose
26 qu'on met en place pour mobiliser toutes les autres mesures avec CAP Emploi. (Elle avait
27 des diplômes ?) Non je ne pense pas qu'elle en avait. Je crois qu'elle a été en vente mais
28 c'était quelque chose qui ne lui plaisait pas. (Difficultés de la salariée à ton avis ?) C'était
29 les gestes répétitifs et l'exposition au froid mais j'avoue que c'est quelqu'un qui en voulait
30 malgré les douleurs. Pour les rhumatologues il faut bouger donc elle s'est dit, je vais
31 continuer à travailler le plus possible je veux travailler. Par contre elle est restée au froid
32 il n'y avait pas d'autres endroits. (Tes restrictions émises ?) Ça a été de limiter les
33 charges en proposant un poste plus allégé, puis de mettre en place la RLH. Elle travaille à
34 temps plein malgré tout avec la RLH. Elle était aidée par un autre salarié. Ça n'était pas
35 limité dans le temps. Elle est valable avant 50 ans. Il faut la renouveler tous les trois ans.
36 Je crois que depuis peut-être l'an dernier ou il y a deux ans, elle est accordée de façon
37 définitive une fois qu'ils ont la RLH à partir de 50 ans. (Ça n'a pas été difficile à mettre en
38 place ?) Non il faut simplement s'assurer que tout l'aménagement a été mis en place au
39 mieux. (Quels ont été les aménagements organisationnels ?) Ça a commencé par du mi-
40 temps thérapeutique. (Ses horaires ?) Des horaires du matin mais ce n'était pas gênant
41 pour elle. (Ça se passe bien maintenant ?) Non ça ne se passe pas bien parce qu'elle a un
42 d'autres difficultés de santé. Elle a eu plusieurs épisodes de malaise. Tout a été exploré
43 dans tous les domaines. Le cardiologue a dit que ça pouvait être tensionnel. Suite à ça
44 l'employeur n'a plus voulu, tant que ce n'était pas étiqueté il ne voulait plus qu'elle vienne
45 au travail parce qu'il avait trop peur que ça puisse être un accident du travail. Elle
46 manipule des couteaux. Du coup, ça a un petit peu dégradé les relations, entre elle et son
47 employeur. Même les médecins qui la suivent n'ont pas tous compris, ils ont trouvé que
48 c'était un peu exagéré de la part de l'employeur. On avait le temps de faire tous ces
49 examens. Donc elle a fait une déclaration de maladie professionnelle qui a été acceptée
50 par la sécurité sociale. Par rapport aux épaules, elle avait des tendinites des épaules. Le

1 rhumatologue m'a dit que ça ne rentrait pas dans la polyarthrite rhumatoïde. Donc ça sera
2 une maladie professionnelle. Ça a tout dégradé. Il m'a fait un petit mail, un petit mail
3 gentil en disant, voilà ce que c'est quand on se se décarcasse pour une salariée, maintenant
4 une maladie professionnelle sur le dos. C'est quand même une difficulté après pour
5 travailler avec l'employeur même pour d'autres situations.
6

7 **IV. Rôles perçus par le médecin du travail des différents acteurs vis-à-vis du maintien en** 8 **emploi**

