

Plan Régional
d'Insertion
des Travailleurs
Handicapés
en Île-de-France

PRATH
île-de-france

Le maintien dans l'emploi
des personnes handicapées
et la prévention de la désinsertion

Séminaire thématique - 16 octobre 2013



 **Contacts**

DIRECCTE Île-de-France

19/21 rue Madeleine Vionnet - 93300 AUBERVILLIERS

Myriam CHALOUIN - Prévention des Risques professionnels

Dr Évelyne LIDOVE-THOMMERET - Médecin inspectrice régionale du travail

Isabelle BOUGEROL - Coordination du PRITH Île-de-France

Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et la prévention de la désinsertion

Séminaire thématique – 16 octobre 2013

Programme

Ouverture

Charles-Louis MOLGO, chef du Département des politiques de l'emploi, DIRECCTE Île-de-France

Pascal APPREDERISSE, directeur régional adjoint, pôle Politique du travail, DIRECCTE Île-de-France

Pierre MAGET, administrateur MSA Île-de-France

Gérard ROPERT, directeur général, CRAMIF

Table ronde : Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées et la prévention de la désinsertion en Île-de-France

Myriam CHALOUIN, Chargée de mission insertion des personnes handicapées, DIRECCTE Île-de-France

Évelyne LIDOVE-THOMMERET, médecin inspectrice régionale du travail, DIRECCTE Île-de-France

Émilie OUKOLOFF, déléguée régionale adjointe Île-de-France, AGEFIPH

Jacqueline GIRY, directrice des risques professionnels et des prestations individuelles à la CPAM de Bobigny

Véronique AZEMAR, responsable du service santé et sécurité au travail, MSA

Ateliers

Restitution des ateliers

Rapporteurs de l'atelier A **Evelyne LIDOVE-THOMMERET**, DIRECCTE Île-de-France
Thomas DESPREAUX, interne en médecine du travail

Rapporteur de l'atelier B **Nabila BOULHRAM**, SEST Île-de-France

Rapporteurs de l'atelier C **Isabelle BOUGEROL**, Chargée de mission insertion des travailleurs handicapés
DIRECCTE Île-de-France
Éva SANCHEZ, Sameth 93

Clôture

Ouverture

Charles-Louis MOLGO, chef du Département des politiques de l'emploi, DIRECCTE Île-de-France
Pascal APPREDERISSE, directeur régional adjoint, pôle Politique du travail, DIRECCTE Île-de-France
Pierre MAGET, administrateur MSA Île-de-France
Gérard ROPERT, directeur général, CRAMIF

« Lorsque l'on prend la mesure des difficultés d'insertion dans le monde de l'entreprise des personnes handicapées, on comprend très rapidement tout l'intérêt qu'il y a à les maintenir dans l'emploi », affirme en ouverture du séminaire **Pascal APPREDERISSE**. En effet, le taux de chômage des personnes handicapées est deux fois supérieur à celui des personnes non handicapées, le taux d'emploi des travailleurs handicapés est seulement de 2,8 % alors que le seuil légal est fixé à 6 %, enfin presque un avis d'inaptitude sur deux débouche sur un licenciement.

Le Comité interministériel du handicap, qui s'est réuni en septembre, a ainsi mis en avant quelques pistes d'amélioration : une obligation de reclassement plus contraignante pour les entreprises, une priorité de réembauche pour les personnes licenciées à la suite d'une inaptitude.

La région Île-de-France a pour sa part depuis longtemps compris la nécessité d'être efficace collectivement. Le renouvellement en 2012 de la Charte de maintien dans l'emploi des personnes handicapées, le PRITH ainsi que le PRST 2011-2014, qui consacre une grande partie de ses actions aux problématiques du maintien dans l'emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle, en sont la preuve.

Pascal APPREDERISSE conclut son intervention en insistant sur l'opportunité de la loi de juillet 2012 sur la réforme des services de santé au travail pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, car d'une part elle a instauré l'obligation de visites de préreprises pour les arrêts de longue durée et d'autre part elle a créé les Contrats pluriannuels d'objectif et de moyens.

Charles-Louis MOLGO effectue un point de présentation du PRITH. Ce plan s'inscrit dans le cadre d'une démarche nationale et a été lancé en 2011 en Île-de-France. Il s'articule autour de 4 axes de travail : l'accès à l'emploi, la formation professionnelle des demandeurs d'emploi et des salariés, le maintien dans l'emploi, la sensibilisation des employeurs (axe transversal). Ces axes ont été déclinés en une dizaine d'actions opérationnelles, dont la plus conséquente est l'action 10 sur l'amélioration du repérage précoce des situations à risque et l'information des acteurs du maintien dans l'emploi.

Les enjeux du maintien dans l'emploi recouvrent différents niveaux d'intervention : la détection des situations à risques, le signalement et l'intervention. Les acteurs du maintien dans l'emploi sont avant tout le salarié et l'entreprise, mais également les médecins traitants, les spécialistes, les maisons départementales des personnes handicapées, l'Assurance maladie, la MSA, les Sameth et l'État. La complémentarité et la coordination des actions de ces différents acteurs sont essentielles pour sécuriser les parcours professionnels des individus.

Plus de 200 accords agréés sur l'emploi des personnes handicapées ont été enregistrés en Île-de-France. Dans les accords renouvelés, le volet « maintien dans l'emploi » est une des problématiques traitées prioritairement. Il s'articule autour des questions liées à l'anticipation et la surveillance des absences de longue durée, au suivi des accidents du travail, au développement des relations avec les médecins du travail, à la mise en place de commissions spécialisées dans le maintien dans l'emploi, aux aménagements de postes et d'horaires et au maintien de salaires pour toute diminution de temps de travail.

Si dans le cadre du dernier Comité interministériel du handicap, le Gouvernement a retenu de rendre obligatoire le volet « maintien dans l'emploi » dans le cadre des accords négociés sur la thématique du handicap, la question du maintien dans l'emploi constitue une thématique plus générale qui irrigue les politiques de l'État, notamment dans le cadre de la négociation collective. Il est ainsi au cœur du dispositif « Contrat de génération ». Il constitue pour les entreprises une opportunité de travailler sur la gestion des âges et la transmission des compétences.

Charles-Louis MOLGO affirme enfin avec force qu'« *au travers des politiques de l'emploi, de la santé et de la sécurité au travail, les services de la DIRECCTE sont mobilisés pour informer, agir, contrôler et promouvoir les opportunités d'emploi et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés* ».

« *Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap, c'est reconnaître leur situation, leurs droits et un statut, penser très tôt au maintien dans l'emploi, c'est réussir la reprise du travail et l'insertion professionnelle de ces personnes, c'est construire avec tous les acteurs impliqués un projet pour la personne afin de la maintenir dans l'emploi, lutter contre la désinsertion professionnelle, c'est aussi assurer la sécurité financière de cette personne, enfin travailler sur l'insertion professionnelle avec les chefs d'entreprise, c'est valoriser l'image de l'entreprise et celle de ses salariés dans l'accueil des travailleurs handicapés* », déclare **Pierre MAGET**.

Forte de son guichet unique, la MSA met en place autour des actifs en situation de handicap, qu'ils soient ou non-salariés, un dispositif opérationnel dans lequel œuvrent un médecin du travail, un médecin-conseil, un conseiller en prévention, une assistante sociale, voire selon les situations un délégué élu de la MSA sur le terrain.

Le séminaire de ce jour, affirme Pierre MAGET, concrétise une coopération active entre tous les acteurs intervenant autour de la question du handicap. Il s'agit de mettre en place une dynamique au service de la prévention de la désinsertion professionnelle, du maintien dans l'emploi, de l'insertion professionnelle. C'est en capitalisant sur les expériences et la connaissance des métiers de chacun que ces objectifs pourront être atteints.

Le traitement d'une situation fragile et à risque est une chaîne où chacun joue un rôle déterminant. Le passage de relais doit se faire du début du processus de prise en charge jusqu'à son terme. Il ne peut se réaliser que si chaque acteur connaît le rôle de chacun, les outils pouvant être déployés et la temporalité qui s'applique dans le dispositif global.

Si les mesures d'aide au maintien dans l'emploi sont nombreuses, elles sont peu, voire pas du tout connues, alors qu'elles doivent être activées le plus en amont possible. Il est essentiel de s'investir dans la formation et la sensibilisation de tous ceux qui de près ou de loin agissent pour constituer une chaîne cohérente, coordonnée et efficace. Les partenaires de la Charte régionale pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en ont fait un objectif tant les enjeux sont capitaux.

Il est absolument fondamental d'instaurer des lieux d'échanges et organiser la circulation de l'information, car la communication entre tous est la clé de la réussite. C'est la conviction des responsables de la MSA, de ses élus comme de ses salariés.

Pierre MAGET souligne l'importance des travaux menés dans le cadre du séminaire. Ils doivent permettre d'améliorer et de faire progresser le PRITH, de faciliter la démarche des entreprises d'accueil des travailleurs en situation de handicap.

Gérard ROPERT insiste au préalable sur le fait que si le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés est une question essentielle, « *l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap n'est pas réglé* ». Il fait observer que le handicap n'est qu'un facteur parmi d'autres de la désinsertion professionnelle.

La CRAMIF s'engage depuis longtemps sur la question du maintien de l'emploi des personnes handicapées et travaille en réseau, tant avec ses partenaires de l'Assurance maladie qu'avec les autres acteurs reconnus sur cette problématique.

Gérard ROPERT considère que la question de la désinsertion professionnelle commence seulement à être traitée. Il est essentiel, dit-il, d'agir en réseau et d'identifier et mettre en œuvre des solutions opérationnelles et évaluables. Il souligne notamment l'importance d'intervenir le plus tôt possible après un arrêt de travail, car c'est une des clés de la réinsertion professionnelle, d'un retour possible de la personne concernée sur le poste de travail ou sur un autre poste de travail.

À ce sujet, il insiste sur la question des signalements et en particulier sur le caractère opportun de pouvoir disposer de davantage de signalements de la part des entreprises. Et il évoque une réflexion en cours sur la possibilité de tester une approche de type « case management » (gestion ciblée des cas, avec un « gestionnaire de portefeuilles » habilité à solliciter tous les membres du réseau médico-social susceptibles d'intervenir).

Gérard ROPERT renouvelle l'intérêt de la CRAMIF (à travers notamment son Département des affaires sanitaires et sociales et du handicap) pour travailler en partenariat dans le cadre du PRITH. Il réaffirme la nécessité de mettre en place et valoriser des outils opérationnels, ce qui constituera, estime-t-il, un des objectifs du séminaire.

Table ronde : Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées et la prévention de la désinsertion en Île-de-France

Myriam CHALOUIN, Chargée de mission insertion des personnes handicapées, DIRECCTE Île-de-France
Évelyne LIDOVE-THOMMERET, médecin inspectrice régionale du travail, DIRECCTE Île-de-France
Émilie OUKOLOFF, Déléguée régionale adjointe Île-de-France, AGEFIPH
Jacqueline GIRY, directrice des risques professionnels et des prestations individuelles à la CPAM de Bobigny
Véronique AZEMAR, responsable du service santé et sécurité au travail, MSA

L'enjeu du maintien dans l'emploi, affirme **Myriam CHALOUIN**, est d'éviter au maximum les ruptures dans le parcours professionnel du fait du handicap ou d'une problématique de santé, qu'il s'agisse de rester dans son entreprise sur son poste ou sur un autre poste (on parle ici de « maintien dans l'emploi ») ou de changer d'entreprise (on parle alors de « maintien en emploi »).

