

Séminaire professionnel 2019

des acteurs du maintien dans l'emploi

27 novembre 2019

Synthèse des travaux



Séminaire professionnel 2019

des acteurs du maintien dans l'emploi

27 novembre 2019

Synthèse des travaux





Rappel du programme du séminaire

09h30 10h00	Plénière introductive		
10h05 12h30	ATELIERS - Participation à 3 ateliers consécutifs, de 45 min chacun		
	3 ATELIERS À CHOISIR CI-CONTRE Chaque atelier est dispensé aux trois sessions proposées.	1 – La visite de pré-reprise : étape-clé de la remobilisation pour le maintien dans l'emploi 2 – L'essai encadré, un outil souple encore sous-utilisé 3 – Différences et complémentarités des outils d'analyse de poste ou de situation de travail 4 – Adapter l'organisation du travail pour maintenir sur le poste 5 – Construire l'accès à la formation pendant l'arrêt de travail 6 – Comment construire un nouveau projet professionnel pour le maintien en emploi ? 7 – Pourquoi mobiliser la reconnaissance du handicap dans un parcours de maintien ? 8 – La cellule PDP : plate-forme de coordination des actions de remobilisation pendant l'arrêt de travail 9 – Le maintien dans l'emploi dans le cadre de l'Emploi Accompagné 10 – Les CRP, des formations pour rebondir	1^{re} session 10h05 – 10h50 2^e session 10h55 – 11h40 3^e session 11h45 – 12h30
12h30 13h30	Déjeuner		
13h30 14h30	Lancement des ateliers		
14h30 16h00	ATELIERS - Participation à un atelier d'1h30		
	1 ATELIER À CHOISIR CI-CONTRE	1 – Co-construire une démarche de maintien avec les partenaires sociaux à l'échelle d'une branche ou d'une entreprise 2 – Le rôle du référent handicap en lien avec les autres acteurs de l'entreprise 3 – Accompagner le maintien dans l'emploi dans le cadre de certaines pathologies	
16h00	Clôture du séminaire		

SOMMAIRE

ATELIER N°1 : LA VISITE DE PRE-REPRISE, ETAPE-CLE POUR LA REMOBILISATION POUR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI.....	6
ATELIER N°2 : L'ESSAI ENCADRE, UN OUTIL SOUPLE ET SIMPLE ENCORE SOUS-UTILISE	9
ATELIER N°3 : DIFFERENCES ET COMPLEMENTARITES DES OUTILS D'ANALYSE DE POSTE OU DE SITUATION DE TRAVAIL	11
ATELIER N°4 : ADAPTER L'ORGANISATION DU TRAVAIL POUR MAINTENIR SUR LE POSTE.....	13
ATELIER N°5 : CONSTRUIRE L'ACCES A LA FORMATION PENDANT L'ARRET DE TRAVAIL	15
ATELIER N°6 : CONSTRUIRE UN NOUVEAU PROJET PROFESSIONNEL POUR LE MAINTIEN EN EMPLOI : AVEC QUI ET COMMENT ?	17
ATELIER N°7 : DANS QUELS CAS MOBILISER LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP DANS UN PARCOURS DE MAINTIEN ?.....	19
ATELIER N°8 : LA CELLULE PDP : PLATE-FORME DE COORDINATION DES ACTIONS DE REMOBILISATION PENDANT L'ARRET DE TRAVAIL	21
ATELIER N°9 : LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LE CADRE DE L'EMPLOI ACCOMPAGNE	23
ATELIER N° 10 : LES CRP, DES FORMATIONS POUR REBONDIR.....	25
TABLE RONDE N°1 : CO-CONSTRUIRE UNE DEMARCHE DE MAINTIEN AVEC LES PARTENAIRES SOCIAUX A L'ECHELLE D'UNE BRANCHE OU D'UNE ENTREPRISE	28
TABLE RONDE N°2 : LE ROLE DU REFERENT HANDICAP EN LIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'ENTREPRISE	36
TABLE RONDE N°3 : ACCOMPAGNER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LE CADRE DE CERTAINES PATHOLOGIES (CANCER, MALADIES CHRONIQUES EVOLUTIVES, TROUBLES PSYCHIQUES)	42

Ateliers

10h00 à 12h30



Chaque participant assistait à trois ateliers consécutifs, choisis parmi les ateliers ci-dessous :

- **Atelier 1** – La visite de pré-reprise : étape-clé de la remobilisation pour le maintien dans l'emploi
- **Atelier 2** – L'essai encadré, un outil souple encore sous-utilisé
- **Atelier 3** – Différences et complémentarités des outils d'analyse de poste ou de situation de travail
- **Atelier 4** – Adapter l'organisation du travail pour maintenir sur le poste
- **Atelier 5** – Construire l'accès à la formation pendant l'arrêt de travail
- **Atelier 6** – Comment construire un nouveau projet professionnel pour le maintien en emploi ?
- **Atelier 7** – Pourquoi mobiliser la reconnaissance du handicap dans un parcours de maintien ?
- **Atelier 8** – La cellule PDP : plate-forme de coordination des actions de remobilisation pendant l'arrêt de travail
- **Atelier 9** – Le maintien dans l'emploi dans le cadre de l'Emploi Accompagné
- **Atelier 10** – Les CRP, des formations pour rebondir

Atelier n°1 : La visite de pré-reprise, étape-clé pour la remobilisation pour le maintien dans l'emploi

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré à la visite de pré-reprise, étape-clé pour la remobilisation dans un parcours de maintien dans l'emploi, poursuivait les objectifs suivants :

- Comprendre le cadre, les objectifs et modalités de mise en œuvre de la visite de pré-reprise : quand et pourquoi la solliciter, acteurs susceptibles de l'initier, délais...
- Repérer les suites pouvant être données.

Intervenants		Organismes
Animatrices	Julie PLASSAT et Marion GOFFART	Cabinet Amnyos
Témoins	Christelle GARCIA	Responsable Service Social et Conseil en Maintien en Emploi (OSTRA)
	Corinne TOBIANAH	Assistante sociale, contact PDP et responsable CCPME (ASTE)

2/ Introduction de l'atelier

Corinne TOBIANAH rappelle le cadre réglementaire de la visite de pré-reprise durant l'arrêt de travail. Elle a ainsi rappelé que la visite de pré-reprise est définie dans le **code du travail à l'Article R 4624-29** qui précise « *qu'en vue de favoriser le maintien dans l'emploi d'un travailleur en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de pré-reprise peut être **organisée à l'initiative soit du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié*** ».

Elle rappelle la distinction entre la visite de pré-reprise, **non obligatoire**, qui peut être **demandée à tout moment durant l'arrêt de travail**, et la visite de reprise qui est **obligatoire après un arrêt de travail d'au moins 30 jours** et dont la **demande de rendez-vous incombe à l'employeur**.

Enfin, elle précise les avantages et objectifs de la visite de pré-reprise qui doit **intervenir le plus en amont possible de la visite de reprise**, et qui doit permettre au médecin du travail **d'évaluer la compatibilité** ou pas, de **l'état de santé du salarié avec son activité professionnelle**. En outre, c'est lors de cet échange que le dialogue s'instaure entre le salarié et le médecin du travail pour **préparer la suite du devenir professionnel** du salarié, et que sont envisagés d'éventuels aménagements, adaptations, formations, en vue de favoriser le retour en emploi.

Christelle GARCIA présente ensuite **l'articulation de la visite de pré-reprise avec les autres dispositifs** tels que **l'accompagnement individualisé** par le médecin du travail ou l'assistante sociale de la caisse d'assurance maladie, ou le recours aux **partenaires spécialisés du maintien** tels que les OPS, les prestataires PAS ou PSOP. Elle souligne également l'importance des acteurs internes aux entreprises susceptibles **de conseiller** les salariés pour mobiliser la visite de pré-reprise, tels que les acteurs **RH**, les **représentants du personnel**...

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser la visite de pré-reprise, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour faciliter son accès et son développement.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Une sémantique qui entretient une confusion entre la visite de reprise et la visite de pré-reprise - Un manque de connaissances de l'ensemble des parties (employeurs, salariés, médecins traitants, CSE) sur les modalités de mobilisation - Un défaut d'information auprès des salariés. Quand communiquer et par quel canal ? - Une difficulté pour l'employeur à contacter les salariés durant leur arrêt : quels droits pour l'employeur ? Peut-il informer ses salariés durant l'arrêt ? - Des médecins du travail qui ne sont pas informés des arrêts des agents - Des employeurs peu réactifs sur la mise en place de dispositifs favorisant la reprise, tels que la visite de pré-reprise, ou la visite de reprise - Problèmes de temporalité dans le déclenchement de la visite de pré-reprise, trop anticipées, ou trop tardives (1 semaine avant la reprise). - Une multitude de dispositifs rendant inintelligibles les canaux à mobiliser selon les problématiques rencontrées. - Des difficultés à prendre rendez-vous avec la médecine du travail, à obtenir les coordonnées des bons interlocuteurs. - Des salariés peu confiants sur la visite de pré-reprise, qui craignent que l'employeur soit informé, et une inaptitude déclarée.	- Des médecins traitants mieux sensibilisés et une meilleure coordination des acteurs, une harmonisation du discours. - Informer les salariés et les employeurs de l'existence de la visite de pré-reprise, avec une approche positive - Une sensibilisation par les acteurs partenaires (CRAMIF, Cap emploi) - Permettre aux médecins du travail d'avoir l'information sur les arrêts de travail pour pouvoir solliciter les salariés - Systématisation de la prise de contact avec le salarié pour des arrêts de plus de 90 jours - Faire témoigner les salariés bénéficiaires de la visite de pré-reprise pour en valoriser les effets sur le retour en emploi. - Informer les acteurs lors des commissions handicap, ou de réunions du CSE, de l'existence du dispositif

4/ Ressources

- Assurance maladie - reprise activité :
https://www.objectifsantetravail.fr/sites/default/files/arret_de_travail_-_la_reprise_dactivite.pdf
- Assurance maladie – visite de pre reprise :
https://www.objectifsantetravail.fr/sites/default/files/visite_de_pre-reprise.pdf



- Flyers « visite de pré reprise (VPR) » d'OSTRA :
https://www.objectifsantetravail.fr/sites/default/files/flyer_promotion_pre_reprise_a5_0.pdf
- Plaquette maintien en emploi ASTE (dossier documentaire joint)

Atelier n°2 : L'essai encadré, un outil souple et simple encore sous-utilisé

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré à l'essai encadré poursuivait les objectifs suivants :

- Identifier la plus-value de l'essai encadré pour mieux préparer la reprise (sur un autre poste dans l'entreprise, ou sur le même poste, potentiellement vers une autre entreprise, etc.)
- Bénéficier d'un retour d'expérience d'une région ayant développé l'essai encadré (leviers mobilisés, déclinaison, préconisations à l'issue...).

Intervenants		Organismes
Animateur	Frédéric RAMBINAISING	CRAMIF
Témoins	Sylvie GILLET	Responsable service social des Flandres pour la CARSAT Nord-Picardie
	Marine TRAVETTO	Chargée de mission et coordinatrice du maintien dans l'emploi, Cap emploi 77

2/ Introduction de l'atelier

Les intervenants rappellent le cadre réglementaire de l'essai encadré, s'adressant aux **salariés en arrêt de travail** total ou partiel présentant un risque de désinsertion professionnelle, ainsi que ses modalités de mise en œuvre et ses conditions d'accès.

Sylvie GILLET présente l'expérimentation de l'essai encadré en Nord-Picardie et les premiers constats et enseignements que la Carsat Nord-Picardie a pu en retirer, les bonnes pratiques identifiées et les difficultés recensées.