9 (Sur quelle équipe pluridisciplinaire tu peux t'appuyer ?) L'infirmière déjà dans le cadre
10 du suivi PDP mais c'est un petit peu en dilettante pour nous en ce moment. (Qu'est-ce que
11 tu appelles le suivi par les infirmières ?) On avait mis en route un suivi PDP par les
12 infirmières pour qu'une fois qu'un aménagement a été mis en place, elles aillent se rendre
13 compte après de ce qui a été mis en place, comment ça se passe pour nous faire un retour.
14 C'était quelque chose qu'on avait un petit peu travaillé dans le groupe (*médecin qui fait*
15 *partie du groupe « PDP » institué avec la CPAM*). Pas ces derniers temps. Je reconnais,
16 que, quand il s'agit de cocher PDP dans Présentiel, j'oublie. (Ça sert à quoi de cocher PDP
17 dans le logiciel Présentiel ?) On a pensé que ça pouvait être des indicateurs pour nous
18 aussi et parce que dans le CPOM ça a une importance. A chaque fois il faut faire remonter
19 par des indicateurs le suivi qu'on fait mais là ça ne remonte pas automatiquement. Ça reste
20 dans notre logiciel. S'il fallait faire des requêtes, il faudrait être théoriquement cocher PDP
21 dans les orientations et mettre les partenaires sollicités, MDPH, CAP EMPLOI, assistante
22 sociale de la Carsat, et ergonomiste. (Et dans la situation dont on a parlé ?) J'avais CAP
23 EMPLOI et l'ergonomiste. (Il a fait quoi ?) Il a fait l'étude de poste, voir un peu ce qu'on
24 pouvait rapporter plus. Il a proposé des aménagements, c'était plus organisationnel parce
25 que ce que, à partir du moment où on a sollicité de l'aide pour les choses les plus
26 lourdes... (Comment t'es-tu appuyée sur les partenaires extérieurs ?) Déjà, CAP
27 EMPLOI en premier pour avoir la RQTH. (Origine de la demande de RQTH,
28 généralement ?) Globalement, c'est moi mais tu sais il faut voir que les différents
29 partenaires font la même info que nous et tu sais, parler d'une RQTH à quelqu'un qui ne se
30 sent pas handicapé, ce n'est pas facile, enfin dans l'ensemble. Quand on fait cette
31 information, on leur dit toujours que ça commence souvent par la reconnaissance de
32 travailleur handicapé, que ça permet de mobiliser des aides financières, que tout
33 employeur est de toute façon obligé d'avoir un certain nombre de travailleurs handicapés
34 s'il ne veut pas payer des pénalités et que ces pénalités sont mobilisées dans ce cadre-là.
35 On explique aussi les partenaires qu'on peut mobiliser mais des fois ça fait beaucoup
36 d'informations. (Quand demandes-tu la RQTH pour ces salariés atteints de RIC ? Avant
37 qu'il y ait des plaintes ?) Je ne dirais pas que je la demande s'il n'y a pas de plainte mais je
38 me dis je dis toujours, maintenant on va essayer de voir ce qu'on peut faire pour le
39 maintien dans l'emploi, Je lui dis, dans votre situation, il connaît son entreprise, on
40 n'arrivera pas forcément toujours à reclasser donc il faut mettre d'autres billes dans son sac
41 comme on dit en sollicitant éventuellement une reconversion professionnelle. Il ne faut
42 jamais écarter cet aspect-là parce que ce n'est pas quand ils auront 50 ans qu'ils vont
43 vouloir imaginer une reconversion professionnelle. Enfin il y en a un, je ne veux pas dire
44 qu'on ne veut plus ou qu'on ne peut plus former à 50 ans mais il y a des priorités dans les
45 formations. (Même s'ils n'ont pas de symptômes encore, est-ce que tu sais s'il y a une
46 évolution presque inéluctable ?) Pas forcément mais pour elle il va y avoir une évolution
47 inéluctable. Il y a des douleurs à répétition, des arrêts à répétition. Même si on arrive à
48 trouver des solutions passagères, le mi-temps thérapeutique pendant un certain temps, un
49 poste un petit peu moins dur pendant un autre temps, il y a un moment on arrive au bout
50 du bout de toutes ces mesures. Il faut se dire c'est bien d'avoir peut-être pensé que ça peut