En 2011, 6 791 personnes se sont inscrites à Pôle emploi en Île-de-France à la suite d'un licenciement pour inaptitude. 83 626 arrêts de travail de plus de 90 jours ont été comptabilisés en 2012 par l'Assurance maladie. Sur 12 604 accidents (travail, trajet, maladie professionnelle) ayant entraîné une incapacité permanente partielle en 2012, 63 % avaient pour origine un accident du travail.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET présente les principaux enseignements de l'enquête menée fin 2012 auprès des médecins du travail d'Île-de-France

<http://www.ptolemee.com/prithidf/actualites/15-resultats-de-l-enquete-aupres-des-medecins-du-travail-d-ile-de-france>

Il en ressort que si les médecins connaissent bien les MDPH, les Sameth et l'Agefiph, ils manquent d'informations sur les services sociaux de l'Assurance maladie et les médecins-conseil. Un répondant sur deux déclare avoir à sa disposition un référent maintien dans l'emploi (mobilisable facilement) dans son service de santé au travail. Les répondants orientent pour 85 % d'entre eux assez souvent ou très souvent les personnes vers les MDPH. Le Sameth est également un acteur particulièrement mobilisé (54 %). Une bonne majorité des médecins du travail mobilise très facilement leur équipe pluridisciplinaire pour des problématiques de maintien dans l'emploi.

Les principales difficultés rencontrées concernant le traitement des problématiques de maintien dans l'emploi ont trait aux délais d'instruction des dossiers et au manque d'anticipation des difficultés de maintien. Des freins sont également identifiés par les médecins du travail au niveau des salariés ou des employeurs.

Des axes de progrès ont ainsi clairement été identifiés, notamment en ce qui concerne la visite de préreprise (cf. intervention de Véronique AZEMAR) et la procédure accélérée de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé qui n'est pas maîtrisée par tous les médecins du travail.

Véronique AZEMAR présente succinctement le dispositif de la visite de préreprise. Outil majeur de détection des situations à risque, il est prévu depuis longtemps dans la loi (cf. Code du travail, Code de la Sécurité sociale, Code rural). Son intérêt a été renforcé avec la réforme de la médecine du travail. Afin de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail, d'origine professionnelle ou non, d'une durée de plus de 3 mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail, à l'initiative du salarié, du médecin traitant, du médecin-conseil. Il associe et responsabilise l'ensemble des acteurs concernés par l'incapacité de travail du salarié.

Le temps de l'arrêt de travail est optimisé afin d'éviter la désinsertion professionnelle et assurer au salarié les meilleures conditions de retour au travail (à travers un aménagement de poste, une adaptation du poste de travail, un reclassement, des formations professionnelles).

L'enquête menée auprès des médecins du travail a permis d'identifier des pistes d'amélioration favorisant le maintien dans l'emploi. La difficulté la plus répandue, partagée par 429 répondants (soit 77 % des répondants) est la méconnaissance par le salarié de la possibilité de réaliser la visite de préreprise. Des actions visant à renforcer l'information pourraient être facilement mises en place. Dans le cadre de la mise en œuvre de la visite de préreprise, la temporalité de la visite est la problématique qui est le plus souvent mise en avant.

Au titre des préconisations, on peut mentionner le déclenchement plus rapide par le médecin-conseil d'une visite de préreprise, l'utilisation systématique de la fiche de liaison et l'information délivrée de façon plus systématique par le médecin-conseil au salarié sur l'intérêt de la visite de préreprise.

Les principaux outils cités sont les suivants : l'entretien avec le médecin-conseil, le temps partiel thérapeutique, l'aménagement de poste, l'orientation vers une démarche RQTH, le bilan de compétence, le bilan physique et cognitif et surtout l'étude de poste, outil le plus utilisé par le médecin du travail dans le cadre ou à la suite d'une visite de préreprise.

En conclusion, Véronique AZEMAR insiste sur l'anticipation de la visite de préreprise, facteur primordial, s'il en est, de maintien dans l'emploi.

Jacqueline GIRY insiste à son tour sur l'importance de la communication entre tous les acteurs intervenant sur la problématique du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Elle constitue indéniablement un des facteurs clés de réussite. Ainsi, au niveau de l'Île-de-France, une fiche de liaison a été mise en place dans les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle de l'Assurance maladie. Elle est transmise soit à l'assuré social, soit à l'employeur lorsqu'une situation d'arrêt de travail qui s'installe dans la durée est identifiée.

Autre outil : le Contrat de rééducation professionnelle en entreprise. Il permet à l'Assurance maladie de cofinancer une réinsertion en entreprise, entre 6 et 18 mois (entre 10 et 50 % du salaire brut de la personne). Il convient, là aussi, de faire connaître plus largement cet outil, notamment aux employeurs, aux Sameth et aux MDPH.

Myriam CHALOUIN aborde la question de la procédure accélérée de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Il apparaît que suivant les départements, cette procédure fait l'objet de pratiques différentes. 65 % des répondants à l'enquête déclarent ne pas avoir accès à la diversité des pratiques des MDPH concernant cette procédure et 61 % estiment que la diversité des procédures constitue une difficulté.

Un travail a été engagé avec les 8 MDPH d'Île-de-France sur l'établissement d'une procédure compatible avec leurs organisations propres et leurs circuits d'instruction des demandes. L'objectif de cette procédure accélérée est le maintien dans l'emploi. Le risque de licenciement est un critère d'identification de l'urgence et la RQTH un levier important permettant d'éviter le licenciement. Si le licenciement a lieu, la RQTH permet aux acteurs du handicap de prendre le relais sans rupture de parcours. L'acteur principal est le médecin du travail. Il remplit une fiche médicale, construite au préalable sur l'avis des médecins inspecteurs régionaux de la DIRECCTE et en tenant compte des avis des médecins des différentes MDPH. Une notice explicative, à destination des partenaires et des personnes concernées, a été élaborée.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET précise que la thématique du maintien dans l'emploi figurera systématiquement dans les futurs Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, autour de 5 axes : désignation d'un référent unique pour chaque service de santé au travail, construction par chaque

service de santé au travail inter-entreprises de sa propre entité de maintien dans l'emploi, mise en place d'actions de sensibilisation et d'information à destination de tous les acteurs mobilisés dans une démarche de maintien dans l'emploi, développement d'un travail en réseau, promotion de la visite de préreprise.

Émilie OUKOLOFF présente les Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth). Ils constituent un maillon du dispositif du maintien dans l'emploi, qui travaille à la fois sur le droit commun et sur l'aspect spécifique lié au handicap. L'offre de services des Sameth est ouverte aux employeurs du public et du privé et concerne la recherche de solution pour le maintien dans l'emploi en interne.

Les 8 Sameth franciliens accompagnent actuellement environ 2 300 personnes en Île-de-France. Ils ont réalisé 1 400 maintiens dans l'emploi en 2102 et 690 au cours du 1^{er} semestre 2013. Il existe deux conditions à la mobilisation du Sameth : l'avis du médecin du travail et le dépôt de la demande de RQTH.

Le cœur d'intervention du Sameth est la recherche de solutions en entreprise et la mobilisation d'outils de droit commun et spécifiques (cf. études ergonomiques, prestations ponctuelles spécifiques à l'adresse des déficiences auditives, visuelles et motrices ainsi que des handicaps psychiques et mentaux), ce que l'on appelle « l'ingénierie ». Le Sameth est également facilitateur pour la mise en place de solutions déjà identifiées. Ces missions s'inscrivent dans le cadre d'une démarche déontologique. Les solutions sont validées par la médecine du travail avant leur mise en œuvre. Le Sameth assure un passage de relais à Cap emploi et un accompagnement lorsque le maintien dans l'entreprise n'est pas possible.

55 % des salariés sont âgés de 45 ans ou plus. Un sur deux est présent depuis 10 ans ou plus dans l'entreprise. Les signalements aux Sameth ont été effectués par l'employeur dans 31 % des cas, dans 23 % des cas par les médecins du travail et par le salarié lui-même dans 16 % des cas.

On constate qu'il y a moins de salariés en arrêt de travail à l'ouverture des parcours (3 salariés sur 4 sont en poste au moment de l'ouverture) et que de moins en moins de parcours sont ouverts suite à une inaptitude déclarée et avérée.

Jacqueline GIRY fait observer que le Contrat de rééducation dans l'entreprise est très peu connu en Île-de-France, contrairement à d'autres régions où la concertation entre les différents partenaires permet de signer un nombre très important de contrats.

Échanges avec la salle

Les accords d'entreprise sur l'emploi des personnes en situation de handicap et le maintien dans l'emploi



Un médecin du travail à Paris aborde la problématique des accords d'entreprise sur l'emploi des personnes en situation de handicap. Elle déplore l'attitude de nombreuses entreprises qui perçoivent un budget sans mettre en place une politique de maintien dans l'emploi et le manque apparent de contrôle de la part des services de la DIRECCTE.

Myriam CHALOUIN assure que des contrôles sont effectués régulièrement dans le cadre de l'accord, lors du bilan annuel et du bilan final (au bout de trois ans généralement). L'entreprise a l'obligation d'utiliser le budget affecté à l'accord pour mettre en place des moyens.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET rappelle que le budget alloué à l'entreprise exonère le Sameth d'intervenir. Elle encourage vivement les médecins du travail à faire remonter toutes les difficultés qu'ils rencontrent en l'espèce. Il apparaît que si les Sameth et l'Agefiph ont une technicité acquise et reconnue, celle-ci n'est pas toujours mise en place au sein de l'entreprise. Elle juge opportun de mettre en place un groupe de travail réunissant les médecins du travail et les équipes impliqués dans ces accords.

Jacqueline GIRY signale que l'Assurance maladie a développé depuis quelques années la Maîtrise médicalisée en entreprise, un partenariat permettant de faciliter le maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle. Ce dispositif peut être complémentaire des actions menées par la DIRECCTE.

Laura BAUDOIN, assistante sociale libérale intervenant en entreprises, constate que les entreprises bénéficiant d'un accord d'entreprise sur l'emploi des personnes en situation de handicap sont généralement totalement démunies pour mettre en place une politique de maintien dans l'emploi. Au-delà d'une mauvaise volonté, affirme-t-elle, il y a un défaut d'accompagnement et de moyens. Elle s'efforce dans le cadre des missions handicap d'apporter un accompagnement aux entreprises.



Évelyne LIDOVE-THOMMERET fait valoir que les entreprises disposent précisément d'un budget pour mettre en œuvre des moyens en interne. Elles en ont l'obligation. Il faut savoir par ailleurs qu'il existe des situations intermédiaires avant la signature de l'accord. À partir du moment où l'entreprise sollicite un accord, cela signifie qu'elle a « maturé » un projet. Cela étant dit, il manque des interlocuteurs métiers. Il conviendrait de créer à ce niveau une dynamique au sein des grandes entreprises d'Île-de-France.

La problématique de la formation



Un médecin du travail déplore l'insuffisance d'accompagnement en matière de formation et de possibilité de maintien en emploi dans une autre entreprise. L'inaptitude suivie du licenciement reste la règle.

Jacqueline GIRY fait observer que l'Assurance maladie a mis en place, depuis 3-4 ans, un accompagnement pour la prévention de la désinsertion professionnelle. Par ailleurs, elle subventionne de grandes associations en partenariat avec Cap emploi et propose des bilans de compétence, des accompagnements de soutien social élargi et une coordination avec les employeurs. On gagnerait à utiliser davantage les outils de l'Assurance maladie, considère Jacqueline GIRY.

Émilie OUKOLOFF précise que les Sameth mobilisent beaucoup de bilans de compétences et que l'Agefiph finance également des bilans de compétences spécifiques. Elle ajoute qu'il existe un dispositif de passage de relais entre les acteurs, entre l'accompagnement Sameth et l'accompagnement Cap emploi. Cela étant dit, le système est bien évidemment perfectible.

Alexia MAVROS, Opcalia Île-de-France, signale que son organisme propose des actions de formation professionnelle à destination de l'ensemble des collaborateurs.



Émilie OUKOLOFF affirme que la formation est un des outils disponibles pour le maintien *dans* et *en* emploi et que l'Agefiph a signé des conventions avec plusieurs OPCA.