Marine TRAVETTO présente son propre retour d'expérience, avec deux situations ayant suscité un accompagnement du Cap Emploi 77 : un premier cas concernant une animatrice en maison de retraite, et un second portant sur un manutentionnaire engagé sur un nouveau projet professionnel.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser l'essai encadré, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour mieux le mobiliser.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Un repérage difficile des entreprises et des postes ouverts à l'essai encadré. - Une complexité dans la valorisation de l'essai encadré auprès des entreprises, de la mise en exergue de son intérêt à y recourir. - Un dispositif complexe tant en matière de coordination des acteurs que de gestion de la temporalité. - Un dispositif lourd à mettre en œuvre sur le plan administratif - Une durée peu adaptée aux besoins selon les postes. - Une méconnaissance générale autour de ce dispositif aussi bien pour les employeurs, les salariés, que les médecins traitants et médecins du travail. - Peu de visibilité sur la possibilité ou non de mobiliser l'essai encadré dans la fonction publique. - Une visite de pré-reprise peu utilisée ne permettant pas un déploiement plus ample de l'essai encadré. - Un manque de coordination entre les acteurs rallongeant les délais de mise en place de l'essai encadré - Des acteurs parfois peu disponibles et des freins financiers à la mise en place de l'essai encadré - Difficultés à identifier le rôle de chacun et à savoir qui est le donneur d'ordre dans la mise en place de l'essai encadré	- Un dispositif qui rassure les salariés et permet de tester une variété de solutions. - Une motivation supplémentaire et un levier de remobilisation des salariés en arrêt - Un dispositif facilitant l'anticipation de la reprise de poste. - Permet de mobiliser les acteurs de la reprise, d'avoir une plus grande coordination entre acteurs et de développer les partenariats - Un dispositif permettant une forme de souplesse dans la proposition de solutions. - Une communication à déployer davantage autour du dispositif, de son existence, de ses modalités de mise en œuvre. - Sensibiliser davantage les médecins traitants et les employeurs. - Créer des indicateurs communs à tous les acteurs du maintien pour une meilleure interconnaissance sur les cas examinés et la facilitation de la coordination entre acteurs - Organiser des réunions d'informations entre les partenaires - Une mise en place qui doit être travaillée plus en amont dans le temps

4/ Ressources

- Vidéo d'introduction de l'essai encadré

Atelier n°3 : Différences et complémentarités des outils d'analyse de poste ou de situation de travail

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré aux différences et complémentarités des outils d'analyse de poste ou de situation de travail poursuivait les objectifs suivants :

- Repérer les principaux outils pouvant être mobilisés pour analyser un poste ou une situation de travail :
 - o L'étude de poste (menée par le médecin du travail, l'ergonome du SST)
 - o L'Etude préalable à l'aménagement des situations de travail (EPAAST)
- Mettre en évidence la complémentarité de ces approches et outils.

Intervenants		Organismes
Animateur	Frédéric LE PROVOST	Agefiph Ile-de-France
Témoins	Hélène BRASSARD	Ergonome, ID Ergonomie
	David MAMERI	Ergonome, ID Ergonomie
	Lucie BERTRAND	Chargée de maintien dans l'emploi - SIMT

2/ Introduction de l'atelier

Lucie BERTRAND présente la cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) du SIMT et souligne la pluridisciplinarité des intervenants du SIMT, dont les équipes sont composées à la fois de médecins, d'ergonomes, de psychologues du travail, d'assistantes sociales, de toxicologues industriels et de chargés de maintien dans l'emploi.

Lucie BERTRAND, **Hélène BRASSARD** et **David MAMERI** présentent ensuite les modalités d'articulation entre le SIMT et la structure ID Ergonomie et illustrent leur complémentarité par deux études de cas rencontrées au sein d'ID Ergonomie.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour organiser une analyse de poste ou de situation de travail, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour favoriser le recours à ces outils.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Un volet administratif chronophage et pesant dans la mise en place des différentes actions - Des délais trop importants pour activer l'intervention des Etudes préalables à l'aménagement et à l'adaptation des situations de travail (EPAAST) – obligation de solliciter Cap Emploi au préalable, puis d'attendre la validation de l'Agefiph. - Une mise en place des actions trop complexe - Des problèmes de temporalité dans la mobilisation des outils. Des délais souvent trop longs. - Des difficultés à connaître les acteurs internes mobilisables. - Adéquation des besoins et des moyens : comment faire pour permettre aux petites entreprises de gérer une étude ergonomique ? - Difficultés pour savoir où trouver des financements et à qui s'adresser. - Difficultés à mettre en place des démarches concertées qui dépassent le niveau individuel et englobent le collectif. - Une méconnaissance des process pour actionner les analyses de postes - Une méconnaissance des dispositifs existants et des acteurs. - Un recours aux études ergonomiques facteur d'appréhension pour les employeurs, qui craignent une trop forte intrusion et la mise en visibilité de potentiels dysfonctionnements. - Proposer des aménagements sans stigmatiser l'individu vis-à-vis de son collectif de travail.	- Prévoir en amont pour mieux anticiper. - Impliquer les employeurs, sensibiliser aux questions de maintien - Mobilisation des outils proposés par l'Agefiph. - Sensibiliser les managers aux outils d'analyse de poste ou de situation de travail. - Ne pas négliger la réunion de lancement pour bien orienter l'intervention. - Avoir du temps en entreprise pour mettre en place des aménagements techniques et/ou organisationnels pérennes et raisonnables. - Favoriser le travail en commun et prendre en compte l'importance du collectif de travail lors de la mise en place des aménagements. - Promouvoir les échanges entre le salarié, la médecine du travail et le médecin traitant. - Création d'un répertoire permettant de connaître les acteurs par typologie de handicap - Faire connaître et capitaliser sur les aménagements de maintien dans l'emploi qui ont réussi.

4/ Ressources

- Diaporama de présentation des études de cas (dossier documentaire joint)

Atelier n°4 : Adapter l'organisation du travail pour maintenir sur le poste

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré à l'adaptation de l'organisation du travail pour maintenir sur le poste une personne en risque de désinsertion professionnelle poursuivait les objectifs suivants :

- Valoriser la dimension « organisation du travail » de l'aménagement des situations de travail : adaptation des process de production, télétravail, réorganisation du collectif de travail...
- Identifier les outils et dynamiques favorables à la mise en œuvre d'un aménagement organisationnel de la situation de travail.

Intervenants		Organismes
Animatrice	Elise FOSSET-LAGOSZNIAK	ARACT Ile de France
Témoin	Jean-Marie BOURREC	Chargé de mission maintien dans l'emploi - Cap Emploi 91

2/ Introduction de l'atelier

Elise FOSSET-LAGOSZNIAK présente les principes clés de la mise en œuvre d'un aménagement organisationnel de la situation de travail dans le cas d'une situation de maintien, en distinction avec les adaptations techniques ou matérielles. Puis, elle énonce les principes clés permettant la mise en place d'aménagements organisationnels, tels que le recours à une concertation collective, la mobilisation du N+1, ou encore la formalisation de l'aménagement.

Jean-Marie BOURREC présente ensuite une situation pratique illustrant l'impact d'un aménagement organisationnel du poste de travail. Il s'agissait dans cet exemple d'un recours au télétravail.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** à l'adaptation de l'organisation du travail, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour en faciliter la mise en œuvre.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Un besoin de convaincre le collectif de travail de la mise en œuvre d'adaptations de l'organisation - Convaincre les employeurs des avantages à réaliser les aménagements	- Sensibiliser les différents acteurs et créer du dialogue autour de la mise en place des adaptations organisationnelles - Sensibiliser le collectif de travail sur les transformations de l'organisation du travail

préconisés par la médecine du travail - Des aménagements organisationnels pouvant conduire à un report de la charge de travail sur le collectif - Un financement et des budgets insuffisants, notamment pour la mise en place de formations - Méconnaissance des dispositifs et des acteurs ressources - Des petites entreprises limitées dans leur capacité structurelle et organisationnelle à reclasser les salariés ou à aménager les postes de travail. - Des difficultés à anticiper les besoins et à les financer - Des besoins en aménagements organisationnels (horaires de travail, rythmes de travail, télétravail) difficilement conciliables avec les contraintes de production, les objectifs de productivité, selon la taille de l'entreprise et la flexibilité de son modèle de production. - Des délais de mise en œuvre trop longs	- Faire une analyse du travail en amont afin d'identifier les leviers à une adaptation - Agir sur les parcours en formant les salariés tout au long de la vie - Développer la pluridisciplinarité et promouvoir l'assouplissement des organisations pour pouvoir s'adapter - Mettre en place des groupes de travail salariés pour les impliquer dans le processus de réflexion autour de leur organisation - Promouvoir l'anticipation et l'amélioration globale des conditions de travail; favoriser l'échange avec l'employeur - Accompagner et sensibiliser l'employeur (SST, dispositifs Agefiph...) - Sensibiliser les représentants du personnel via les formations syndicales - Construire un argumentaire non discriminant et de normalisation des engagements d'entreprises en faveur de la qualité de vie au travail, de la diversité sociale, des parcours de vie et de la gestion des compétences - Valoriser un environnement bienveillant et non discriminant - Uniformiser les pratiques des professionnels du maintien - Anticiper les besoins en aménagements organisationnels par l'intermédiaire de la visite de pré-reprise - Mise en place d'un coordinateur ou d'un référent handicap - Recours aux cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi des services de santé au travail - Mise en place de clauses de confidentialité et instauration d'un climat de confiance entre le salarié et son employeur - Prise en compte de la temporalité et du degré d'urgence des situations au moment du traitement
---	---

Atelier n°5 : Construire l'accès à la formation pendant l'arrêt de travail

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré aux modalités d'accès à la formation durant l'arrêt de travail poursuivait les objectifs suivants :

- Identifier la plus-value pouvant être apportée par l'accès à la formation durant l'arrêt de travail, comme étape dans un parcours de maintien ;
- Appréhender le contexte réglementaire de l'accès à la formation durant l'arrêt de travail ;
- Repérer les différentes modalités de financement selon la situation des assurés.

Intervenants		Organisme
Animatrice	Aurélie BEZIAS	Cap Emploi 95
Témoins	Sylvie MONNIER	Conseillère CEP salarié, Cap Emploi 93
	Erick MASSON	Coordinateur Pôle Maintien, Cap Emploi 91
	Sylvie LEHELLOCO	Cheffe de projet, OPCALIA-AKTO

2/ Introduction de l'atelier

Sylvie LEHELLOCO rappelle le cadre réglementaire de la formation durant l'arrêt de travail. Elle souligne ainsi que le fait d'être en arrêt de travail n'empêche pas un salarié, sous certaines conditions, de suivre une action de formation et ce quel que soit le motif de l'arrêt de travail en question (accident du travail, maladie professionnelle ou non professionnelle...). Elle apporte des précisions sur la situation contractuelle du salarié concerné ainsi que ses modalités de rémunération, et sur le périmètre des différents types de formations mobilisables dans un parcours de maintien (actions de formation, bilan de compétences, VAE, ...).

Sylvie MONNIER et **Erick MASSON** présentent ensuite un certain nombre de situations de recours à la formation en faveur du maintien dans l'emploi. Ces retours d'expérience ont permis de valoriser les dispositifs, acteurs et ressources mobilisables pour l'accès à la formation d'un salarié en arrêt de travail.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser les formations durant l'arrêt de travail, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour faciliter l'accès à la formation durant l'arrêt de travail.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Une hétérogénéité des pratiques des différents acteurs - Des IJ prenant fin durant l'action de formation - Une faible appétence de certains salariés sur le fait de « reprendre des études » (pour réaliser une formation longue) - Un financement des actions de formation qui reste à clarifier - Des médecins du travail qui peuvent méconnaître les actions mises en place par les cellules PDP - Des possibilités de reclassement limitées, freinant l'identification des actions de formation à mettre en place - Une multitude d'acteurs susceptibles d'intervenir - Des difficultés à accompagner le salarié à formaliser un projet professionnel en amont de l'arrêt de travail - Des enjeux propres à la fonction publique : absence d'actions de formation durant l'arrêt de travail dans la fonction publique hospitalière, questionnements autour du financement du bilan de compétences...)	- Identifier les différents interlocuteurs du territoire susceptibles d'apporter des informations aux entreprises et aux salariés - Mieux communiquer sur les dispositifs mobilisables et le cadre réglementaire en vigueur - Mettre en place un « passeport unique » qui suivrait le salarié et permettrait de fiabiliser le suivi de son parcours - Réaliser un « point santé » avec le salarié en amont - Mettre en place des actions de bilan - Mieux mobiliser la Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel (PMSMP) - Sensibiliser et former les référents handicap à ces thématiques

4/ Ressources

- PowerPoint présentant le cadre réglementaire de l'accès à la formation durant l'arrêt, mis à disposition par Sylvie LEHELLOCO (AKTO) –dossier documentaire joint

Atelier n°6 : Construire un nouveau projet professionnel pour le maintien en emploi : avec qui et comment ?

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier n°6 était consacré à la construction d'un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un parcours de maintien. Il avait pour objectif :

- D'identifier les différents acteurs intervenant dans le processus de construction d'un nouveau projet professionnel (médecins du travail, service social Cramif, Cap emploi...)
- De se repérer dans l'ensemble des outils mobilisables pour l'élaboration d'un nouveau projet professionnel dans un parcours de maintien : PSOP, Bilans de compétences, CEP, pré-orientation : différences, quels outils mobiliser à quels moments, etc.

	Intervenants	Organisme
Animateur	Franck GEIS	Responsable du service formation de l'association UNIRH 75, prestataire PSOP sur le territoire de Seine Saint-Denis
Témoins	Christophe DURMORT	Responsable Pôle Accueil / Diagnostic, Cap Emploi 75
	Pierre CHERON	Responsable du service orientation & reclassement professionnel, APAS BTP

2/ Introduction de l'atelier

Christophe DURMORT présente les différents acteurs et outils mobilisables en faveur de la reconversion professionnelle. Concernant les acteurs, il rappelle le rôle et les missions de chacun (employeur, salarié, médecin du travail, service social de la CRAMIF, Cap emploi, etc.) dans le parcours de reconversion professionnelle tout en mettant en évidence l'importance de l'articulation des interventions. Concernant les outils ensuite, il présente un panorama des différents outils mobilisables en faveur de la formalisation d'un nouveau projet professionnel (PSOP, Bilans de compétences, CEP, pré-orientation...), ainsi que les critères d'éligibilité de chacun des dispositifs évoqués.