1 ne pas durer trop de temps encore. (A quel moment le médecin conseil est dans la
2 boucle ?) Pour cette situation, non il n'y a pas eu le médecin conseil mais à partir du
3 moment où on demande une reconversion professionnelle, par le biais d'un bilan de
4 compétences ou autre, on mobilise très souvent le médecin conseil parce qu'on essaye de
5 profiter des fois d'un arrêt de travail pour mettre en place ces mesures. (En pratique ?) Par
6 l'assistante sociale avec les Ce sont un peu comme des bilans de compétences mais qui
7 sont plus orientés vers les capacités résiduelles des personnes quoi. C'est un peu en
8 parallèle, il y a un ergothérapeute qui voit les capacités résiduelles. C'est sûr là le
9 signalement pour CAP EMPLOI. Il y a deux versants : il y a le maintien et la
10 reconversion. Là, c'est dans la reconversion mais des fois ce n'est pas tout à fait
11 déterminé, ça peut être avec les deux, on essaie de garder dans l'emploi mais tout en
12 imaginant les difficultés qui peuvent y avoir. Aujourd'hui c'est A***** qui est sur notre
13 secteur. Je lui transmets souvent. Elle essaie déjà dans l'emploi puis si elle n'y arrive pas
14 puis elle transmet à sa collègue de la reconversion. Même moi, je ne connais pas toutes les
15 mesures ce qui existent. (Dans ta situation elle était partie prenante de la démarche ?) Oui,
16 elle avait vraiment envie. (Et dans d'autres situations où le salarié ne voudrait pas en
17 entendre parler ?) Oui c'est vrai, la reconnaissance de travailleur handicapé ça met
18 toujours un petit peu les gens en méfiance parce qu'ils ont l'image du fauteuil roulant, ça
19 les inquiète plus qu'autre chose mais quand on leur explique que c'est quand même pour
20 le maintien dans l'emploi, qu'aujourd'hui la conjoncture fait qu'on ne peut pas tellement
21 cracher dans la soupe. (Est-ce que tu demandes une RQTH pour toutes les personnes qui
22 ont un RIC ?) J'ai quand même fait pour toutes, aussi bien dans la perspective d'une
23 reconversion que dans la perspective d'un éventuel aménagement que ce soit
24 organisationnel où technique parce que dès que tu les as vu il y avait une plainte de toute
25 façon. Toujours des douleurs. (Y avait-il d'autres plaintes ?) des limitations, des mains
26 gonflées qui limitaient la préhension. (En quoi ton action a été primordiale pour le
27 maintien en emploi de cette salariée ?) C'est le médecin du travail qui voit le salarié qui
28 connaît les lieux de travail de la personne. Nous on les rencontre. C'est souvent par le
29 biais d'une pré-reprise, souvent par le biais du médecin conseil. Ce n'est pas toujours en
30 direct par un courrier, il dit aux salariés que ça serait bien de voir le médecin du travail.
31 Tu as l'impression qu'on a un rôle important. C'est un partenariat. Il y a besoin de chaque
32 partenaire, c'est tout l'intérêt de ce travail. J'aime beaucoup celui de maintien en emploi.
33 C'est gratifiant, un nouvel élan à ma profession. Ça n'a pas toujours existé. Il y a peut-être
34 dix ans de ça quand on faisait des inaptitudes, je rencontrais des salariés qui disaient
35 « mais ça ne vous fait rien de nous mettre inapte et on ne sait même pas ce qu'on va
36 devenir ». Il n'y avait rien qui était fait, il n'y avait pas ce partenariat. (Est-ce que tu as eu
37 des situations pour lesquelles tu étais à l'origine du diagnostic ?) Oui si tu veux, mais ça
38 remonte ! C'était une aide-soignante qui avait des problèmes de dos et il y avait du
39 psoriasis dans la famille. J'ai évoqué éventuellement la possibilité que ça pouvait être un
40 rhumatisme. Elle a fait une reconversion professionnelle d'emblée parce qu'elle ne se
41 voyait pas pouvoir continuer parce qu'elle savait qu'elle avait une maladie chronique. (Elle
42 avait quel âge ?) Elle était jeune.