La difficile identification en amont des personnes en situation de handicap

Une intervenante dans la salle insiste sur le fait que tous les handicaps ne peuvent être traités de la même façon. En effet, le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion ne présentent pas la même difficulté selon le type de handicap. De nombreuses personnes ayant des troubles psychiques travaillent dans les entreprises et ne sont pas toujours connues par les services de médecine du travail et reconnues comme étant handicapées (souvent pour cause de déni de la personne et de peur que la reconnaissance crée davantage de torts que d'avantages). Trop souvent, ces personnes sont identifiées après un arrêt de travail et mises en invalidité, sans jamais pouvoir retrouver du travail. C'est une perte pour la personne et pour la société.



Évelyne LIDOVE-THOMMERET estime qu'il est tout à fait opportun d'engager une réflexion approfondie sur la meilleure démarche à mettre en œuvre lorsqu'une pathologie (notamment d'ordre psychique) a été détectée par le médecin du travail, afin de ne pas systématiquement enclencher un processus d'arrêt maladie et d'invalidité.

Jacqueline GIRY indique que l'invalidité n'empêche pas d'avoir une petite activité professionnelle en parallèle. Par ailleurs, précise-t-elle, le Contrat de rééducation en entreprise peut être négocié avec l'entreprise lorsque la personne est encore sous contrat de travail, mais aussi avec un autre employeur sur un poste plus adapté à la situation de handicap de la personne.

L'épineuse problématique des relations entre les médecins-conseil et les médecins du travail

Une intervenante dans la salle aborde la question de la difficile communication entre les médecins-conseil et les médecins du travail. Ces derniers sont souvent mis devant le fait accompli d'un arrêt rapide, voire prématuré, des indemnités journalières, dont la conséquence est le plus souvent la désinsertion professionnelle. L'intervenante met en cause des décisions autoritaires et unilatérales sans fiche de liaison et sans concertation. Elle soulève la question du lien entre les médecins-conseil et les médecins du travail et du mode de prise de décision.



Jacqueline GIRY fait valoir que les médecins-conseil sont fortement sollicités et font face à des situations souvent très compliquées. Elle indique qu'une concertation régulière entre le médecin-conseil, le médecin traitant, voire le médecin du travail a été mise en place (il existe notamment un numéro dédié où il est possible de joindre le médecin-conseil).

Évelyne LIDOVE-THOMMERET insiste sur l'importance du partenariat pour limiter les licenciements. Elle ajoute qu'un des axes des CPOM vise à trouver des moyens d'améliorer la communication entre médecin du travail et médecin-conseil.

Jacqueline GIRY indique qu'il existe dans toutes les caisses primaires et sur le site de la Cramif, des correspondances sur la prévention de la désinsertion professionnelle. Elles peuvent apporter des solutions ou un accompagnement particulier.

Véronique AZEMAR ajoute, concernant la MSA, qu'il existe un guichet unique. Les médecins-conseil travaillent en étroite liaison avec les médecins du travail. Quoi qu'il en soit, il est essentiel de pouvoir agir bien en amont, de profiter de la visite de préreprise au bout de 3 mois et de ne pas laisser des arrêts de travail traîner pendant des années.



Une autre intervenante, médecin du travail en service autonome dans l'Essonne, constate une très forte dégradation de la situation, avec des interventions brutales quasi hebdomadaires. Le médecin du travail se trouve souvent démuni et frustré, confronté de plus en plus à des cas de ruptures d'indemnités journalières impliquant une reprise du travail se concluant par un licenciement, avec des relations très difficiles, parfois conflictuelles, avec les médecins-conseil.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET considère qu'il n'y a rien de plus terrible pour un médecin du travail que de donner un avis d'inaptitude pour sauver la situation financière d'un salarié qui n'a pas d'indemnités journalières, sans avoir pu négocier avec le médecin-conseil un délai pour travailler sur le dossier d'accompagnement. Cette question est un enjeu essentiel. Elle rappelle que le médecin-conseil se prononce sur l'aptitude au travail d'une personne et le médecin du travail sur son aptitude à son poste de travail. Il est fondamental de bien expliquer le rôle de chacun, afin notamment que le salarié déclenche la visite de préreprise.

Atelier A : la détection précoce et le rôle-clé de la visite de préreprise

Animateur	Jean DUTOYA, Amnyos Consultants
Témoins	Isabelle GIRARDOT, CMB Aurélie ROUSSELET, ACMS
Rapporteurs	Thomas DESPREAUX, interne en médecine du travail Evelyne LIDOVE-THOMMERET, DIRECCTE Île-de-France

Après avoir présenté les différents intervenants et le contexte du séminaire thématique, **Jean DUTOYA** décline sous forme de questions les deux objectifs de l'atelier :

- Comment développer la visite de préreprise (VPR) ? (cf. conditions de réussite et cas vertueux, difficultés rencontrées et situations à éviter, cas n'accédant pas à la VPR, enjeux de la coordination entre les acteurs)
- Comment améliorer la détection précoce des situations à risque ? (cf. situations à risque, moment, acteurs et indicateurs de la détection précoce, approches différenciées par métiers, secteurs, pathologie, âge, genre, etc., enjeux de la coordination entre les acteurs)

Le périmètre thématique de l'atelier

Plusieurs questions émergent visant à affiner le périmètre thématique de l'atelier et à nourrir la réflexion.

Isabelle GIRARDOT met en avant la question de **la qualification des visites occasionnelles des salariés** (visite de préreprise ou non).

Évelyne LIDOVE-THOMMERET fait observer que cette problématique est plus prégnante encore aujourd'hui étant donné les dispositions de l'arrêté de juin 2013 concernant la nouvelle fiche d'aptitude. La « visite de préreprise » n'apparaît pas sur la fiche. Il semble donc opportun de matérialiser manuellement la visite de préreprise sur la nouvelle fiche d'aptitude. Le sujet doit être discuté lors de la prochaine réunion des médecins-inspecteurs qui se tiendra à la Direction générale du travail.

Aurélie ROUSSELET aborde la question de **la qualification des visites effectuées dans le cadre d'un arrêt de travail de moins de 3 mois**.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET indique que si les textes relatifs à la réforme de la santé au travail prévoient une visite de préreprise (non obligatoire, mais fortement recommandée) dans le cas d'un arrêt de plus de trois mois, la visite de préreprise est toujours possible, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail.

La question de l'anticipation, poursuit-elle, est essentielle. Il est en effet absolument fondamental d'engager une réflexion approfondie sur le moment opportun pour effectuer une visite de préreprise.

François-Noël TISSOT, Association nationale des DRH, insiste également sur l'importance de la détection précoce et préconise une démarche de réflexion qui s'inscrive davantage dans une logique de « personne sujet » que de « personne bénéficiaire ».

Sylvie SURUN, Agefiph, souligne la question de **la nature des avis délivrés par les médecins du travail dans le cadre des visites de préreprise**. Il semble que la visite de préreprise n'est pas de même nature que les autres visites qui apparaissent dans la fiche d'aptitude, Les destinataires du diagnostic délivré par le médecin du travail lors d'une visite de préreprise sont-ils seulement les acteurs

qui peuvent demander la visite de préreprise ? Le médecin du travail ne doit-il pas demander l'accord du salarié pour donner son diagnostic à un autre acteur comme par exemple l'employeur ?

Karine DUFA, ancien médecin généraliste, actuellement en formation pour devenir médecin du travail, souhaite que la question de *l'information des médecins généralistes* soit largement intégrée dans la réflexion concernant les visites de préreprise. Elle rappelle que le médecin généraliste est une personne-clé du processus, car il est un interlocuteur de confiance et peut limiter la durée de l'arrêt de travail.

Françoise ARRIVET, médecin du travail à la CPAM 78, suggère d'aborder en profondeur la question de l'identification et de la fonction des acteurs impliqués dans le conseil et l'orientation concernant la visite de préreprise, notamment le rôle du médecin du travail. **Le pilotage de la visite de préreprise** est un enjeu majeur.

Nathalie COUCAUD, responsable au service social du Val d'Oise, indique que le service social de l'Assurance maladie propose une offre de service « à 90 jours d'arrêt de travail » et dans certains départements « à 45 jours d'arrêt de travail ». Dans toutes ses actions, il prône la visite de préreprise. Par ailleurs, la Cnam a élaboré une plaquette spécifique à la visite de préreprise.

Cécile PRUNET, médecin du travail à la Cramif, affirme qu'il convient de discuter de *l'opportunité de la visite de préreprise*, car elle n'est pas systématiquement nécessaire.

Karine BERTHO met en avant les contraintes matérielles des médecins du travail concernant l'organisation des visites de préreprise et *l'opportunité de réaliser une « pré-analyse » de la situation*.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET partage le même avis et signale à ce sujet que l'ensemble des services de santé au travail et inter-entreprises ont été mobilisés pour construire en interne des cellules de maintien dans l'emploi. Si les solutions peuvent diverger dans le détail d'un service à un autre, l'idée commune est que le médecin du travail soit assisté dans sa tâche (préparation en amont de la visite de préreprise).

Rappel de la réglementation concernant les visites de reprise et de préreprise

Le médecin du travail est informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels (cf. article R4624-24)

L'examen de reprise du travail intervient :

- Après un congé de maternité
- Après une absence pour cause de maladie professionnelle
- Après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel

La visite de préreprise (VPR) :

- Concernant les arrêts de travail d'une durée de plus de trois mois, une VPR est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil ou du salarié.

- Concernant les arrêts d'une durée inférieure, le salarié peut également demander à rencontrer le médecin du travail
- Au cours de l'examen de préreprise, le médecin du travail peut recommander :
 - 1° Des aménagements et adaptations du poste de travail ;
 - 2° Des préconisations de reclassement ;
 - 3° Des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Isabelle GIRARDOT présente quelques données statistiques du CMB. En 2011, il y a eu seulement 107 visites de préreprises sur un total de 25 000 visites, en 2012, 161 sur un total de 24 000. Cette progression s'explique très certainement en partie par les effets de la sensibilisation des secrétaires médicales. Ces visites de préreprises ont été effectuées essentiellement à l'initiative du salarié (113 sur 161 en 2012). Par ailleurs, on recense chaque année plus de 500 visites occasionnelles de salariés. Beaucoup de salariés se mettent en arrêt de travail et initient une visite médicale pour des problèmes de souffrance au travail.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET suggère, lorsque le salarié est en arrêt de travail et initie ce type de visite de la considérer comme une visite de préreprise et de ne pas la communiquer à l'employeur si le salarié ne le souhaite pas.

Un participant, médecin du travail dans l'Essonne en service autonome, fait part de son expérience. À l'instar de nombreux confrères, elle comptabilise habituellement ce type de visite en « visite de salarié ».

Aurélié ROUSSELET fait observer que beaucoup de salariés, qui n'ont pas l'intention de reprendre dans l'immédiat leur travail et se présentent dans le cadre d'une visite de préreprise à l'initiative du médecin traitant ou du médecin-conseil ne comprennent pas l'intérêt de ce type de visite. Elle met en avant l'importance de faire preuve de pédagogie.

Éléments de constat autour de la visite de préreprise

La visite de préreprise (VPR) est un **outil pour la détection précoce**. L'objectif est de préparer une reprise qui s'annonce problématique

En pratique, c'est le surtout salarié qui sollicite la VPR (63 %), puis le médecin-conseil (22 %) et le médecin traitant (8 %) (cf. enquête MT 2012).

Les **principales difficultés** identifiées dans l'enquête sont les suivantes :

- La méconnaissance par le salarié de la possibilité de bénéficier de cette visite
- La temporalité du déclenchement de la VPR (suffisamment tôt... mais pas trop tôt)
- Le manque de coordination entre le médecin du travail, le médecin-conseil et le médecin traitant

Problématiques du débat pour une amélioration de la visite de préreprise

Quelles sont **les conditions de réussite** ? – Identification des cas les plus vertueux

Quelles sont **les difficultés rencontrées** ? – Identification des situations à éviter

Quels sont **les cas n'accédant pas à la VPR** ?

Quels enjeux d'information et de **coordination entre acteurs** ?