Il présente ensuite de façon détaillée les Prestations Spécifiques d'Orientation Professionnelle (PSOP) : critères d'éligibilité, modalités pratiques de mise en œuvre, rôle et articulation des différentes parties prenantes.

Pierre CHERON apporte enfin un retour d'expérience concret de l'action du service orientation & reclassement professionnel de l'APAS BTP, en détaillant les modalités d'accompagnement des salariés bénéficiant d'un suivi individuel en faveur de la reconversion professionnelle, la mobilisation des différents outils et l'articulation des interventions de son service avec Cap Emploi.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour construire un nouveau projet professionnel pour le maintien en emploi, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions**.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Une multiplicité d'interlocuteurs nécessitant de clarifier le qui fait quoi - Une méconnaissance des dispositifs mobilisables - Des difficultés mobiliser les actions de formation durant l'arrêt de travail - Des difficultés pour les salariés concernés à s'engager dans un parcours de reconversion professionnelle - En particulier, un enjeu autour de l'accompagnement des salariés à faire le deuil de leur métier - Des difficultés pour les salariés à accepter le handicap, impactant le travail d'élaboration d'un nouveau projet professionnel	- Mieux mobiliser les dispositifs type « emploi accompagné » - Davantage s'appuyer sur les interlocuteurs spécialisés (Cap Emploi notamment) - Solliciter davantage les outils permettant de mettre en situation les salariés afin de tester leur nouveau métier (PMSMP, essai encadré...) - Renforcer la coordination des acteurs - Améliorer l'anticipation des situations - Sensibiliser les entreprises et les salariés aux outils mobilisables pour reconstruire un projet professionnel et financer les actions de formation

4/ Ressources

- Présentation du Pôle Social de l'APAS-BTP, et en particulier du service orientation & reclassement professionnel (dossier documentaire joint).

Atelier n°7 : Dans quels cas mobiliser la reconnaissance du handicap dans un parcours de maintien ?

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier n°7 était consacré à la reconnaissance du handicap dans un parcours de maintien, en poursuivant les objectifs suivants :

- Identifier les enjeux liés à la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicap (RQTH) dans les situations de maintien dans l'emploi : situations où la RQTH peut être demandée, plus-value, difficultés possibles pour orienter les salariés vers la reconnaissance de leur handicap et moyens pour les contourner.
- Rappeler l'existence en Ile-de-France de la procédure accélérée de demande de RQTH dans les cas de maintien dans l'emploi et son fonctionnement.

	Intervenants	Organisme
Animateur	Grégoire LECLERC	Groupe Amnyos
Témoins	Océane LE BROCH	Référente Insertion Professionnelle au sein de la MDPH 78
	Sabine PENOT	Consultante sociale, Lénovia

2/ Introduction de l'atelier

Océane LE BROCH rappelle le cadre réglementaire de la RQTH, les situations qu'elle recouvre et les avantages et enjeux liés à la reconnaissance du handicap pour des salariés en parcours de maintien : accès aux aides de l'Agefiph ou du FIPHFP, mobilisation possible des partenaires et prestations spécialisés, accès en CRP, à l'Emploi Accompagné, etc.

Sabine PENOT évoque ensuite les réticences et difficultés qui peuvent se présenter pour le montage et le dépôt d'un dossier de RQTH (image du handicap, crainte de la stigmatisation...), mais aussi les possibilités pour les dépasser dans le respect de la confidentialité, en insistant sur l'importance du dialogue.

Océane LE BROCH effectue enfin un rappel concernant la procédure d'urgence de demande de RQTH mise en place en Ile-de-France. En effet, lorsqu'une prise en compte rapide de la demande de RQTH est nécessaire au regard d'un risque d'inaptitude et/ou de licenciement du fait du handicap, les médecins du travail ont la possibilité de déclencher une procédure accélérée de demande de RQTH pour les salariés qu'ils accompagnent. Les documents présentant cette procédure sont disponibles sur le site du PRITH Ile-de-France.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser la reconnaissance du handicap dans un parcours de maintien, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions d'amélioration**.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Des délais de traitement et d'instruction de la part de la MDPH relativement longs - Un formulaire de demande parfois jugé complexe - Une méconnaissance des avantages et droits liés à la reconnaissance administrative du handicap - Une procédure accélérée méconnue des entreprises comme des acteurs ressources - Un enjeu consacré à l'harmonisation des pratiques des MPDH - Des freins liés aux craintes de stigmatisation des salariés - Des salariés pouvant craindre de voir leur carrière freinée suite à l'obtention du statut de travailleur handicapé	- Accentuer la sensibilisation à la question du handicap au sein des entreprises, auprès de l'ensemble des acteurs de l'entreprise (IRP, managers de proximité, personnels de direction, acteurs RH...) - Diffuser aux salariés les informations concernant l'intérêt lié à la reconnaissance administrative du handicap, lever les freins sur les représentations liées au fait d'être reconnu en situation de handicap - Renforcer la connaissance de la procédure accélérée et harmoniser les procédures selon les départements - Mener des actions de sensibilisation et d'information à destination des personnels médicaux (médecins traitants, médecin du travail) et sociaux (service social du personnel...)

4/ Ressources

- Notice technique sur la procédure accélérée de demande de RQTH :
http://www.prithidf.org/sites/default/files/upload/mediateque/pdf/rqth_notice_technique-fevrier_2015.pdf

Atelier n°8 : La cellule PDP : plate-forme de coordination des actions de remobilisation pendant l'arrêt de travail

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier n°8 portait sur le rôle et les missions de la cellule PDP pour la construction d'un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un parcours de maintien. Il avait pour objectifs de :

- Souligner la diversité et l'importance des actions de remobilisation durant l'arrêt de travail pour la réussite des parcours de maintien ;
- Appréhender le rôle décisionnaire des cellules PDP pour mobiliser et coordonner ces actions de remobilisation.

Intervenants		Organisme
Animatrice	Marie-Line LUZIEUX	Service social régional, CRAMIF
Témoins	Coordonnatrices de cellules départementales PDP, CRAMIF	

2/ Introduction de l'atelier

Dans un premier temps, **Marie-Line LUZIEUX** rappelle l'importance de la remobilisation pendant l'arrêt. En effet, plus la durée de l'arrêt est longue, plus les difficultés de reprise augmentent. Ainsi, moins de 50 % des personnes arrêtées depuis plus de 6 mois reprennent une activité professionnelle, générant de fait un enjeu pour l'Assurance Maladie en termes de détection précoce des assurés en difficulté et d'accompagnement à la reconstruction d'un nouveau projet professionnel. Elle précise également qui sont les publics ciblés, à savoir les assurés du Régime Général en arrêt de travail en raison d'une maladie, d'un AT-MP ou en invalidité, ayant un contrat de travail au moment de leur prise en charge et ayant des difficultés pour envisager la reprise d'activité en raison de leur état de santé.

Par ailleurs, **Marie-Line LUZIEUX** présente le rôle des cellules PDP pour coordonner la remobilisation autour des salariés concernés :

- Le rôle et l'organisation des cellules PDP (missions, composition, articulation avec les partenaires du maintien dans l'emploi, etc.) ;
- Les situations qui appellent une prise de décision en cellule PDP et les modalités de saisine des cellules (par qui, comment, documents à fournir, principe de saisine selon le lieu d'habitation et non pas le lieu de travail...) ;
- La coordination ente cellules locales (cellule régionale PDP)

Enfin, l'atelier est conclu par la présentation de plusieurs exemples de situations de salariés examinées en cellules PDP et des actions décidées dans ce cadre en faveur du maintien.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mettre en place des actions de remobilisation pendant l'arrêt de travail, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions d'amélioration**.

Difficultés et freins	Leviers, bonnes pratiques ou propositions
- Des TPE et PME pouvant être en difficulté pour repérer et connaître le rôle et le fonctionnement des cellules PDP - Des délais de mobilisation importants - Une difficile détection précoce des salariés rencontrant des problématiques de maintien dans l'emploi - Un système qui reste méconnu des médecins du travail - Des difficultés pour les entreprises à détecter tôt les risques de maintien dans l'emploi ; un repérage tardif des situations limitant la possibilité d'anticiper la mobilisation des différents dispositifs - Des difficultés observées dans l'identification des financements potentiels pour mettre en place des actions de formation et un bilan de compétences - Peu de retours, ou tardifs, sur les actions de remobilisation mises en place	- Un enjeu d'information des acteurs susceptibles de mobiliser les cellules PDP (SST, équipe pluridisciplinaire, RH, service social, psychologue...) afin de pouvoir en informer le salarié à tout moment de son arrêt - Assurer une articulation entre les cellules PDP et la CPAM - Une information des médecins traitants à réaliser - Renforcer l'implication des SSTI dans les cellules - Faire témoigner des assurés ayant eu des parcours réussis - De multiples actions de sensibilisation à mener (visite de pré-reprise, CEP, connaissance des dispositifs...)

Atelier n°9 : Le maintien dans l'emploi dans le cadre de l'Emploi Accompagné

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier n°9 portait sur le dispositif de l'Emploi Accompagné, et la mobilisation de ce dispositif dans le cadre des parcours de maintien dans l'emploi, et poursuivait les objectifs suivants :

- Appréhender le dispositif d'Emploi Accompagné comme un outil mobilisable dans un parcours de maintien ;
- Valoriser les pratiques de coordination d'acteurs par les dispositifs d'Emploi Accompagné pour le maintien dans l'emploi.

Intervenants		Organisme
Animatrices	Laëtitia LELEUX et Vanessa SAUMIER-CRASSOUS	Agefiph Ile-de-France
Témoins	Eléonore MOREAU	Dispositif d'Emploi Accompagné LADAPT 92
	Abdel SENBEL	
	Elsa MASSE-PICHOT	

2/ Introduction de l'atelier

Dans un premier temps, une présentation du dispositif de l'Emploi Accompagné est réalisée : cadre réglementaire, objectifs, modalités d'accès, acteurs mobilisés, etc. Il est rappelé que l'objectif de l'emploi accompagné est de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi par la sécurisation de leur parcours professionnel en milieu ordinaire de travail. Cet accompagnement sur le long terme concerne le travailleur handicapé, mais également son employeur. Le dispositif d'emploi accompagné intervient ainsi pour :

- L'évaluation de la situation du travailleur handicapé ;
- La détermination du projet professionnel et l'aide à sa réalisation ;
- L'assistance du bénéficiaire dans sa recherche d'emploi ;
- Et l'accompagnement dans l'emploi en fonction des besoins et des évolutions du projet de vie de la personne et, le cas échéant, de son handicap.

Ensuite, les critères d'éligibilité au dispositif sont rappelés :

- les travailleurs handicapés ayant obtenu la RQTH ;
- les travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- les travailleurs handicapés d'ores et déjà en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

Un focus est ensuite réalisé sur le volet maintien dans l'emploi dans le cadre de l'Emploi Accompagné : les personnes pouvant en bénéficier, les actions spécifiques mobilisables sur ce volet, les liens avec les employeurs et autres acteurs du maintien, etc. Plusieurs exemples de situations de

salariés ayant bénéficié de l'Emploi Accompagné dans le cadre d'un parcours de maintien sont enfin présentés.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser le dispositif Emploi Accompagné, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions d'amélioration**.

Difficultés et freins pour mobiliser le dispositif Emploi Accompagné	Leviers, bonnes pratiques ou propositions pour mobiliser le dispositif Emploi Accompagné
- Une méconnaissance du dispositif Emploi Accompagné de la part des employeurs, et parfois des réticences observées de leur part - Des délais de traitement des demandes d'orientation de la part des MPDH relativement importants et hétérogènes selon les départements - Des difficultés à repérer les interlocuteurs et réseaux d'acteurs mobilisables et leur complémentarité - Un enjeu d'information du salarié, pour le convaincre d'engager les démarches pour bénéficier de l'emploi accompagné - La nécessité de clarifier la place et le rôle des personnels médicaux (médecins traitants, médecins du travail) vis-à-vis du dispositif	- Réaliser une meilleure communication auprès des entreprises, des acteurs et des membres des services de santé au travail - Un enjeu de simplification des démarches pour gagner en rapidité et en fluidité - Un enjeu de clarification des situations concernées : pour qui / pour quoi / comment - La nécessité de favoriser la coordination pluridisciplinaire en entreprise - Mieux accompagner les entreprises dans la connaissance et l'appropriation de ce dispositif - Proposer une procédure simplifiée - Associer les branches et fédérations professionnelles pour élargir le panel des entreprises - Renforcer le travail de proximité entre les équipes de l'emploi accompagné et les conseillers Cap/Pôle Emploi

Atelier n° 10 : Les CRP, des formations pour rebondir

1/ Rappel des objectifs de l'atelier

L'atelier consacré aux CRP poursuivait un double objectif : montrer la plus-value possible des formations en CRP dans le cadre d'un parcours de maintien dans l'emploi, et identifier le processus permettant l'orientation en CRP pour des salariés en parcours de maintien.