43
44
45
46
47
48
49
50

1 V. Les leviers et les freins au maintien en emploi

2 (As-tu vécu des situations où le maintien en l'emploi pour des personnes atteintes de RIC
3 n'a pas marché ?) J'allais dire la plupart que je connais font avec leur douleur. Celle qui
4 n'a pas marché, c'était à cause des comorbidités (Ecris-tu au médecin traitant ou au
5 rhumatologue ?) J'aime mieux les contacts téléphoniques. Oui, j'essaie, plutôt par
6 téléphone mais ça va être plus le médecin traitant. Je lui demande aussi le courrier du
7 rhumatologue (Tu ne passes pas par le salarié ?) Si, c'est quand il y a le salarié avec moi.
8 (Comment sais-tu si les aménagements demandés ont été suivis d'effet ?) On pourrait
9 utiliser le suivi infirmier mais pour l'instant ce n'est pas encore complètement au point. Il
10 faut que ce soit bien précisé. A partir du moment où on a mobilisé l'ergonomie, il y
11 retourne parfois, par exemple, pour du prêt de matériel, pas forcément pour un salarié qui
12 a des rhumatismes inflammatoires chroniques, il y retourne pour voir si le matériel
13 convient au bout d'un certain temps. Il peut aussi s'intéresser au devenir parce qu'il y a des
14 fois tellement d'éléments qui rentrent en ligne de compte, puis il y a d'autres salariés. On
15 met un peu quelque part dans la boucle tout l'environnement au travail. (Les outils ou les
16 dispositifs qui t'ont aidé ?) Depuis quelques temps, je sollicite facilement l'ergonome et
17 les partenaires où j'échange sur des situations où je ne sais pas forcément ce que je peux
18 proposer mais l'échange informel avec les partenaires amène des idées finalement.
19 (Quelles sont tes difficultés pour prendre en charge ces salariés ?) Ça reste des situations
20 précaires. On essaye de chercher les postes les moins contraignants aussi bien dans la
21 gestuelle que dans la manutention. On est limité par l'évolution de leur pathologie. On sait
22 bien que chercher les aménagements et qu'on est qu'au tout début de de la maladie... Je
23 ne saurais pas dire s'ils échappent au bout d'un certain temps aux différents traitements
24 mais on arrive des fois au bout. Je vais soit vers une aptitude ou vers une invalidité. (En
25 quoi l'âge des salariés a pu être déterminant dans les situations que tu m'as décrites ?) On
26 en a justement discuté avec CAP EMPLOI tout à l'heure. Ils sont confrontés à des
27 pathologies invalidantes chez des gens de plus en plus jeunes. Ça modifie aussi beaucoup
28 leur accompagnement. L'idée de reconversion est plus facile. Ils sont bien conscients, ils
29 savent en principe que c'est une maladie qui peut continuer à évoluer et s'aggraver. Il y en
30 a certains qui veulent imaginer un autre avenir mais il y en a d'autres qui vivent ça au jour
31 le jour. (Quelles seraient tes propres attentes pour espérer une meilleure efficacité du
32 dispositif de maintien en emploi de manière générale pour le RIC ?) J'aimerais bien une
33 relation avec l'IRR pour qu'il nous explique la problématique. (Y-at-il a des outils ou des
34 dispositifs à créer ou à améliorer ?) Je pense que chez nous, moi je suis dans le groupe
35 PDP, mais je pense qu'effectivement on en a besoin, j'imagine pour les nouveaux
36 collaborateurs qui arrivent, tu as peut-être vu ça dans ta formation mais j'imagine que ça
37 ne doit pas être évident. On a le projet de refaire une nouvelle information sur les
38 différents aspects de la PDP. Je dirais que les partenaires les plus importants sont la
39 MDPH, parce que c'est l'organisme financeur qui permet des mesures ou autres et c'est
40 CAP EMPLOI. Je travaille aussi beaucoup avec les assistantes sociales qui balayent tous
41 les aspects personnels ou financiers et aident à remplir le dossier MDPH. (Est-ce que tes
42 connaissances sur ces pathologies te semblent suffisantes pour mener à bien une démarche
43 plus efficace ?) Comme je te disais on est surpris de voir des gens qui apparemment ont
44 des signes de spondylarthrite ankylosante et qui n'ont pas de traitement en particulier à
45 part des anti-inflammatoires et d'autres qui n'ont pas de facteur rhumatoïde, d'autres, des
46 gens jeunes qui ont déjà des immunosuppresseurs. Ça me pose question. J'aurai besoin
47 d'avoir une formation, oui j'aimerais bien. Peut-être qu'il y a un consensus ? J'imagine
48 qu'il doit y avoir un consensus au niveau rhumatologie.

49

1 **Entretien n°10 - 11/02/2021**

2
3
4 **1) Expériences vécues par le médecin du travail de situations auprès de salariés atteints de**
5 **rhumatismes inflammatoires chroniques**