- Employeurs : quelle information/activation du médecin du travail sur les arrêts de travail ? Comment améliorer la précocité de cette information ? Quel rôle peut-on attendre des acteurs de l'entreprise (DRH, IRP, etc.) en ce qui concerne la promotion de la VPR ?
- Quel peut être le niveau d'information des salariés sur l'intérêt et le fonctionnement de la VPR ? Quels sont les *a priori* et les réticences sur la VPR et le maintien dans l'emploi ?
- Quelle est la relation employeur/salarié lors de la VPR ?
- Les médecins-conseil : quelles sont les conditions d'une mobilisation pertinente de la VPR (quand ? Quelle information donner au salarié ? Quelles modalités de liaison entre le médecin-conseil et le médecin du travail ?) ?
- Les médecins généralistes et spécialistes : quel rôle d'information ont-ils vis-à-vis des salariés ? Quels liens entretiennent-ils avec le médecin du travail ?

Phase d'échange

Geneviève HAYS, ACMS, affirme qu'il est essentiel que les salariés aient la volonté de poursuivre leur activité dans des conditions de travail plus difficiles et que l'employeur soit ouvert à un aménagement de poste. La visite de préreprise permet véritablement de prendre conscience du problème réel du salarié et d'engager une démarche auprès de l'employeur.

Isabelle GIRARDOT partage le même avis en insistant sur l'importance de bénéficier de suffisamment de temps pour éventuellement mettre en place un temps partiel thérapeutique avec le médecin traitant. Elle signale qu'une cellule maintien en emploi existe depuis 2011 au CMB. La collaboration du médecin du travail avec les assistantes sociales est fondamentale, car ces dernières sont susceptibles de prendre en charge le volet social du dossier des personnes en arrêt de travail.

Jean DUTOYA met en avant la nécessité de définir clairement, sur la base de critères pertinents, le temps opportun séparant la visite de préreprise de la visite de reprise.

Chantal MOUTET-KREBS, médecin du travail, Ametif, préconise de faciliter la visite de préreprise à travers des dispositifs et des consensus discutés au sein des services de santé au travail. Ainsi, rapporte-t-elle, les visites de préreprise sont prioritaires par rapport aux visites périodiques au sein du service pour lequel elle travaille. Elle se demande s'il ne revient pas aux services de santé au travail de créer les conditions d'une visite vertueuse (cf. dispositifs en amont de collecte d'informations, première évaluation de la situation, qui prend en compte et travaille sur la représentation que peut avoir le salarié de sa propre situation, mise en place éventuellement de plusieurs visites de préreprise).

Viviane ORY, assistante sociale au Centre médical de la Bourse, fait observer que pour qu'un salarié adhère à une proposition de reclassement ou de changement sur son lieu de travail, il doit connaître les incidences qu'ils auront sur sa vie quotidienne. Le diagnostic social est sans nul doute un outil très précieux pour le médecin du travail.

Lisa PRUVOST, Association OETH, signale que son organisme a établi une convention de partenariat avec la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle reçoit des signalements de l'Assurance maladie de salariés en arrêt de travail et s'efforce de créer des passerelles/liens avec les employeurs en les informant de la situation du salarié en arrêt de travail (avec son accord) et en mettant en place les conditions nécessaires à la reprise.

Aurélié RAIMONDO, ergonome efficacité santé au travail, fait part des difficultés rencontrées pour réaliser une étude de poste à la suite d'une visite de préreprise alors que la personne est toujours en arrêt de travail. Il est essentiel d'effectuer l'étude de poste en situation réelle.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET indique que le salarié en arrêt de travail peut tout à fait, en accord avec l'employeur, se rendre avec l'ergonome sur son lieu de travail pour effectuer une étude de poste en situation réelle. Dans le cas où cela n'est pas possible, l'ergonome est libre de se rendre seul dans l'entreprise du salarié, sachant que son étude pourra être affinée plus tard lorsque le salarié aura réintégré l'entreprise.

Cécile PRUNET, médecin du travail à la Cramif, affirme à son tour qu'il n'est pas possible d'effectuer une étude de poste sans le salarié. Il lui arrive donc de se rendre avec le salarié en arrêt de travail dans son entreprise.

Évelyne LIDOVE-THOMMERET fait observer qu'une visite de préreprise auprès des médecins du travail fonctionnant en service autonome se fait toujours dans les locaux de l'entreprise.

Philippe FRANCOUAL, SAMETH de Seine-et-Marne, soulève la question de la responsabilité en cas d'accident d'une personne en arrêt de travail dans son entreprise.

Sylvie SURUN demande s'il n'est pas dans ce cas opportun de demander l'avis ou l'autorisation du médecin-conseil, de la Sécurité sociale.

Régine ARLOT, référente administrative de la cellule locale PDP en Seine-et-Marne, confirme que les salariés en arrêt de travail peuvent se rendre au sein de leur entreprise pour effectuer une étude de poste. Ils sont dans le cadre de leur arrêt de travail soit soumis à des horaires de sortie autorisée soit à des sorties libres sans restriction d'horaires.

Karine ZEGGAR, coordinatrice suppléante de la cellule PDP, CPAM 91, rappelle que la reconnaissance administrative d'un accident de travail est du ressort de la CPAM et que différents temps sont pris en compte, notamment le « temps de travail ». Dans le cas d'une étude de poste effectuée alors que le salarié est en arrêt de travail, on se trouve dans une situation « hors temps de travail ». Il convient généralement de tout mettre en place pour aider au maintien dans l'emploi du salarié.

François JEZORSKI, Sameth Val-de-Marne, signale qu'il existe au niveau des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle un partenariat offrant aux personnes en arrêt de travail (avec autorisation du médecin-conseil et du médecin traitant qui délivre des horaires d'autorisation de sortie) la possibilité de réaliser des bilans de compétence ou des actions de formation qui vont favoriser le retour dans l'entreprise ou plus généralement dans l'emploi.

Anne-Sylvie TESSIER, assistante sociale pour le Groupe L'Oréal, insiste sur l'importance de programmer très en amont la visite de préreprise lorsque l'on suppose qu'il y aura un aménagement de poste important, faisant valoir que d'expérience le délai de traitement d'une demande à l'Agefiph d'aide technique à l'aménagement de poste (cf. autorisation financière) est au minimum de 3 mois.

François JEZIORSKI revient sur la question des délais de traitement des dossiers. Il indique qu'il existe une procédure accélérée en ce qui concerne les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Il précise qu'il est possible de constituer des dossiers auprès de l'Agefiph avec les accusés de réception du dépôt des demandes. Le traitement des demandes à l'Agefiph varie entre 1 et 2 mois, sachant que ce délai peut être réduit dans le cas d'une situation d'urgence clairement identifiée.

Evelyne LIDOVE-THOMMERET suggère de davantage solliciter le Sameth, en sa qualité de facilitateur et d'accélérateur, afin de réduire les délais.

Docteur BALAT, médecin-conseil, en charge de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (91), évoque la question des horaires libres de sortie mentionnés sur un arrêt de travail. Elle explique que le médecin-conseil doit se prononcer sur la compatibilité de l'action de formation envisagée avec la durée de versement des indemnités journalières.

Elle rappelle que le médecin-conseil statue sur l'aptitude au travail (ce qui, en cas d'appréciation positive, donne lieu à un refus de prolongation des indemnités journalières) tandis que le médecin du travail se prononce sur l'aptitude du salarié à son poste de travail. Cela peut générer des désaccords, s'il n'y a pas eu en amont une visite de préreprise.

Isabelle GIRARDOT évoque la problématique des trajets domicile-lieu de travail souvent très longs en Île-de-France. Les médecins-conseil n'en tiennent souvent pas suffisamment compte dans leur appréciation de l'aptitude au travail et leur décision éventuelle d'arrêter le versement des indemnités journalières. Il serait opportun de mettre en place des aides pour ces trajets dans le cadre d'une reprise du travail.

Un participant évoque la situation des personnes en arrêt de travail qui ne pourront pas réintégrer leur entreprise du fait d'un handicap très lourd. Elle insiste sur les bénéfices potentiels des visites de préreprise, qui peuvent les aider à construire un projet en dehors de l'entreprise.

Une participante, assistante sociale, insiste également sur le caractère parfois injustifié d'un arrêt précoce des indemnités journalières décidé par le médecin-conseil lorsque la personne en question est dans l'incapacité certaine de reprendre son travail et fait face à un reclassement difficile.

À ce sujet, **Evelyne LIDOVE-THOMMERET** fait part d'une revendication des médecins du travail d'être contactés en amont par les médecins-conseil. Elle déplore le fait que les fiches de liaison soient insuffisamment utilisées.

Auréliе ROUSSELET considère que si la communication entre les médecins du travail et les médecins-conseil s'est améliorée au cours des dernières années (permettant ainsi de négocier un délai pour se donner le temps d'aménager le poste), il n'en demeure pas moins qu'il reste souvent difficile pour les médecins du travail de joindre les médecins-conseil.



Un ancien médecin-conseil, estime également que la visite de préreprise survient trop tard et souligne l'opportunité du travail d'information réalisé par les assistantes sociales. Elle ajoute que le médecin-conseil a toujours une marge de manœuvre pour déplacer la date de fin des indemnités journalières.

Un participant fait observer que les adresses de toutes les cellules PDP figurent sur le site www.ameli.fr.



Dans un souci d'efficacité, **Evelyne LIDOVE-THOMMERET** propose que les médecins inspecteurs transmettent la liste des adresses à tous les médecins du travail d'Île-de-France.

Aurélié ROUSSELET aborde le cas des salariés qui se trouvent en arrêt de travail et qui nécessitent des soins médicaux supplémentaires. Il est dans ce type de situation absolument fondamental de pouvoir négocier une prolongation des indemnités journalières afin qu'ils puissent être pris en charge par un spécialiste.

Un participant, membre du groupe de travail des référents administratifs PDP, signale qu'un travail d'harmonisation du site www.ameli.fr est en cours en ce qui concerne la PDP.



Jean DUTOYA soumet à la discussion la question du rôle des employeurs par rapport au bon usage de la visite de préreprise.

Evelyne LIDOVE-THOMMERET affirme qu'il est essentiel que l'employeur fournisse au médecin du travail, avant la visite de préreprise, la fiche de poste détaillée du salarié.

Aurélié ROUSSELET fait part de son expérience. Elle fait souvent le constat, lors des visites de préreprise, d'une rupture complète du salarié avec l'entreprise. Elle les incite à recréer ce lien, considérant qu'il est opportun qu'ils en soient les initiateurs.

*Pour prévenir l'isolement des personnes en arrêt de travail de longue durée, **un intervenant de la salle** préconise que les salariés soient informés en amont, avant d'être confrontés à une situation médicale difficile, des procédures liées à un arrêt de travail. Il apparaît pour cela pertinent de sensibiliser les ressources humaines, mais également les instances représentatives du personnel, les CHSCT ou encore les travailleurs sociaux.*



La détection précoce

Près de 90 % des répondants signalent le manque d'anticipation comme la principale difficulté dans le traitement des problématiques de maintien (enquête MT-2012), rapporte **Jean DUTOYA**.

Une situation à risque se présente, poursuit-il, lorsqu'un évènement modifie la capacité à exercer son activité (maladie, accident, aggravation du handicap, évolution du cadre professionnel...), lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible ou encore lorsqu'il y a un risque de perte d'emploi lié à une problématique de santé. Le risque, conclut-il, n'est pas toujours visible (que le salarié soit en activité ou en arrêt de travail).

Isabelle GIRARDOT considère que le vieillissement de la population au travail est un facteur à prendre en compte dans le cadre des situations à risque de perte d'emploi.

Aurélié ROUSSELET ajoute que des maladies telles que le diabète ou l'épilepsie en rapport à des métiers liés à la sécurité doivent également faire partie de la détection précoce.



Un participant estime pour sa part que les maladies chroniques sont également à considérer, sachant qu'aucun des patients qu'elle rencontre étant jeune et sujet à ce type de maladie n'accepte d'être reconnu en qualité de travailleur handicapé (cf. RQTH).