Intervenants		Organisme
Animateur	Pierre JOLIDON	Cabinet Amnyos
Témoins	Olivier JOOS	Directeur du CRP Beauvoir et du centre de pré-orientation 78 à Rambouillet et Poissy
	Armelle BRISTIEL	Coordinatrice Centre de préorientation 78
	Doriane AUMON	Responsable pédagogique au CRP d'Aubervilliers

2/ Introduction de l'atelier

Dans un premier temps, les témoins se sont attachés à **présenter le fonctionnement, les missions et les modalités d'accès aux CRP** (Centre de Réadaptation Professionnelle et sociale), **CPO** (Centre de Pré-Orientation) **et UEROS** (Unité Expérimentale d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle).

En particulier, les intervenants sont revenus sur le **rôle des CRP** (missions d'un CRP, offre de formation pouvant être mobilisée dans un parcours de maintien dans l'emploi via une reconversion ou une réorientation professionnelle), **et les modalités d'accès**. Ainsi, une distinction a été apportée si le salarié souhaite accéder à l'offre de service proposée par les CRP **suite à un licenciement pour inaptitude** ou en cas de **maintien dans l'emploi**.

De **nombreux échanges** ont émaillé l'intervention des animateurs et ont permis de nourrir les discussions. Celles-ci ont essentiellement porté sur le **rôle joué par la MDPH** dans le mécanisme d'accès à l'offre de services proposée par les CRP et les **délais associés**, la **situation administrative et statutaire** dans laquelle se trouvaient les salariés concernés par ces parcours et les **enjeux de coordination** entre les acteurs du maintien dans l'emploi pour **sécuriser le parcours** des personnes concernées.

La seconde partie de l'atelier était consacrée à des **retours d'expérience**, au travers de la présentation de **plusieurs situations individuelles** qui permettent d'illustrer le **processus d'accès au CRP** et de valoriser **l'effet-levier de la formation en CRP** comme outil du maintien.

3/ Contributions des participants

Dans un second temps, les participants ont été invités à identifier les **difficultés et freins** pour mobiliser les formations en CRP dans les parcours de maintien, mais également les **leviers, bonnes pratiques ou propositions** pour favoriser la mobilisation des formations en CRP dans les parcours de maintien

Difficultés et freins pour mobiliser les formations en CRP dans les parcours de maintien	Leviers, bonnes pratiques ou propositions pour favoriser la mobilisation des formations en CRP dans les parcours de maintien
- Une méconnaissance de l'offre de services proposée par les CRP - Une sous-utilisation des CRP comme outil du maintien dans l'emploi pour les salariés concernés - Des procédures administratives et les délais associés susceptibles de freiner - La nécessité de disposer la RQTH considérée comme un frein pour favoriser les parcours de maintien - Une position administrative et statutaire du salarié qui reste méconnue en cas de mobilisation du CRP sur une situation de maintien (bénéfice des IJ, suspension du contrat de travail, durée d'éligibilité...)	- Des actions d'information à destination des entreprises à renforcer - Un enjeu d'élargissement des publics susceptibles d'être éligibles à l'offre de service des CRP (personnes ne disposant pas de la RQTH, jeunes, seniors...) - Des équipes pluridisciplinaires valorisées par les participants, mettant en évidence l'intérêt d'un accompagnement sur le plan professionnel comme sur le plan médico-social

4/ Ressources

- Diaporama mis à disposition par les intervenants rappelant le cadre d'intervention des CRP, ainsi que les coordonnées de l'ensemble des CRP d'Ile-de-France (dossier documentaire jo

Tables-rondes

14h30 à 16h00



Trois tables-rondes thématiques étaient proposées aux participants :

- 1 – Co-construire une démarche de maintien avec les partenaires sociaux à l'échelle d'une branche ou d'une entreprise
- 2 – Le rôle du référent handicap en lien avec les autres acteurs de l'entreprise
- 3 – Accompagner le maintien dans l'emploi dans le cadre de certaines pathologies



Table ronde n°1 : Co-construire une démarche de maintien avec les partenaires sociaux à l'échelle d'une branche ou d'une entreprise

1/ Rappel des objectifs de la table ronde

La table ronde avait pour objectif de tirer profit des **retours d'expériences de branches et entreprises ou établissements publics** ayant **structuré une politique de maintien** par la **négociation collective**.

Ainsi, la table ronde devait **aborder** et **répondre** aux questionnements suivants :

- Quels **enjeux** et **préoccupations** ont conduit à faire du maintien dans l'emploi un **sujet de la négociation collective** au niveau de la branche ou de l'entreprise ? Quel **rôle des partenaires sociaux** dans l'initiative de la démarche ? ;
- Quelle a été la **méthodologie de co-construction** de l'accord / du protocole avec les partenaires sociaux de la branche ou de l'entreprise / établissement public ? (étapes, conditions ayant permis de déboucher, nature et périmètre de l'accord : handicap, maintien, QVT, etc....) ;
- Comment est **animée la politique de maintien** issue de l'accord / du protocole ? Comment cette politique se diffuse aux entreprises de la branche, établissements... (notamment quand il s'agit d'établissements de petite taille) ? Quel rôle des partenaires sociaux dans cette animation, ainsi que le suivi et l'évaluation de la politique de maintien ? ;
- Quels sont les **liens techniques avec les acteurs institutionnels du maintien** pour soutenir, étayer, la politique de la branche ou de l'entreprise / l'établissement public ?

Pour répondre à ces questionnements, la table ronde a mobilisé les intervenants suivants :

- **Jean-Sébastien COUTEUX**, Directeur du Pôle Social de l'APAS BTP
- **Jean-Marc SOULODRE**, Directeur Développement & Communication du FASTT
- **Pierre-Marie LASBLEIS**, Directeur Général de l'OETH
- **Céline RIBES**, Responsable du service qualité de vie au travail, diversité et handicap, Malakoff-Médéric-Humanis
- **Pierre COLONNA**, DRH AP-HP
- **Christian ALLIES**, Directeur Régional de l'ARACT Ile-de-France

2/ Synthèse des échanges

1. Présentation des intervenants

Jean-Sébastien COUTEUX, Directeur du Pôle Social de l'APAS BTP, présente tout d'abord **l'APAS BTP, association créée en 1946 par des représentants des entreprises et des salariés**. La question du **paritarisme** constitue un élément socle du fonctionnement de l'APAS BTP, dont l'objet est la gestion des œuvres sociales des entreprises du BTP. Elle intègre très tôt les enjeux de **maintien dans l'emploi**, comme l'illustre la création du service du reclassement professionnel dès la fin des années 1940.

Jean-Marc SOULODRE, Directeur Développement & Communication du FASTT, rappelle la particularité du métier de l'emploi temporaire : les salariés intérimaires travaillent sur tous les métiers, la branche présente donc comme singularité le fait que **tous les risques professionnels sont représentés**, avec un volume d'accidents du travail important. Dès lors, la question du maintien dans l'emploi représente des enjeux sociaux et économiques importants, et c'est notamment ce qui a conduit les partenaires sociaux de la branche à s'intéresser aux enjeux du maintien dans l'emploi. Dès 1992, le FASTT est créé pour organiser la politique de la branche sur le volet du maintien dans l'emploi.

Pierre-Marie LASBLEIS, Directeur Général de l'OETH, présente de son côté l'OETH. Agréée depuis 1991 par le Ministère du travail, **l'accord OETH est le premier accord relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif**. Cet accord réunit la Croix-Rouge française, la Fehap, Nexem et les organisations syndicales CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT et FO. Cela représente environ **4 500 organisations associatives**, dont 1 000 sur l'Île-de-France. Le secteur du social et du médico-social a contracté un accord dès 1991, au départ non pas pour répondre à des enjeux de maintien dans l'emploi, mais surtout d'intégration. En effet, ce secteur accompagne les usagers d'EA, d'ESAT, de CRP... et ces structures, en tant qu'employeurs, se sont également responsabilisées dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique en faveur de l'insertion puis du maintien dans l'emploi à l'égard de leurs salariés.

Céline RIBES, Responsable du service qualité de vie au travail, diversité et handicap au sein du groupe Malakoff-Médéric-Humanis, indique que **le travail avec les partenaires sociaux a été engagé depuis de nombreuses années sur les sujets de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap**. A titre d'illustration, un accord est actuellement en cours de renouvellement, et ce dernier comprendra une partie importante sur le volet de maintien dans l'emploi.

Pierre COLONNA, DRH de l'AP-HP, rappelle que l'AP-HP recense plus de 73 000 agents répartis au sein de 36 hôpitaux, regroupés en six groupes hospitaliers. Il indique que la culture de négociation est ancienne à l'AP-HP : **les premiers protocoles négociés l'ont été en 1998, pour favoriser l'accès durable à l'emploi et pour l'égalité des chances pour les travailleurs handicapés**. Il indique que la question du dialogue avec les représentants du personnel est une constante : l'ensemble des partenaires sociaux participent aux négociations, en nombre égal, quelle que soit la représentativité.

Enfin, **Christian ALLIES**, Directeur Régional de l'ARACT Île-de-France, rappelle les **chantiers principaux de l'ANACT et des ARACT** : qualité de vie au travail, prévention des risques professionnels, égalité,

promotion et accompagnement du dialogue social. Il note que **les entreprises basculent de plus en plus d'une approche liée au reclassement aux enjeux liés au maintien dans l'emploi**. De son côté, l'ARACT passe elle-même d'une démarche centrée sur la prévention des risques professionnels à une approche plus large en ayant un prisme dédié à la qualité de vie au travail.

2. La méthodologie pour co-construire une politique de maintien dans l'emploi et pour la faire vivre

Pour **Pierre COLONNA**, le constat de départ a été la nécessité **d'améliorer la manière dont sont accompagnés les personnels en reconversion**. De nombreux agents, plus particulièrement dans les **métiers exposés** (il cite notamment les aides-soignants), peuvent rencontrer des difficultés à se reconverter et à mener une seconde partie de carrière anticipée et préparée. Afin de structurer la réponse de l'AP-HP aux enjeux relatifs au maintien dans l'emploi, **un protocole central a été élaboré et concerne l'ensemble des sites**. Celui-ci permet ainsi de **définir des orientations à l'échelle de l'ensemble de l'AP-HP**. Il porte sur la politique en faveur des personnels handicapés et sur les mesures concrètes à mettre en œuvre pour l'accompagnement des agents et leur maintien dans l'emploi.

Pour aboutir à cet accord, **plusieurs étapes ont été nécessaires**. Elles se sont notamment traduites par la tenue de **11 réunions de travail**, ce qui représente plus de **45 heures de négociation** qui ont **largement mobilisé en interne** (DRH locaux, ensemble des partenaires sociaux, etc.). Parmi les éléments de négociation, la **volonté de la part des membres du CHSCT de participer aux commissions locales de gestion personnalisée des agents**, réunions de travail pluridisciplinaires portant sur **l'identification de solutions individuelles** pour les agents rencontrant des problématiques de santé. Aussi, le protocole organise les modalités de participation des membres du CHSCT à ces réunions et en fixe les modalités.

Pour aboutir à la signature de ce protocole, il a été nécessaire, selon Pierre COLONNA, de **mobiliser les acteurs de proximité** et de les faire témoigner de leurs expériences de terrain, tout en **associant très largement les partenaires sociaux tout au long de la démarche**.

Céline RIBES précise de son côté que, au sein de Malakoff-Médéric-Humanis, **des accompagnements personnalisés étaient proposés de longue date aux salariés rencontrant des problématiques de santé**, et ce bien avant que des accords soient mis en place. Ce faisant, le groupe a attendu d'enregistrer un savoir-faire concernant l'accompagnement de ces salariés avant d'aborder le sujet avec les partenaires sociaux, ces derniers étant très vigilants sur ces sujets.

Malakoff-Médéric-Humanis s'est ensuite engagé dans **l'élaboration de différents accords** : accord d'entreprise, accord agréé consacré au handicap, puis un accord plus large sur le volet de la diversité (incluant une dimension handicap). Comme pour beaucoup d'entreprises, les **politiques handicap ont été un prémice de réflexions plus larges** sur le volet de la qualité de vie au travail. Aujourd'hui, **cohabitent un accord handicap, un accord qualité de vie au travail, un accord égalité professionnelle**. L'accord agréé permet de s'appuyer sur quelque chose de concret pour **mobiliser les différentes parties prenantes et structurer l'action de l'entreprise**. Madame RIBES précise également que Malakoff-Médéric-Humanis a été vigilant à **créer plusieurs portes d'entrée pour les**

salariés, pour qui l'officialisation d'une fragilité auprès de la Direction des Ressources Humaines peut constituer une étape difficile.