6
7 Je me souviens d'une dame justement qui avait des gros problèmes en particulier des
8 mains et elle était secrétaire, je crois, et ça s'est terminé par une inaptitude parce qu'elle
9 souffrait trop, elle ne pouvait plus. Sinon mais c'était bien avant qu'on ait une équipe
10 pluridisciplinaire. Elle ne pouvait même plus taper, elle ne pouvait plus rien empoigner,
11 donc de toute façon, il n'y avait pas tellement le choix pour elle et puis j'ai eu un autre cas,
12 je sais qu'elle avait des douleurs partout, il me semble que c'était une spondylarthrite mais
13 je ne l'affirmerai pas, où j'ai demandé un aménagement de poste, c'était à P*****
14 donc un travail de bureau. Elle recevait des demandeurs d'emploi, elle fait leur dossier et
15 les suit. Elle faisait de l'accueil du public. On lui a fait un aménagement de poste en
16 revoyant complètement sa façon de travailler. J'ai été aidée par un ergonome. (Vous avez-
17 fait quels aménagements concrètement ?) Elle a eu deux ordinateurs au lieu d'un pour pas
18 qu'elle ne soit pas obligée d'avoir des positions ... parce qu'elle travaillait sur deux plans
19 et à chaque fois elle était obligée de se tordre le cou ou bien de se pencher pour regarder
20 son ordinateur puis pouvoir travailler à côté sur papier. Donc, en fait, on lui a mis deux
21 ordinateurs, comme ça elle avait juste à tourner son siège, elle n'avait plus besoin d'avoir
22 des attitudes inconfortables pour consulter son ordinateur puisqu'elle en avait deux mis
23 perpendiculairement. Quand elle changeait de bureau, elle avait toujours son ordinateur
24 devant elle. (Quel âge avait-elle ?) Une cinquantaine d'années. C'est une entreprise que je
25 ne suis plus. (Dans tes souvenirs, tu n'as pas eu beaucoup de situations finalement ?) Non,
26 des gens qui ont eu des problèmes articulaires mais qui ne sont pas inflammatoires, qui
27 ont soit de l'arthrose soit... (As-tu l'impression que les gens te disent forcément ce qu'ils
28 ont, dans ce type de pathologies ?) Oui, et bien souvent ils ont des examens
29 complémentaires donc on sait, on connaît le diagnostic. (Même avant d'avoir des
30 symptômes gênants ils te le disent ?) Oui, je leur pose la question toute façon au cours de
31 l'interrogatoire s'ils ont des problèmes articulaires. Ils n'en parlent pas obligatoirement
32 spontanément mais si je leur pose la question ils me le disent. (Qu'avez-vous fait d'autres
33 éventuellement aménagements pour elle ?) Un siège, on a fait encore un repose-pied mais
34 ça c'est simple, un porte-documents, un aménagement de bureau qu'on fait habituellement
35 pour les gens qui ont des problèmes d'épaule ou de dos ou de ... (Quelles étaient ses
36 plaintes ?) C'était d'avoir mal partout. (Avez-t-elle d'autres comorbidités ?) Non.
37
38

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

2) Spécificités

(Est-ce que les caractéristiques de cette pathologie font qu'il y a une prise en charge en maintien en emploi spécifique ?) Le problème de ce type de pathologies, c'est que c'est chronique et que ça va obligatoirement s'aggraver. Donc les aménagements qu'on peut faire sont quelquefois temporaires parce que l'état évolue beaucoup plus vite que dans une arthrose ou bien des séquelles de traumatisme ou autre chose.

(Pour toi, quel serait le poste idéal pour une personne atteinte de rhumatisme inflammatoire chronique et avec quelles modalités ?) A la limite, un poste administratif, c'est ce qui serait le mieux parce qu'elle peut travailler assise, elle peut bouger, se lever si elle a besoin de changer de position ou autre. Il n'y a pas de mouvements répétitifs, il n'y a pas de charge. En entreprise, ce n'est pas évident pour quelqu'un qui a ce genre de problème pour travailler sur une machine ou faire du travail répétitif, ça va ça augmente les douleurs tout de suite.

3) Précisions sur la maladie, le poste occupé, l'entreprise et les difficultés des salariés perçus par le médecin du travail