Cécile LECA, MDPH de Paris, référente insertion professionnelle, précise que la RQTH se matérialise rapport à un poste ou à une altération d'une fonction et que si le vieillissement peut majorer les effets d'un handicap, il n'est pas en soi un handicap. Elle signale enfin que l'on assiste à une augmentation des demandes de RQTH.

Docteur HAYS aborde la problématique des personnes qui, confrontées à des difficultés de santé et occupant des fonctions à faible qualification (notamment dans l'hôtellerie et la restauration), ne souhaitent pas être arrêtées par nécessité financière (refus de l'avis d'inaptitude) et sont très susceptibles, à plus ou moins long terme, de connaître une rupture brutale d'activité pour raison de santé.



Un participant fait observer à ce sujet qu'il existe au sein de la Sécurité sociale un dispositif de reclassement pour cette catégorie de la population (actions de reconversion avec financement de la rémunération).

Aurélié ROUSSELET ajoute qu'en tant que médecin du travail, il est tout à fait possible d'activer certains dispositifs mis en place dans le cadre d'une visite de préreprise (cf. bilan social avec l'assistante sociale, activation du Sameth...) et d'effectuer de la prévention primaire pour tenter d'améliorer les conditions de travail des personnes.

Evelyne LIDOVE-THOMMERET estime qu'il est également important que les médecins du travail soient, dans certaines situations, plus enclins à prononcer un avis d'inaptitude, afin de permettre à une personne en milieu de carrière de rebondir et de tenter de trouver un reclassement. Les services de santé au travail ont ici à l'évidence un rôle important à jouer.

Patrice CHRÉTIEN, ingénieur-conseil au service prévention des risques professionnels de la Cramif, indique qu'il existe selon les secteurs d'activité et la taille de l'entreprise des possibilités de financement par des contrats de prévention ou des aides financières simplifiées.

Chantal **MOUTET-KREBS** constate que les interventions sont toujours trop tardives, qu'il existe un lien clair entre les catégories socioprofessionnelles et le handicap et/ou la perte de l'emploi et que le vieillissement est un facteur qui a un impact certain sur la problématique du handicap. Elle considère que l'interlocuteur le plus privilégié dans le cadre du dépistage précoce, qui doit se situer bien en amont de la visite de préreprise, est le DRH. Elle souligne l'importance de s'inscrire dans une démarche continue tout au long de la vie professionnelle et de promouvoir un esprit de collaboration entre les différents acteurs (médecins, employeurs et salariés). Il y a, en l'espèce, une très grande marge de progression.

À cet égard, **Jean DUTOYA** préconise la construction de dispositifs pour les plus bas niveaux de qualification à l'instar de ce qui existe pour les cadres d'entreprise (parcours tout au long de la vie, reconversion, etc.).



Un participant en salle, DRH, affirme également avec force la nécessité de rendre visible le travail de chacun tout au long de la vie professionnelle. Il apparaît tout à fait pertinent de tenter de rattacher cette démarche et plus généralement la problématique du handicap et du maintien dans l'emploi à la stratégie de l'entreprise.

Atelier B : le signalement pertinent

Animateur	Frédéric BERTRAND, Amnyos Consultants
Témoins	Nell LE COQ, Service social, Cramif Valérie MARCHAND, médecin-conseil, Assurance maladie
Rapporteurs	Nabila BOULHRAM, SEST Île-de-France

Après avoir présenté les différents intervenants, **Frédéric BERTRAND** expose la thématique de l'atelier et son périmètre de discussion.

Il existe **deux catégories d'acteurs du signalement** : ceux qui appréhendent un risque d'inaptitude (salarié, employeur, médecin traitant, médecin du travail) et ceux qui qualifient le risque d'inaptitude (association, employeur/IRP/mission handicap, MDPH, médecin conseil/service social de l'Assurance maladie, médecin traitant, médecin du travail/SST, Sameth).

Est pertinent le signalement qui permet (1) d'éviter le licenciement pour inaptitude, (2) de rester *en* ou *dans* l'emploi (par reclassement interne ou en externe), (3) d'anticiper les impacts de l'inaptitude/invalidité pour le salarié et l'entreprise.

Les conditions clés d'un signalement pertinent sont (1) sa pertinence (pour conduire une action favorisant le maintien – adaptation du poste, formation, compensation du handicap, mobilité, etc.) et (2) son efficience (il convient de s'adresser aux interlocuteurs capables d'intervenir sur les différents registres de l'accompagnement – volet emploi-travail-compétence et volet social-familial-juridique).

L'enquête menée auprès des médecins du travail révèle qu'ils travaillent avant tout avec les MDPH et les Sameth, peu avec la MSA, l'Assurance Maladie et les médecins-conseil. Ils font par ailleurs valoir que les délais d'instruction des dossiers et le manque d'anticipation des difficultés de maintien constituent la principale difficulté du maintien.

L'enjeu-clé du signalement pertinent est de renforcer la coordination des circuits de signalement, vers le service social de l'Assurance maladie (de la part du médecin-conseil et de la CPAM) et vers les Sameth (de la part du médecin du travail, des employeurs privés & publics, des salariés, des services sociaux de l'Assurance maladie et des MDPH).

Frédéric BERTRAND termine son intervention en soumettant **deux questions** au débat :

- Quelle procédure enclenchez-vous lorsque vous décelez un risque d'inaptitude ?
- Quelles sont pour vous les 3 principales difficultés d'un signalement pertinent (précoce et efficient) ?

Nell LE COQ précise que **le service social de l'Assurance maladie** intervient sur la base de signalements automatisés, notamment en provenance de la CPAM qui envoie tous les mois au service social de la Cramif des signalements d'assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Ces derniers reçoivent une invitation du service social à participer à une réunion d'information collective (entre 3 et 5 par département par mois). Il leur est présenté tout ce qui a trait aux indemnités journalières, au rôle des différents médecins et aux acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle. Ceux qui ne viennent pas sont relancés et il leur est proposé une « offre individuelle ». Au total, le service social rencontre 40 % des assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Il convient de noter que

beaucoup de salariés qui se trouvant dans les 40 % et les 60 % ne courent pas un risque de désinsertion professionnelle ou ne relèvent pas de la RQTH.

Il existe différentes offres de service pour les personnes en arrêt de travail de plus de 90 jours : l'assuré qui prend conscience qu'il court un risque de désinsertion professionnelle peut bénéficier d'un accompagnement social, des ateliers sur la thématique de la « prévention de la désinsertion professionnelle » (auxquels participent différents acteurs) sont organisés. Dans le cadre de la PDP, il existe par ailleurs des circuits privilégiés (cf. fiche nationale de liaison médico-sociale – la FNMS) : les médecins-conseil effectuent des signalements au service social.

Valérie MARCHAND revient sur *le rôle des cellules PDP*. Elle rappelle au préalable qu'elles font intervenir l'Assurance maladie (services administratif, social, prévention des risques professionnels), mais également des Sameth, des médecins du travail et des MDPH. Ce mode de fonctionnement permet de faire accélérer certaines démarches, notamment la RQTH ou encore les dispositifs susceptibles d'être mis en place les Sameth.

Le médecin-conseil contrôle la justification des indemnités journalières. Il délivre des avis pour tous les arrêts de travail de plus de 45 jours. Il évalue le risque de désinsertion professionnelle et effectue le cas échéant des signalements (au service social de la Cramif, au médecin du travail pour l'organisation d'une visite de préreprise, à la cellule locale en cas urgent et/ou complexe). De nombreux salariés sont réticents à l'idée d'effectuer une visite de préreprise. Il convient de noter qu'il n'est pas possible d'initier un signalement sans l'accord de l'assuré, qu'il est parfois difficile pour les médecins-conseil d'obtenir les coordonnées des médecins du travail et qu'il y a un manque de retour suite à un signalement. Ce sont là, indéniablement, des points d'amélioration majeurs.

Nell LE COQ fait part des difficultés rencontrées liées à l'évaluation des signalements. Il apparaît que la fiche de liaison entre le Sameth et le service social n'est pas utilisée.

Pascale DREYFUSS, infirmière assistante juridique, souhaite savoir si les arrêts récurrents inférieurs à trois mois sont repérés.

Valérie MARCHAND assure qu'il y a bien une *identification des arrêts de travail itératifs*. Elle fait observer que les arrêts répétés font souvent l'objet d'un signalement de la part de l'employeur.

Bernard VOGEL, Sameth de l'Essonne, fait valoir que *le système des fiches de saisine* dépend des process intra-départementaux, ce qui explique parfois qu'il ne fonctionne pas tout à fait correctement. Le Sameth de l'Essonne le mobilise à chaque fois qu'il y a une action bilan ou d'évaluation d'ergonome pendant l'arrêt de travail. Bernard VOGEL affirme que « l'inter-départementalité » ne fonctionne pas correctement aujourd'hui et que les conseils dispensés à l'oral par le médecin-conseil et le médecin du travail ne sont pas toujours appliqués par le salarié du fait d'un défaut de compréhension de sa part. Il apparaît opportun d'établir une traçabilité écrite des conseils recommandant un contact avec le service social ou le Sameth.

Nell LE COQ indique que la fiche de saisine qui permet de mettre en place, pendant l'arrêt de travail, une action de formation, d'évaluation, de mobilisation ou encore d'accompagnement est envoyée à la cellule locale PDP. En principe, l'assuré et l'employeur reçoivent une notification d'accord ou de refus.

Répondant à une question d'un *intervenant de la salle*, médecin du travail en service inter-entreprises, **Nell LE COQ** affirme que si les textes ne prévoient pas d'envoyer une notification au service de santé au travail, il reçoit généralement une réponse par mail. **Valérie MARCHAND** ajoute qu'il est essentiel que le médecin du travail soit informé, car il est fondamental, lorsqu'une situation à risque de désinsertion professionnelle est identifiée, de conseiller à l'assuré d'effectuer une visite de préreprise. Quelle que soit la personne en contact avec le salarié, il est conseillé de l'inciter à demander à effectuer une visite de préreprise.

Neil LE COQ précise que le service social s'est doté du **Passeport PDP** qui permet d'identifier les interlocuteurs principaux.

Julie SAUVAGERE, médecin du travail, service autonome à Orly, insiste sur l'importance que les salariés puissent disposer des noms de tous les acteurs. Or, par exemple, les salariés se présentent trop souvent en visite de préreprise sans connaître le nom de leur médecin-conseil. Cela contribue aux **difficultés de communication entre les médecins du travail et les médecins-conseil**.

Valérie MARCHAND propose d'adopter largement cette méthode, qu'elle-même utilise, consistant à envoyer un courrier au médecin du travail sollicitant la visite de préreprise. Elle rapporte qu'un outil a été récemment mis en place qui permet de faire facilement appel au médecin-conseil qui gère le dossier de l'assuré en fonction de son domicile.

Bernard BONIN, responsable du service social de la Cramif (91), constate un évident déficit de communication, qu'elle soit écrite ou orale. Un travail est mené dans l'Essonne pour améliorer cette communication (notamment à travers la mise en place de la fiche de saisine de la cellule PDP). Il prône un renforcement de la coordination et une remise à plat des circuits. Le service social mène depuis déjà longtemps des actions en faveur du maintien *dans* et *en* l'emploi. Il agit aujourd'hui également pour la prévention de la désinsertion professionnelle.

Un participant en salle, médecin du travail en service autonome (92), souhaite savoir si le médecin traitant et le service social de la Cramif reçoivent une copie du courrier que le médecin-conseil est amené à envoyer au médecin du travail. Elle suggère de faire figurer les coordonnées de chacun des acteurs sur le même document.



Valérie MARCHAND indique que le médecin traitant est contacté après chaque signalement effectué auprès du médecin du travail. Le service social est informé lorsque cela est jugé utile.

Par souci de simplicité et d'efficacité, **une personne en salle** propose que soit envoyée au médecin traitant une copie du courrier au médecin du travail.