Jean-Sébastien COUTEUX précise de son côté que la **volonté de l'APAS BTP est de permettre à l'ensemble des salariés du secteur de bénéficier de l'ensemble des services de la branche**, peu importe la taille de l'entreprise dans laquelle il est embauché. Dans ce cadre, l'APAS constitue l'outil de la branche sur le volet du maintien dans l'emploi. Au quotidien, **les équipes terrain vont faire remonter un certain nombre de projets qui vont être travaillées par des commissions, au sein desquelles des représentants de collèges d'employeurs et de salariés siègent**. A titre d'illustration, a été mise en place un **accompagnement de salariés rencontrant des problématiques de santé d'ordre psychique, avec l'appui d'une équipe pluridisciplinaire dédiée** (médecin du travail, psychiatre, psychologue clinicien, conseiller en maintien dans l'emploi...). Autre exemple : une **réflexion menée sur le volet de la désinsertion professionnelle**, en proposant un accompagnement individuel aux salariés pour développer des compétences sur le volet de la compréhension de la langue française.

De son côté, **Jean-Marc SOULODRE** indique que les **partenaires sociaux de l'intérim ont partagé un constat selon lequel l'accompagnement des salariés rencontrant des problématiques de maintien dans l'emploi constituait une priorité**, et notamment les enjeux liés à **l'absentéisme de longue durée**. En conséquence, cet enjeu s'est inscrit dans les différents accords de la branche (santé sécurité au travail avec un axe maintien dans l'emploi, un accord formation qui porte également le sujet du maintien dans l'emploi, etc.). Au-delà de ces accords, la question des moyens et du pilotage de ces actions a pu se poser. Aussi, l'ensemble de la branche s'appuie sur le FASTT pour mettre en œuvre l'ensemble de ces actions et dispositifs. Son retour d'expérience l'amène à considérer le fait que **trois conditions de réussite lui semblent nécessaires pour déployer de manière optimale un accord sur le volet du maintien dans l'emploi** :

- Faire de cet axe une priorité d'un point de vue de politique/institutionnel ;
- Se doter d'une structure/d'un service qui va se charger de mettre en œuvre de manière opérationnelle ces actions définies au sein de l'accord ;
- Mettre en place une commission ad hoc paritaire dédiée consacrée à ces sujets.

Pierre-Marie LASBLEIS apporte trois points complémentaires. D'abord, il rappelle que **l'enjeu est que le dialogue social se diffuse à tous les échelons**, de la branche jusqu'aux établissements. Ensuite, le pilotage de l'accord doit pouvoir **s'appuyer sur les fédérations**, qui se chargent ensuite de **relayer aux différents échelons via un chaînage territorial** (branche, régions, entreprises). Enfin, il semble important que le dialogue social ne soit pas que stratégique mais s'inscrive également dans des **logiques très opérationnelles**, de manière à ce que les acteurs de terrain soient pleinement mobilisés dans la mise en œuvre concrète du plan d'actions.

Enfin, **Christian ALLIES** rappelle qu'en Ile-de-France, **l'ensemble des partenaires sociaux se sont réunis pour signer une charte du Plan Egalité** qui porte sur 4 points : discrimination, égalité femmes-hommes, handicap et seniors. Cette charte se clôture le 31 décembre 2019, et un travail est en cours pour la reconduire, pour soutenir l'accord de l'ANI de 2013 et faire en sorte que la qualité de vie au

travail puisse se diffuser au niveau de l'Île-de-France. De son côté, **l'ARACT prône la démarche de conduite de projet animée par une volonté politique et institutionnelle d'agir à court terme.**

3. Le déploiement et l'animation de la politique de maintien

Jean-Marc SOULODRE rappelle dans un premier temps que la branche temporaire concerne 1 000 enseignes de travail temporaire, soit environ 9 000 agences d'intérim. La plupart des agences sont des **petites structures avec peu d'ETP**. Se pose dès lors un **enjeu en termes d'accès à l'information**. Ainsi, un dispositif intitulé « SOS accident du travail » a été lancé en 2014 avec pour objectif d'accompagner les personnes ayant eu un accident du travail sur le volet social. **L'offre de service est continuellement en évolution** et le FASTT a progressivement élargi son champ de compétences. Aujourd'hui, le service est composé d'une trentaine d'assistantes sociales qui ont monté des partenariats au fil de l'eau, avec une volonté **d'agir le plus précocement possible sur les situations de fragilité**. Le FASTT a ainsi mis en place un **protocole rendant obligatoire le signalement de personnes en situation de désinsertion professionnelle**, afin d'appeler chaque personne pour **réaliser un diagnostic social** et de risque de désinsertion professionnelle. 3 000 personnes sont ainsi signalées chaque année, et la moitié d'entre elles sont contactées par le FASTT, et environ **40% des personnes ayant fait l'objet d'un appel téléphonique disposent d'un accompagnement par la suite**. Concernant le volet diffusion, un important travail est mené avec Prism'emploi (fédération des employeurs de la branche) qui **diffuse des messages et informe les entreprises** sur les outils et dispositifs pouvant être mobilisés sur le volet du maintien dans l'emploi. Le FASTT communique également en direct auprès des agences d'emploi via la diffusion d'outils et d'informations (vidéos, témoignages...).

De son côté, **Pierre-Marie LASBLEIS** distingue l'offre de services collective visant à structurer une politique handicap et de maintien et l'offre d'accompagnement individuel des situations.

Concernant **l'offre à destination des salariés**, l'OETH s'appuie de plus en plus sur le **droit commun** (Cap Emploi, Agefiph...) et **mobilise les acteurs spécialisés du territoire**. En parallèle, l'OETH essaie de développer des réponses qui **prennent en compte la particularité des métiers des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux**, en lien avec les outils de la prévention. En outre, l'OETH va insister sur la notion **d'évolution des parcours professionnels** dans le secteur, en particulier pour des métiers particulièrement exposés à des enjeux de pénibilité.

Sur le volet du développement de politiques handicap au sein des établissements, **l'OETH s'appuie sur les référents handicap et tend à accompagner ces derniers par diverses actions** (formations, animations de territoire...). Toutefois, se pose la question de la capacité des petites structures à se doter d'un référent handicap et à assurer leur montée en compétences. Dans ce cadre, **Pierre-Marie LASBLEIS** indique qu'une expérimentation a dernièrement été menée au sein du département du Lot-et-Garonne afin de mutualiser la fonction de référent handicap entre plusieurs structures, permettant de **couvrir les besoins d'une pluralité de structures** organisées en groupement de coopération médico-social.

Il ajoute par ailleurs qu'il lui semble nécessaire qu'il y ait une **volonté politique et institutionnelle à l'échelle de la gouvernance des structures**. Cette volonté peut toutefois être soutenue et appuyée par les partenaires sociaux qui peuvent en faire un sujet prioritaire et susciter la mise à l'agenda de cette thématique.

Pour **Jean-Sébastien COUTEUX**, la question de la diffusion est un enjeu prioritaire pour l'APAS BTP, A ce titre, les **TPE sont plus difficiles à toucher**. Dans les faits, l'APAS BTP va utiliser tous les **leviers potentiels pour mobiliser les dirigeants de petite structure** et les **associer à des réunions de travail** permettant ensuite de présenter l'offre de service et notamment celle relative au maintien dans l'emploi. D'autres outils pour informer les salariés sont mobilisés : l'APAS BTP a par exemple **mis en place un lieu d'accueil mobile** (matérialisé par un camion qui se rend directement sur les chantiers), **déploie des partenariats** et **va à la rencontre des entreprises** pour les informer sur les actions proposées par l'APAS BTP.

Céline RIBES présente ensuite les modalités d'organisation mises en place en interne au sein de Malakoff-Médéric-Humanis pour aborder ces sujets. Tout d'abord, la mission handicap est composée de trois personnes qui ont organisé une répartition géographique des 12 000 salariés de l'entreprise (dont près de 700 en situation de handicap). Des **prises à disposition sont proposées** aux personnes identifiées, et un **diagnostic individuel** est réalisé qui **débouche sur un accompagnement personnalisé**, incluant notamment la mobilisation de partenaires extérieurs (Cap Emploi par exemple).

Côté information des salariés, plusieurs outils sont mobilisés par Malakoff-Médéric-Humanis, et notamment **l'intranet** sur lequel des publications régulières sont mises en ligne. Selon Madame RIBES, **il est important de maintenir une attention constante sur le sujet du handicap** et de **lever les tabous** qui persistent, et notamment sur le handicap psychique. La communication s'appuie donc sur des **retours d'expérience**, des **témoignages** et la **diffusion d'actions de sensibilisation de terrain**, en soutenant un **discours rassurant** favorisant la mise en confiance. En parallèle des actions d'information, un **dispositif d'accompagnement a été mis en place et structure autour d'une multitude d'actions et d'interlocuteurs** (envoi de courriers aux salariés absents de plus 30 jours avec des mises à disposition par exemple). Par ailleurs, Malakoff-Médéric-Humanis propose à ses clients des diagnostics sur le volet maintien, sur les actions de santé, ce qui permet de toucher des TPE et PME qui peuvent manquer de moyens pour aborder ces sujets et accompagner les salariés concernés.

Pierre COLONNA poursuit en soulignant qu'il est nécessaire de **renforcer les actions menées sur le champ de la prévention**, en **anticipant les inaptitudes**, chaque fois que c'est possible, par un accompagnement individuel de l'agent, et ce **avant que la pathologie ne s'installe**. Dans le cas contraire, l'accompagnement individuel des agents est fondamental et constitue une prérogative pour l'employeur en mobilisant l'ensemble de la boîte à outils.

Il ajoute qu'un **travail est en cours sur les métiers « à risque »**, en **particulier celui des aides-soignants, exposé à une pénibilité importante** et particulièrement confronté aux problématiques d'inaptitude. Il reste compliqué pour les professionnels d'entendre qu'il n'est plus possible d'exercer

ce métier. Cela nécessite ainsi de travailler sur les secondes parties de carrière, et de préparer les professionnels aux enjeux liés aux reconversions professionnelles sur des durées le plus souvent très longues.

Également, il précise que depuis plusieurs années, **des référents handicap sont positionnés au sein des établissements, et se chargent notamment de décliner les actions définies à l'échelon central.** De plus en plus, les référents handicap se **professionnalisent** et **montent en compétences**, ce qui leur permet de s'autonomiser et de gérer à l'échelle de l'établissement de nombreuses situations individuelles.

Christian ALLIES conclut cette séquence en rappelant **qu'une étude avait été conduite par la CFDT mentionnant le rôle clé des partenaires sociaux** : la négociation, le lien entre le central et le local, et enfin l'écoute et l'accompagnement. Dans cette étude, **les partenaires sociaux mettaient en évidence le manque de formation des délégués sur le domaine du handicap, peu outillés sur le volet réglementaire et juridique**, ainsi que sur les acteurs et partenaires mobilisables. En outre, se pose la question de la diffusion des pratiques : il existe une multiplicité d'interlocuteurs, et la diffusion des outils au plus grand nombre. **Se pose ainsi la question de la structuration de l'ensemble de ces mécanismes de diffusion.**

4. Conclusion

Afin de conclure cet atelier, **Pierre-Marie LASBLEIS** précise qu'il semble opportun de ne pas faire du maintien dans l'emploi une thématique à part entière, mais plutôt de l'intégrer de manière transversale dans les différents projets de l'entreprise. En outre, se pose la question de la capacité des acteurs à prendre en compte l'offre de services des partenaires spécialisés sur le volet du maintien dans l'emploi, et de construire la continuité des parcours.

Pierre COLONNA ajoute que la réussite du maintien dans l'emploi passe nécessairement par l'anticipation des situations et les actions dédiées à la prévention des risques professionnels. En outre, il ajoute que la pluridisciplinarité constitue un levier de réussite fondamental sur lequel s'appuyer.

Céline RIBES précise que ce sujet de maintien dans l'emploi doit absolument être démystifié et s'inscrire dans une relation de confiance, de manière à faire en sorte que les salariés puissent parler de leurs problématiques et permettre ainsi l'activation des différents droits inhérents.

Enfin, **Jean-Sébastien COUTEUX** insiste sur la nécessité qu'existe des temps de négociation et d'échange entre partenaires sociaux à chacune des strates (nationale, régionale, structure), pour faire remonter les sujets, que ces derniers soient portés et que chaque acteur puisse être un relais.