(A quelle occasion l'as-tu vue la première fois ?) C'était une demande de consultation pour des aménagements (Avais-tu fait une demande de RQTH ?) Je crois qu'elle était déjà reconnue travailleur handicapé. (Dans ce type de situation, proposes-tu d'emblée de faire une demande de RQTH, c'est-à-dire dès que tu sais que la pathologie existe ou seulement si elle est gênante pour travailler ?) À partir du moment c'est que ça va évoluer, il vaut mieux la demander tout de suite, en prévision d'une nécessité d'aménagement de poste ou autre. C'est vrai que je propose toujours aux gens de faire une reconnaissance même si elle n'est pas d'une utilité immédiate, elle le sera dans les années qui suivent. (C'est bien accepté ?) Oui. (Avez-t-elle des symptômes avant que tu la vois ?) Ce n'était pas moi qui suivais l'entreprise, c'est une entreprise que j'ai eue pendant deux ans à peu près. Quand je l'ai vue elle avait déjà ses soucis. (Avait-elle de l'ancienneté dans cette entreprise ?) Oui, Quand tu es à P***** , tu y restes ! C'est une entreprise, d'autant plus qu'ils font facilement appel à un ergonome, mais ils ne passent pas par E****. Je sais que H***** (ergonome du service à l'époque) avait fait une fois une étude de poste, je crois qu'ils ont fait appel une autre fois à E**** mais autrement ils ont un ergonome d'un cabinet privé avec qui il travaille et que j'ai rencontré plusieurs fois pour différents aménagements de postes mais qui est en dehors d'E****. Pour elle, c'est l'entreprise qui a fait faire l'étude de poste à ma demande. (Est-ce que ça s'est bien passé ?) Ça s'est bien passé ça s'est bien passé sauf que c'est beaucoup plus long qu'en passant par E****. Il y a beaucoup de rapports intermédiaires. Les ergonomes d'E**** sont plus réactifs. (Je t'ai demandé si elle était là depuis longtemps pour savoir si elle était à P***** dans le cadre d'un classement ?) Non, non. (Quelle est la taille de l'entreprise en termes de nombre de salariés ?) Ils doivent être pas loin d'une trentaine, au moins une vingtaine. (Comment tu sais, d'une façon générale si un poste est bien adapté au salarié ? sur quels critères ?) Ses plaintes ! Si ça lui pose des problèmes ou pas au niveau de son poste. (L'as-tu revue régulièrement en contrôle ?) Je l'ai revue après son aménagement de poste si ça se passait bien. Elle était contente de ce qui avait été fait. (Est-ce toi qui avait demandé une visite pour s'assurer que les aménagements avaient été fait ?) Je savais ce qui avait été fait, la directrice m'avait envoyé un mail en disant que l'aménagement a été fait. J'ai convoqué la salariée pour voir comment ça se passait. (Combien de temps après à peu près ?) Je ne me souviens plus, c'est une entreprise que je n'ai gardé que deux ans et comme ça a déjà demandé plusieurs mois pour faire l'aménagement, faire l'étude de poste, les propositions d'aménagements et tout et tout, donc je n'ai dû la revoir qu'une fois après.

1 4) **Rôles perçus par le médecin du travail des différents acteurs vis-à-vis du maintien en**
2 **emploi**
3

4 Comment perçois-tu le rôle de l'équipe pluridisciplinaire, comment participe-t-elle au
5 maintien dans l'emploi pour ces situations ? est- ce facile ou pas ?) Ici, c'est surtout
6 l'intervention de l'ergonome même si c'était un homme extérieur mais après,
7 éventuellement on aurait pu faire intervenir l'infirmier pour faire une observation de poste
8 après l'aménagement mais à l'époque ça ne se faisait pas encore. (Maintenant tu le
9 ferais ?) Oui je pense, oui si j'avais une infirmière... (rire) (A quels acteurs extérieurs as-
10 tu fait appel dans cette situation ?) J'ai fait appel qu'à l'ergonome. J'ai fait un courrier à la
11 direction. Ils ont à fonctionnement un peu particulier à P*****. La direction a
12 demandé à l'ergonome de venir faire l'étude de poste et l'ergonome m'a contacté, m'a
13 envoyé son étude de poste ensuite, il me l'a envoyée. Tout se faisait par mail, l'avancée
14 des travaux. Puis, ils m'ont prévenu quand le poste a été aménagé. (As-tu eu à faire appel
15 au médecin traitant ou au rhumatologue ?) Non. (Ça peut t'arriver ?) Pas trop comme ça,
16 éventuellement je peux demander par l'intermédiaire du salarié des résultats d'exams
17 complémentaires que je n'ai pas ou des choses comme ça mais autrement je n'ai pas plus
18 de contact que ça avec ni le spécialiste ni le médecin traitant. (Ni le médecin conseil ?)
19 Non.

20 (Penses-tu, en dehors de cette situation, que l'invalidité pourrait être une solution pour
21 certains salariés atteints de RIC ?) Oui, au moins première catégorie, si ça peut leur
22 permettre de travailler à mi-temps mais en fait tout dépend si c'est dans la liste des
23 maladies qui permettent de mettre en invalidité. C'est vrai que ça m'arrive de proposer
24 aux gens « Dites à votre médecin qu'il vous aide à faire ou qu'il vous demande une
25 invalidité première catégorie, pas une 2e parce que ça ne passe pas en général. (Tu le dis
26 oralement ?) Oui, je le dis oralement. De toute façon, ça ne change rien, si ce n'est pas
27 dans leur barème ce n'est pas dans leur barème, point final.