Un participant, médecin du travail en service autonome, fait remarquer que les salariés en arrêt de travail depuis des mois et qui n'ont pas le statut de travailleur handicapé ne peuvent bénéficier des services de la MDPH. Il demande si cette question est abordée avec le médecin-conseil ou les services sociaux. Il note qu'il existe des freins chez le salarié à l'acceptation de la RQTH.



Valérie MARCHAND indique que la question de la RQTH est évoquée dans le cadre des contrôles d'arrêt de travail lorsqu'un risque de désinsertion professionnelle est déposé.

Neil LE COQ ajoute que le service social, notamment dans le cadre des ateliers qu'il organise, fait une large place à la MDPH pour expliquer tout l'intérêt qu'il y a à bénéficier de la RQTH.

3 axes possibles d'amélioration de la coordination entre les acteurs :

- Comment partager les critères, les conditions de prise en charge du public par les différents acteurs ? (cf. Charte Maintien 2012-2014)
- Quelles solutions pour favoriser les actions visant le maintien durant l'arrêt de travail (cf. fiche de saisine des cellules PDP)
- Comment préparer le retour en emploi en cas d'impossibilité de reclassement interne ?

Frédéric BERTRAND aborde le 2^{ème} axe et la possibilité de mettre en place des outils communs au niveau régional. Il propose d'ouvrir la discussion autour de la présentation des **expérimentations mises en place dans les départements 78, 91 et 94**.

Bernard BONIN indique qu'après fait le constat d'un manque de pertinence des échanges entre les différents partenaires, il a été décidé d'élaborer prochainement des fiches techniques visant à expliquer à l'ensemble des personnels des différents acteurs de la PDP les solutions pouvant être mobilisées dans telle ou telle situation (interlocuteurs à solliciter et pistes d'action à suivre). Il s'interroge sur ce qu'il faut entendre exactement par la notion de « cas urgent et complexe ». **Bernard BONIN** insiste sur l'importance des partenariats et des liens privilégiés avec les différents acteurs. Ainsi, le service social de la Cramif a établi dans l'Essonne un partenariat avec le Sameth et la MDPH. Plus généralement, **Bernard BONIN** déplore un travail et une réflexion sporadique autour de la question de la PDP.

Valérie MARCHAND revient sur la notion de « cas urgent et complexe ». La Caisse nationale précise que le choix a été fait de ne pas proposer une définition exhaustive de ce que peut être un « dossier urgent ou complexe », afin de ne pas restreindre le champ d'intervention des cellules locales PDP. Elle ajoute que la fiche de signalement a été créée au niveau régional pour pouvoir disposer d'un outil unique sur l'ensemble de la région Île-de-France pour l'ensemble des partenaires extérieurs à l'Assurance maladie.

Valérie MARCHAND poursuit en présentant une expérimentation qui a été initiée dans le département 94. Des ateliers ont été mis en place depuis quelques années à destination d'assurés en arrêt de travail identifiés comme courant un risque de désinsertion professionnelle. Y participent des représentants de la CPAM, du service social, de la MDPH, du Sameth, de la DIRECCTE, des services de santé au travail inter-entreprises et des médecins-conseil.

Neil LE COQ signale qu'il y a une expérimentation similaire dans le département 78. Des personnes « à risque » sont identifiées dans le cadre de séances d'informations collectives d'arrêt de travail de plus de 90 jours.

Bernard BONIN ajoute que des ateliers ont été mis en place depuis le mois de septembre dans le département 91. Il s'agit plus précisément de séances d'information et d'échanges autour de la PDP destinées à des salariés disposant toujours d'un contrat de travail. Ils s'engagent à participer à 3 ateliers différents, qui font de l'assuré un acteur à part entière de son changement : (1) expression des besoins de la personne, (2) visite de préreprise et risques d'inaptitude au poste et au travail, (3) redynamisation de soi et l'estime de soi. Ces séances rencontrent un franc succès.

Isabelle PRIETO, responsable de la mission handicap à La Poste, indique que son entreprise dispose d'un accord agréé et que ses salariés ne peuvent donc comprendre et s'inscrire totalement dans le dispositif des séances d'informations et d'échanges (notamment, ils ne relèvent pas du Sameth).

Elle préconise d'envisager la possibilité d'établir une permanence au sein de la MDPH, vers laquelle pourrait être envoyés régulièrement les référents handicap de la Poste.

Neil LE COQ fait observer qu'il y a, au niveau de l'expérimentation du 78, une présentation générale préalable du parcours PDP et des partenaires possibles. Cela étant dit, il est tout à fait possible d'affiner le dispositif, en associant les missions handicap de quelques grandes entreprises du département aux réunions de préparation des ateliers pour garantir une présentation plus complète.

Bernard VOGEL, Sameth de l'Essonne, fait observer que le médecin du travail ne se trouvera jamais « à la bonne MDPH » si les gens habitent et travaillent dans des départements différents. Il fait part des difficultés que rencontrent les Sameth dans leur mission de réorientation qui vise notamment à éviter les phénomènes de « rebond » de structure en structure. L'identification des missions handicap national des différents accords d'entreprise fait souvent défaut.

Isabelle PRIETO, responsable de la mission handicap à La Poste, signale à ce sujet qu'elle a communiqué à la direction des grands comptes de l'Agefiph une liste de correspondants au niveau régional. Elle s'interroge sur ce qu'apporte réellement la PDP par rapport à la visite de préreprise.

Valérie MARCHAND fait observer que le médecin du travail de La Poste, vers lequel a été dirigé l'assuré pour une visite de préreprise, est à même de le diriger, si nécessaire, vers la mission handicap.

Un participant, médecin du travail, fait valoir, pour répondre à la question concernant les avantages de la PDP, que conformément à la définition de la santé de l'OMS, l'état de bien-être physique, psychique, social et affectif doit être pris en compte. Au-delà de la visite de préreprise, la pluridisciplinarité est fondamentale pour optimiser l'action menée auprès d'un salarié en situation d'arrêt de travail et de risque de désinsertion professionnelle.



La fiche de saisine

Nell LE COQ présente la fiche de saisine. Elle indique que sa diffusion aux différents partenaires est en cours. Elle est accompagnée d'une notice et des adresses mail et téléphones de tous les coordinateurs des cellules PDP.

La fiche de saisine est utilisée dans deux types de situation : situation considérée comme étant urgente ou complexe, demande d'action de remobilisation précoce.

Pour des raisons d'efficacité, **un** médecin du travail, suggère que le document soit adressé aux 8 médecins inspecteurs du travail de la région parisienne afin qu'ils puissent l'envoyer par mail en pièce attachée à tous les médecins du travail.

Nell LE COQ affirme, répondant à des questions de la salle, que l'accord du salarié est requis et qu'il est prévu dans la notice d'effectuer un retour au signalant.

Elle précise que les actions de remobilisation précoce (pendant l'arrêt de travail, avec maintien des indemnités journalières) comprennent des actions de formation professionnelle continue, des bilans de compétence. Les travailleurs sociaux sont des interlocuteurs privilégiés du salarié pour l'accompagner sur un projet professionnel. Pour faire suite à une demande, l'Assurance maladie a besoin de disposer d'un devis avec des dates précises et d'un formulaire d'accord rempli par le médecin traitant. La fiche de saisine doit ensuite être envoyée à la cellule PDP.

Bernard VOGEL souligne l'importance, concernant l'avis rendu par le médecin du travail, que celui-ci consulte le prescripteur de l'arrêt (médecin traitant, médecin spécialiste ou psychiatre), car il convient d'être extrêmement vigilant quant aux conséquences que peut avoir une prestation sur le psychisme de la personne. En effet, il y a toujours le risque que l'action survienne trop tôt, lorsque la personne n'a pas encore fait le deuil de son métier et que le travail sur la représentation du handicap et du regard des autres n'a pas été engagé. Il est également essentiel, ajoute **Bernard VOGEL**, de bien identifier et choisir la prestation la plus pertinente.

Réagissant à une remarque du **Docteur GILOBRET**, médecin du travail en service autonome, sur l'existence de certains freins, comme le refus du médecin traitant de prolonger un arrêt de travail, **Bernard VOGEL** souligne l'opportunité de faire intervenir et travailler ensemble tous les partenaires (médecin-conseil, médecin traitant, Sameth et service social).

Véronique MARCHAND prône de signaler à la cellule de maintien en emploi les cas de refus de prolongation d'un arrêt de travail par le médecin traitant.

Frédéric BERTRAND aborde la question de la possibilité de travailler sur un parcours professionnel avec les salariés non pris en charge par le Sameth (avant le licenciement pour inaptitude et l'offre de services de Cap emploi).

Nabila BOULHRAM, SEST d'Île-de-France, met en avant les possibilités offertes par les cellules de maintien en emploi. Elle précise que la PDP doit permettre, pendant l'arrêt de travail, à une équipe pluridisciplinaire de mettre en réseau tous les acteurs pour trouver la solution la plus optimale. Il est absolument fondamental de travailler avec le salarié en amont, avant que ne soit prononcée l'inaptitude.

Un médecin du travail en service inter-entreprises, indique que l'organisme dans lequel elle travaille a mis en place sa propre cellule de conseil, de prévention et de maintien en emploi. Elle est composée d'un ergonome, d'une assistante sociale, d'un psychologue du travail et d'un médecin du travail. Cette cellule permet d'une façon très effective de traiter les situations de personnes ne bénéficiant pas d'une RQTH et de suivre le salarié tout au long de son parcours.



Frédéric BERTRAND propose, pour terminer l'atelier, d'engager une **réflexion sur les besoins propres aux différents acteurs**.

Une participante, médecin du travail en service inter-entreprises, indique qu'elle oriente fréquemment les salariés vers la MIFE (dans le Val d'Oise), qui dispense des informations extrêmement pertinentes. Les médecins du travail gagneraient à davantage diriger les salariés vers cet organisme ou des organismes du même type dans les autres départements.

Un médecin du travail, s'étonne qu'il y ait si peu de représentants des employeurs et des ressources humaines. Il fait valoir qu'il est absolument fondamental de les informer et de les motiver. C'est une des clés du succès de la PDP et des synergies mises en place.



Neil LE COQ indique que l'Assurance maladie a organisé des « matinées employeurs » au cours desquelles la PDP a fait l'objet d'une information.

Frédéric BERTRAND affirme les médecins du travail font également état d'un besoin de connaissance de l'offre de formation et des correspondants cellules.

Afin d'améliorer la communication et les synergies, **Claudine BEAUCENT** suggère d'élaborer un annuaire des différents organismes par département (numéros de téléphone et adresse-mail) et de l'adresser aux médecins du travail.

Un participant suggère de construire un site Internet PDP (pouvant être actualisé) regroupant les différents intervenants. **Valérie MARCHAND** estime que l'idée est tout à fait pertinente et propose qu'il soit pris en charge par le PRITH. **Myriam CHALOUIN** s'engage à étudier la question.

Abordant à nouveau la question de la difficile obtention des coordonnées des médecins du travail, **Valérie MARCHAND** propose de les mentionner sur les attestations de travail.

Michèle ABDERHALDEN, Agefiph, prône, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, une information harmonisée à l'échelle de l'Île-de-France (cf. coordonnées du Sameth du lieu de travail...) communiquée par les MDPH au moment de la notification de la RQTH. Par ailleurs, elle considère qu'il n'est jamais trop tôt pour engager un travail entre tous les acteurs et le salarié sur le deuil de son emploi ou sa fonction, la représentation de son handicap et du regard des autres et son projet professionnel. Les Sameth ont ici un rôle essentiel à jouer.

Un participant dans le public, s'étonne qu'il n'existe pas d'affiche sur la visite de préreprise dans les salles d'attente. **Valérie MARCHAND** affirme que des flyers sont distribués dans les salles d'attente.



Un médecin du travail en service autonome à ERDF, indique qu'il recueille tous les arrêts maladie par l'intermédiaire de l'employeur. Après 3 semaines d'arrêt de travail, il envoie systématiquement au salarié une invitation, accompagnée d'une information, à venir effectuer une visite de préreprise. Ce mode opératoire fonctionne très bien. Il recommande qu'il soit mis en place très largement. Il affirme que la médecine du travail a théoriquement (sachant qu'elle manque, hélas, souvent de moyens) la capacité d'intervenir sur toutes les questions de handicap et constitue un point central pour engager diverses interventions.