Jean-Marc SOULODRE rappelle également qu'il lui semble important d'aller vers les publics fragilisés ou susceptibles de l'être, et ne pas nécessairement attendre que la problématique de santé soit avérée. A titre d'illustration, des questions se posent toujours sur la prise de contact, par un service social, des personnes en situation d'arrêt de travail (accueil, suspicion de contrôle...). En pratique, le FASTT a pu constater que l'accueil de ces appels par les personnes concernées étaient



majoritairement très positifs et favorisaient la prise en charge précoce de personnes concernées par les problématiques du maintien dans l'emploi.

Table ronde n°2 : Le rôle du référent handicap en lien avec les autres acteurs de l'entreprise

1/ Rappel des objectifs de la table ronde

La table ronde consacrée au rôle du référent handicap en lien avec les autres acteurs de l'entreprise avait pour objectif d'identifier les organisations internes mises en place par les entreprises ou employeurs publics pour prendre en charge les salariés rencontrant des problématiques de santé ou des risques d'inaptitude et favoriser ainsi leur maintien dans l'emploi.

Il s'agissait de **comprendre le rôle et les missions du référent handicap** ainsi que **les modalités d'organisation** de ces références handicap, de **mettre en évidence l'importance des liens avec les autres acteurs** de l'entreprise ou de l'établissement et les leviers de mobilisations de ces acteurs, de **comprendre le travail pluridisciplinaire** mis en place et l'environnement partenarial mobilisé en externe.

Pour répondre à ces questionnements, la table ronde a mobilisé les intervenants suivants :

- **Julien WOLIKOW**, Responsable prospective, compétences et métiers à la Ville de Paris
- **Vanessa MEGDOUD**, Experte en solutions d'accompagnement au sein de la mission handicap de la Société Générale
- **Christophe DUVAL-ARNOULD**, Délégué aux mutations économiques chez Saint-Gobain Développement.

2/ Synthèse des échanges

1. Présentation des intervenants et de leur structure.

Julien WOLIKOW, responsable prospective, compétences et métiers à la Ville de Paris, rappelle tout d'abord que **le handicap est une thématique qui peut toucher l'ensemble des agents de la Ville** et qu'elle doit être « l'affaire de tous ». Il ajoute qu'il importe de ne pas faire du handicap une question isolée mais au contraire en proposer une approche aussi transversale et intégrée que possible.

De son côté, **Vanessa MEGDOUD**, experte en solutions d'accompagnement au sein de la mission handicap de la Société Générale, rappelle que l'entreprise a signé des **accords triennaux** depuis 2008. Ces accords visaient à créer **une cellule handicap tournée vers le maintien en emploi**, avec des référents handicap dont la fiche de poste a évolué avec le temps pour devenir des experts en accompagnement. La présence de la Société Générale au séminaire est motivée par un besoin d'échanges avec d'autres acteurs et de retours d'expériences sur une notion, le handicap, qui reste **un marqueur de particularité**, et autour duquel l'entreprise voudrait **générer une normalité**, de sorte à ce qu'il soit intégré dans les politiques d'entreprises au même titre que le genre, ou la diversité sociale.

Christophe DUVAL-ARNOULD, délégué aux mutations économiques chez Saint-Gobain Développement, présente quant à lui la façon dont l'entreprise a engagé un travail autour de la gestion des inaptitudes, suite à la loi El Khomri et la mise en place d'un accompagnement lors de licenciements collectifs au sein de leurs structure. Une première réflexion avait été engagée avec l'appui d'**UNIRH** avant de **signer un accord et de créer une mission handicap**. L'enjeu était de **mettre en place une politique handicap pour tous**, sans pour autant créer un système uniforme, afin de répondre aux besoins des 40 000 salariés de Saint-Gobain, répartis dans 60 à 70 entreprises, avec une vingtaine de conventions collectives différentes et des contextes et historiques très variés.

2. L'organisation mise en place dans les structures pour la prise en charge des situations d'inaptitude et de maintien

Julien WOLIKOW rappelle que la Mairie de Paris compte 55 000 agents, et en moyenne 250 personnes par an bénéficiaires de solutions de maintien en emploi (aménagements, formations etc.)

Il précise la distinction entre mobilité et le reclassement. **La mobilité désigne un changement apporté aux conditions dans lesquelles un salarié exerce un emploi**. Elle peut s'apparenter à un changement de catégorie professionnelle, à une mutation, un détachement ou un reclassement. **La mobilité peut intervenir en cours d'exercice** et contrairement au reclassement qui est une forme de mobilité spécifique, elle n'est pas nécessairement conséquence d'une suspension du contrat de travail consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, tandis que **le reclassement fait suite à une déclaration d'inaptitude par la médecine du travail**.

La notion d'**aménagement proportionnée** est clé dans la mise en place d'aménagements adaptés aux besoins des acteurs. Pour une action réussie de maintien en emploi, l'accent doit porter sur la **formation initiale et continue**. Toutefois, des difficultés persistent quant à la définition en amont d'un projet professionnel adapté et en accord avec les aspirations des agents. Les représentants **RH, acteurs centraux dans la mise en place d'aménagements**, sont quelques fois amenés à redéfinir leur projet avec les agents.

Par ailleurs, **il n'est pas suffisant de dispenser une formation pour maintenir un agent**. Il apparaît comme nécessaire de **donner du temps et de l'attention à la phase d'intégration** dans une nouvelle équipe, sur un nouveau poste ou de nouvelles fonctions. Lorsqu'une situation d'inaptitude est déclarée, une **période préparatoire de 12 mois** est d'abord mise en place, suivie d'un **détachement de l'agent** et d'une intégration sur son nouveau poste. Le suivi de l'agent lors de son intégration est un point d'attention majeur au sein de la Mairie de Paris. La réussite d'un aménagement, d'une mobilité ou d'un reclassement passe avant tout par **le soutien du collectif, des collègues et notamment du management**. Un management qui est lui-même confronté à des **injonctions paradoxales** entre **impératifs de productivité**, de performance, et une **organisation du travail bienveillante**, favorable au maintien et à la réintégration de personnes en difficultés. C'est sur ces injonctions paradoxales qu'il faut le plus souvent travailler afin de **trouver un équilibre raisonnable** et raisonné entre des intérêts divergents.

Vanessa MEGDOUD, revient sur la mission handicap de la Société Générale et sur la façon dont elle se compose. S'il n'y a pas de référents handicap au sein de la structure, la mission handicap est

constituée d'une responsable adjointe, d'une personne « secteur adapté », d'une personne dédiée au maintien, d'une personne dédiée au budget, d'une personne dédiée au recrutement et d'une personne relais handicap. Ce modèle, en accord avec les accords triennaux signés en 2008, tend à évoluer puisqu'un nouvel accord est en cours de préparation. In fine, l'objectif serait d'avoir deux personnes dédiées au maintien et deux personnes dédiées au recrutement parmi les six qui composent déjà la Mission.

La réussite de cette cellule tient dans le fait que **chaque agent a une mission bien définie et que les acteurs sont bien identifiés**, de même que le Service de santé au travail malgré des différences entre région. En effet, en région parisienne il s'agit d'un Service de Santé au Travail Autonome, en province d'un SST interentreprises et à Lille et Marseille d'un SST interbancaire. Il y a donc à la fois un maillage national et un maillage local, notamment sur ces 3 acteurs du maintien que forment les SST, avec une sensibilisation sur la thématique du handicap.

Au quotidien, la mission handicap reçoit de nombreuses sollicitations par les managers, la RH, le médecin et les salariés, avec de plus en plus de cas liés aux réorganisations. Face à des structures qui ferment, la question centrale est de savoir « **comment accompagner les personnes sur les changements, la mobilité subie et la notion d'employabilité sur des métiers divers et variés ?** ». Cet accompagnement est d'autant plus important, qu'il existe différentes situations, avec des organisations locales de direction. Ainsi, une agence locale n'est pas confrontée aux mêmes problématiques qu'un service au siège.

Le manager est le premier acteur du maintien. Pour Mme MEGDOUD, il est essentiel de toujours **questionner l'activité dans un collectif de travail**. Il y a ce que peut faire ou non la personne, mais aussi l'impact sur le collectif de travail : « au départ il peut y avoir un collectif bienveillant et avec le temps l'émergence de crispations ». Par ailleurs, le collaborateur peut être vu pour un accompagnement, et il existe une grande diversité de situations et de solutions : une mobilité peut être proposée, qu'elle soit géographique ou de métier ; des temps de télétravail peuvent être aménagés etc. Toutefois, malgré une multitude de solutions possibles pour accompagner au mieux les agents, toutes ne peuvent pas toujours être déployées dans les agences selon les organisations.

Le maintien est avant tout **une gestion singulière qu'il faut continuellement questionner**, et qui **se doit de prendre en compte l'environnement de travail et embarquer l'ensemble des acteurs**, notamment les **acteurs de proximité**. La prise en charge du handicap est donc un travail de longue haleine. Pour y répondre la Société Générale mobilise son réseau interne, mais fait aussi appel à des partenaires externes, des ergonomes. Le recours à une **diversité d'acteurs** permet une **richesse de traitements** et donne à voir des situations variées permettant une capitalisation de l'ensemble des expériences.

L'expérience de l'entreprise Saint-Gobain se différencie quelques peu de ceux de la Société Générale ou de la Mairie de Paris, puisqu'ils sont venus au sujet du handicap après être intervenus sur le maintien en emploi. Pour travailler sur la thématique du maintien, **Monsieur DUVAL-ARNOULD** rappelle la mise en place d'une **cellule veille santé**, ainsi que d'une **équipe pluridisciplinaire** composée à la fois de membres de la RH, d'une assistante sociale, de la médecine du travail et d'autres acteurs selon les besoins. Cette cellule santé se réunit **tous les 1 à 2 mois**. Elle travaille avec des **indicateurs RH** qui répertorient les arrêts courts répétitifs, mais aussi à partir de

signalements émis par le management. La cellule expose les cas et traite les situations lors des séances.

Grâce à cette cellule santé et à la statistique interne, l'entreprise a pu déterminer que 12% à 13% de la population doit faire l'objet d'une veille particulière car elle présenterait des vulnérabilités pouvant entraver le maintien en emploi. Pour Monsieur DUVAL-ARNOULD, bien qu'il ne soit pas possible de prévenir l'ensemble de ces situations « du jour au lendemain », « l'essentiel est de se lancer et de commencer ». Pour Saint-Gobain travailler sur la question du handicap était un moyen de nourrir la politique de maintien dans l'emploi déployée par l'entreprise. **Les référents handicap jouent un rôle central**, ils sont à ce jour 1 référent pour 500 salariés en moyenne, sur 40 000 salariés en tout sur les différentes structures que compte l'entreprise. Cela représente un réseau d'environ 75 référents handicap avec une logique de société et au moins un référent handicap par site. Les infirmières sont majoritairement référentes handicap et les autres acteurs sont essentiellement des acteurs RH.

Si l'implication des infirmières du travail aux postes de référents handicap participe à une continuité d'action, le fait que des acteurs RH occupent ces postes présente à la fois des avantages et des inconvénients. L'ambivalence de la fonction RH entre son rôle de préventeur, d'acteur de l'accompagnement, et sa proximité avec la direction, peut venir entraver la confiance et la libération de la parole. Toutefois, chez Saint-Gobain la RH est perçue comme très investie puisque l'initiative de la politique handicap vient d'une communauté d'acteurs RH et qu'elle s'accompagne d'une politique de confidentialité forte.

Pourquoi ne pas responsabiliser des profils plus techniques ? Pour Monsieur DUVAL-ARNOULD la question ne s'est pas posée en raison de l'implication forte des acteurs RH et des infirmières du travail. Il y a toutefois eu la question de la formation initiale des référents handicap, suivie d'une formation technique et d'une montée en compétence. La suite pour ces référents est la mise en place d'une **coordination régionale, en lien avec l'Agefiph** (animation d'une journée de formation).

Le référent participe aux cellules veille santé, et a un **rôle de communication interne**. Il se doit d'être informé sur la législation, d'aider les managers et est un **interlocuteur auprès de la direction des sociétés**. Il communique autour de la politique handicap.

La cellule maintien santé a un impact non négligeable sur la politique de maintien de Saint-Gobain, toutefois, **le bon fonctionnement de cette cellule dépend grandement du rapport avec la médecine du travail**. Lorsque les rapports avec le SST sont bons ces cellules fonctionnent bien, mais si ce n'est pas le cas, cela peut être problématique. Il faut donc **créer de la confiance avec la médecine du travail et mener des actions de sensibilisation auprès des acteurs du maintien**, mais aussi **des RH** en parallèle de la mise en place des cellules ou d'acteurs référents du handicap.