28
29 (En revenant sur ta situation, est-ce que l'employeur était partie prenante pour le maintien
30 en emploi ?) Oui, P***** font beaucoup d'aménagement de postes. Il n'y a pas de
31 réticence et la salariée pareil elle était partie prenante, elle n'était pas réticente donc non
32 ça ne posait pas de problème elle voulait un aménagement de poste parce que trop mal à ..
33 elle n'était pas bien pas bien installée donc sur l'aménagement poste. (Pas de réticence ?)
34 Non, pas du tout ! (Et la salariée aussi, était partie prenante ?) Oui, ça ne posait pas de
35 problème, elle voulait un aménagement de poste parce qu'autrement, elle n'était pas bien
36 pour travailler. Elle voulait des aménagements de poste. Non, non, elle a bien participé !
37 (Y-a-t-il eu un financement extérieur ?) Ils sont passés par l'AGEFIPH, je pense.

38
39 (Que penses-tu du rôle du médecin du travail dans ces situations ? Comment le
40 qualifierais-tu ?) Si c'est une entreprise de moyenne ou grosse importance, tu peux
41 intervenir. Quand ce sont des toutes petites entreprises, tu ne peux rien faire parce qu'il
42 n'y a pas de possibilité de reclassement, de mutation, de choses comme ça. Les
43 possibilités de reclassement dans une petite entreprise, tu ne peux pas reclasser, tu as une
44 secrétaire, un patron et puis un vendeur ou un manutentionnaire ou n'importe, tu ne peux
45 pas reclasser. (Que dirais-tu de ton action, en quoi elle serait ou non primordiale ?) C'est
46 toujours nous qui donnons l'alerte, ce n'est pas que l'employeur ne soit pas au courant
47 parce que souvent il est au courant mais il n'a pas peut-être les informations pour pouvoir
48 lui déclencher une action. C'est quand même bien souvent une visite, souvent de reprise
49 ou de pré reprise qu'on lance une action dans une entreprise pour aménager le poste ou
50 reclasser la personne. (Est-ce que tu te souviens d'une situation où tu aurais été à l'origine
51 du diagnostic de RIC ?) Non en général le diagnostic est posé.
52
53
54
55

1 **5) Leviers et freins au maintien en emploi**
2

3 (As-tu eu des situations où le maintien en emploi n'a pas marché ?) La plupart du temps.
4 Je ne me rappelle que de deux cas. Il y en a une, on lui a aménagé son poste, l'autre a été
5 licenciée parce qu'elle ne pouvait plus travailler mais en extrapolant les classements, les
6 aménagement de poste, c'est quand même une minorité. (Peux-tu m'en dire plus sur cette
7 situation qui n'a pas marché ?) C'était une polyarthrite, je crois, oui et elle avait plus de
8 55 ans donc ce n'était pas catastrophique qu'elle soit licenciée. (Sais-tu ce qu'elle a fait
9 après ?) Elle a dû toucher le chômage tant qu'elle a pu puis après avoir une aide ou je ne
10 sais pas quoi mais je te dis, ça fait 10 -15 ans, je ne me souviens plus bien. De toute façon,
11 je ne vois pas dans quoi elle aurait pu être reclassée du fait des gros problèmes qu'elle
12 avait aux mains. (Quels sont les outils ou les dispositifs qui t'aident dans les démarches de
13 maintien en emploi pour les RIC ou ce qui serait vraiment utile pour toi ?) Déjà la
14 reconnaissance de travailleur handicapé. Tu as là une aide, quelque chose de solide à
15 présenter à l'employeur si tu veux aménager un poste ou sur le plan financier tu as quand
16 même l'AGEFIPH qui finance une partie du poste et c'est ce qui est moteur dans un
17 aménagement de poste, c'est ce que tu proposes à l'employeur. (Quels sont les points qui
18 font que ça ne marche pas parfois ?) Soit parce que la maladie est trop évoluée pour
19 même penser à continuer à faire travailler la personne ou alors parce qu'effectivement
20 c'est une TPE où l'employeur ne va pas pouvoir la changer de poste ou aménager son
21 poste. Moi je ne connais pas beaucoup de petites entreprises qui font des aménagements
22 de poste. (En quoi l'âge peut-il être déterminant dans notre prise en charge de maintien
23 dans l'emploi ?) On mettra plus facilement inapte une personne qui n'est pas loin de la
24 retraite qu'une personne qui a 40 ans. Il faut essayer de trouver un reclassement ou
25 demander de l'aide de CAP EMPLOI pour un reclassement extérieur. Je pense que
26 t'essayera plus facilement de reclasser une personne de 40 ans qu'une personne de 55 ans
27 ou plus. (En même temps c'est difficile aussi par rapport à l'employeur parce qu'ils vont
28 ils vont dire cher...) Ce n'est pas ton problème ! C'est vrai qu'en fin de carrière les
29 employeurs, bien souvent, ils essayent de trouver une solution pour ne pas licencier et
30 attendre la personne soit en retraite, mais ça c'est le problème de l'employeur.