Il fait observer qu'il est aujourd'hui très souvent difficile, tant en service autonome qu'en service inter-entreprises, d'exploiter les arrêts de travail du fait d'un manque de moyens humains.

Atelier C : L'intervention bien choisie - le CRPE et les autres actions pendant l'arrêt de travail

Animateur	Olivier ROBLAIN, Amnyos Consultants
Témoins	Alexia MAVROS et Elsa GEROULT, Opcalia Jacqueline GIRY, CPAM de Bobigny
Rapporteurs	Isabelle BOUGEROL, DIRECCTE Île-de-France Catherine LABBITE, Sameth 92

Olivier ROBLAIN ouvre l'atelier et décline tout d'abord les **3 questions soumises à la discussion** :

- Quels sont les freins sur lesquels nous pouvons agir et les leviers que nous pouvons utiliser pour mieux mobiliser les actions de remobilisation, de bilan et de formations courtes durant la période d'arrêt ?
- Quels sont les points de vigilance pour envisager un développement du CRPE dans les 8 départements d'IDF ? Comment mieux coordonner les interventions de chacun dans la mobilisation de dispositif ?
- Existe-t-il d'autres dispositifs dans la « boîte à outils » qui mériteraient d'être plus/mieux utilisés ? Quels sont les freins identifiés à ce jour ? Quels sont les acteurs concernés et les attentes vis-à-vis de chacun ?

Olivier ROBLAIN présente ensuite les différents intervenants (témoins et rapporteurs) et le déroulé de l'atelier.

Il propose un **panorama de la « boîte à outils » du maintien dans l'emploi** :

- Les services, prestations et aides financés par l'Agefiph
- Les dispositifs financés par le FIPHFP, l'OETH... selon les situations
- Les dispositifs financés par la Sécurité sociale
- Les dispositifs de la formation professionnelle continue

L'atelier sera largement consacré aux **outils favorisant la formation dans les démarches de maintien dans l'emploi**. Au titre des constats, il apparaît que ce ne sont pas les outils les plus mobilisés, que le niveau de qualification des personnes handicapées est pourtant une problématique majeure et qu'un maintien réussi avec un renforcement des compétences contribue à la sécurisation du parcours à plus long terme (en complément des outils contribuant aux éventuels aménagements organisationnels ou techniques).

Deux moments doivent être distingués en matière de formation favorisant le maintien dans l'emploi : pendant et après l'arrêt de travail.

Ce qu'on peut faire pendant la période d'arrêt de travail

Avant la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2009, un salarié en arrêt ne pouvait pas s'inscrire dans une action de formation professionnelle (sauf formations à distance).

Des expérimentations existaient dans plusieurs régions pour déroger à ce cadre dans certaines situations et faciliter la mise en œuvre d'actions telles que des bilans de compétence, des actions de remobilisation ou des actions de formation de courte durée.

L'article 100 de la LFSS 2009 ouvre la possibilité de mobiliser de telles actions durant la période d'arrêt.

Jacqueline GIRY précise que ce dispositif vise les assurés en arrêt de travail présentant un risque de désinsertion professionnelle. Sans faire obstacle au versement des indemnités journalières, les assurés concernés peuvent bénéficier d'une formation professionnelle, d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil. Ce dispositif n'a pas pour vocation de prolonger la durée de l'arrêt de travail. Il existe à la fin de l'arrêt, ajoute Jacqueline GIRY, la possibilité de bénéficier d'une *indemnité temporaire d'inaptitude*. Les indemnités journalières peuvent ainsi être maintenues pendant 30 jours (sur accord de la cellule PDP). Un travail est alors engagé avec l'employeur et le médecin du travail pour identifier les postes susceptibles d'être adaptés à la situation de la personne. Autre outil très utile, en particulier pour les petites et moyennes entreprises ainsi que les associations : le Contrat de rééducation professionnelle en entreprise. Il permet de compenser la perte de productivité du salarié (qui bénéficie d'une formation ou d'un tutorat) à travers une indemnité versée à l'employeur (entre 10 et 50 % du salaire brut).

Catherine LABITTE intervient en qualité de coordinatrice du Sameth 92. Elle fait part de certaines des difficultés qu'elle rencontre dans le cadre de la mobilisation des actions de formation : des difficultés d'ordre médical tout d'abord (défaut de connaissance de la durée de l'arrêt ; salarié relevant encore de soins médicaux empêchant toute formation), d'ordre financier (certaines actions de formation – cf. Opcas – ne pouvant être financées pendant l'arrêt), d'ordre administratif (manque d'harmonisation des procédures au niveau des différentes cellules PDP). La question de la temporalité est essentielle. Or il existe plusieurs temps, parfois incompatibles : le temps du soin, le temps de mise en place de la prestation, le temps administratif.

Elsa GEROULT aborde la question du rôle des Opcas pendant l'arrêt de travail. Elle rappelle qu'un Opcas est un organisme paritaire collecteur agréé par l'État concernant l'obligation de formation des salariés. Les conseillers des Opcas se rendent quotidiennement au sein des entreprises où, au même titre que l'illettrisme ou encore l'égalité femmes-hommes, ils vont porter la thématique du handicap. Le rôle du conseiller est notamment d'informer l'entreprise sur les dispositifs de la formation professionnelle, de faire un état des lieux de ses besoins de formation (cf. ingénierie de projet) et de véhiculer le message de prévention des risques d'inaptitude. L'Opcas inscrit résolument son action en amont.

En tant que représentante d'Opcalia en Île-de-France, explique **Alexia MAVROS**, son rôle est d'accompagner les entreprises dans la détection des besoins en formation des salariés en situation de handicap ou risquant de le devenir et dans l'ingénierie financière. Par ailleurs, elle propose un accompagnement du collectif de travail (le manager, le tuteur, les encadrants, etc.). Une convention partenariale avec l'Agefiph permet d'intervenir au-delà de l'offre de services déjà proposée. Ces prestations concernent les entreprises qui n'appliquent pas d'accord handicap.

Les freins à la mise en place d'actions de remobilisation, bilans et formations courtes durant la période d'arrêt

Un participant, médecin du travail en service inter-entreprises, affirme qu'elle n'a connaissance des arrêts de travail ou des maladies professionnelles qu'a posteriori, au mieux durant la visite de préreprise. Cela rend impossible la mise en place d'actions de formation.



Une intervenante de la salle, infirmière (92), considère qu'un travail d'accompagnement auprès des salariés doit être mené très en amont, si l'on veut qu'ils deviennent véritablement acteurs de leur parcours, sachant qu'ils traversent toujours une période douloureuse de deuil et d'acceptation du handicap et que beaucoup d'entre eux estiment qu'il revient à leur employeur ou entreprise d'engager des démarches. Elle suggère de sensibiliser les médecins traitants sur le fait qu'il est essentiel de diriger rapidement les salariés vers les médecins du travail lorsqu'ils identifient une situation à risque ou de handicap.

Un médecin du travail en service autonome dans l'Essonne, insiste à son tour sur le besoin de sensibilisation des médecins traitants et spécialistes sur le rôle des médecins du travail, sachant notamment qu'ils prennent en compte l'aspect collectif et non seulement individuel de la situation de handicap.

Un intervenant de la salle, médecin du travail chez HSBC, se demande si l'insuffisance de médecins à la Sécurité sociale n'est pas en soi un frein.

Anne-Catherine DESMET, Fongecif Val d'Oise, déplore, au titre des freins à la mobilisation des actions de formation, la non-maîtrise des savoirs de base de la part des salariés. C'est un élément indispensable pour mettre en place ne serait-ce qu'un bilan de compétences.

Une intervenante de la salle, médecin du travail en service inter-entreprises, met en cause les nombreux cas de fins précoces d'arrêt de travail décidées un médecin traitant, sans concertation préalable, « par peur de la Sécurité sociale ». Beaucoup de personnes, non encore stabilisées, reviennent ainsi au travail.

Jacqueline SANCHEZ, Association Aurore, évoque le « frein relationnel ». Il est très compliqué pour les responsables RH, lorsque le salarié a été absent pendant un certain temps, d'imaginer prendre contact avec le salarié par peur d'être intrusif.

Alain SEGUY, ex-responsable d'une mission handicap, responsable d'un cabinet de coaching professionnel, considère plus généralement que les freins psychologiques sont insuffisamment pris en compte dans les offres de prestation.

Sylvie MAILLOT-MARBOEUF, médecin du travail en service inter-entreprises, met en cause les préconisations parfois un peu directives du médecin traitant qui, sans connaître la profession du salarié, le placent d'emblée *de facto* en situation d'inaptitude.

Jacqueline GIRY revient sur la problématique du médecin traitant. Elle rappelle que tous les organismes de Sécurité sociale ou des caisses primaires organisent régulièrement des rencontres avec les organisations professionnelles des médecins traitants, ce qui permet de développer la communication. Il apparaît qu'il convient de poursuivre et accentuer l'information relative à la stratégie de l'Assurance maladie concernant la prévention de la désinsertion professionnelle. Revenant sur la « peur » du médecin traitant de prescrire des arrêts de travail de longue durée, elle insiste sur le rôle de gestion du risque et de lutte contre la fraude rempli par l'Assurance maladie, tout en assurant que l'Assurance maladie n'a mis en place aucune stratégie pour pénaliser les médecins traitants qui prescrivent à bon escient des arrêts de travail ou les salariés. S'il est certain que les effectifs des médecins-conseil ne sont pas très importants, il est toujours possible de les joindre ainsi que la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. S'agissant de la question des freins relationnels avec les employeurs, Jacqueline GIRY indique que l'Assurance maladie a entrepris, depuis 2-3 ans, de développer des liens avec ces derniers, qu'elle considère comme des partenaires à part entière. Il existe de plus en plus, au sein des caisses primaires, des délégués employeurs ou des conseillers informatiques employeurs.



Catherine LABITTE indique que contrairement à l'employeur, le Sameth a la possibilité ou des facilités d'entrer en contact avec le salarié. Le Sameth effectue une évaluation des besoins en vue d'une reprise du travail et peut être amené à préconiser une action de bilan. Le salarié doit demander une autorisation à son médecin traitant qui transmet pour validation à l'Assurance maladie. Catherine LABITTE prône un raccourcissement des délais.

Jacqueline GIRY précise que l'Assurance maladie valide le maintien des indemnités journalières.

Anne-Catherine DESMET, affirme que le bilan de compétences peut être réalisé pendant l'arrêt de travail et être pris en charge par l'Opacif.

Jacqueline GIRY revient sur la question du manque d'information par les médecins du travail des arrêts de travail de longue durée. Elle fait observer que cela peut théoriquement se résoudre dans le cadre des concertations menées avec les employeurs.



Une assistante sociale dans un service de santé au travail, signale que son organisme a développé une communication à l'adresse des entreprises en ce qui concerne les visites de préreprise et l'information des arrêts de travail.

Elsa GEROULT indique que les salariés mobilisent de plus en plus un Opcv pour bénéficier d'un droit ouvert à la formation. Les choses seront beaucoup plus simples lorsque le salarié deviendra véritablement acteur de son parcours (tant en matière d'employabilité, de formation que de maintien). Elsa GEROULT rapporte que le gouvernement a été sollicité sur la possibilité d'expérimenter un financement de la formation par les Opcv pendant l'arrêt maladie.

Le Contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

Olivier ROBLAIN explique que le CRPE vise à permettre une réadaptation au poste antérieur ou une préparation à l'exercice d'un nouveau poste. Il est conclu entre l'entreprise d'origine (ou une autre), le salarié et la CPAM.

Catherine LABITTE indique que si le CRPE est proposé dans le département des Hauts-de-Seine, il n'est pas suffisamment mis en place, car non retenu par l'employeur. À partir de deux exemples, Catherine LABITTE montre que les entreprises ont fait preuve de responsabilité et ont permis un maintien dans l'emploi de leur salarié sans avoir recours au CRPE.

Jacqueline GIRY affirme que le CRPE est un outil parmi d'autres. Il peut être utile en particulier lorsque l'employeur est en difficulté et ne parvient pas à mobiliser les autres outils mis à sa disposition. Mais, chose dommageable, il n'est pas suffisamment connu. Dans le cas d'une reconversion professionnelle et d'une demande de RQTH, on opte le plus souvent pour des formations longues en centres de rééducation professionnelle, sans envisager la possibilité de conclure un CRPE. Ce n'est pas toujours la solution la plus adaptée.

Les principaux acteurs du CRPE sont l'assuré (sachant qu'il n'est pas facile pour lui, compte tenu par ailleurs de son handicap, de trouver les informations – un rôle d'information et de conseil doit être ici assuré par les autres acteurs), l'employeur (il joue de plus en plus son rôle aidé par un accompagnement de l'Assurance maladie), le médecin du travail, l'Assurance maladie (une coordination efficace du médical, du social et de l'administratif est fondamentale), le Sameth, la MDPH, l'unité territoriale de la DIRECCTE.

Répondant à une série de questions de la salle, Jacqueline GIRY indique, concernant les très/trop longs délais de traitement des MDPH, que l'Assurance maladie a engagé un travail au plus haut niveau de la coordination des MDPH visant à définir les priorités nécessaires. La prestation que paye l'Assurance

maladie à l'employeur est une somme forfaitaire versée chaque fin de mois (représentant entre 10 et 50 % du salaire brut). Elle ajoute que le contrat de professionnalisation ou le mi-temps thérapeutique peuvent bien sûr être privilégiés par rapport au CRPE, qui reste un outil complémentaire de ce qui existe déjà et répond avant tout aux besoins des petites et moyennes entreprises.

Un représentant du Sameth 91, signale que le CRPE est très utilisé dans son département. Elle apporte quelques éléments d'information complémentaires. Il vise à accompagner et à suivre le salarié dans l'optique d'un reclassement professionnel. Le CRPE est l'objet d'une négociation menée entre le Sameth, le médecin du travail, le salarié et l'employeur. Elle vise notamment à s'assurer de la pérennité du nouvel emploi du salarié. La prestation prend en compte le salaire brut de la nouvelle fonction au premier échelon. L'évaluation (entre 10 et 50 %) est fonction des nouvelles tâches du salarié, des formations et du temps qu'il lui faudra pour acquérir les compétences réellement demandées à la fin du CRPE.



Élisabeth STEINMETZ, centre de réadaptation à Coubert (Seine-et-Marne), évoque deux dispositifs très utiles : l'association Comète France qui intervient dans les centres de rééducation pour accompagner les personnes en arrêt maladie dans le maintien dans l'entreprise et les Unités d'évaluation de reclassement et d'orientation sociale (UEROS) qui peuvent aujourd'hui être mobilisées en amont de la décision de la MDPH.

Conclusion

Olivier ROBLAIN laisse la parole aux témoins et aux rapporteurs pour conclure l'atelier.

Alexia MAVROS évoque et suggère de s'inspirer des conclusions de l'étude menée il y a deux ans par Opcalia auprès de ses adhérents sur leur vision de ce qu'est le maintien dans l'emploi et la PDP.

Elsa GEROULT insiste à nouveau sur le fait que les entreprises ont des obligations, des moyens et des fonds en matière de formation professionnelle. Elle invite les différents acteurs à solliciter davantage les Opca, en faisant valoir que la formation tout au long de la vie vise notamment à prévenir l'usure professionnelle.

Catherine LABITTE propose de réinitier les actions d'information et de sensibilisation menée il y a quelques années auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle affirme qu'il n'y a pas de méthodologie unique pour construire un projet de maintien dans l'emploi. Il convient d'adapter les outils aux situations, personnes et entreprises.

Jacqueline GIRY insiste, comme l'ont montré les échanges de l'atelier, sur l'importance de partager les expériences et connaissances de chacun pour tenter d'appliquer à chaque situation spécifique la meilleure méthodologie possible. Il y a encore trop de personnes qui au sortir d'un arrêt maladie n'ont bénéficié d'aucun dispositif.

Restitution des ateliers

Rapporteurs de l'atelier A **Evelyne LIDOVE-THOMMERET, DIRECCTE Île-de-France**
Thomas DESPREAUX, interne en médecine du travail

Rapporteur de l'atelier B **Nabila BOULHRAM, SEST Île-de-France**

Rapporteurs de l'atelier C **Isabelle BOUGEROL, DIRECCTE Île-de-France**
Eva SANCHEZ, Sameth 93

Restitution de l'atelier A - La détection précoce et le rôle clé de la visite de préreprise

Il ressort en particulier des échanges, affirme **Évelyne LIDOVE-THOMMERET**, qu'il y a toujours un grand problème de communication entre les médecins-conseil et les médecins du travail, sachant que chacun poursuit des objectifs différents (le premier statue sur une reprise du travail en général, le second sur une reprise du travail sur un poste de travail en particulier). Améliorer la communication est absolument essentiel dans l'optique de favoriser la reprise du travail. Plusieurs pistes ont été évoquées, notamment une plus large utilisation des fiches de liaisons. Il a été rappelé que le salarié doit être stabilisé sur le plan médical avant toute décision.

Il apparaît que la visite de préreprise est à l'initiative du salarié et très peu du médecin-conseil. Il semble particulièrement opportun de développer la communication en provenance de tous les autres partenaires qui peuvent faire office de relais pour que soient organisées les visites de préreprise. Il peut être pertinent de s'inspirer, au niveau de toutes les cellules pluridisciplinaires en cours de création dans les services de santé au travail, de ce qui se fait au niveau des cellules de PDP de l'Assurance maladie (cf. envoi de courriers systématiques pour les arrêts maladie de plus de 90 jours et les arrêts suite à un accident de travail de plus de 45 jours), pour recréer un lien avec le salarié.

Par ailleurs, une harmonisation de la terminologie utilisée par les différents partenaires semble plus que nécessaire.

En ce qui concerne la détection précoce, il a été mis l'accent principalement sur quatre points : la nécessité d'une information systématique et systématisée des salariés bien en amont des situations futures éventuelles et aléatoires de risque de désinsertion professionnelle (au moment de l'embauche à travers des supports émanant des services de santé au travail et/ou des services des ressources humaines des entreprises), le besoin d'information et de formation de tous les professionnels (en premier lieu des médecins du travail) en qualité de « détecteurs précoces », le travail en commun autour des problématiques métier (cf. rôle fort d'échange précoce entre les DRH des entreprises et les médecins du travail dans la pré-construction des parcours de vie professionnelle, prévention primaire afin de diminuer la pénibilité des métiers), le besoin de rendre visible le travail de chacun afin d'identifier les partenariats possibles.

Restitution de l'atelier B – Le signalement pertinent

Nabila BOULHRAM indique que l'atelier B a tout d'abord été consacré à une tentative de définition de ce qu'il convient d'entendre par « signalement pertinent ». Il a ainsi été question des notions de précocité, d'efficacité et de temporalité. Si la situation d'un salarié en arrêt de travail n'est pas stabilisée, cela ne signifie pas qu'il n'est pas possible de mettre en place des actions (cf. préparation de la reprise en initiant la réflexion).

Il est apparu au cours des échanges qu'il était essentiel de « remettre à plat » les circuits, en développant un guide, un annuaire ou un site Internet, dans le(s)quel(s) pourraient figurer les différents interlocuteurs à solliciter et les actions à engager en fonction de la temporalité.

Des retours d'expérience des services sociaux des départements du 91 et du 94 ont été présentés. Ils proposent des ateliers collectifs, permettant au salarié de rencontrer différents interlocuteurs, afin de l'inscrire au cœur de la dynamique de maintien en emploi.

Enfin, l'évolution des services interentreprises a été évoquée, plus particulièrement la réforme et le développement des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi.

Myriam CHALOUIN ajoute qu'il a été largement question des modes de communication et d'information. L'Assurance maladie et certains services interentreprises ont élaboré une communication spécifique concernant la visite de préreprise. Un certain nombre d'informations pourraient être mises en ligne. La fiche de signalement auprès de la cellule locale de la PDP de l'Assurance maladie va être renvoyée assez rapidement au médecin du travail à travers la messagerie institutionnelle. Il ressort plus généralement des échanges de l'atelier qu'un important travail de partage de connaissances et d'informations doit être réalisé.

Restitution de l'atelier C – L'intervention bien choisie : le CRPE et les autres actions pendant l'arrêt de travail

Isabelle BOUGEROL rapporte que l'atelier C a permis notamment de constater qu'il existe un très grand besoin d'information et une nécessité de responsabiliser certains grands acteurs (en particulier l'employeur et le salarié, en tenant compte de sa situation vulnérable), afin de préparer une reprise du travail dans les meilleures conditions possible. Il est apparu qu'il convenait d'organiser une meilleure communication entre le médecin traitant et les services de santé au travail, sachant que d'autres acteurs, comme la CPAM (qui offre un point d'entrée pour les entreprises avec la Cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle) et l'entreprise (représentants du personnel, CHSCT, RH), peuvent être des relais d'opinion et des facilitateurs très opportuns. Les questions de la préparation du retour et de l'amélioration des processus ont également été abordées durant l'atelier (mise en place d'une formation, accompagnement dans la reprise de fonction, déploiement de l'expérimentation des RQTH accélérés, etc.).

Éva SANCHEZ indique qu'il a été largement question du CRPE, un dispositif ancien qui tend à être à nouveau mobilisé, même s'il reste sous-utilisé en Île-de-France. Il présente de nombreux avantages : il peut être utilisé entre 6 et 18 mois, il permet une prise en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 10 à 50 % du salaire brut du salarié. Il existe, semble-t-il (en particulier en Île-de-France), des freins liés à l'inter-départementalité, à la multiplicité des acteurs, à l'existence d'autres dispositifs dans la « boîte à outils » davantage sollicités (cf. mi-temps thérapeutique et période de professionnalisation). La plus-value du CRPE réside avant tout dans le fait qu'au-delà d'une formation théorique, il permet à la personne de s'approprier le nouveau poste de travail par un « apprentissage sur le tas » (cf. tuteur nommé en entreprise, objectifs clairement fixés et instance de suivi de la démarche).

Au titre des éléments de succès, affirme **Isabelle BOUGEROL** rapportant le témoignage du Sameth 91, le CRPE ne vise pas une réadaptation opérationnelle immédiate, mais un reclassement réussi ; le CRPE se négocie entre les acteurs (Sameth, employeur, service de santé au travail, salarié).

Éva SANCHEZ conclue en faisant part d'une préconisation de l'atelier C : mettre en place un groupe de travail afin d'engager une réflexion sur les situations relevant du CRPE et sa plus-value par rapport à d'autres outils existants. Il apparaît enfin opportun de revoir la question de la procédure accélérée qui est déterminante dans l'utilisation de l'outil et sa mobilisation.

Clôture

Marie YANOWITZ-DURAND, chef du service accès à l'emploi, DIRECCTE Île-de-France

Marie YANOWITZ-DURAND remercie l'ensemble des partenaires qui ont permis à cette journée d'avoir lieu, tous les animateurs (en particulier Anne BERGOGNE) et les rapporteurs, les deux cabinets de consulting ainsi que Myriam CHALOUIN qui a en charge l'animation du PRITH depuis 3 ans et qui s'est remarquablement investie sur la question du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Les échanges riches, instructifs et constructifs ont permis de nourrir la réflexion sur cette thématique qui fait partie des priorités gouvernementales. Le Comité interministériel du handicap l'a ainsi inscrite, rappelle Marie YANOWITZ-DURAND, au cœur de sa feuille de route lors de sa réunion du 25 septembre. Si le sujet fait consensus sur le fond, la communication et la coordination apparaissent encore insuffisantes. Le PRITH s'est déjà emparé du sujet et saura tirer tous les enseignements de ce séminaire.