3. L'articulation entre les acteurs et l'approche pluridisciplinaire autour des commissions et cellules de maintien dans l'emploi

Pour Julien WOLIKOW il faut garder à l'esprit que **le maintien n'est pas un sujet réservé aux acteurs RH**, mais un sujet qui touche l'ensemble des acteurs. Cela implique de **définir des priorités sur la prise en charge**, de **trouver des personnes relais** qui soient investies et avec lesquelles les services internes vont **développer une relation de confiance**, un **dialogue de transparence** permettant de

transcender les difficultés rencontrées. Il s'agit de travailler en collaboration à la fois avec le **FIPHFP**, l'**Agefiph**, la **médecine du travail** et d'autres acteurs. Toutefois, Monsieur WOLIKOW rappelle que si la prise en charge des situations à risques peut se faire par la mobilisation d'acteurs pluridisciplinaires, la décision finale et le reclassement, les aménagements de postes, les mobilités, restent de la **responsabilité de l'employeur**.

Vanessa MEGDOUD ajoute que rien ne peut être envisagé sans **la pluridisciplinarité et l'accompagnement par des prestataires externes** lorsque les ressources ne sont pas disponibles en interne. A la Société Générale il n'y a pas d'ergonomes en interne et l'entreprise fait appel à des experts externes pour bénéficier d'un accompagnement spécifique, de remédiations cognitives, de coachings. En outre, la Société Générale a travaillé avec UNIRH, pour la mise en places des **accompagnements de gestion de retour à l'emploi**, mais aussi afin de **re-questionner l'activité** des personnes en retour de maladie ou d'arrêts prolongés et **l'impact sur le collectif**. **L'accompagnement est par ailleurs multiple** et ne peut être fait qu'auprès du salarié en retour d'arrêt. Pour favoriser un retour en emploi, **l'équipe et le management doivent également être accompagnés** et cela requiert parfois d'être appuyé par d'autres ressources que celles disponibles en interne.

Ainsi, pour certains handicap psychiques, l'entreprise fait appel à d'autres types de prestataires tel que le **club ARIHM**, des prestataires qui font partie intégrante des équipes pluridisciplinaires. Vanessa MEGDOUD met en avant le cas d'une personne avec une pathologie de bipolarité qui avait séquestré son manager. Cet agent avait été déclaré en inaptitude temporaire et lorsque s'est posée la question du retour, l'entreprise a dû préparer l'environnement de travail en amont. Pour ce faire, l'agent en arrêt avait des rendez-vous toutes les 3 semaines au club ARIHM et en parallèle, le club ARIHM intervenait pour préparer le collectif, agir sur les tensions, les craintes suscitées par le retour de l'agent. Des **réunions avec le manager, l'équipe, et le club ARIHM** ont également été organisées. Cette expérience a montré que le retour en emploi ou le reclassement n'est effectif que si **l'ensemble des parties prenantes est impliqué et agit sur le processus de maintien en emploi**. La pluridisciplinarité est dès lors un gage de réussite non négligeable lors de situations sensibles.

4. Organiser le repérage et la prise en charge d'un salarié se trouvant dans une situation de maintien dans l'emploi

Pour la Mairie de Paris, le repérage est un sujet difficile car il est souvent **associé à une crainte de la reconnaissance RQTH** par des agents qui pourraient bénéficier d'aménagements mais n'osent pas dire qu'ils ont des besoins et des difficultés. Cette situation apparaît comme d'autant plus difficile que le handicap peut s'aggraver s'il n'est pas pris en charge et compensé par des aménagements adaptés, maintenant des acteurs fragilisés dans des situations de souffrance au travail.

Monsieur DUVAL-ARNOULD ajoute que les bonnes pratiques consistent à **capitaliser les expériences**, à **impliquer les acteurs de proximité**, et à **être en veille sur ce qui peut se passer avec les collaborateurs**. Il s'agit avant tout **d'anticiper autant que possible les fragilités**. L'important pour Saint-Gobain est d'éviter des cas où les collaborateurs ne se déclarent que lorsqu'ils ne peuvent plus supporter les difficultés et après avoir surcompensé durant des années de travail. La notion d'anticipation consiste à éviter cette surcompensation des collaborateurs et à faire disparaître les appréhensions à se déclarer. Cela requiert non seulement un travail d'anticipation, mais aussi une **politique de signalement**, de **discuter et de partager de l'information** soit par le biais de cellule soit



par le biais d'une identification d'équipe, de **dialogues avec les équipes** qui restent les **acteurs de confiance les plus centraux**.

Table ronde n°3 : Accompagner le maintien dans l'emploi dans le cadre de certaines pathologies (cancer, maladies chroniques évolutives, troubles psychiques)

1/ Rappel et des objectifs et des modalités d'organisation de l'atelier

La table ronde consacrée à l'approche du maintien dans l'emploi par pathologie poursuivait l'objectif de favoriser la **connaissance** de certaines **pathologies** générant des **difficultés particulières de maintien dans l'emploi**, tout en identifiant leurs **incidences** pour l'activité professionnelle des personnes qui en sont atteintes.

En outre, il s'agissait d'**identifier des actions, moyens et outils** susceptibles de **constituer des leviers favorables** pour prendre en charge et compenser ces difficultés dans un contexte professionnel.

Pour répondre à ces questionnements, la table ronde a bénéficié des interventions suivantes :

- **Agnès ROUSSEAU**, Secrétaire générale du comité départemental de la Ligue contre le cancer dans le Val-d'Oise
- **Mathilde VION** et **Sinda SOYAH**, chargées d'insertion professionnelle à l'ARCAT (Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements, groupe SOS)
- **Marie-Hélène RAVEL**, Chargée de mission « Maladie de Crohn et vie professionnelle » au sein de l'AFA (Association François Aupetit, soutien aux malades et à la Recherche sur les Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales),
- **Elise FOSSET-LAGOSZNAK**, Chargée de mission à l'ARACT (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)
- **Dr Maria ILIOPOULOS**, médecin et membre du cabinet ARIHM
- **Frédérique ZIMMER**, Directrice du Centre de Formation ALFAPSY, organisme de conseil et de formation en santé mentale, spécialisé dans la sensibilisation aux troubles psychiques et les évolutions à conduire dans l'inclusion citoyenne des personnes en souffrance.

2/ Synthèse des échanges

1. Présentation des différentes pathologies et leur impact sur l'environnement professionnel

Dans un premier temps, les intervenants se sont attachés à réaliser une **présentation générale des pathologies dont ils sont experts**, tout en réalisant un focus sur les **difficultés particulières pouvant être posées en situation professionnelle** par ces pathologies.

→ Marie Hélène RAVEL, AFA

Dans un premier temps, **Marie-Hélène RAVEL**, Chargée de mission au sein de l'Association François Aupetit, est revenue sur les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), qui regroupent la maladie de Crohn et la Recto-Colite Hémorragique (RCH). Ces maladies se traduisent par une

inflammation et des ulcérations de tout ou partie du système digestif. La maladie peut aussi toucher les articulations, la peau, les yeux.

L'impact sur le travail consiste en des absences répétées ou de longue durée, la difficulté à maintenir la performance sur la durée en raison de la **fatigue**, le besoin d'un **accès fréquent et rapide aux toilettes**, la **difficulté pour cette raison à effectuer des déplacements** y compris domicile-travail.

Madame RAVEL insiste sur les **points suivants** :

- Ces maladies ne se **guérissent pas** ;
- Ces maladies touchent des **personnes jeunes en âge de travailler** (pic d'apparition entre 15 et 30 ans) ;
- Les manifestations sont **très variables dans le temps** (alternance de poussées et de phases de rémission) et la **gravité est variable selon les personnes** ;
- Il existe des **traitements qui permettent d'espacer les poussées**, ils ont eux-mêmes des effets secondaires et certains se pratiquent sous forme de perfusions en hôpital (toutes les 6 à 8 semaines en général), la chirurgie peut être nécessaire dans certaines situations ;
- Ces **maladies ne se voient pas**, comme la grande majorité des handicaps.

→ **Agnès ROUSSEAU, Ligue contre le cancer**

Dans un premier temps, **Madame ROUSSEAU** rappelle que **40 % des cancers peuvent être évités**, les **quatre principaux facteurs de risque** (tabac, alcool, surpoids et sédentarité) **étant évitables**.

Le cancer se caractérise par la prolifération incontrôlée de cellules, liée à un échappement aux mécanismes de régulation qui assure le développement harmonieux de l'organisme. En se multipliant, les **cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs** qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent. Les cellules cancéreuses peuvent également **essaimer à distance** d'un organe pour **former une nouvelle tumeur**, ou **circuler sous forme libre**.

Les **conséquences du cancer sur le monde professionnel est pluriel et dépend de chacun**. Néanmoins, Madame ROUSSEAU met en exergue les incidences en matière de **fatigabilité**, susceptible de générer des **périodes d'absence**.

→ **Mathilde VION et Sinda SOYAH, ARCAT**

Mathilde VION et **Sinda SOYAH** rappellent tout d'abord que 18% de la population active est concernée par les **pathologies accompagnées par l'ARCAT**. Ces pathologies sont ainsi à la fois répandues et souvent invisibles.

L'ARCAT se singularise par la **grande diversité de problématiques de santé accompagnées** :

- Maladies inflammatoires articulaires chronique,
- Maladie articulaire : arthrose, spondylarthrite
- Les maladies rénales - Les diabètes
- Les cancers - Maladies infectieuses : VIH, VHC
- Les maladies cardiaques : AVC, infarctus etc...

- Maladies respiratoires : BPCO
- Maladies du sang : drépanocytose
- Maladies neurologiques : SEP
- Maladies neurodégénératives : Parkinson, Charcot...
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : RCH, Crohn
- Maladies auto immunes : lupus, polyarthrite rhumatoïde

Selon l'ARCAT, le fait d'apprendre d'être concerné par une problématique de santé est susceptible de constituer une **expérience traumatique**. Les individus concernés peuvent être fragilisés (image de soi, confiance en soi...) et isolés, et les **conséquences de la maladie pouvant être parfois mal comprises** par l'entourage professionnel comme personnel.

Dans l'environnement professionnel, ces problématiques de santé peuvent se manifester par de **l'absentéisme**, des **retards** voire un **décrochage**. En outre, cette **fragilisation psychologique** éprouvée par les personnes malades est souvent renforcée par une multitude d'autres facteurs. Tout d'abord, **l'invisibilité de la maladie** qui peut provoquer un décalage entre ce que peuvent vivre et ressentir les personnes concernées et ce qui est perçu par l'environnement direct. De plus, ces pathologies sont susceptibles de générer une **fatigabilité** importante liée aux effets des traitements ou en répercussion de la maladie elle-même. En outre, des **douleurs aiguës** peuvent être ressenties, lesquelles sont par ailleurs invisibles. Aussi, les personnes concernées peuvent être exposées à un **sentiment d'incompréhension** de la part des proches comme du milieu de travail, et peuvent connaître le sentiment de devoir toujours se justifier, créant un risque d'isolement et de repli sur soi. Enfin, les personnes atteintes de ces différentes pathologies peuvent ressentir une certaine **fatigue psychique**, difficile à estimer et souvent invisible pour l'entourage familial et professionnel, due aux effets de la maladie et/ou des traitements.

→ Dr Maria ILIOPOULOS, ARIHM et Frédérique ZIMMER, ALFAPSY

Maria ILIOPOULOS (Arihm Conseil) et Frédérique ZIMMER (Alfapsy) présentent ensuite le handicap psychique. Tout d'abord, une distinction est opérée entre le handicap mental et le handicap psychique. L'expression « **handicap mental** » qualifie à la fois une **déficiences intellectuelle** (approche scientifique) et les **conséquences qu'elle entraîne au quotidien** (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Le **handicap mental constitue ainsi la conséquence d'une déficiences intellectuelle**.

Le **handicap psychique** est, quant à lui, la conséquence d'une maladie mentale. Comme le définit l'Unafam, la personne malade mentale est un individu « *qui souffre de troubles d'origines diverses qui entachent son mode de comportement d'une façon momentanée ou durable et inégalement grave* ». Le handicap psychique **n'affecte pas directement les capacités intellectuelles** mais plutôt **leur mise en œuvre**. Il est toujours associé à des soins et ses manifestations sont variables dans le temps.

Le tableau ci-contre¹ recense les différentes **catégories** de troubles, les **pathologies** associées, leur **prévalence**, **caractéristiques** ainsi que les **retentissements au travail**.

Catégorie	Pathologies	Prévalence ¹	Caractéristiques	Retentissement au travail
Troubles anxieux	Phobie, anxiété généralisée, troubles paniques, troubles obsessionnels compulsifs (TOC)...	15 à 25% de la population	Peur intense, involontaire et non contrôlable dans certaines situations. Les troubles anxieux se caractérisent par une préoccupation constante, un état de vigilance soutenu autour de la source d'anxiété.	Les troubles anxieux demandent un investissement d'énergie important de la part de la personne pour mener à bien ses activités quotidiennes tout en essayant d'inhiber ses préoccupations.
Troubles de l'humeur	Troubles dépressifs	5 à 15% de la population	Humeur triste de façon intense et durable, perte d'intérêt, fatigabilité, lassitude, ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration, de mémorisation, perte d'initiative, troubles du sommeil.	Les troubles de l'humeur ont des répercussions importantes sur certains aspects tels que la motivation, la prise d'initiative, la perception ou encore la relation aux autres.
	Troubles bipolaires	1 à 2% de la population	Oscillation entre des périodes de grande euphorie (humeur exaltée, sentiment de toute-puissance, accélération du processus de pensée, hyperactivité...) et des périodes de vécu dépressif intense.	
Troubles psychotiques	Ex : Schizophrénie	1% de la population	Décalage avec le monde environnant. La représentation de soi et du monde est altérée. Délires, hallucinations ou perturbations du cours de la pensée et du discours en sont des symptômes. Des difficultés d'attention, de traitement de l'information ou encore des difficultés à planifier, organiser, initier l'action (fonctions exécutives) sont aussi observées.	Bien qu'invisibles, certains symptômes cognitifs tels que les difficultés de planification ou les troubles de la mémoire peuvent être bien plus handicapants en contexte professionnel que des symptômes plus « graves » tels que les hallucinations qui peuvent être, à l'heure actuelle, traités par un traitement médicamenteux adapté.
Troubles du spectre autistique	Autisme typique, Syndrome d'Asperger...	Moins de 1% de la population	Des difficultés de communication (expression et compréhension), altération des compétences sociales (interaction avec autrui), intérêts particuliers et comportements stéréotypés.	Les compétences sociales sont altérées, la personne doit « apprendre » les normes sociales, ce qui cause des difficultés d'adaptation aux nouvelles situations.

Dans le monde professionnel, **l'expression du handicap psychique reste difficile**. Sujet à un certain nombre de **méconnaissances** et de **tabous**, le handicap psychique n'est pas toujours abordé en entreprise. Les **répercussions** des problématiques psychiques, comme les pathologies que recouvre cette famille, sont **très variables** : **ralentissement moteur** et **intellectuel** entraînant une vitesse d'exécution des tâches moindre, **fatigabilité** pouvant entraîner un manque d'attention, des **oublis** ou des erreurs, des **difficultés de compréhension**, de **concentration** ou encore de **mémorisation** qui peuvent rendre la réalisation de certaines consignes plus compliquées. De plus, la personne concernée peut avoir un sentiment de **dévalorisation** et de **perte de confiance en soi** pouvant amener, dans certains cas, à un **repli sur soi**. Enfin, le handicap psychique peut également se traduire par des **problématiques relationnelles** qui créent des tensions dans les équipes de travail.

¹ « Handicap psychique et emploi - Contexte et enjeu », Note de synthèse réalisée par l'Observatoire du CRDI à la demande de la Direccte Rhône-Alpes, Janvier 2016. http://www.handiplace.org/dl_pub.php?p=1360

→ **Elise FOSSET-LAGOSZNIAK, ARACT**

Madame FOSSET-LAGOSZNIAK, chargée de mission au sein de l'ARACT Ile-de-France, conclut cette première partie en rappelant que **15 % de la population active est atteinte de maladie chronique évolutive**, et que l'enquête « La vie 2 ans après le diagnostic de cancer² » mettait en évidence que la situation professionnelle s'est dégradée pour une majorité des personnes concernées (1 personne sur 3 a quitté ou perdu son emploi). Même si l'ARACT a davantage l'habitude de s'intéresser aux problématiques de santé générées par le travail, il y a un enjeu à **favoriser le maintien dans l'emploi et à s'intéresser au travail et aux conditions d'activité** qui font qu'ils peuvent (ou non) s'y maintenir.

De son côté, **l'ARACT ne propose pas une entrée par les pathologies mais par l'impact de ces dernières sur le travail**. Les impacts des différentes pathologies évoquées au cours de cette table ronde sont souvent communs.

L'ARACT constate tout d'abord un enjeu autour de la **régulation de la prise de traitement** : certaines personnes privilégient le travail et vont ainsi décaler la prise de certains traitements dont les effets secondaires interviennent durant le temps de travail (ex. : lever plus tôt ou prise du traitement le soir générant des effets secondaires la nuit). De plus, les personnes concernées peuvent connaître **fatigue, douleur, somnolence, problèmes de concentration**, entraînant une **variabilité de l'état cognitif** (concentration, mémorisation) et de l'état physique, générant ainsi une **variabilité de la capacité opérative**. Également, l'émergence de problématiques de santé peut faire apparaître une **crainte de la stigmatisation**, un sentiment d'insécurité voire une perte de confiance. Enfin, les personnes concernées peuvent connaître de l'**absentéisme**, qui peut être long en cas d'hospitalisation mais aussi de courte durée dans le cadre du parcours de soin ou de la récupération. Cet **absentéisme** de courte durée est nécessairement plus difficile à gérer pour l'entreprise en termes d'organisation du fait de l'imprévisibilité qu'il génère (remplacement au pied levé, report de charge de travail, tensions dans le collectif de travail, risque de retard dans les délais). De plus, **l'absentéisme** fréquent peut entraîner un déclassement ou le retrait de certaines responsabilités pour la personne concernée. Plus largement, une part de la performance des entreprises tient à sa capacité à maintenir ses salariés au travail.

2. Les outils et actions susceptibles de constituer des leviers en faveur du maintien dans l'emploi

Concernant les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), plusieurs leviers permettent de favoriser le maintien dans l'emploi. Ces maladies peuvent donner lieu à l'**obtention de la RQTH**, mais Madame RAVEL rappelle que les malades ne la demandent pas toujours car ils ont du mal à se considérer comme handicapés et ne veulent pas être « étiquetés ». De plus, 40% des malades ont des difficultés importantes au travail, mais ils sont **motivés pour travailler** et aussi **compétents et formés** que la moyenne. La première condition pour un aménagement est de pouvoir en **parler** et donc de trouver un **climat favorable** pour le faire. Ainsi, il est nécessaire de briser le cercle vicieux (on n'en parle pas donc on s'épuise à faire comme les autres et ça va de plus en plus mal, et l'employeur ne comprend pas pourquoi). Le **premier problème pour les malades est la fatigue** : les

² Source : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>

personnes concernées sont avant tout demandeurs de flexibilité dans l'organisation du travail : temps de travail, lieu de travail, etc.

Quelques pistes peuvent ainsi être explorées : télétravail, temps partiel, horaires décalés (plus tard le matin car intestin actif au réveil), gestion annualisée du temps de travail, échanges avec de faciliter les absences pour les soins et les examens. A noter que tous ces points sont applicables pour l'essentiel aux autres maladies chroniques

S'agissant des cancers, les personnes concernées sont le plus souvent en **arrêt de travail**. La question du **maintien dans l'emploi** se pose donc au moment du **retour dans la vie professionnelle**, de manière à ce que ce dernier se passe dans les meilleures conditions possibles.

Des outils peuvent être mobilisés, au premier rang desquels la **visite de pré-reprise** auprès du médecin du travail. Cette visite peut également être demandée par le médecin traitant ou le médecin conseil. Elle doit permettre au salarié et à son entreprise de **mieux préparer les conditions de la reprise** et à **envisager les possibilités d'un aménagement du poste de travail** ou d'un **reclassement** dans l'entreprise ou dans un autre cadre de travail. Du fait du secret médical auquel est soumis le médecin du travail, **l'employeur n'est pas informé de la démarche de préparation de reprise**. Cependant, si des aménagements doivent être anticipés, dans ce cas, le médecin du travail pourra prendre contact avec l'employeur.

Les personnes concernées peuvent se questionner sur l'**opportunité ou non d'en parler à leur employeur**. Rien n'oblige la personne à en informer son employeur ou ses collègues de la nature de la maladie. Cette **décision relève donc exclusivement du choix de la personne concernée**. Parler de son cancer peut être un choix qui permet à la personne de se sentir plus à l'aise et **avoir un impact positif** : sentiment de confiance, soutien des collègues et de l'employeur, bienveillance vis-à-vis des demandes d'organisation ou d'aménagement, etc.

Concernant les problématiques de santé pour lesquelles l'ARCAT intervient, différents leviers de compensation sont évoqués. Tout d'abord, **auprès des personnes concernées elles-mêmes** : valoriser les compétences et qualités, se focaliser sur ce qu'elles peuvent faire, mise en place de télétravail, identifier des objectifs de réalisation hebdomadaires et non journaliers (gestion souple), mais également s'appuyer sur la connaissance qu'elle a de sa maladie et des besoins/ et contraintes qu'elle a identifiées (aménagement du temps, du bureau, des locaux...). Des **outils matériels** peuvent également être mis en place : siège assis-debout, écran, éclairage spécifique, changement de bureaux pour être en proximité immédiate des toilettes, salle de pause à proximité, etc. Les **aménagements** peuvent également être **organisationnels** : pauses courtes mais plus nombreuses, alternance des stations assise et debout, repas pris en plusieurs fois et/ou à heure fixe pour prise de traitement, etc.

Maria ILIOPOULOS (ARIHM) et Frédérique ZIMMER (ALFAPSY) abondent en ce sens, en ajoutant que **des actions peuvent être mises en place à l'échelle de l'employeur** : réflexion et concertation collectives, sensibilisation des employeurs, des collègues et des IRP voire du médecin du travail. En parallèle, des **réorganisations collectives du travail** peuvent être imaginées : nouveau partage des tâches, adaptation et évolution des postes de travail. Des outils tels que le **tutorat** ou la **médiation** peuvent également être mobilisés dans le cadre de certaines pathologies. Aussi, c'est finalement

l'assemblage de l'ensemble de ces mécanismes de compensation qui va permettre **d'identifier la solution adaptée à l'individu** et lui permettre d'être maintenu en emploi.

Madame FOSSET-LAGOSZNIAK (ARACT Ile-de-France) indique de son côté qu'il lui semble important de **créer les conditions pour que la parole se libère**. Plus globalement, l'entreprise doit engager un travail pluriel pour structurer sa politique en faveur de maintien dans l'emploi, via :

- Un travail à engager autour de la **coordination des acteurs** (cellule de maintien dans l'emploi, organisation de la pluridisciplinarité...) ;
- Une réflexion à mener sur les **circuits d'information** afin de **rendre lisible et visible les circuits d'acteurs ressources à mobiliser** (qui, pour, quoi, où, quand) ;
- **Outiller les managers de proximité** : formation au facteur humain, formation à l'impact des pathologies sur les personnes et leur travail (avec le concours du médecin du travail et des associations de patients) ;
- Travailler la recherche de solution **avec la personne** afin de la rendre le plus possible « actrice de son propre parcours de maintien ».

Au-delà de la proactivité soutenue des employeurs, il convient également de **lever les freins identifiés au maintien dans l'emploi des maladies chroniques évolutives** : méconnaissance des maladies chroniques évolutives et de leurs conséquences dans le travail au quotidien, représentations négatives de la maladie (« une personne malade ne peut plus travailler » alors que l'intégration de la sphère professionnelle dans le parcours de soin est un principe clé).

La table ronde est ensuite conclue en mettant en exergue que malgré la grande diversité des pathologies évoquées durant l'après-midi, les solutions de maintien dans l'emploi s'appuient sur les mêmes pistes de réflexion : aménagements organisationnels comme humains, et que ces outils doivent s'inscrire dans une démarche en faveur du maintien dans l'emploi proactive de l'employeur comme de l'ensemble des collaborateurs.

3/ Contacts des structures spécialisées intervenues lors de la table ronde

Interlocuteur	Téléphone	Mail	Site internet
Association François Aupetit	Permanence téléphonique pour les personnes concernées : 01 43 07 00 63 le mercredi après-midi	travail@afa.asso.fr	https://www.afa.asso.fr/
Club ARIHM	01 53 98 74 74	arihmconseil@arihm.com	http://www.arihm.org/index
Ligue contre le cancer	0 800 940 939	https://www.ligue-cancer.net/pages/contact	https://www.ligue-cancer.net/
ARACT Ile-de-France	01 53 40 90 40	http://aractidf.org/contact	http://www.aractidf.org/
ALFAPSY	01 69 39 24 51	https://www.alfapsy.fr/contact-alfapsy/	https://www.alfapsy.fr/
ARCAT	01 44 93 29 29	secretariat@arcate-sante.org	https://www.arcate-sante.org/

4/ Ressources

- Guide publié par l'ANACT « 10 questions sur... les maladies chroniques évolutives et les cancers au travail » : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-les-maladies-chroniques-evolutives-au-travail-0>
- Modules e-learning de l'ARACT Hauts de France : <http://hautsdefrance-aract.fr/boite-a-outils/les-modules-de-learning-developpes-par-le-cestp-aract-picardie-aract-hauts-de-france/>
- Livre Blanc « Maladies chroniques et travail : place à l'action ! » (dossier documentaire joint)
- Diaporama de présentation de l'AFA et des questions liées au travail en cas de MICI (dossier documentaire joint)
- Infographie de synthèse d'une étude sur les difficultés au travail des patients atteints de MICI (dossier documentaire joint)