31
32 **6) Pistes d'amélioration et attentes des médecins du travail**
33

34 (Quelles sont tes difficultés personnelles en tant que médecin du travail pour espérer une
35 meilleure efficacité du dispositif et quelles seraient tes attentes ?) Déjà il y a deux choses :
36 il y a les gens qui disent « Je ne peux plus travailler », toi t'es pas très chaude pour les
37 licencier, justement, parce qu'ils sont relativement jeunes. Par rapport à une personne de
38 50 ans, par exemple, tu te dis si tu la licencies, de toute façon elle ne trouvera pas de
39 boulot ailleurs, qu'est-ce qu'elle va devenir ? Elle va se retrouver avec des tout petits
40 revenus et la personne qui veut absolument partir et que tu n'es pas sûre qu'elle pourra
41 retrouver un jour quelque chose et puis autrement ça tient à l'employeur. (As-tu des
42 difficultés personnelles ?) Non, pas plus pour cette pathologie là que pour une autre. (Est-
43 ce que tu penses qu'il y a des outils ou des dispositifs à créer ou à améliorer cette PEC ?)
44 Moi, je n'en sais rien ! A part l'intervention de CAP Emploi, de l'équipe pluridisciplinaire
45 autrement non. (Dans les modalités ?) Non. (Est-ce que tes connaissances sur ces
46 pathologies te semblent suffisantes pour mener à bien une démarche efficace de maintien
47 en emploi ?) Pas plus que pour une autre pathologie. Ce qui est important dans cette maladie
48 c'est que c'est évolutif.
49

VU

NANCY, le **6 mars 2023**

Le Président de Thèse

Professeur Jean PAYSANT

NANCY, le **09 mars 2023**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 12890C

NANCY, le **17 mars 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUME DE LA THESE :

Les RIC sont des pathologies courantes qui atteignent fréquemment une population en âge de travailler. Ils peuvent être sources de limitations fonctionnelles, entraînant une incapacité de travail, pouvant entraver le maintien en emploi. Nous nous sommes intéressés aux différents facteurs pris en compte par le médecin du travail durant sa démarche de maintien en emploi de travailleurs atteints de RIC.

Une approche qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisés en 2021 a été utilisée pour explorer les pratiques de médecins du travail volontaires du Grand Est.

Vingt et un médecins du travail de différents SPST ont participé à l'étude. Ils décrivent des facteurs liés au salarié, à la maladie ou à l'emploi, communs à toute pathologie, ainsi que des facteurs spécifiques aux RIC par rapport à d'autres maladies. Tous soulignent l'impact de la douleur sur les capacités des personnes à travailler alors que la moitié évoquent la raideur et l'ankylose, et un tiers la fatigue et le dérouillage matinal. Le traitement est décrit comme un élément primordial dans le maintien en emploi. Au-delà de la problématique de la manutention, les contraintes posturales, horaires et thermiques sont rapportées et mises en lien avec les symptômes. Enfin, des actions et des outils mobilisés sont décrits, parfois sans mise en lien avec les contraintes au poste, comme le télétravail, des restrictions de manutention, des aménagements techniques ou organisationnels ...

Notre étude apporte une vision du maintien en emploi différente de celle des salariés beaucoup plus présente dans la littérature actuelle. Chaque action préconisée par les médecins du travail a un impact sur le salarié et son entourage socioprofessionnel, dont il faut tenir compte. Elle permet de soulever d'autres problématiques comme la communication interprofessionnelle qui apparaît comme primordiale afin de solidifier le maintien en l'emploi.

TITRE EN ANGLAIS : Job retention for people with chronic inflammatory rheumatism: a qualitative study using semi-directed interviews with occupational health physicians practicing in Grand Est

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – Médecine en santé au travail - Année 2023

MOTS-CLES : Pathologies rhumatismales – Emploi – Médecine du travail – Pratique professionnelle

INTITULE ET ADRESSE :**UNIVERSITE DE LORRAINE**

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY
