



HAL
open science

Maintien dans l'emploi en Lorraine: quels impacts de la réforme de la sante au travail pour les services interentreprises en termes de pratiques des médecins du travail et de dynamique partenariale avec les acteurs extérieurs à l'entreprise ?

Auréline Turck

► To cite this version:

Auréline Turck. Maintien dans l'emploi en Lorraine: quels impacts de la réforme de la sante au travail pour les services interentreprises en termes de pratiques des médecins du travail et de dynamique partenariale avec les acteurs extérieurs à l'entreprise ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932140

HAL Id: hal-01932140

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932140>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2016

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Auréline TURCK

Le 26 mai 2016

**MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN LORRAINE :
QUELS IMPACTS DE LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL
POUR LES SERVICES INTERENTREPRISES EN TERMES DE
PRATIQUES DES MEDECINS DU TRAVAIL ET DE DYNAMIQUE
PARTENARIALE AVEC LES ACTEURS EXTERIEURS A
L'ENTREPRISE ?**

Examineurs de la thèse :

Monsieur C. PARIS	Professeur	Président
Monsieur J. PAYSANT	Professeur	Juge
Madame I. THAON	Maître de Conférences	Juge
Madame M. LEONARD	Docteur en médecine	Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation à la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Brunon LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE – Jean AUQUE – Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE- Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT – Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ – Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN – Gérard Hubert - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD – François PLENA - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND- René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

- Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC -Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Gérard VAILLANT – Paul VERT - Hervé
VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-
Pierre CRANCE – Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER- Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel
SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur René ANXIONNAT– Professeur Alain BLUM– Professeur Serge BRACARD – Professeur Michel
CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT–Professeur Jacques FELBLINGER

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT– Professeur Bernard NAMOUR – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeure Céline PULCINI – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET– Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Edoardo CAMENZIND – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET– Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; Transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MEDECINE GENERALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Nathalie AUCHET – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MEDECINE GENERALE

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur Christophe PARIS

Professeur de Médecine et de Santé au travail

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider mon jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir témoigné votre confiance en m'acceptant dans votre spécialité, je vous remercie également pour la richesse de votre enseignement au cours de mon internat.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je tenais à vous remercier pour votre disponibilité, ainsi que pour m'avoir accueillie au sein de l'Institut Régional et de Réadaptation le temps d'un semestre, qui fut riche en enseignements pratiques, théoriques et humains.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Isabelle THAON

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

Tu as accepté avec gentillesse de participer à mon jury de thèse et je t'en remercie. J'ai eu le privilège de pouvoir bénéficier de la qualité de ton enseignement, de ta rigueur méthodologique et de tes nombreuses compétences dans cette spécialité au cours de mon internat.

Trouve ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde admiration.

Madame le Docteur Martine LEONARD

Médecin Inspecteur du Travail

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en me confiant cette thèse. J'ai pu apprécier durant ce travail votre savoir, vos conseils avisés, votre grande disponibilité, ainsi que votre dynamisme et votre passion pour la Médecine du Travail.

Vous m'avez guidée tout au long de ce travail avec bienveillance et vous me faites l'honneur de le juger.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect, de toute ma gratitude et de ma sincère admiration.

Je remercie :

Les médecins du travail et tous les représentants des acteurs interrogés dans le cadre de ce travail : qui m'ont accordé de leur temps pour participer aux entretiens. Je vous témoigne toute ma gratitude pour votre accueil et votre participation à ce travail.

Les médecins ayant également participé à ma formation :

- Le Docteur Christophe Collomb
- Le Docteur Bernard Cauchois
- Le Docteur Marie-Odile Cauchois
- Le Docteur Emmanuelle Penven
- Le Docteur Sylvie Henry-Catala
- Le Docteur Cécile Frenay
- Le Docteur Baptiste Claudon
- Le Docteur Pascal Peduzzi
- Le Docteur Chantal Block
- Le Docteur Emmanuel Puskarczyk
- Le Docteur Marie Mesières
- Le Docteur Sylvie Chantraine
- Le Docteur Patrick Brucker

Madame Monique BARBA, secrétaire à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Lorraine, pour sa collaboration et son aide technique.

Je dédie cette thèse :

- ✓ A Jean, pour son amour et son soutien.

- ✓ A mes parents, pour leur amour, leur présence et leur disponibilité.

- ✓ A mes frères, Vincent et Frédéric et à leur compagne Marie-Anne, Lauriane. A ma petite nièce Valentine.

- ✓ A mes oncles et tantes, parrain, marraine et à mes cousins. A mes filleuls : Léa et Romain.

- ✓ A la mémoire de mes grands-parents

- ✓ A mes beaux-parents, à mes belles-sœurs et beaux-frères : Clara et Caroline, Marc et François.

- ✓ A mes amis et tout particulièrement à : Julie C., Coralie, Miguel, Guillaume, Catherine, Ngoc Hanh, Gisèle, Alice.

- ✓ A mes co-internes (aux anciens et présents) : Domitille, Riadhi, Camille, Sophie, Thomas, Laure et Nicolas, Mélodie et José, Julie H., Valentine, Maxime, Meriem, Emilie ...

- ✓ A Níncha et ses facéties...

Serment

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
Ad 'AP : Agendas programmés de mise en accessibilité
AGEFIPH : L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ARF : Association des Régions de France
ARS : Agence Régionale de la Santé
ASST : Assistante de Service de Santé au Travail
AT : Accident de Travail
BTP : Bâtiment et Travaux Publics
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CDAPH : Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDES : Commissions Départementales d'Education Spéciale
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail
CFE-CGT : Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH : Classification Internationale du Handicap
CMR : Cancérogènes-Mutagènes-Reprotoxiques
CMT : Commission Médico-Technique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche AT-MP
COTOREP : Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassements Professionnels
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRPRP : Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels
DIRECCTE : Direction Régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ELSM : Echelon Local du Service Médical (de l'assurance maladie)
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et Aide à la Personne
FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FO : Force Ouvrière
FONGECIF : Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP : Incapacité Permanente
IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
IRR : Institut Régional de médecine physique et de Réadaptation
ISIC : Interventions Sociales d'Intérêt Collectif
IST : Infirmier de Santé au Travail
MCP : Maladies à Caractère Professionnel
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEDEF : Mouvement des Entreprises de France
MIT : Médecin Inspecteur du Travail
MP : Maladies Professionnelles
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OETH : Obligation de l'Emploi des Travailleurs Handicapés
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORST : Observatoire Régional de la Santé au Travail
PAVE : Plan de mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces publics
PDP : Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PME : Petites et Moyennes Entreprises
Pôle 3E : Pôle Entreprises, Emploi et Economie
Pôle T : Pôle Politique Travail
PPS : Projet Pluriannuel de Service
PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
RNV3P : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
RQTH : Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé
SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SST : Service de Santé au Travail
SSTI : Service de Santé au Travail Interentreprises
TMS : Troubles musculo-squelettiques
TPE : Très Petites Entreprises
TSG : Travail Social de Groupe

Table des matières

Liste des abréviations	15
Liste des tableaux	22
Liste des figures	23
Introduction	24
I - Première partie : Cadrage de l'étude	27
I-1 Généralités sur « Le maintien dans l'emploi »	28
I-1-1 Définition	28
I-1-2 Une démarche partenariale	29
I-1-3 Le processus du maintien dans l'emploi	29
I-1-3-1 Le signalement	30
I-1-3-2 Le diagnostic de la situation	31
I-1-3-3 La recherche de solutions	31
I-1-3-4 La mise en œuvre de solutions	32
I-1-3-5 Le suivi de la demande	32
I-1-4 L'évaluation de l'action du maintien dans l'emploi	33
I-1-5 Les enjeux du maintien dans l'emploi	33
I-1-5-1 Un enjeu sociétal	33
I-1-5-2 Un enjeu socio-économique	33
I-1-5-3 Un enjeu légal	34
I-1-5-4 Un enjeu d'image pour l'entreprise	34
I-1-5-5 Une problématique amenée à se développer	34
I-1-5-6 Le vieillissement au travail	36
I-2 Les apports de la réforme de la santé au travail	39
I-2-1 Principales justifications de la réforme	39
I-2-1-1 La démographie médicale	39
I-2-1-2 Une insuffisance en matière de prévention des risques professionnels	39
I-2-1-3 Faible recours aux compétences pluridisciplinaires	39
I-2-2 Orientations et enjeux de la réforme	40
I-2-3 L'engagement de la réforme dans le maintien dans l'emploi	42
I-2-3-1 Une mission prioritaire des services de santé au travail	42
I-2-3-2 Une mission assurée par une nouvelle équipe pluridisciplinaire	43
I-2-3-3 Un rôle accentué du médecin du travail en faveur du maintien dans l'emploi	43
I-2-3-4 Le renforcement du rôle de l'examen de pré-reprise	44
I-3 Les avancées de la loi Handicap sur la politique en faveur des travailleurs handicapés ...	46
I-3-1 Définition du handicap	46
I-3-1-1 Etymologie	46
I-3-1-2 Définition selon l'OMS	47
I-3-1-3 Définition selon la législation française	47
I-3-2 Compensation du handicap et création de la MDPH	48
I-3-3 L'accessibilité pour tous	49
I-3-4 Profonde mutation de la politique de l'emploi des personnes handicapées	50
I-3-4-1 Avant la loi Handicap	50
I-3-4-2 La loi Handicap renforce l'obligation d'emploi	52
I-3-5 Bilan de la loi Handicap	53
I-3-5-1 Réglementairement parlant	53
I-3-5-2 Les MDPH confrontées à une inflation de leur activité	54

I-3-5-3 L'accessibilité : Le rendez-vous de 2015 n'a pas été tenu	57
I-3-5-4 L'emploi : des efforts mais des disparités persistantes.....	57
I-3-5-5 Renfort du pilotage de la politique de l'emploi et animation de partenariats.....	59
I-4 Le maintien dans l'emploi en Lorraine.....	62
I-4-1 Un des axes d'action prioritaire du PRITH	62
I-4-1-1 Renforcer les moyens d'observation et le pilotage régional de la politique.....	63
I-4-1-2 Renforcer les collaborations entre acteurs de maintien	63
I-4-1-3 Développer et structurer l'offre de services	64
I-4-1-4 Promouvoir les pratiques de maintiens réussis.....	64
I-4-2 Etude de l'ORST	65
I-4-2-1 Données chiffrées	65
I-4-2-2 Analyse	65
II - Deuxième partie : Méthodologie, Etude qualitative descriptive	70
II-1 Contexte et objectifs.....	71
II-2 Matériel et Méthode	72
II-2-1 La recherche qualitative : présentation et intérêts	72
II-2-2 Etude de documents	73
II-2-2-1 La loi Handicap et les évolutions législatives sur la politique de l'emploi des travailleurs handicapés.....	73
II-2-2-2 La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets (réforme de la santé au travail).....	73
II-2-2-3 L'Action PDP des CPOM ou des projets de service des SSTI lorrains	74
II-2-2-4 Le plan d'action 2013 du PRITH Lorraine	74
II-2-2-5 L'enquête de l'ORST relative au maintien en emploi.....	74
II-2-2-6 Le contenu des sites Internet des acteurs externes du maintien dans l'emploi ...	75
II-2-2-7 Les documents transmis lors des entretiens	75
II-2-3 Les entretiens de recherche	75
II-2-3-1 Entretiens semi-dirigés avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi en Lorraine.....	76
II-2-3-2 Entretiens semi-dirigés avec les médecins référents de l'Action PDP des SSTI lorrains	78
II-2-3-3 Entretiens semi-dirigés avec les cosignataires des SSTI lorrains	80
II-2-3-4 Entretiens dirigés avec des médecins généralistes lorrains.....	81
II-2-3-5 Traitement et analyse des entretiens.....	83
II-2-4 Observations participantes	83
II-2-4-1 Réunion d'une cellule locale PDP lorraine	84
II-2-4-2 Réunion d'un groupe de travail maintien dans l'emploi d'un SSTI lorrain.....	84
II-2-4-3 Réunion du PRITH Lorraine	84
II-2-4-4 Réunions de 3 commissions médico-techniques de SSTI lorrains.....	85
II-2-5 Analyse par la technique de triangulation	85
II-2-5-1 Présentation	85
II-2-5-2 Utilisation.....	86
III - Troisième partie : Résultats	88
III-1 Résultats des entretiens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi.....	89
III-1-1 Tableau récapitulatif des entretiens.....	89
III-1-2 Présentation, organisation en Lorraine, rôle dans le maintien dans l'emploi	91
III-1-2-1 L'AGEFIPH.....	91
III-1-2-2 Le SAMETH : organisme d'accompagnement des travailleurs handicapés et des entreprises	92
III-1-2-3 Le service social CARSAT : organisme d'accompagnement des assurés.....	93
III-1-2-4 Le service médical de l'assurance maladie	94

III-1-2-5 La MDPH.....	95
III-1-2-6 L'association OETH : organisme d'accompagnement des entreprises.....	96
III-1-3 Critères généraux du bénéficiaire (maintien dans l'emploi).....	98
III-1-4 Champ d'action des organismes d'accompagnement : maintien dans ou en emploi ?	99
III-1-5 Intervention au sein de la démarche du maintien dans l'emploi.....	100
III-1-5-1 L'origine des signalements aux organismes d'accompagnement en Lorraine	101
III-1-5-2 Les parcours ouverts par les SAMETH en 2014 en Lorraine.....	103
III-1-5-3 Les parcours clos par les SAMETH en 2014 en Lorraine.....	103
III-1-5-4 Le secret médical.....	106
III-1-5-5 Le délai RQTH.....	107
III-1-6 Les interactions entre acteurs.....	108
III-1-6-1 AGEFIPH et les autres acteurs.....	108
III-1-6-2 MDPH et les autres acteurs.....	109
III-1-6-3 SAMETH et les autres acteurs.....	109
III-1-6-4 Services sociaux CARSAT et les autres acteurs.....	110
III-1-6-5 Les acteurs interrogés et les médecins du travail.....	110
III-1-6-6 Les acteurs interrogés et les médecins généralistes.....	111
III-1-7 Aides, services, outils (maintien dans l'emploi).....	112
III-1-7-1 Offre de services AGEFIPH et association OETH.....	112
III-1-7-2 Offre de services du service social CARSAT et sa participation active aux cellules PDP.....	115
III-1-7-3 La RQTH attribuée par la MDPH.....	120
III-1-7-4 La visite de pré-reprise à l'initiative du médecin conseil.....	120
III-1-8 Liens avec le PRITH.....	121
III-1-9 Leviers d'action selon les acteurs externes.....	121
III-1-9-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi.....	121
III-1-9-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part.....	122
III-1-9-3 Axes à améliorer par les acteurs.....	123
III-1-9-4 Propositions concrètes pour un maintien dans l'emploi réussi.....	124
III-2 Prise en compte de la mission PDP par les SSTI.....	125
III-2-1 Présentation des SSTI.....	126
III-2-1-1 Composition du personnel.....	126
III-2-1-2 Nombre d'entreprises et de salariés suivis.....	127
III-2-2 La PDP et le maintien dans l'emploi, une mission prioritaire des SSTI.....	128
III-2-3 Prise en compte de cette mission dans leur projet de service et/ou CPOM.....	130
III-2-3-1 Evolution du contenu de l'Action PDP des CPOM.....	130
III-2-3-2 Version actuelle du contenu de l'Action PDP.....	131
III-3 Résultats des entretiens avec les médecins référents de l'Action PDP des SSTI.....	135
III-3-1 Tableau récapitulatif des entretiens.....	135
III-3-2 Les modalités d'organisation interne aux SSTI.....	136
III-3-3 Avancée des SSTI dans l'Action PDP.....	138
III-3-3-1 « Renforcer les liens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi » ..	138
III-3-3-2 « Mettre en place une organisation favorisant une prise en charge rapide et efficace ».....	140
III-3-3-3 « Informer, sensibiliser sur les enjeux et la PDP ».....	142
III-3-3-4 « Développer des outils permettant de repérer les signes de désadaptation au travail ».....	144
III-3-4 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?.....	146
III-3-5 Quelle est l'étape méthodologique jugée la plus importante ?.....	147

III-3-6 Apport(s) des cosignataires CPOM	148
III-3-7 Sentiment d'être plus outillé depuis la signature du CPOM ?	148
III-3-8 Relations avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi	149
III-3-8-1 Acteurs avec lesquels ils collaborent le plus.....	149
III-3-8-2 Problématiques vis-à-vis de certains partenaires	150
III-3-9 Les indicateurs CPOM	152
III-3-9-1 Les avancées	152
III-3-9-2 Les problématiques	153
III-3-10 Liens avec le PRITH	154
III-3-11 Leviers d'action selon les médecins référents	155
III-3-11-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi.....	155
III-3-11-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part	156
III-3-11-3 Axes à améliorer par les acteurs	157
III-3-11-4 Propositions concrètes pour un maintien dans l'emploi réussi	157
III-4 Entretiens avec les « correspondants CPOM » des services prévention CARSAT	158
III-4-1 Tableau récapitulatif des entretiens.....	158
III-4-2 Rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle, rôle au sein des cellules locales PDP.....	159
III-4-3 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?	160
III-4-4 Apports de l'organisme dans l'Action PDP	160
III-4-4-1 Communs aux deux services prévention.....	160
III-4-4-2 Du service prévention CARSAT Alsace Moselle.....	161
III-4-4-3 Du service prévention CARSAT Nord Est	161
III-4-5 Influence de cette action CPOM sur le fonctionnement de l'organisme	161
III-4-6 Difficultés rencontrées ? Eléments facilitants ? Attentes de cette action CPOM... ..	162
III-5 Entretien avec la DIRECCTE	163
III-5-1 Tableau récapitulatif de l'entretien	163
III-5-2 Rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle	163
III-5-3 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?	164
III-5-4 Ses apports dans l'Action PDP du CPOM.....	164
III-5-5 Moyens mobilisés par la DIRECCTE	165
III-5-6 Quelle est l'étape méthodologique de l'Action PDP jugée la plus importante ? ...	166
III-5-7 Difficultés rencontrées ? Eléments facilitants de cette action CPOM	166
III-6 Un acteur externe du maintien dans l'emploi essentiel : le médecin généraliste.....	167
III-6-1 Tableau récapitulatif des entretiens.....	167
III-6-2 « Place occupée » au sein du maintien dans l'emploi.....	167
III-6-3 Connaissance, mobilisation des autres acteurs	168
III-6-4 Connaissance, mobilisation des outils	168
III-6-5 Leurs principales difficultés.....	169
III-6-6 Souhait d'être sensibilisé sur les outils, les acteurs ?.....	169
III-6-7 Comment sensibiliser leur profession ?	170
III-7 Analyse des leviers d'action : acteurs externes-médecins référents	171
III-7-1 Tableaux de croisements des différents résultats	171
III-7-2 Analyse	176
III-7-2-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi.....	176
III-7-2-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part des entreprises.....	177
III-7-2-3 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part du salarié	177
III-7-2-4 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part des acteurs du maintien	178
III-7-2-5 Axes à améliorer par les acteurs dans le maintien dans l'emploi	178

III-7-2-6 Propositions concrètes en vue d'un maintien réussi	179
III-8 Monographie d'un cas de maintien dans l'emploi	180
III-8-1 Présentation	180
III-8-2 Analyse	184
III-8-3 Conclusion	186
IV - Quatrième partie : Discussion	187
IV-1 A propos de la méthodologie	188
IV-1-1 Choix de la méthodologie et originalité de ce travail	188
IV-1-2 Les critères de scientificité	188
IV-1-3 Les biais liés à l'entretien de recherche	189
IV-1-3-1 Biais liés à l'enquêteur	189
IV-1-3-2 Biais liés à l'enquêté	190
IV-1-3-3 Biais liés au mode d'enregistrement des données	191
IV-1-3-4 Biais liés à l'analyse des données	191
IV-2 A propos des objectifs poursuivis	192
IV-3 A propos des hypothèses envisagées	195
IV-4 Discussion sur les résultats relatifs	198
IV-4-1 Au partenariat avec les acteurs externes	198
IV-4-2 Aux cosignataires CPOM	202
IV-4-3 A la politique du maintien dans l'emploi	204
IV-4-4 Aux leviers d'action en matière de maintien	205
IV-4-5 Aux médecins généralistes interrogés	208
Conclusion	211
Bibliographie	214
Annexes	220
Annexe 1	221
Annexe 2	223
Annexe 3	226
Annexe 4	227

Liste des tableaux

Tableau 1 – Répartition selon l'âge des pathologies les plus fréquentes (en %) [19].....	37
Tableau 2 – Taux de prévalence (%) des pathologies signalées, 2011-2012, Lorraine [21] ..	38
Tableau 3 – Les bénéficiaires OETH (à décompter du quota des 6 %)	53
Tableau 4 – Communication autour de l'enquête de l'ORST [45]	66
Tableau 5 – Caractéristiques des répondants à l'enquête de l'ORST [45].....	67
Tableau 6 – Croisement des différentes techniques de recueil de données utilisées	87
Tableau 7 – Caractéristiques des entretiens avec les acteurs externes du maintien	90
Tableau 8 – Unités des services sociaux départementaux lorrains	93
Tableau 9 – Caractéristiques des bénéficiaires par acteurs externes.....	98
Tableau 10 – Intervention des acteurs externes dans la démarche de maintien	100
Tableau 11 – Classification INSEE.....	106
Tableau 12 – Interactions entre acteurs du maintien dans l'emploi en Lorraine	108
Tableau 13 – Données relatives à la RQTH, 2014, Lorraine	120
Tableau 14 – Personnel des SSTI lorrains fin 2015 [61]	126
Tableau 15 – Evolution du personnel des SSTI lorrains entre 1998 et 2015 [61]	127
Tableau 16 – Nombre d'entreprises et de salariés suivis par les SSTI lorrains, fin 2015	128
Tableau 17 – Exemple apports DIRECCTE-CARSAT (CPOM ALSMT54).....	133
Tableau 18 – Caractéristiques des entretiens avec les médecins du travail référents PDP	135
Tableau 19 – Modalités d'organisation interne des SSTI pour l'Action PDP	136
Tableau 20 – Caractéristiques des entretiens des correspondants « CPOM » (CARSAT)....	158
Tableau 21 – Caractéristiques de l'entretien avec la DIRECCTE	163
Tableau 22 – Caractéristiques des entretiens avec les médecins généralistes lorrains	167
Tableau 23 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs clés du maintien.....	171
Tableau 24 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (1/3).....	172
Tableau 25 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (2/3).....	173
Tableau 26 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (3/3).....	174
Tableau 27 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : axes à améliorer par les acteurs.....	174
Tableau 28 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail, propositions concrètes pour un maintien réussi	175

Liste des figures

Figure 1 – Processus du maintien dans l’emploi.....	30
Figure 2 – Projection de la population active.....	35
Figure 3 – Taux d’activité observés et projetés.....	36
Figure 4 – Taux moyen de demandes aux MDPH pour 1 000 habitants, 2014 [35].....	55
Figure 5 – Répartition des demandes adultes aux MDPH, 2014 [35].....	56
Figure 6 – Déclaration obligatoire d’emploi des travailleurs handicapés, 2012 [38].....	58
Figure 7 – Evolution de la contribution à l’AGEFIPH [38].....	58
Figure 8 – Connaissance, mobilisation des acteurs du maintien entre eux [45].....	68
Figure 9 – Connaissance de la cellule locale PDP par les acteurs [45].....	68
Figure 10 – Difficultés des traitements de situations de maintien par les acteurs [45].....	69
Figure 11 – Cartographie des services sociaux CARSAT Nord Est [55].....	93
Figure 12 – Répartition des établissements relevant de l’association OETH, 2015, Lorraine .	97
Figure 13 – Origine des signalements aux SAMETH, 2014, Lorraine.....	101
Figure 14 – Origine des signalements à l’association OETH, 2014, Lorraine.....	102
Figure 15 – Origine des signalements au service social CARSAT 88, 2014.....	102
Figure 16 – Situation du salarié à l’ouverture du parcours SAMETH, 2014, Lorraine.....	103
Figure 17 – Caractéristiques des maintiens réussis, 2014, Lorraine.....	104
Figure 18 – Faits générateurs à l’ouverture d’un parcours des SAMETH, 2014, Lorraine ...	104
Figure 19 – Age à l’ouverture du parcours par les SAMETH, 2014, Lorraine.....	105
Figure 20 – Niveau de formation à l’ouverture du parcours, 2014, Lorraine.....	105
Figure 21 – Avis du médecin du travail à l’ouverture du parcours, 2014, Lorraine.....	106
Figure 22 – Aides AGEFIPH maintien dans l’emploi (en %), 2014, Lorraine.....	114
Figure 23 – Aides OETH maintien dans l’emploi (en %), 2013, Lorraine.....	115
Figure 24 – Cartographie des SSTI lorrains.....	125

Introduction

Si les premiers stages d'internat en santé au travail ont concouru à nous sensibiliser à la question du maintien dans l'emploi face à des situations individuelles de salariés avec handicap, toujours difficiles à gérer, notre stage à l'Institut Régional et de Réadaptation, au sein du secteur de réadaptation professionnelle, y a également largement contribué.

En effet, l'objet de ce secteur est d'accompagner le patient dans son projet professionnel de retour à son emploi ou de réorientation. Ainsi nous avons pu découvrir différents moyens pouvant être mis en œuvre au sein de ce secteur, comme un travail de l'endurance en situation professionnelle, une évaluation des capacités en situation de travail, des recherches d'aides techniques adaptées etc.

Les médecins de médecine physique et de réadaptation et l'interne travaillent en étroite collaboration avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire composée entre autres d'ergothérapeutes, de formateurs professionnels, pour aider le patient à mener au mieux son projet.

Ce stage a été très enrichissant pour nous et pour notre futur métier. Il nous a fait découvrir des outils précieux tels que les bilans sur 5 jours de capacités physiques en situation professionnelle pouvant constituer une aide non négligeable pour le médecin du travail pour cerner avec précision les capacités restantes du salarié, les stages en entreprise de 2 semaines permettant au salarié de tester ses capacités physiques à son poste de travail moyennant de possibles aménagements, etc.

Les contacts avec le médecin du travail du patient étaient fréquents, les autres acteurs du maintien (médecin conseil, médecin coordonnateur de la MDPH) étaient également très souvent informés de l'évolution du salarié et de ses possibilités professionnelles par le biais du courrier de sortie du patient.

Ainsi notre passage à l'Institut Régional et de Réadaptation a largement participé au choix de ce sujet de thèse. Nous y avons également perçu l'opportunité d'enrichir notre pratique ultérieure en développant nos connaissances sur les acteurs externes du maintien dans l'emploi ainsi que sur les moyens-outils-aides alternatifs à l'inaptitude, et en recueillant l'expérience de nos confrères les plus avisés et passionnés par le sujet du maintien dans l'emploi.

Il s'agit d'une activité quasi quotidienne pour le médecin du travail, toujours singulière et éminemment complexe, qui requiert à la fois d'être bien outillé et de travailler avec différents partenaires dont le rôle doit nous être bien connu.

La dernière réforme de la santé au travail du 20 juillet 2011, replace le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle au cœur des missions des médecins du travail et des services de santé au travail. Elle impulse également la dimension de contractualisation entre les acteurs de la Prévention des Risques Professionnels, services de santé au travail interentreprises, CARSAT et DIRECCTE. Cette réforme représente une profonde mutation de la politique de la santé au travail, l'orientant résolument vers la prévention primaire avec une approche pluridisciplinaire et partenariale.

Dans ce contexte, nous avons choisi dans notre thèse d'analyser les processus de mise en œuvre de la réforme concernant l'Action Prévention de la Désinsertion Professionnelle des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens dans les Services de Santé au Travail Interentreprises lorrains et son impact en matière de dynamique partenariale.

Dans une première partie de notre travail, nous décrirons et développerons différents aspects du maintien dans l'emploi depuis le contenu de la terminologie jusqu'à son processus ainsi que ses enjeux.

Nous consacrerons un chapitre à explorer les apports de la dernière réforme de santé au travail concernant le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle. Nous développerons également la notion de handicap et l'évolution de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, puisque handicap et maintien dans l'emploi sont étroitement liés. Enfin, nous terminerons cette partie par des données existantes de maintien dans l'emploi en Lorraine et par nos réflexions personnelles après analyse des résultats d'une étude réalisée par l'Observatoire régional de santé au travail, portée par les partenaires sociaux sur le sujet.

Dans la seconde partie, nous expliciterons la méthodologie appliquée à notre travail de recherche, les raisons des choix opérés, à savoir ceux de privilégier une approche sociologique avec ses différentes méthodes de recueil de données.

Notre troisième partie sera consacrée à l'étude de la mise en œuvre de la réforme dans les Services de Santé au Travail Interentreprises de Lorraine concernant l'Action Prévention de la Désinsertion Professionnelle des projets de service pluriannuels et/ou des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens. Pour ce faire, nous étudierons les différents moyens employés pour parvenir aux objectifs visés à partir des entretiens des médecins du travail référents.

Nous décrirons également les articulations et interactions entre acteurs extérieurs à l'entreprise et services de santé au travail interentreprises et rechercherons des facteurs favorisant le maintien dans l'emploi à partir d'une trame de questionnement commune.

Afin d'illustrer nos propos, nous clôturerons cette partie par une monographie portant sur un cas de maintien dans l'emploi et son analyse détaillée.

Dans la dernière partie, nous mettrons en discussion les objectifs et hypothèses de notre travail ainsi que les principaux résultats recueillis.

I - Première partie :

Cadrage de l'étude

I-1 Généralités sur « Le maintien dans l'emploi »

I-1-1 Définition

La terminologie « maintien dans l'emploi » peut être définie comme « l'action d'assurer la continuité d'un lien contractuel de travail entre un employeur et un salarié en situation d'inaptitude ou de risque d'inaptitude, dans le but de conserver une dynamique professionnelle avec la volonté du travailleur et en considération des besoins de l'entreprise » [1][2][3][4].

Autrement dit, le maintien dans l'emploi doit permettre à un salarié de conserver un emploi dans des conditions compatibles avec son état de santé, en écartant la menace d'inaptitude et sous-tend une certaine pérennité du parcours professionnel [2][5].

Son champ est plus large que la notion de « reclassement », en effet le maintien dans l'emploi doit permettre de préserver l'activité professionnelle du salarié, que ce soit à l'intérieur ou en dehors de l'entreprise [4][5]. La procédure encadrant le reclassement se révèle régulièrement inadaptée pour conserver un emploi : les chances de maintien augmentant à mesure que la situation est détectée précocement. Le maintien dans l'emploi, en prenant en charge la demande indépendamment du déclenchement de la procédure qui constate l'inaptitude, permettrait de répondre à cet objectif de précocité [2].

Certains organismes distinguent le maintien **DANS** l'emploi du maintien **EN** emploi. Alors que la première expression fait référence à un maintien dans l'emploi d'une personne à son poste de travail ou à un autre poste de l'établissement, l'entreprise ou le groupe [6], la 2^e expression est plus large et prend en compte aussi bien la possibilité de continuer au poste de travail dans l'entreprise que les perspectives extérieures d'embauche [1][4][5]. Le champ du maintien dans l'emploi se distingue de celui de l'insertion professionnelle, du fait de l'exercice d'un emploi lors de la survenue d'une problématique de santé. Il vise à préserver une situation de travail déjà acquise [1].

Le maintien dans l'emploi est intimement lié au concept du handicap et de travailleur handicapé, comme le sous-tend l'article L.5213-6 du code du travail : « *Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard **des travailleurs handicapés**, l'employeur prend [...] les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs [...] d'accéder à un emploi ou **de conserver un emploi** correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.* » « Conserver son emploi » doit s'entendre comme « maintenir son emploi ».

La terminologie de « Prévention de la Désinsertion Professionnelle » (PDP) employée autour de la thématique du maintien dans l'emploi doit également être précisée. La PDP est la prévention du risque de perte d'emploi d'un salarié à la suite d'une altération de sa santé,

d'origine professionnelle ou non. Le maintien dans l'emploi est finalement une approche préventive de la désinsertion professionnelle [7]. Par ailleurs, cette terminologie est essentiellement utilisée par l'assurance maladie pour désigner la démarche qu'elle mène « *visant à anticiper les risques de perte d'emploi en lien avec une problématique de handicap ou de santé des assurés sociaux pendant leur arrêt de travail* » [6].

I-1-2 Une démarche partenariale

Le maintien dans l'emploi est avant tout une démarche partenariale qui se construit autour du triangle de base formé par **3 acteurs incontournables** dont l'implication est indispensable à chacune des étapes : **le salarié, l'employeur et le médecin du travail** [1][5]. En effet, ce dernier est l'interlocuteur « naturel » et « privilégié » du maintien dans l'emploi au regard de l'étendue de sa mission de conseiller du salarié et de l'employeur. De plus, il est le seul habilité à proposer des mesures individuelles justifiées par des considérations relatives à l'âge ou à l'état de santé des travailleurs (article L.4624-1 du code du travail) [2][3].

D'autres acteurs sont susceptibles de participer directement ou indirectement à cette démarche (liste non exhaustive) : le médecin conseil du service médical de l'assurance maladie, les médecins traitants, hospitaliers et spécialistes, le service social de la CARSAT, la MDPH, le SAMETH, l'association OETH, des cabinets d'ergonomie etc.

I-1-3 Le processus du maintien dans l'emploi

Le processus du maintien dans l'emploi peut se décliner en 5 grandes étapes [1] [5][8] (Cf. Figure 1) :

- 1- Le signalement
- 2- Le diagnostic de la situation
- 3- La recherche de solutions
- 4- La mise en œuvre de solutions
- 5- Le suivi de la demande

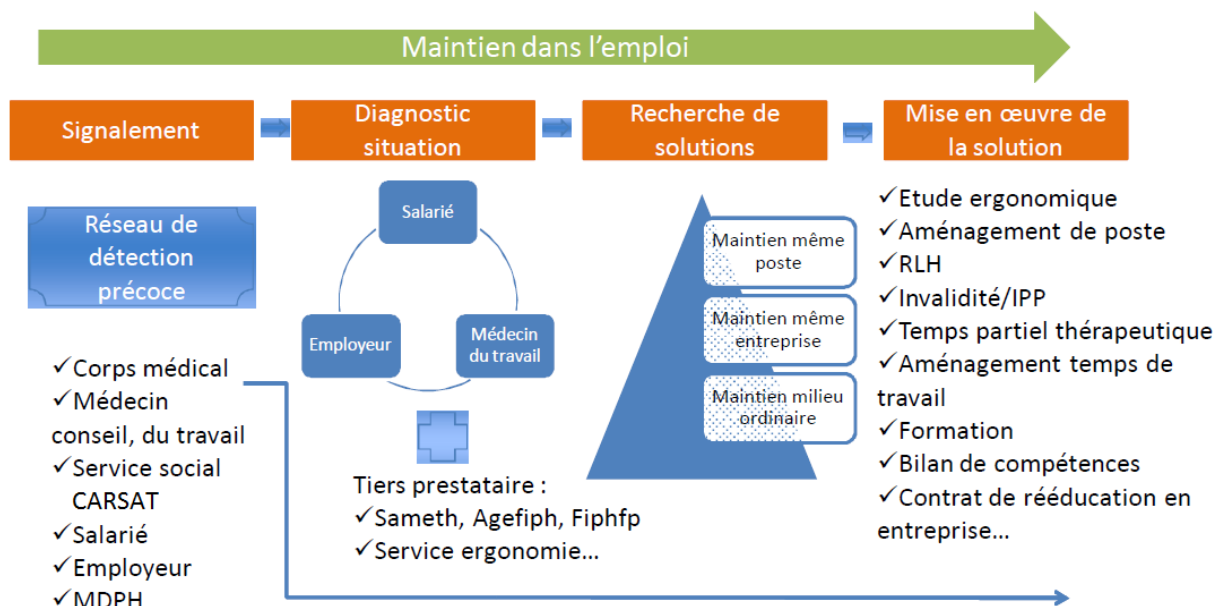


Figure 1 – Processus du maintien dans l'emploi

Source : issue d'une présentation SAMETH [9]. La terminologie « Service social CRAMAM » de la figure initiale a été remplacée par « Service social CARSAT ».

I-1-3-1 Le signalement

« Le signalement est l'origine de la demande à partir de laquelle se développe une action de maintien dans l'emploi » [1]. Il résulte généralement d'une situation trop complexe pour une résolution d'elle-même. Il détermine le moment où est repéré le cas d'une personne qui, pour raison médicale, éprouve des difficultés à tenir son poste de travail, et pour laquelle il va falloir désormais mener une réflexion collective sur les conditions de poursuite de son activité professionnelle. Autrement dit, le signalement fait référence à toute situation d'inaptitude ou risque d'inaptitude susceptible de constituer une menace pour le poste de travail du salarié [1] [8].

Les déterminants-indicateurs du risque d'exclusion pouvant amener à effectuer un signalement sont divers tels que : un arrêt de travail se prolongeant et conduisant à des difficultés en interne, des arrêts plus courts mais répétitifs, un évènement nouveau, un changement d'organisation ou de responsable hiérarchique, la dégradation subite d'une performance professionnelle etc. [10] [11].

La qualité d'un signalement dépend de sa précocité [1] [3] [11].

I-1-3-2 Le diagnostic de la situation

Le diagnostic de la situation comprend l'identification et l'évaluation d'enjeux « *tant médicaux, sociaux, contractuels que professionnels inhérents à la demande* » [1]. Il vise à favoriser la compréhension, par le ou les interlocuteurs, des capacités et motivations du travailleur et de l'employeur en vue de parvenir à une solution concertée de maintien dans l'emploi. Une solution de maintien dans l'emploi découle d'un riche questionnement, soulevé par l'analyse de la demande relative : à la connaissance et à la nature du risque ; au bilan de la situation du salarié à travers ses restrictions médicales au poste de travail, ses compétences, sa formation ; à l'environnement de travail ; aux possibilités d'un éventuel reclassement au sein de l'entreprise ; aux possibilités d'ajustement entre l'état de santé du salarié et l'exigence de son poste de travail ainsi que des besoins du salarié et de son employeur. Le diagnostic de la situation se réalise en théorie en concertation entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail auxquels peuvent éventuellement être associés le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et/ou les délégués du personnel, voire d'autres acteurs de l'entreprise (directeur des ressources humaines etc.). Selon les cas, des partenaires extérieurs peuvent être sollicités [1][7][8].

I-1-3-3 La recherche de solutions

La fiabilité des étapes précédentes (signalement-diagnostic de la situation) va conditionner la qualité de celle-ci et permettre d'éviter de traiter trop hâtivement une situation qui pourrait s'achever vers une solution inadéquate ou non pérenne. L'étape de recherche de solutions est une phase de conseil et d'information. Il s'agit de servir « *d'intermédiaire administratif* » ou de « *médiateur* » puis d'opter pour un rôle de « *facilitateur* » en mettant les différents acteurs en réseau ou pour un rôle de « *conducteur de projet* ». Dans les cas les plus complexes, il est absolument nécessaire de réfléchir à la mobilisation d'outils, à la mise en réseau des acteurs et à la négociation avec l'employeur [1].

Selon les cas, la recherche de solutions peut se faire sur le même poste de travail, sur un autre poste de l'entreprise ou en dehors de celle-ci [8].

Cette étape doit également permettre de déterminer dans quel ordre conduire les interventions en fonction du contexte et du degré d'urgence de la situation [12].

I-1-3-4 La mise en œuvre de solutions

Le déroulement de cette étape passe par la mobilisation des acteurs et des outils aux moments adéquats. Les outils « préparatoires » permettent pour certains d'entre eux d'officialiser le lien existant entre la déficience et ses conséquences sur le travail (la déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle et la détermination du taux d'incapacité permanente, la mise en invalidité par la sécurité sociale, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé etc.) tandis que d'autres outils vont permettre d'engager une réflexion concertée et de préparer le maintien dans l'emploi (la visite de pré-reprise, les propositions formulées par le médecin du travail à l'employeur etc.). La mobilisation en amont de certains de ces outils est importante car elle peut conditionner la réalisation ultérieure d'un parcours de maintien. Les outils « opératoires » ont vocation à tenter de maintenir le travailleur dans l'emploi par différents moyens tels que l'aménagement du temps (temps partiel thérapeutique) ou de l'espace de travail (aménagement du poste, accessibilité du lieu de travail), la compensation de la perte de productivité (Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap), la formation du travailleur (dispositif de droit commun ou dispositif spécialisé) etc. [1][12].

I-1-3-5 Le suivi de la demande

Cette étape s'assure à court terme du bon déroulement de la situation puis à moyen et à long terme, de la pérennité des mesures engagées en vue du maintien dans l'emploi [1]. Le suivi à court terme permet notamment de vérifier que les solutions mises en œuvre sont adaptées à la situation du salarié. La réalisation d'un bilan régulier paraît également nécessaire. En effet, une évolution du contexte professionnel et de la situation personnelle du salarié est possible, rendant inadaptées les compensations en cours. Le suivi à moyen et à long terme, bien qu'essentiel, est souvent omis. Lors de ce suivi, il est nécessaire de s'interroger a minima sur les points suivants [11] :

- Les solutions mises en œuvre ont-elles permis de rendre le poste du salarié compatible avec ses capacités de manière pérenne ?
- La performance du salarié est-elle satisfaisante au regard de l'entreprise ?
- L'état de santé du salarié s'est-il amélioré ou stabilisé ?
- Quelles sont les conséquences des solutions mises en œuvre (positives-négatives) qui n'avaient pas été identifiées en amont ?

Le suivi à long terme de la demande peut être un moyen judicieux d'évaluer l'action de maintien. En effet, en revenant sur la solution engagée, le suivi à long terme permet de *« mesurer son efficacité et de dégager des réflexions générales propres à améliorer l'action en faveur des travailleurs menacés de licenciement pour inaptitude médicale à leur poste de travail. »* [1].

I-1-4 L'évaluation de l'action du maintien dans l'emploi

Cette étape est le moment pour les acteurs de maintien de s'interroger sur leurs pratiques et d'en apprécier l'efficacité. Il s'agit d'un enjeu méthodologique et politique qui permet de mesurer si l'ampleur de l'action et son impact justifient une politique particulière et la construction d'un dispositif d'intervention spécifique.

Les critères d'évaluation sont à la fois quantitatifs et qualitatifs et se construisent à partir d'indicateurs individuels (exemple : nombre de signalements, nombre d'actions traitées, nombre de cas de maintien dans l'emploi réussi grâce à un dispositif particulier etc.) et collectifs (évolution du nombre de licenciements pour inaptitude médicale en regard du nombre global de licenciements, influence du maintien sur l'embauche et la gestion des ressources humaines).

Dans un territoire donné, la réflexion sur le maintien dans l'emploi se fait initialement « *au cas par cas* ». Puis l'enseignement tiré de ces pratiques est réinvesti à différents niveaux (entreprise, branche d'activité, département ...), ce qui permet de parvenir à une évaluation de réseau et de politique de maintien [1].

I-1-5 Les enjeux du maintien dans l'emploi

I-1-5-1 Un enjeu sociétal

L'emploi est une des sources principales de protection et d'identité pour nombre de personnes, de par les ressources qu'il procure et le statut qu'il attribue. Dès lors, la perte de l'emploi est très souvent vécue par la personne comme un traumatisme capable de rompre une harmonie familiale et sociale et peut dans certains cas générer des psychopathologies. Ainsi, les réactions en cas de chômage peuvent se manifester sous la forme de dépression ou de maladies somatiques [2][13].

I-1-5-2 Un enjeu socio-économique

La question du maintien dans l'emploi est étroitement liée au contexte socio-économique, « *née avec la crise* » [14]. L'enjeu est de taille lorsqu'on estime que 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement. En 2014, près de 64 000 nouvelles inscriptions à Pôle emploi sont la conséquence d'une déclaration d'inaptitude. Ces salariés déclarés inaptes sont surreprésentés parmi les chômeurs de longue durée. D'après les sources de Pôle emploi, 50 % des demandeurs d'emploi suite à un licenciement pour inaptitude sont des chômeurs longue durée, versus 43 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi [15].

I-1-5-3 Un enjeu légal

La déclaration de l'inaptitude par le médecin du travail impose à l'employeur une obligation de recherche de reclassement du salarié sur un autre emploi approprié à ses capacités, l'emploi proposé devant être aussi comparable que possible au précédent emploi occupé au besoin par « *la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail* » selon l'article L.1226-2 du code du travail. S'il n'a pas d'obligation de résultat, l'employeur a en revanche une obligation de moyens et doit être capable d'apporter la preuve de ce qu'il a entrepris afin de tenter de conserver son salarié dans l'emploi [5].

I-1-5-4 Un enjeu d'image pour l'entreprise

Une entreprise engagée en faveur du maintien dans l'emploi renvoie l'image d'une entreprise « solidaire », sachant être présente pour un salarié touché par une problématique de santé. Prouver par des faits que l'entreprise sait mobiliser des ressources pour trouver des solutions pérennes de maintien dans l'emploi est un « *signal socialement fort* ». Dès lors, les salariés sachant que leur problématique sera prise en compte seront plus à même d'en faire part à leur employeur, ce qui tendra vers une politique de détection précoce. Par ailleurs, on ne peut sous-estimer l'impact bénéfique de l'engagement réel de l'entreprise à prendre en compte les difficultés de santé de ses salariés, ni l'impact négatif de son désinvestissement sur le sujet [5].

I-1-5-5 Une problématique amenée à se développer

I-1-5-5-1 Evolution future de la population active

En 2010, la France métropolitaine comptait en moyenne 28,35 millions d'actifs : 25,7 millions d'actifs ayant un emploi et 2,65 millions de personnes au chômage. La participation croissante des seniors au marché du travail contribue à la hausse de la population active.

Les projections de population active s'appuient sur les nouvelles projections de population totale pour la France métropolitaine, sur des projections de taux d'activité actualisées au vu des dernières observations et sur la prise en compte du contexte institutionnel, notamment en tenant compte de l'impact des réformes des retraites de 1993, 2003 et 2010.

Ainsi en 2025, selon le scénario central de projection, la population active pourrait gagner près de 1,7 millions de personnes, atteignant 30 millions d'actifs. Elle se stabiliserait ensuite autour de ce niveau et progresserait à un rythme plus lent à partir de 2035 pour atteindre 31,2 millions de personnes en 2060.

Le taux d'activité des 15-69 ans resterait stable jusqu'en 2015 du fait de la hausse de la part des 65-69 ans de 6 à 8,5 % dans cette population, puis il augmenterait sur les 10 années suivantes : de 66,6 % en 2010, il atteindrait 69,7 % en 2030.

La moyenne d'âge de la population active continuerait de croître du fait d'une activité plus forte des seniors de plus de 55 ans et de l'arrivée des générations nombreuses dans ces tranches d'âge. La part des plus de 55 ans qui est de 12,4 % en 2010 atteindrait 17,9 % en 2060 soit une augmentation de plus de 5 % [16] (Cf. Figure 2).

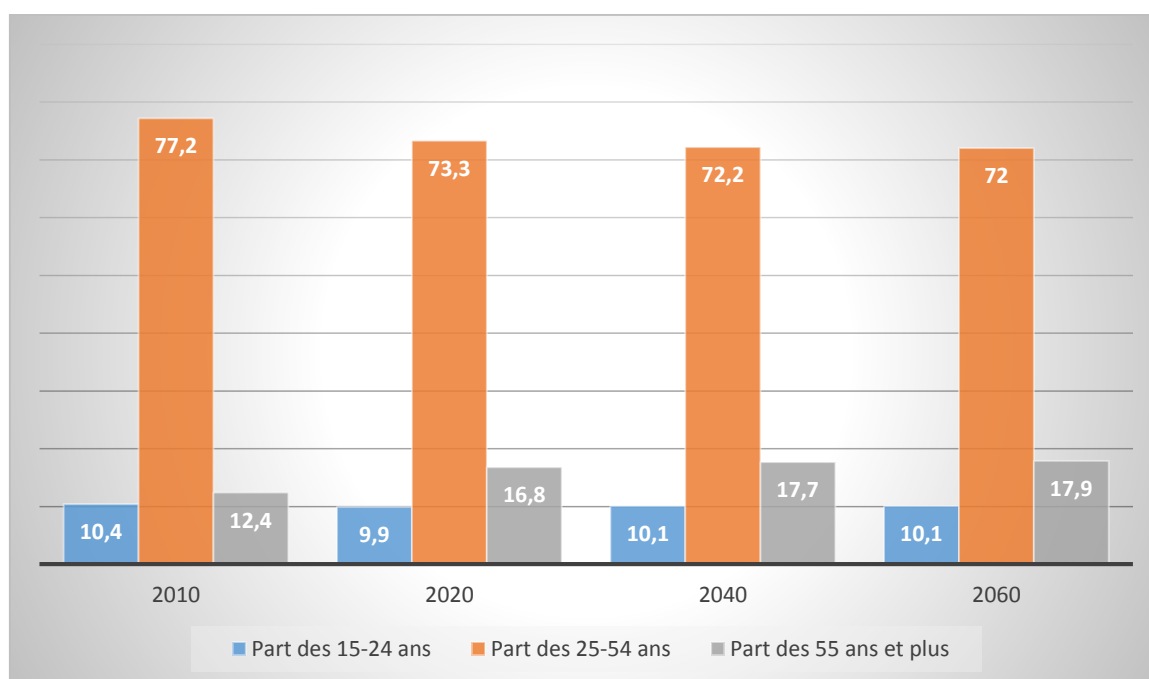


Figure 2 – Projection de la population active

Note : données numériques issues du rapport de l'INSEE - Travail Emploi Projection à l'horizon 2060 [16]

I-1-5-5-2 Comportements d'activité des seniors

La projection des taux d'activité des seniors est complexe, reposant notamment sur des hypothèses de comportements de départ à la retraite. Ainsi les réformes des retraites de 1993, 2003 et 2010 influencent les comportements d'activité des seniors tout au long de la période de projection en allongeant les durées de cotisation, en repoussant les âges limites de départ à la retraite et en modifiant les modalités de calcul des pensions. L'activité des 60-64 ans est la plus sensible à ces mesures. Alors que leur activité diminuait régulièrement depuis 1975, elle augmente depuis le début des années 2000 et cette ascension devrait se poursuivre sous l'effet synergique des réformes des retraites et de l'allongement de la durée des études.

Dans la tranche d'âge 55-59 ans, le scénario central fait l'hypothèse que les changements d'âges limites des régimes de retraite, induits par la réforme de 2010, vont modifier les comportements sur le marché du travail.

En effet, le recul de l'âge légal de départ à la retraite inciterait les salariés et les employeurs à davantage d'effort de maintien dans l'emploi. En 2060, chez les 55-59 ans, le taux d'activité serait de 77 % chez les femmes, 80 % chez les hommes versus respectivement 61 % et 69 % en 2010. Enfin l'activité des 65-69 ans passerait de 3,4 % à 13 % pour les femmes et de 5,5 % à 18 % pour les hommes, essentiellement due à l'effet de la réforme des retraites de 2010 [16] (Cf. Figure 3).

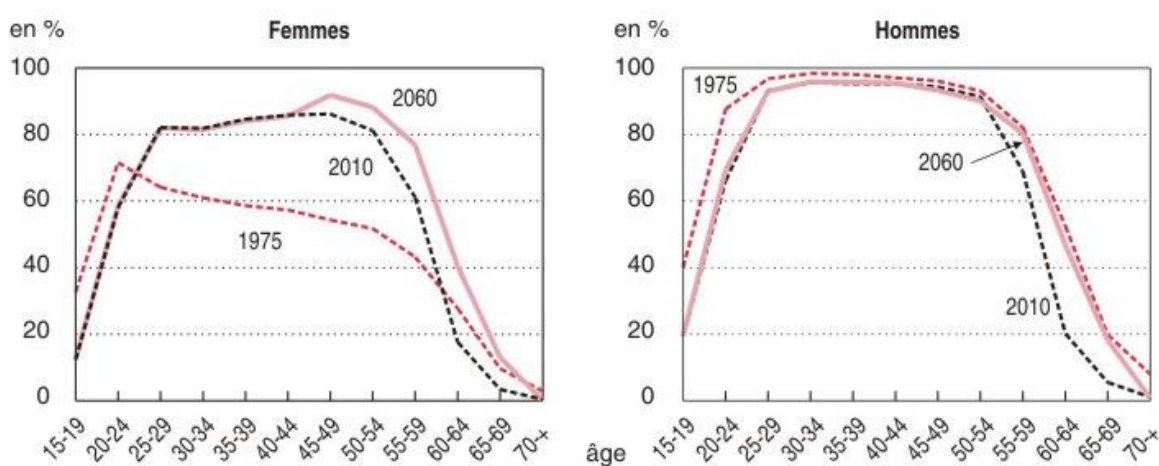


Figure 3 – Taux d'activité observés et projetés

Note : graphiques issus du rapport de l'INSEE - Travail Emploi Projection à l'horizon 2060 [16]

I-1-5-6 Le vieillissement au travail

La plupart des définitions du vieillissement évoque « *un processus lent, continu et progressif, physiologique et psychologique* » touchant l'ensemble des structures et fonctions de l'organisme. Ce processus, qui débute dès l'âge adulte, vers 20-25 ans au niveau de la biologie cellulaire, se manifeste plus tardivement par divers déficits fonctionnels apparaissant à partir de 40-45 ans. Ces déficits se traduisent par une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme [17].

Le vieillissement s'associe à une majoration de l'incidence des maladies du fait de l'effet cumulatif de l'exposition aux facteurs de risque, de l'augmentation de l'espérance de vie et de certains facteurs intra-individuels.

Le vieillissement est intrinsèque d'une part et d'autre part, il est surtout lié aux conditions environnementales, parmi lesquelles le travail joue un rôle capital. Plusieurs contraintes en milieu de travail peuvent se révéler particulièrement défavorables et usantes pour le sujet

vieillissant : les contraintes temporelles (cadence imposée), les contraintes physiques (port de charges lourdes, maintien de postures douloureuses et pénibles), les horaires atypiques. S’y associent les contraintes liées à un environnement « agressif » (bruit, chaleur, intempéries, etc.). Ces contraintes (physiques, environnement agressif, rythme de travail) touchent fréquemment les salariés de plus de 50 ans, induisant un effet de sélection « *des travailleurs sains* » [17] [18].

En effet, seuls les salariés ayant une bonne résistance physique sont maintenus au poste de travail tandis que les autres font l’objet de restrictions au poste et sont réorientés vers des postes de travail moins sollicitants.

Au mieux, le travailleur vieillissant « *compense les déficiences par l’expérience acquise qu’il a de la tâche, de lui-même et des autres* », par exemple en adaptant sa manière d’agir dans le travail, d’anticiper et de se comporter vis-à-vis d’un client etc. [18].

Les données 2007 du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) apportent des informations intéressantes sur les pathologies des consultants. Elles permettent notamment de mieux cerner l’incidence des pathologies sur l’employabilité des salariés. Ainsi les salariés de plus de 50 ans sont surtout atteints de troubles musculo-squelettiques (TMS), de tumeurs, de pathologies respiratoires, de troubles mentaux [19] (Cf. Tableau 1).

Une étude menée par des médecins inspecteurs du travail en Basse Normandie en 2003-2004 sur les motifs médicaux d’inaptitude des salariés révèle que trois pathologies représentent les trois quarts des motifs d’inaptitude au travail : les TMS (56%), les pathologies mentales (12 %) et les pathologies cardio-vasculaires (7%) avec un âge moyen de ces salariés de 44, 42, et 49 ans respectivement [20]. Ces résultats sont retrouvés dans d’autres études [19].

Pathologies	Classe d’âge					Total
	< 30 ans	30-40	40-50	50-60	> 60 ans	
Troubles mentaux et du comportement (%)	10	28 ^a	32 ^a	29 ^a	1	100
Maladies de l’appareil respiratoire (%)	14	12	20	31	23	100
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (%)	41 ^a	20	20	17	1	100
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TMS) (%)	6	14	34	42 ^a	4	100
Tumeurs (%)	1	5	12	34	49 ^a	100

Rapport 2007 RNV3P.

Note : toutes les pathologies ne sont pas présentées.

^a Données représentant soit le mode ou soit les valeurs les plus élevées quand le mode ne peut être distingué.

Tableau 1 – Répartition selon l’âge des pathologies les plus fréquentes (en %) [19]

La surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) menée en Lorraine en 2011-2012 expose que le taux de signalement des MCP augmente avec l'âge : 9,0 % des salariés de 55 ans et plus ont fait l'objet d'un signalement de MCP entre 2011 et 2012. Cette surveillance montre également que les principales pathologies signalées en lien avec le travail sont les TMS, puis les souffrances psychiques [21] (Cf. Tableau 2).

	2011		2012	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Affections de l'appareil locomoteur	5,9	4,8	6,8	5,2
Souffrance psychique	2,0	0,6	2,6	0,9
Irritations et/ou allergies	*	0,4	*	0,3
Troubles de l'audition	*	*	*	0,5

* Effectifs ≤ 5

Source : Direccte Lorraine – Inspection médicale ; calculs SEVE.

Définition :

Taux de signalement = nombre de salariés avec signalement de MCP / Nombre de salariés vus pendant la quinzaine

Taux de prévalence = Nombre de signalements de cette pathologie / Nombre total de salariés vus pendant les quinzaines

Tableau 2 – Taux de prévalence (%) des pathologies signalées, 2011-2012, Lorraine [21]

I-2 Les apports de la réforme de la santé au travail

I-2-1 Principales justifications de la réforme

1-2-1-1 La démographie médicale

La démographie médicale en médecins du travail est en décroissance continue, essentiellement lié au non remplacement des départs en retraite. La DRESS dans son rapport sur la démographie médicale en France à l'horizon 2030 estime une diminution du nombre de médecins du travail d'environ 62 % sur 24 ans : de 6 139 médecins du travail en 2006, leur nombre ne serait plus que de 2 353 en 2030 [22]. La démographie médicale constitue un frein à la réalisation de l'ensemble des missions des services de santé au travail. Pour pallier ce déficit, la réforme de la santé au travail prévoit la possibilité de recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification de médecine du travail auprès de l'ordre des médecins [23][24].

1-2-1-2 Une insuffisance en matière de prévention des risques professionnels

Les services de santé au travail doivent s'adapter à de nouveaux enjeux devenus sociétaux comme le drame de l'amiante, les risques psycho-sociaux, les suicides en lien avec le travail ou encore les troubles musculo-squelettiques, etc. Le drame de l'amiante a fortement remis en cause le fondement de la visite individuelle systématique et a traduit la « *faillite d'un système historique de gestion des risques professionnels gouverné par un objectif de réparation* » [23]. Dans ce cadre, les modes d'intervention en matière de santé au travail se devaient d'être réétudiés afin d'être plus efficaces : « *il s'agit de faire évoluer les services de santé au travail vers des services de prévention privilégiant les actions de prévention primaire et proposant des actions collectives sur le milieu de travail, complémentaires et étroitement liées aux actions individuelles* » [24].

1-2-1-3 Faible recours aux compétences pluridisciplinaires

Fin des années 1990, la dernière réforme de la médecine du travail engagée avait pour but d'en améliorer son fonctionnement, d'augmenter sa contribution à la sécurité sanitaire générale et de développer la pluridisciplinarité médicale, technique et organisationnelle, conformément aux exigences de la directive cadre du 12 juin 1989¹, qui détermine les principes fondamentaux de

¹ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Portée par la loi de la modernisation sociale du 17 janvier 2002² et par le décret du 28 juillet 2004³, cette réforme a permis de faire évoluer la médecine du travail « *vers une culture de prévention de la santé au travail* » par la création des services de santé au travail [25].

Néanmoins, cette réforme s'est rapidement révélée insuffisante pour répondre aux nouveaux enjeux en termes de santé et protection des salariés (enjeux cités dans le paragraphe ci-dessus auxquels s'associent les problématiques du vieillissement de la population, de la démographie médicale etc.).

De plus, le recours aux compétences pluridisciplinaires demeurait ponctuel et peu intégré à une démarche de prévention, se faisant au cas par cas en fonction de l'offre de compétences du service de santé au travail et non pas en fonction des besoins en matière de prévention des entreprises. La réforme de juillet 2011 réaffirme la nécessité de renforcer la pluridisciplinarité qui doit permettre de faire face à ces nouveaux enjeux [24][25].

I-2-2 Orientations et enjeux de la réforme

La loi du 20 juillet 2011⁴ relative à l'organisation de la médecine du travail et ses décrets du 30 janvier 2012⁵ constituent un profond bouleversement de la santé au travail tout en renforçant les orientations précédentes.

Cette nouvelle réglementation :

- définit des missions aux services de santé au travail alors qu'auparavant, seules les missions des médecins du travail étaient codifiées dans le code du travail.
- renforce la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail interentreprises avec une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers, des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.
- prévoit que les priorités des services de santé au travail interentreprises en matière de santé au travail et de prévention soient précisées en tenant compte des réalités locales dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), lequel est conclu entre le service d'une part et l'autorité administrative (la DIRECCTE) et les organismes de

² Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

³ Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail

⁴ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

⁵ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail

sécurité sociale compétents (les CARSAT) d'autre part (après avis du Comité régional de prévention des risques professionnels dans une formation restreinte et de l'Agence régionale de la santé).

- prévoit dans les services de santé au travail interentreprises, l'élaboration par une commission médico-technique d'un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service. Le projet doit être soumis à l'approbation du conseil d'administration désormais paritaire. Il est une des pièces du dossier d'agrément adressé à la DIRECCTE.
- envisage la possibilité d'adapter la surveillance médicale individuelle par la modulation de la périodicité des visites médicales par la décision d'agrément de la DIRECCTE.

Cette nouvelle réforme entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2012, vise à [24] :

- promouvoir une politique de santé au travail efficace grâce à une meilleure prévention des risques dans les entreprises en privilégiant des actions collectives (notamment dans les TPE et PME) d'une part et à des suivis individuels de salariés mieux adaptés aux besoins et aux connaissances scientifiques d'autre part.
- renforcer le développement de la pluridisciplinarité en vue essentiellement d'améliorer l'efficacité des actions de prévention primaire dans l'entreprise.
- constituer les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail à l'échelon régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. Les CPOM, en contribuant à assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires (services de santé au travail, DIRECCTE, CARSAT), constituent un levier d'action essentiel pour atteindre ces objectifs [25].
- garantir l'indépendance du médecin du travail vis-à-vis de son employeur ainsi que des entreprises dont il a la charge.
- accroître l'attractivité de la médecine du travail.

D'une approche individuelle, l'approche est devenue nécessairement collective avec la volonté de créer une véritable pluridisciplinarité en santé au travail et de renforcer les actions en milieu de travail [26].

Par ailleurs, l'accent a été mis sur le rôle exclusivement préventif des missions, qu'elles soient réaffirmées pour certaines comme la veille sanitaire, ou nouvelles comme la prévention de la pénibilité ou de la désinsertion professionnelle [25].

I-2-3 L'engagement de la réforme dans le maintien dans l'emploi

I-2-3-1 Une mission prioritaire des services de santé au travail

Avant la loi du 20 juillet 2011, seules les missions du médecin du travail étaient déterminées par la loi. La réforme de la médecine du travail vient désormais codifier dans le code du travail des missions légalement définies pour les services de santé au travail. Parmi celles-ci, figure explicitement la prévention de la désinsertion professionnelle par la contribution au maintien dans l'emploi des travailleurs en application de l'article L.4622-2, alinéa 2 du code du travail : *« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin [...] de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ».*

Dans le respect des missions générales, les services de santé au travail interentreprises (SSTI) doivent définir leurs actions dans le cadre du CPOM, conclu entre chaque SSTI, la DIRECCTE et la CARSAT (pour une durée maximale de 5 ans) en vue de prioriser les actions des services en fonction des réalités locales.

La réglementation, en application de son article D.4622-45 du code du travail, stipule explicitement que ce contrat pluriannuel définit des actions visant à permettre le maintien dans l'emploi des salariés et à lutter contre la désinsertion professionnelle : *« Le contrat pluriannuel définit les actions visant à mettre en œuvre les priorités d'actions du projet de service pluriannuel [...], mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail, [...] permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle ».*

C'est la commission médico-technique (constituée du président du service de santé au travail interentreprises et de membres de l'équipe pluridisciplinaire) qui est chargée de formuler les propositions relatives aux priorités du service et aux actions pluridisciplinaires conduites par ses membres. Ses propositions pourront être intégrées, après approbation par le conseil d'administration, au sein du projet de service pluriannuel. Certaines de ces actions prioritaires seront reprises dans le cadre du CPOM.

I-2-3-2 Une mission assurée par une nouvelle équipe pluridisciplinaire

La nouvelle réglementation prévoit que les missions des services de santé au travail interentreprises soient assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises est rendue obligatoire « *afin de favoriser la formation d'une culture pluridisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagés* ». La composition de cette équipe peut varier selon la population suivie, les risques identifiés et les territoires.

La création de l'équipe pluridisciplinaire permet, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut exercer, de bénéficier de « *compétences diverses pour accroître collectivement les capacités et l'impact du SSTI et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels* » [24].

L'équipe pluridisciplinaire est animée et coordonnée par le médecin du travail entre autres dans le cadre des objectifs fixés par le projet de service pluriannuel, véritable document pivot qui tend à améliorer la gouvernance et le pilotage du service.

Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail, ce qui signifie que l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail peut être amenée à se rendre en entreprise afin de contribuer à la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment « *par l'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi* » (selon l'article R.4624-1, alinéa 2 du code du travail) [26].

I-2-3-3 Un rôle accentué du médecin du travail en faveur du maintien dans l'emploi

L'article R.4623-1, tout en conservant les missions habituelles du médecin du travail, met l'accent sur le maintien dans l'emploi. Ainsi cet article du code du travail prend la formulation suivante : « *le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, l'adaptation des postes [...] **notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés.*** »

Pour mener à bien ses missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail souvent avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et procède à des examens médicaux. La réforme de juillet 2011 a ajouté une nouvelle attribution au médecin du travail qui est celle de proposer des mesures non plus individuelles mais collectives. C'est en ce sens que l'article L.4624-3 du code du travail a été modifié en inscrivant le mot « travailleur » au pluriel : « *lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé **des travailleurs**, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et en cas de refus fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.* »

La prévention du maintien dans l'emploi doit désormais s'appréhender selon une double approche : d'abord collective puis individuelle [26].

Avant la réforme de juillet 2011, le médecin du travail était déjà habilité à proposer des mesures individuelles telles que des mutations ou des transformations de postes justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs, selon l'article L.4624-1. Cet article du code du travail a récemment été modifié par la loi « Rebsamen » du 17 août 2015⁶, qui stipule que le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien dans l'emploi. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions émises et en cas de refus, d'en faire connaître les motifs qui s'y opposent.

I-2-3-4 Le renforcement du rôle de l'examen de pré-reprise

L'examen de pré-reprise, préalable à la reprise du travail, a lieu pendant la suspension du contrat de travail lorsque le salarié est en arrêt de travail. De ce fait, le médecin du travail ne délivre aucun avis en termes d'aptitude ou d'inaptitude [24][26].

La réforme de la médecine du travail vient préciser le but de l'examen de pré-reprise qui est de favoriser le maintien dans l'emploi notamment des salariés en arrêt de travail d'une durée supérieure à 3 mois conformément à l'article R.4624-20 du code du travail : « ***En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois, une visite de pré-reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié.*** » Néanmoins, l'examen de pré-reprise reste possible pour les arrêts plus courts, notamment si une modification de l'aptitude au poste est prévisible.

Les demandeurs à l'initiative de la visite de pré-reprise (médecin traitant, médecin conseil ou salarié) reste inchangé. Cette visite ne peut en aucun cas être demandée par l'employeur ou le médecin du travail, cependant ces derniers peuvent informer les salariés de son existence [26].

La réglementation est venue préciser les modalités de l'examen de pré-reprise. En effet, cet examen est l'occasion pour le médecin du travail de recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, des préconisations de reclassement, des formations professionnelles en vue de faciliter le reclassement ou la réorientation professionnelle du salarié (selon l'article R.4624-21 du code du travail).

Le médecin du travail, peut dans ces circonstances, solliciter l'aide du service social du travail du service de santé au travail interentreprises ou celui de l'entreprise. Enfin, sauf opposition du salarié, le médecin du travail informe l'employeur (et la réforme prévoit également qu'il

⁶ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

informe le médecin conseil) « *de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié.* »

Ceci implique pour l'employeur, qu'il doit prendre en compte ces recommandations de manière explicite et qu'il ne peut plus ignorer les conclusions de l'examen de pré-reprise. L'employeur est également censé anticiper la démarche d'adaptation de postes ou de recherche de reclassement, selon les préconisations émises par le médecin du travail, en vue de répondre à cette obligation de tout mettre en œuvre pour favoriser le maintien dans l'emploi de son salarié [24][26].

A noter que l'examen de pré-reprise ne dispense pas de l'examen de reprise prévu à l'article R.4624-22 du code du travail.

I-3 Les avancées de la loi Handicap sur la politique en faveur des travailleurs handicapés

La loi 11 février 2005⁷ dite « loi Handicap » constitue un profond renouvellement de la politique en faveur des personnes handicapées, en entendant couvrir tous les aspects de leur vie [27]. Elle réforme l'ensemble des législations antérieures, notamment la loi fondatrice du 30 juin 1975 dite loi d'orientation des personnes handicapées, et modifie de nombreux codes, notamment le code du travail.

La loi Handicap a pour ambition de faciliter l'insertion des personnes handicapées à la vie sociale « *et en particulier à la vie de l'entreprise* » [28]. Parmi les principales avancées de la loi, nous pouvons noter une première définition législative du handicap [29], la compensation du handicap, le renouvellement de la politique de l'emploi des personnes handicapées et l'accessibilité pour tous.

I-3-1 Définition du handicap

I-3-1-1 Etymologie

Etymologiquement, le terme handicap vient de l'expression anglaise « *Hand in the cap* » ou « *Hand i' cap* » signifiant main dans le chapeau. Au 16^e siècle, cette expression désignait une transaction d'objets de valeur entre deux personnes au cours de laquelle celles-ci confiaient le rôle d'arbitre à un tiers. Ce dernier évaluait la somme à ajouter dans le chapeau à l'objet de moindre valeur pour que l'échange soit équitable. Au 18^e siècle, cette technique du chapeau a été reprise sur les champs de course hippique pour déterminer la distance supplémentaire à imposer au cheval le plus rapide lorsque les chances des deux concurrents différaient de manière trop importante. Le terme handicap faisait donc référence à la volonté d'égaliser les chances entre les participants [5][11].

En 1832, le mot handicap fait son apparition dans la langue française dans le Dictionnaire de l'Académie. Ce serait en 1906 que le mot aurait changé de signification : auparavant désignant une action à égaliser les chances, a posteriori, le terme « handicap » désigne un désavantage [30].

⁷ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

I-3-1-2 Définition selon l’OMS

L’OMS a arrêté en 1980 une définition du handicap : « *est handicapé un sujet dont l’intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l’effet de l’âge, d’une maladie ou d’un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l’école ou à occuper un emploi s’en trouvent compromis* ». L’OMS élabore la Classification Internationale du Handicap (CIH) en trois concepts, basés sur les travaux de l’épidémiologiste Philip Wood selon le modèle déficience-incapacité-désavantage.

La déficience correspond à une perte de substance ou une altération psychologique, physiologique ou anatomique. C’est l’élément lésionnel.

L’incapacité est une résultante de la déficience. Elle correspond à une réduction ou impossibilité à accomplir certaines activités ou gestes de la vie quotidienne considérés comme normaux pour un être humain.

Le désavantage est la conséquence de l’incapacité, il limite ou interdit l’accomplissement normal d’un rôle social en rapport avec l’âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage résultant des déficiences et/ou incapacité, serait pour partie dépendant de l’environnement [30][31].

En 2001, la CIH est remplacée par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui s’inscrit dans la continuité de la CIH tout en introduisant des changements importants. Ainsi le point de départ est celui du fonctionnement de tout être humain et non plus de la déficience (sous-entendue dysfonctionnement), la CIF renonce au tryptique à connotation stigmatisante « déficience-incapacité-désavantage » au profit d’un vocabulaire différemment connoté « fonctions et structures du corps-activité-participation », elle introduit les facteurs environnementaux comme éléments facilitateurs ou comme freins au fonctionnement [31].

I-3-1-3 Définition selon la législation française

La loi Handicap est la première à instaurer une définition du handicap [29] dans la législation française : « *toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement, par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant.* »

Cette définition s’inscrit dans le prolongement de la définition de l’OMS de 1980 (CIH) et répond pour partie à la nouvelle classification de l’OMS de 2001 (CIF) [28][31]. En effet, la définition française du handicap accorde à l’environnement un statut de « contexte » pour la personne handicapée alors que la définition internationale indique que l’environnement est constitutif du handicap en raison des interactions entre le fonctionnement de l’individu et de son environnement.

Le handicap est défini comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société, ce n'est donc pas l'altération fonctionnelle qui constitue le handicap mais bien les conséquences en termes de capacité et de participation.

La liste des altérations fonctionnelles s'est élargie par rapport à celles définies par la loi d'orientation du 30 juin 1975 qui distinguait le handicap selon trois champs : physique, sensoriel et mental. Ainsi, la liste des altérations comprend [31]:

- l'altération physique,
- les troubles sensoriels (visuels, auditifs),
- l'altération mentale désormais abordée selon trois aspects : les fonctions mentales au sens des capacités intellectuelles, cognitives au sens des capacités d'acquisition des connaissances, de communication et d'apprentissage et psychiques au sens psychiatrique,
- le polyhandicap,
- un trouble de santé invalidant, permettant de prendre en compte les affections graves comme le diabète, les insuffisances cardiaques ou respiratoires etc.

La loi Handicap a modifié en conséquence la définition du travailleur handicapé dans le code du travail. En effet, cette définition instituée par la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés faisait état de l'altération physique ou mentale [32]. La nouvelle définition du travailleur handicapé s'étend aux différentes altérations fonctionnelles et prend la forme suivante : « *est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités de tenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.* »

I-3-2 Compensation du handicap et création de la MDPH

Un des principes généraux guidant la politique publique concernant les personnes handicapées est celui de la compensation : « *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* »⁸. Cette compensation vise à répondre aux besoins nécessaires à l'exercice de la citoyenneté et de la capacité d'autonomie de la personne handicapée dans divers champs dont celui du milieu professionnel.

L'innovation réside dans « *l'universalité de ce droit qui a vocation à se substituer à des situations faisant jusque-là l'objet de traitements distincts (enfance handicapée, adultes handicapés, personnels vivant en établissement)* » [27].

⁸ Article L.114-1 du code de l'action sociale et des familles

Une prestation de compensation peut être versée à la personne handicapée en nature ou en espèce en prenant en compte la nature et l'importance des besoins de compensation en regard de son projet de vie (aspirations et orientations que la personne souhaite mettre en œuvre quant à son mode de vie, son travail etc.).

Par ailleurs, pour mettre fin au traditionnel « parcours du combattant » des personnes handicapées et de leur famille, la loi a créé un interlocuteur unique départemental de proximité en matière de handicap : les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Celles-ci ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille et se doivent d'offrir aux usagers l'accès à l'ensemble des droits et prestations auxquels ils peuvent prétendre.

Les MDPH réunissent les missions des anciennes Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP), les missions des anciennes Commissions départementales d'éducation spéciale et les missions des sites pour la vie autonome.

Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été créées pour prendre les décisions relatives à l'ensemble des droits des personnes handicapées sous un même angle d'approche [27].

I-3-3 L'accessibilité pour tous

L'expression « *accessibilité universelle* » fait son apparition et désigne le « *processus visant à éliminer toutes les barrières pouvant limiter une personne dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes* ». En plus de s'adresser aux personnes atteintes d'une déficience, cette démarche s'adresse désormais à toute personne pouvant être confrontée à un moment donné à une situation de handicap définitive ou non [27].

Ce principe d'accessibilité concerne tout d'abord le bâti et les transports mais également l'accès à d'autres services (service public, à la justice, culture, aux loisirs etc.). La loi prévoit l'accessibilité des transports publics et des établissements recevant du public au 1^{er} janvier 2015.

Ce principe d'accessibilité implique également les lieux de travail comme le mentionne l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation : « *les lieux de travail doivent être accessibles à tous, notamment aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap* ». Les chefs d'établissement sont donc censés garantir au travailleur reconnu handicapé l'accès aisé à son poste de travail ainsi qu'aux sanitaires et local de restauration [31].

I-3-4 Profonde mutation de la politique de l'emploi des personnes handicapées

I-3-4-1 Avant la loi Handicap

I-3-4-1-1 Rappel historique

Le principe du droit à la réinsertion professionnelle est né de situations d'atteinte à l'intégrité physique survenues en masse lors de la fin de la première guerre mondiale ou lors d'émergence de grands fléaux sociaux.

Les lois du 31 mars 1919 et du 26 avril 1924 donnent droit à la rééducation professionnelle et à un emploi aux victimes de guerre. Le taux d'obligation légale est alors de 10 % de personnes mutilées et assimilées.

La loi du 14 mars 1930 étend le droit à l'emploi aux accidentés du travail, les ordonnances des 16 octobre et 29 décembre 1945 aux assurés de maladies ou accidents aux séquelles incompatibles avec l'ancien emploi, l'ordonnance du 31 octobre 1945 et du 6 janvier 1950 aux anciens tuberculeux [33].

La loi du 23 décembre 1957, première loi concernant le reclassement des travailleurs handicapés, réorganise l'ensemble des textes relatifs à l'insertion professionnelle des personnes handicapées [31][33].

I-3-4-1-2 La loi d'orientation du 30 juin 1975

Cette loi, fondatrice de la loi du 11 février 2005, vise à promouvoir une politique globale en faveur des personnes handicapées : prévention, prestations financières, intégration, travail, hébergement etc. [31].

Par rapport à l'emploi, elle pose le principe d'une obligation nationale d'emploi des travailleurs handicapés, qui se concrétise par la réalisation de listes d'emplois réservés dans les entreprises d'au moins dix salariés à hauteur de 10 % de l'ensemble de l'effectif. La déclaration annuelle des emplois réservés vaut offre d'emploi dans la limite des postes vacants. Les employeurs assujettis sont les entreprises et organismes privés, les établissements publics industriels et commerciaux, les administrations de l'Etat et des collectivités locales à hauteur de 3 %.

Les bénéficiaires sont les travailleurs handicapés reconnus de la COTOREP, les mutilés de guerre et assimilés, les victimes d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) ayant entraîné une incapacité permanente (IP) même a minima [33].

Cette loi non soumise à une obligation de résultat est au final peu incitative [5][33].

I-3-4-1-3 La loi du 10 juillet 1987 pose le principe de l'obligation d'emploi de 6 %

La loi du 10 juillet 1987 remplace la simple obligation de procédure par une obligation de résultat. Elle reporte directement la responsabilité de l'observation des quotas aux entreprises [33].

Elle pose le principe que « *tout employeur occupant au moins 20 salariés est tenu d'employer à temps plein ou à temps partiel des bénéficiaires dans la proportion de 6 % de l'effectif total des salariés* » [30]. Les employeurs assujettis restent les mêmes que ceux de la loi du 30 juin 1975, mais le taux d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés est renforcé dans la fonction publique, passant de 3 à 6 %.

La loi étend les bénéficiaires aux titulaires d'une pension d'invalidité de la sécurité sociale au-delà de la perte des deux tiers de la capacité de travail et renforce le taux d'IP des victimes d'AT ou MP à au moins 10 %.

La loi remplace la déclaration annuelle du nombre d'emplois réservés par une déclaration du nombre de bénéficiaires effectifs, plus facile à contrôler [33].

Plusieurs particularités de cette loi permettent de s'exonérer de l'obligation d'emploi [30] :

- la conclusion par les partenaires sociaux d'un accord soit de branche, soit d'entreprise, soit d'établissement. Celui-ci, après agrément de la direction du travail et de l'emploi, vaut le respect de l'obligation légale.
- les contrats de sous-traitance avec le milieu protégé, qui donnent lieu à des déductions partielles pouvant aller jusqu'à 50 % de l'obligation d'emploi de personnes handicapées.
- la contribution volontaire de l'employeur à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), pour le non-emploi de personnes handicapées par unité bénéficiaire manquante chaque année, d'une somme basée sur le SMIC. En cas de non-respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, la somme est majorée (à 500 fois le SMIC majorée de 25 % par bénéficiaire manquant).

L'effectif de salariés pris en compte pour le calcul du quota exclut certains emplois « *exigeant des conditions d'aptitude particulières* », emplois impliquant la sécurité collective (exemple des transports), une charge de travail physique importante ou de risques d'accidents majorés (bâtiment) [32][33].

Cette incitation légale et financière a été suivie d'effet. Cependant, une grande majorité d'entreprises préfèrent s'acquitter de l'exonération libératoire à l'AGEFIPH.

I-3-4-2 La loi Handicap renforce l'obligation d'emploi

La loi réaffirme le principe de « non-discrimination et d'égalité de traitement » en transposant la directive européenne du 27 novembre 2000 sur ce sujet, en vue de renforcer la lutte contre les exclusions professionnelles [28][31]. Ainsi le refus de prendre « *les mesures appropriées* » pour permettre aux travailleurs handicapés bénéficiaires de l'obligation d'emploi « *d'accéder ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser* » peut ainsi être constitutif d'une discrimination, selon l'article L.5213-6 du code du travail.

Elle renforce l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en incitant les entreprises à préférer l'embauche d'une personne handicapée au versement de la contribution annuelle à l'AGEFIPH, en accentuant la dissuasion financière [28]. Bien que le quota d'emplois des travailleurs handicapés demeure inchangé (6 %), les règles de calcul sont modifiées et globalement défavorables aux entreprises [5][28][31].

Le quota s'étend aux bénéficiaires détenteurs d'une carte d'invalidité et de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) (cf. Tableau 3).

La « *catégorie d'emploi exigeant des conditions d'aptitude particulières* » jusqu'alors exclue du quota des 6 % est intégrée au comptage. Les 6 % sont donc calculés sur l'effectif global de l'entreprise.

La loi prévoit une nouvelle modulation du montant de la contribution des entreprises soumises au quota de 6 %, pour les entreprises qui investissent dans l'intégration professionnelle des personnes handicapées ou **leur maintien dans l'emploi**. En effet, celles-ci peuvent directement déduire leurs dépenses du montant de la cotisation à l'AGEFIPH.

Le plafond de la contribution des employeurs à l'AGEFIPH passe de 500 à 600 fois le SMIC par an et par bénéficiaire non employé, majoré à 1500 fois le SMIC en cas de non-respect de l'obligation pendant trois années consécutives afin de dissuader les entreprises les plus récalcitrantes.

De plus, la volonté de la loi est « *de poser le principe de l'intégration du travailleur handicapé dans le milieu de travail ordinaire chaque fois que possible en mobilisant les partenaires sociaux.* » En effet, la loi prévoit des négociations annuelles au niveau de l'entreprise et trisannuelles au niveau de la branche, portant sur les conditions d'accès à l'emploi, à la formation, à la promotion professionnelle ainsi que sur les conditions de travail et d'emploi des personnes handicapées [28].

Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
Article L5212-13 du Code du travail modifié par LOI n°2008-492 du 26 mai 2008 - art. 5

1° Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

3° Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

4° Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

5° Les bénéficiaires mentionnés aux articles L. 395 et L. 396 du même code ;

6°, 7° et 8° Abrogé ;

9° Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

10° Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

11° Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Tableau 3 – Les bénéficiaires OETH (à décompter du quota des 6 %)

I-3-5 Bilan de la loi Handicap

I-3-5-1 Réglementairement parlant

Le bilan est plutôt positif, puisqu'en 2012 environ 99 % des textes d'application ont été publiés (220 décrets et arrêtés) [27].

I-3-5-2 Les MDPH confrontées à une inflation de leur activité

I-3-5-2-1 Un progrès en termes de service public

Les représentants associatifs reconnaissent le bilan positif des MDPH « *en termes de simplification des démarches, d'accueil, d'écoute et d'accompagnement* » soit un meilleur service au bénéfice des personnes handicapées et de leur famille. Le caractère décentralisé permet de répondre au plus près de leurs besoins. Même si des difficultés de fonctionnement persistent (notamment en matière de gestion des personnels), la création des MDPH constitue « *un progrès en termes de service public* » [27].

I-3-5-2-2 Une augmentation croissante d'activité

Les MDPH font face à une inflation des demandes qui s'explique par le développement de leurs missions d'origine et par l'attribution de nouvelles tâches (mise en place de dispositifs tels que les centres ressources pour les personnes en situation de handicap, observation des besoins, gestion des situations critiques etc.) [27][34]. Des facteurs exogènes sont évoqués par les rapports d'activité des MDPH sur les raisons de l'accroissement de l'activité telles que « *les détériorations des conditions d'accès à l'emploi et la progression de la précarité* », « *les réformes de l'AAH et des retraites* ».

La synthèse des rapports d'activité 2014 des MDPH montre que l'activité continue de croître pour la neuvième année consécutive (Cf. Figure 4) : augmentation du nombre de demandes de 7,0 % entre 2013 et 2014 ainsi qu'une augmentation de 6,8 % du nombre de personnes à avoir déposé un dossier [35].

Ceci a pour conséquence directe un délai de traitement des demandes encore plus long. De manière générale, les délais sont de l'ordre de quatre mois environ [27][35].

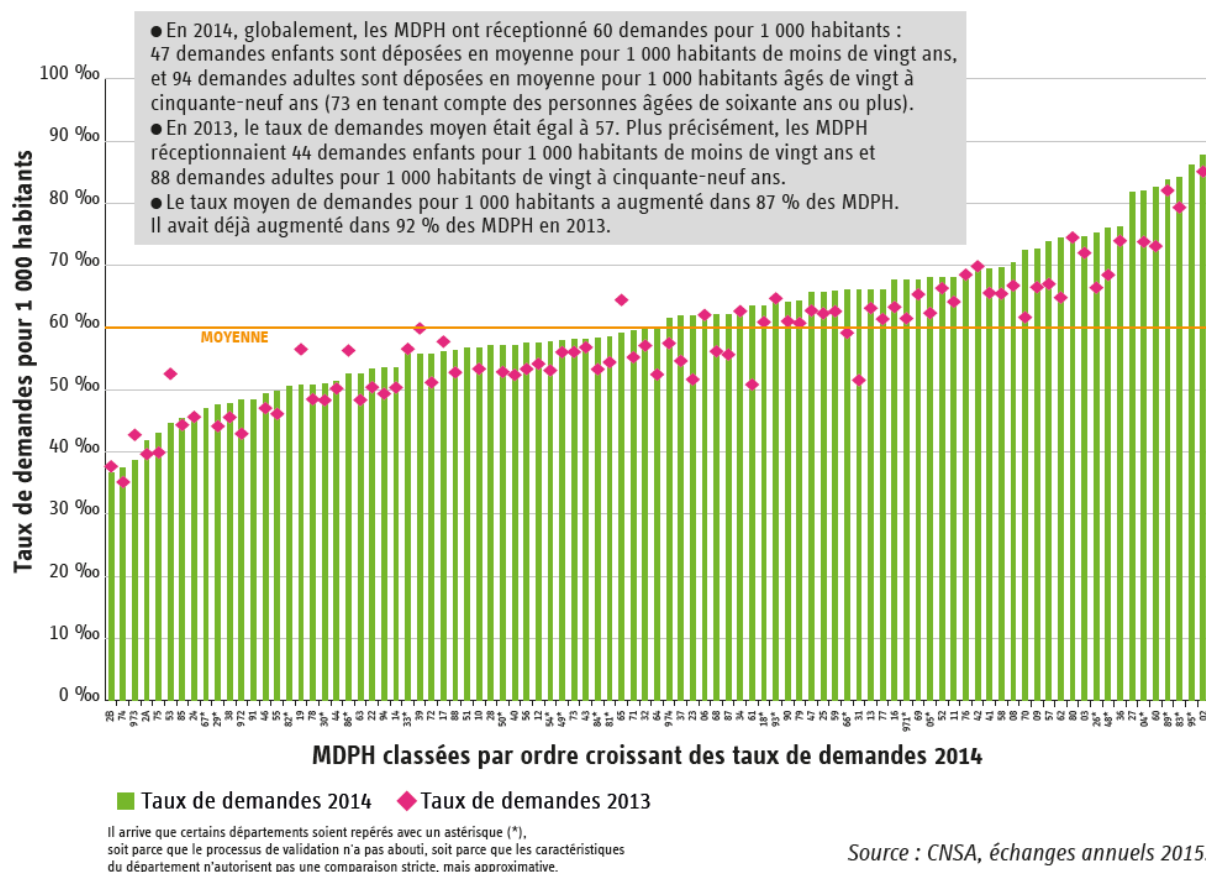
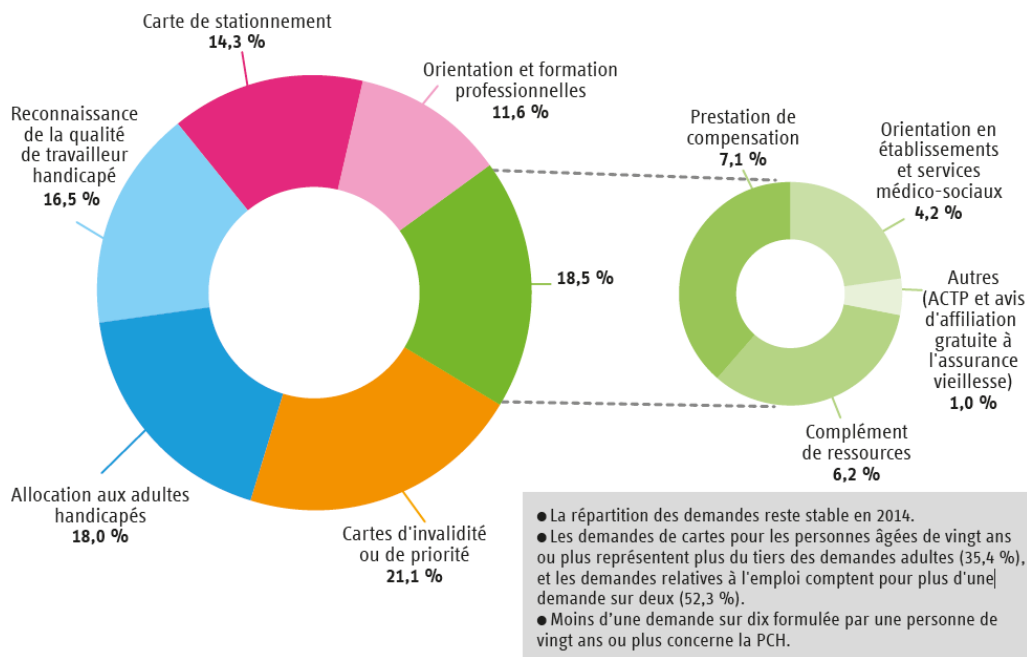


Figure 4 – Taux moyen de demandes aux MDPH pour 1 000 habitants, 2014 [35]

Note : Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 37 à 88 selon les MDPH. Échantillon : 93 MDPH.

En 2014, les demandes en lien direct avec l'emploi représentent près de 25 % des demandes pour adultes [35] (Cf. Figure 5). « *Les rapports d'activité des MDPH font état d'une forte augmentation des décisions en matière d'insertion professionnelle en particulier s'agissant de la RQTH* » [27]. En effet, depuis la première réforme de l'AAH (entrée en vigueur en 2009), la procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est systématiquement engagée à l'occasion de l'examen de toute demande d'AAH.



Source : CNSA, échanges annuels 2015.

Figure 5 – Répartition des demandes adultes aux MDPH, 2014 [35]

Note : échantillon 69 MDPH

En 2012, les renouvellements de dossiers dépassaient le quart des demandes [27]. En 2014, la baisse de la part des premières demandes observée en 2012 se confirme notamment dans le champ des droits et des prestations pour adultes, ce qui tend à indiquer que les renouvellements continuent de peser de plus en plus lourd dans l'activité des MDPH [35].

I-3-5-2-3 Des difficultés financières

Un des défis aujourd'hui pour les MDPH est d'ordre financier, car les moyens n'évoluent pas au même rythme que leur activité [27][34]. Lors de leur création, les Conseils généraux sont massivement intervenus pour allouer aux MDPH les moyens de fonctionnement nécessaires, ce qu'ils ne sont plus en mesure de faire dans les mêmes conditions actuellement en raison de finances plus faibles. « *Les rapports d'activité sont parfois alarmants quant à la situation financière des groupements d'intérêt public. Si la plupart des MDPH continue à afficher des budgets excédentaires, elles sont nombreuses à constater la dégradation de leur compte.* » [34].

I-3-5-3 L'accessibilité : Le rendez-vous de 2015 n'a pas été tenu

La loi n'a pas prévu de remontées d'informations obligatoires de la part des acteurs concernés. Il en résulte un manque de données sur l'état d'avancement de la mise en accessibilité [27].

En mars 2013, la sénatrice chargée d'évaluer l'état d'avancement de l'accessibilité en France souligne la « *dynamique, la mobilisation, la prise de conscience des acteurs* », les travaux déjà entrepris mais également l'importance du chemin restant à parcourir d'ici 2015 [36].

Le baromètre de l'accessibilité réalisé par l'Association des Paralysés de France affiche quant à lui un avis de tempête en 2013 concernant l'échéance d'accessibilité du 1^{er} janvier 2015. Le constat serait alarmant, avec seulement 42 % des réseaux de bus accessibles aux personnes handicapées. 18 % des chefs-lieux départementaux n'auraient pas élaboré leur plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics, prévus pour chaque commune. 8 % des chefs-lieux départementaux auraient 3 ans de retard dans la réalisation du diagnostic de leurs établissements recevant du public [37].

L'échéance de 2015 a néanmoins été maintenue avec la mise en place des Ad 'AP (Agendas programmés de mise en accessibilité) correspondant à un allongement du délai de mise en accessibilité de 3 à 9 ans [36].

I-3-5-4 L'emploi : des efforts mais des disparités persistantes

I-3-5-4-1 Taux d'emploi direct et moyens d'acquittement des employeurs assujettis à l'OETH

D'après l'enquête emploi 2011 de l'INSEE, la France compte 2 millions de personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans (soit 5 % de la population totale des 15-64 ans).

En 2012, 100 300 établissements dans le secteur privé (+ 0,7 % en un an) sont assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Parmi les effectifs de ces établissements, 361 700 travailleurs handicapés y sont recensés (- 1,6 % en un an).

Le taux d'emploi direct (correspondant à la part des travailleurs handicapés dans l'effectif total des établissements, y compris ceux ayant signé un accord spécifique sur l'emploi des personnes handicapées) demeure en 2012 en dessous du quota des 6 % et se chiffre à **3,1 % dans le secteur privé** [38]. Néanmoins, ce constat est encourageant puisqu'en 2009 le quota ne se chiffrait qu'à 2,7 %. Par ailleurs, la proportion d'établissements dits à « quota zéro » (ceux répondant à leur obligation en versant uniquement une contribution à l'AGEFIPH) a fortement diminué, passant de 35 % en 2006 à 11 % en 2009 [27].

L'image ci-dessous résume les différents moyens choisis pour s'acquitter de l'obligation d'emploi par les employeurs privés en 2012 [38] (Cf. Figure 6).

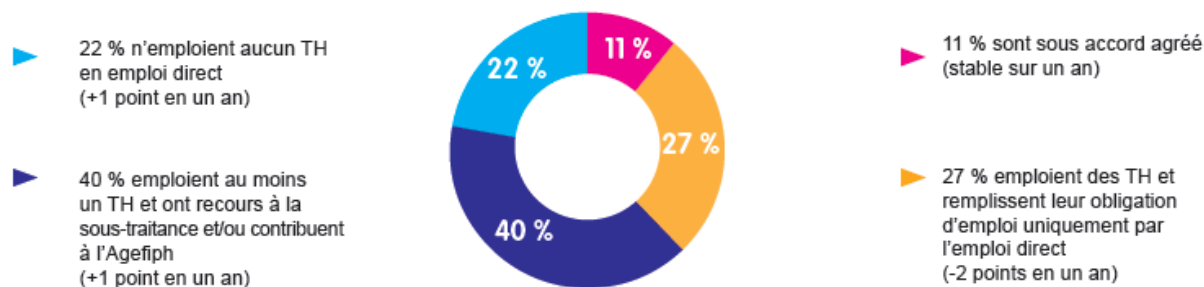


Figure 6 – Déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés, 2012 [38]

Note : abréviation TH = travailleur handicapé

I-3-5-4-2 Diminution du nombre d'établissements contribuant à l'AGEFIPH

Les modifications apportées par la loi Handicap, pour renforcer l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, ont entraîné un pic de contribution des établissements en 2006, suivi d'une constante diminution depuis 2007 [27] (Cf. Figure 7). 421 Millions d'euros ont été collectés en 2014 au titre de l'année 2013 auprès de 42 893 établissements privés. Plusieurs facteurs sont évoqués par l'AGEFIPH pour expliquer cette diminution de fonds : les fermetures ou regroupements d'établissements, la baisse des effectifs salariés, les accords agréés, mais également l'augmentation du nombre d'établissements répondant à l'obligation d'emploi par l'emploi direct et/ou ayant recours à la sous-traitance [27][38].

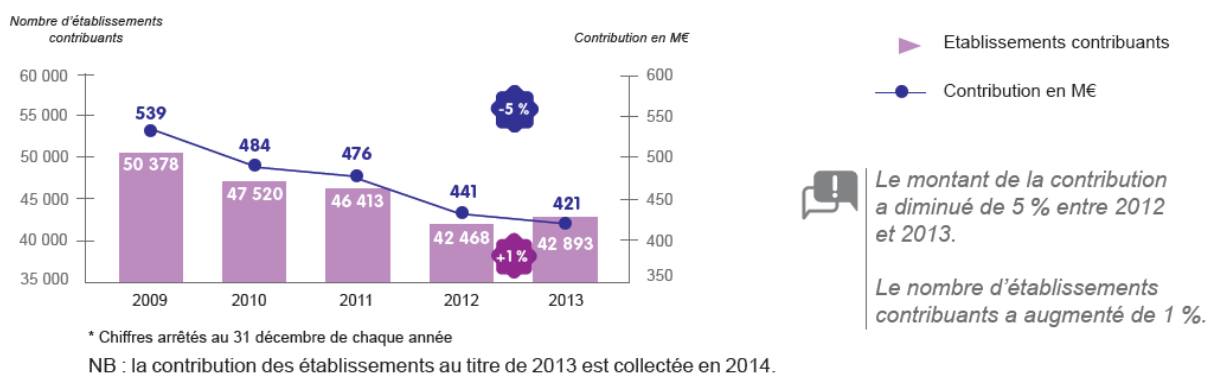


Figure 7 – Evolution de la contribution à l'AGEFIPH [38]

I-3-5-4-3 Des disparités par rapport à l'ensemble de la population active

Le taux d'emploi des personnes handicapées demeure encore très inférieur à celui de l'ensemble de la population active : 35 % versus 65 % qui résulte d'un taux d'activité plus faible mais surtout d'un taux de chômage qui est le double de celui de l'ensemble de la population active. Ainsi le taux de chômage des personnes handicapées s'établit à 20 % versus 10 % de l'ensemble de la population active [27].

Par ailleurs, le taux de chômage des personnes handicapées est d'autant plus élevé que ces personnes cumulent souvent plusieurs difficultés d'accès à l'emploi comme [39] :

- un âge élevé : 46 % ont 50 ans ou plus versus 23 % de l'ensemble des publics,
- un faible niveau de formation : 25 % ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat versus 44 % de l'ensemble des publics,
- une ancienneté d'inscription importante : 57 % sont chômeurs de longue durée versus 45 % de l'ensemble des publics,
- une part élevée est bénéficiaire de l'AAH : 22 %.

I-3-5-5 Renfort du pilotage de la politique de l'emploi et animation de partenariats

L'entrée en vigueur de la loi Handicap a mis en avant la nécessité de renforcer :

- le pilotage de la politique de l'emploi des travailleurs handicapés,
- l'animation de partenariats entre les différents acteurs concernés par cette politique,

cela en vue d'offrir un parcours vers l'emploi le plus rapide et le plus efficace possible.

Cette politique vise à améliorer l'accès et le retour à l'emploi, l'évolution ainsi que **le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés** [40].

L'outil dédié à sa mise en œuvre est le plan d'insertion des travailleurs handicapés qui a pour but de mettre en cohérence par une fonction de coordination et dans une logique de complémentarité, les dispositifs de droit commun du service public de l'emploi et les dispositifs spécialisés d'autres acteurs (AGEFIPH, MDPH etc.) [27].

I-3-5-5-1 Le PRITH, véritable outil de pilotage de cette politique

Suite à la première conférence nationale du handicap (juin 2008), le plan d'insertion des travailleurs handicapés a pris une ampleur régionale. L'échelon régional est considéré comme l'échelon stratégique de définition et de mise en cohérence des politiques de l'emploi. Le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) a vocation à devenir le plan d'action unique du service public de l'emploi et de ses partenaires pour éviter que les plans ne s'additionnent et ne se chevauchent. Il prend en compte le contexte législatif et institutionnel en vigueur.

Le plan est élaboré par le service public de l'emploi sous l'autorité du préfet de région. Il s'agit d'un document « *écrit, unique et partagé* » par tous les partenaires et surtout l'AGEFIPH, Pôle emploi et les Conseils généraux et régionaux.

Le plan comprend [41]:

- un diagnostic régional en cohérence avec les diagnostics locaux,
- des objectifs chiffrés pour chacun des grands axes d'intervention,
- un plan d'action régional par axe d'intervention,
- la définition des moyens mobilisables pour la mise en œuvre des actions,
- des indicateurs régionaux de suivi et d'évaluation.

Au premier trimestre 2011, le constat était mitigé avec seulement 6 PRITH recensés. Ceci s'explique pour partie par la forte dispersion des compétences institutionnelles : l'Etat, les Conseils régionaux, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Cap emploi et l'absence de réel partenariat entre ces différents acteurs.

La clarification des rôles de chacun a donc paru évidente, de même que la construction de partenariats efficaces afin de mieux répondre aux attentes des personnes handicapées et des employeurs [27]. C'est dans cet esprit que la loi du 28 juillet 2011⁹ est promulguée.

⁹ Loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap

I-3-5-5-2 La loi du 28 juillet 2011 dite « Loi Blanc » renforce leur existence

Un des volets de la loi a pour but de réaffirmer la place du service public de l'emploi et de l'Etat dans le pilotage des politiques d'insertion des personnes handicapées. « Sa mesure-phare » est la signature d'une convention nationale pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'Etat, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui fait ensuite l'objet de déclinaisons régionales ou locales associant les MDPH ainsi que l'ensemble des acteurs concourant à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. A noter que ces conventions régionales et locales s'appuient sur le PRITH dont l'existence est confortée par la loi [27][42].

Cette convention nationale « multipartite » a été signée pour une durée de 3 ans, le 27 novembre 2013, entre l'Etat, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP, la CNSA, étendue à l'Association des régions de France, la Caisse nationale d'assurance maladie des Travailleurs salariés et la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). Elle s'articule autour de quatre objectifs principaux [43]:

- faciliter la construction du parcours d'accès à l'emploi,
- mobiliser toutes les offres de formation professionnelle,
- renforcer la sensibilisation des employeurs notamment en termes de négociations collectives,
- **mieux définir et mettre en œuvre des actions ciblées de maintien en emploi.**

Cette convention est à décliner au niveau régional dans le cadre des PRITH. Fin 2013, une forte progression dans le recensement des PRITH est constatée : 22 plans d'action sont validés sur 26, dont celui de la Lorraine [42].

I-4 Le maintien dans l'emploi en Lorraine

I-4-1 Un des axes d'action prioritaire du PRITH

En Lorraine, les différents partenaires ont signé une convention multipartite sur cinq ans, conformément à la loi « Blanc » au printemps 2013. Ces partenaires comprennent : l'Etat, l'AGEFIPH, Pôle emploi, le Conseil régional de Lorraine auxquels s'associent les 4 MDPH de Lorraine, les 2 CARSAT de Lorraine (CARSAT Alsace Moselle, CARSAT Nord Est) et la MSA.

Le comité de pilotage est constitué de représentants de l'AGEFIPH, de la DIRECCTE et du Pôle emploi. Il permet la prise de décisions stratégiques en validant les orientations et le plan d'action.

Le plan d'action 2013 a été élaboré suite à la réalisation de diagnostics menés entre octobre 2011 et février 2012 par un cabinet de conseil prestataire, auquel ont été associés différents partenaires et acteurs de terrain selon la priorité examinée. Ainsi pour le maintien en emploi¹⁰ ont contribué à la réalisation du diagnostic régional lorrain : le médecin inspecteur du travail, les directions régionales lorraines des CARSAT Nord Est et Alsace Moselle et MSA, l'Agence régionale de la santé, le SAMETH meurthe-et-mosellan et un représentant d'un service de santé au travail interentreprises.

Ces différents diagnostics ont permis d'aboutir à une première mouture du plan d'action 2013 articulé autour de 3 axes de travail dont un consacré au renforcement et à l'animation de la politique du maintien en emploi.

Les travaux collectifs ont permis d'identifier 4 priorités en matière de politique de maintien en emploi [44], que nous allons détailler par la suite :

- renforcer les moyens d'observation et le pilotage régional de la politique,
- renforcer les collaborations entre les acteurs opérationnels sur le champ du maintien,
- développer et structurer l'offre de services en matière de remobilisation et de convalescence active en direction des personnes menacées d'inaptitude et des employeurs,
- promouvoir les pratiques de maintiens réussis et renforcer l'ingénierie en matière de reclassement (interne ou externe) au niveau des secteurs d'activité et/ou des territoires.

¹⁰ Terminologie employée dans le plan d'action du PRITH, 2013

I-4-1-1 Renforcer les moyens d'observation et le pilotage régional de la politique

Cette action, dont le responsable est le Pôle Politique Travail (Pôle T) de la DIRECCTE, vise d'une part à disposer de données quantitatives mieux adaptées aux problématiques de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien en emploi (données d'entrées par secteur d'activité, données de sorties, indicateurs intermédiaires de réalisation ou de résultat), et d'autre part à apporter une meilleure connaissance des pratiques des acteurs (offre de services, mobilisation, problématiques rencontrées, expériences réussies, clés de succès) afin de piloter au mieux la politique régionale de maintien.

Pour la mise en œuvre de cette action, les membres du comité de pilotage du PRITH étaient en attente des résultats d'une étude préalable commanditée par l'Observatoire régional de la santé au travail (ORST), concernant le maintien en emploi¹¹ dans le cadre d'accidents de travail - de maladies professionnelles [44].

I-4-1-2 Renforcer les collaborations entre acteurs de maintien

Cette action, dont les responsables conjoints sont la CARSAT Alsace Moselle et la MSA, a pour but d'améliorer le partage d'informations entre les acteurs opérationnels du maintien (service social CARSAT/MSA, services de santé au travail, médecins généralistes, SAMETH) sur des situations de maintien et de renforcer la convergence des stratégies-discours en direction des individus accompagnés.

En effet, un travail en réseau des acteurs est souhaitable afin d'enrichir les pratiques. Il doit également permettre de structurer une approche pluridisciplinaire, pour fluidifier le parcours de maintien en emploi, en associant les acteurs de terrain au dispositif « prévention de la désinsertion professionnelle » des CARSAT (dans les cellules mais aussi en dehors). De plus, un travail en réseau doit permettre d'augmenter la capacité de signalements précoces et de remobilisation de la personne.

Là encore, la mise en œuvre de l'action doit passer par les résultats de l'étude de l'ORST pour mieux repérer les acteurs à impliquer [44].

¹¹ Terminologie employée au sein de l'étude ORST « Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après AT et/ou MP en Lorraine », 2013

I-4-1-3 Développer et structurer l'offre de services

Cette action, dont les responsables conjoints sont la CARSAT Nord Est et la MSA, a pour objectif de démultiplier l'offre de services mobilisable par les salariés en arrêt de travail ou par les employeurs. En effet, un des enjeux centraux de la politique de maintien est de remobiliser au plus vite les personnes à risque d'inaptitude au poste, autour d'un nouveau projet professionnel.

La sécurité sociale ouvre la possibilité de financer des actions de remobilisation-formation pour des personnes en arrêt maladie (prestations de remobilisation, bilan de compétences, formations, dispositifs expérimentaux).

Les modalités de mise en œuvre de cette action doivent passer par les résultats de l'étude de l'ORST, la finalisation de la cartographie de l'offre de services « maintien en emploi », et une réunion avec les Organismes paritaires collecteurs agréés [44].

I-4-1-4 Promouvoir les pratiques de maintiens réussis

Le Pôle T et le Pôle Entreprises, Emploi et Economie (3E) de la DIRECCTE sont responsables de cette action dont l'objectif est de promouvoir des expériences réussies et de développer les actions de reclassement au niveau des territoires et/ou des secteurs ayant de forts taux d'inaptitude. Cela devrait permettre pour les acteurs du maintien en emploi et les employeurs d'identifier des voies de reclassement, malgré d'éventuelles limitations fonctionnelles de la personne et d'identifier les clés de succès ou les freins en matière de maintien.

Dans un premier temps, la mise en œuvre de cette action passerait par la diffusion de cas de maintien en emploi réussis, à travers différents supports (films, presse), aux professionnels du maintien, aux entreprises, aux salariés...

Dans un second temps, après l'étude de l'ORST, il conviendrait de cibler les branches ayant le plus d'avis d'inaptitude ou de licenciements pour inaptitude (et/ou le plus d'AT-MP) afin d'envisager des actions de remobilisation pour les appuyer dans de l'ingénierie de reclassement en interne ou externe du secteur [44].

Fin d'année 2015, la DIRECCTE et l'AGEFIPH ont confié la mission d'animation du PRITH Lorraine à un autre cabinet de conseil prestataire afin d'envisager les suites à donner à l'étude de l'ORST.

I-4-2 Etude de l'ORST

L'ORST-Lorraine a mené une enquête sur « l'état des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après AT et/ou MP en Lorraine », entre janvier et octobre 2013. Cette enquête a été réalisée par le cabinet AMNYOS. Le comité de pilotage était constitué de représentants de l'ORST, de la CARSAT Nord Est et Alsace Moselle, de la DIRECCTE. Certains résultats de cette enquête (que nous allons exposer ci-dessous) ont permis d'orienter notre travail.

I-4-2-1 Données chiffrées

En Lorraine, en 2011, d'après les données de la DIRECCTE dans le cadre de l'analyse des rapports d'activité des services de santé au travail, sont dénombrés [6]:

- 31 367 avis d'aptitude avec réserve,
- 5 471 avis d'inaptitude (inaptitude à un poste et inaptitude à tous les postes),

soit **6,6 %** de la population au travail de Lorraine.

Le nombre d'entrées en assurance chômage suite à un licenciement pour inaptitude (données Pôle emploi Lorraine) était de 2 095 en 2011 [6]. Si l'on met cette donnée en perspective avec les avis d'inaptitude (5 471), cela signifierait que seules 38 % des personnes ayant fait l'objet d'un avis d'inaptitude ont ensuite bénéficié de l'assurance chômage suite à un licenciement. Au-delà de ces chiffres, des dispositifs d'accompagnement ont pu être mis en place : par exemple, une prise en charge par les SAMETH, par les cellules locales « Prévention de la Désinsertion Professionnelle » de l'assurance maladie (cellules locales PDP).

I-4-2-2 Analyse

Une des parties de l'enquête s'est déroulée par auto-questionnaires, adressés aux principaux acteurs du maintien sur le territoire lorrain. Les objectifs étaient d'identifier les liens entre les différents acteurs et de recueillir leur avis sur les enjeux du maintien, dans le cadre de la reprise du travail après AT/MP [45].

La communication de l'enquête a été réalisée par l'ensemble des membres du comité de pilotage (Cf. Tableau 4).

97 personnes ont participé à cette enquête parmi lesquelles des représentants des services de santé au travail, des représentants de l'assurance maladie, des médecins généralistes ou spécialistes, des représentants de SAMETH, de MDPH et des entreprises. Les répondants les plus nombreux ont été les médecins du travail (Cf. Tableau 5), cependant au regard de leur profession, ils n'ont été que 20 % à avoir répondu.

Les principaux constats que nous effectuons à partir de ce rapport concernent **les acteurs externes (à l'entreprise) du maintien dans l'emploi** et non **les acteurs internes (à l'entreprise)** qui étaient également destinataires du questionnaire et peu présents dans cette étude.

Cibles visées	Précision des types d'acteurs	Organismes relais pour la diffusion auprès des cibles visées
Médecin du travail	Tous les médecins du travail sont destinataires de l'enquête, soit 260 médecins du travail .	Directcte : transmission mail
Médecin traitant / spécialiste	Tous les médecins libéraux sont destinataires de l'enquête soit 1800 médecins .	URMLL (URPS)
Médecin conseil de l'assurance maladie	Plusieurs répondants possibles par ELSM	Les CARSAT
Service social de l'assurance maladie	Plusieurs répondants possibles par organisation départementale du service social	Les CARSAT
Organisations d'employeurs et Syndicats de salariés	A minima un répondant par UR des 3 syndicats employeurs interprofessionnels et des 5 syndicats de salariés interprofessionnels.	ORST
Sameth	1 répondant par Sameth	Agefiph
Mission handicap	1 répondant par entreprise sous accord.	Directcte
Structures spécifiques (OETH)	Le chargé de mission couvrant la Lorraine	OETH
MDPH	Le RIP pour chaque MDPH	Amnyos

Tableau 4 – Communication autour de l'enquête de l'ORST [45]

Type de structure	Nombre de répondants	% des répondants
Un Service de santé au travail	53	54,60%
Un médecin généraliste ou spécialiste	17	17,50%
Le service social de l'Assurance Maladie	13	13,40%
Le service médical de l'Assurance Maladie	5	5,20%
Un Sameth	3	3,10%
Une MDPH	3	3,10%
Une entreprise (mission handicap, DRH, IRP)	1	1,00%
L'OETH	1	1,00%
Un syndicat de salariés	1	1,00%
Une organisation patronale	0	0,00%
Total	97	100,00%

Tableau 5 – Caractéristiques des répondants à l'enquête de l'ORST [45]

I-4-2-2-1 Faible participation des médecins généralistes au regard de leur profession

Tous les médecins libéraux, environ 1 800 médecins, étaient destinataires de l'enquête. Bien qu'ils représentent environ 18 % des répondants, au regard du nombre de médecins libéraux sollicités, ils sont moins de 1 % à avoir répondu (Cf. Tableau 5).

I-4-2-2-2 Les rôles du service social CARSAT et de l'AGEFIPH : les moins connus des acteurs du maintien

Les rôles des médecins du travail et du service médical de l'assurance maladie sont plutôt bien connus, voire très bien connus des répondants (> 80%).

Il en est de même du rôle de la MDPH (proche de 80 %), puis du SAMETH (environ 75%).

Les rôles de l'AGEFIPH et du service social sont les moins connus : environ 1 participant sur 2 déclare ne pas les connaître ou les connaître très peu. Ces acteurs sont aussi les moins mobilisés par les participants (Cf. Figure 8).



Figure 8 – Connaissance, mobilisation des acteurs du maintien entre eux [45]

I-4-2-2-3 Plus de 40 % des médecins du travail déclarent méconnaître la cellule locale PDP

D'une manière générale, 40 % de l'ensemble des participants de l'enquête n'ont pas connaissance des cellules locales PDP de leur département. Ce sont essentiellement les médecins généralistes qui les méconnaissent (environ 65 %). Par ailleurs, plus de 40 % des médecins du travail déclarent également méconnaître ce dispositif de l'assurance maladie (Cf. Figure 9).

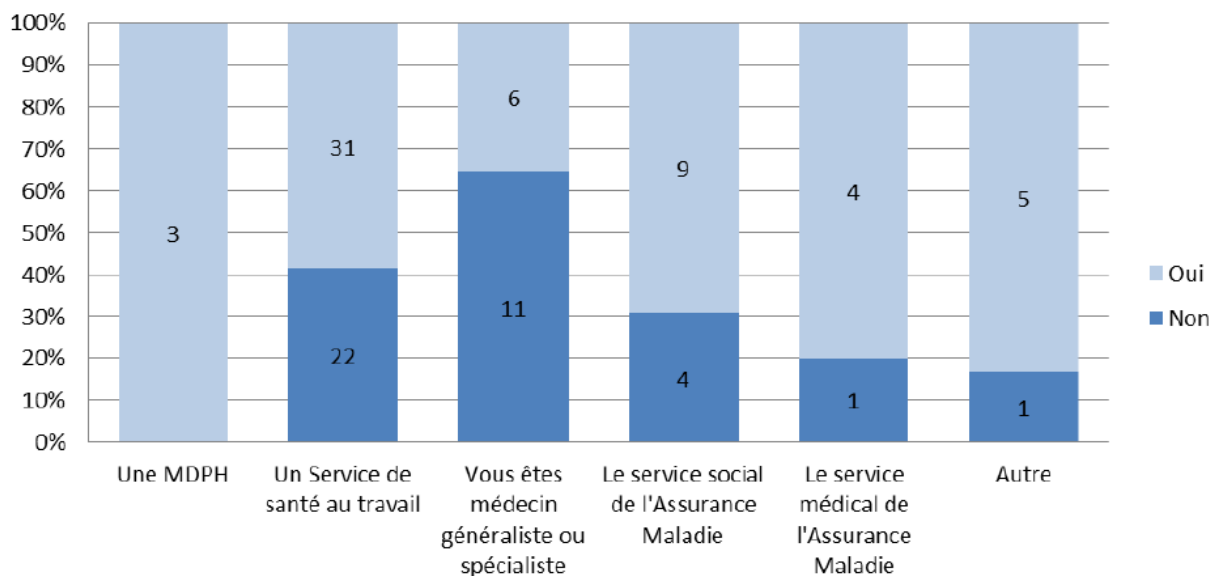


Figure 9 – Connaissance de la cellule locale PDP par les acteurs [45]

I-4-2-2-4 Principales difficultés des traitements de situations de maintien

Plus de 80 % des participants déclarent rencontrer les problématiques suivantes (Cf. Figure 10) :

- Le manque d'anticipation des difficultés de maintien (> 90 % des répondants)
- Les freins liés aux salariés (environ 90 %)
- Le délai d'instruction des dossiers (environ 90 %)
- Les freins liés aux employeurs (environ 90%)
- Le manque de liens entre les acteurs (environ 85 %)

I-4-2-2-5 Difficultés secondaires des traitements de situations de maintien

Plus d'un participant sur deux déclare rencontrer les problématiques suivantes (Cf. Figure 10) :

- Le caractère chronophage de la prise en charge (environ 70 %)
- La difficulté à identifier l'existence d'une problématique de maintien (environ 60 %)
- La méconnaissance des dispositifs (proche de 55 %)
- La méconnaissance des acteurs (proche de 50 %)

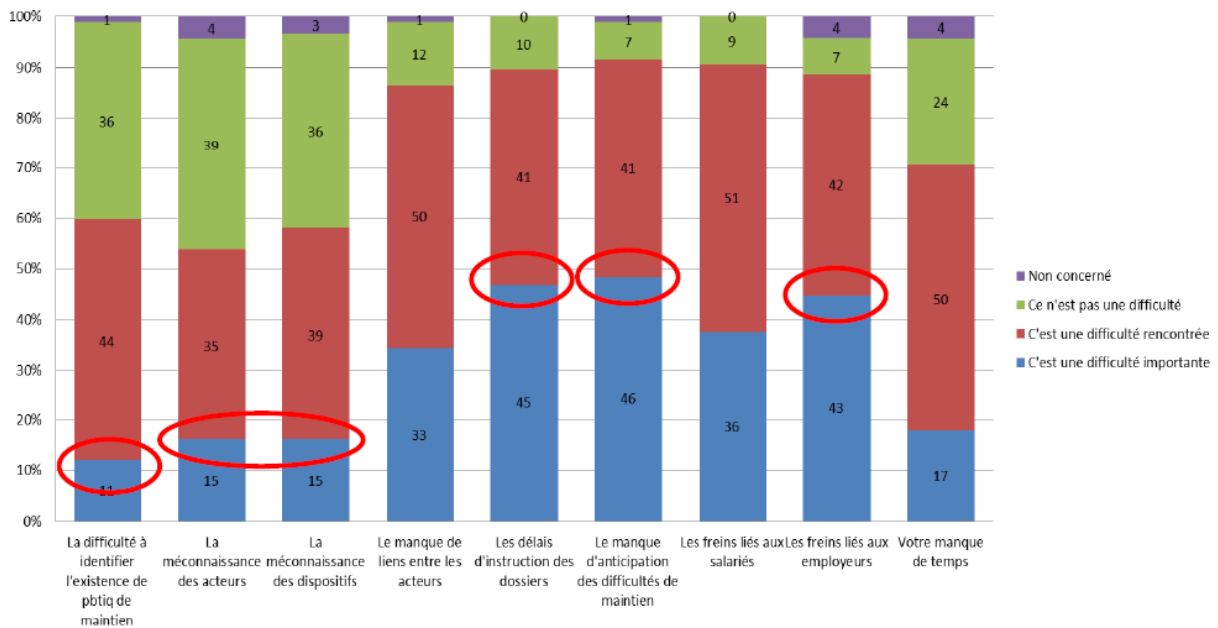


Figure 10 – Difficultés des traitements de situations de maintien par les acteurs [45]

II - Deuxième partie :

Méthodologie, Etude qualitative descriptive

II-1 Contexte et objectifs

Ainsi la dernière réforme de la médecine du travail attribue la mission aux services de santé au travail d'éviter la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi. Cette mission doit être dorénavant assurée par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail animée par le médecin du travail. La réforme prévoit également la signature d'un CPOM entre chaque service de santé au travail interentreprises (SSTI), DIRECCTE et CARSAT afin d'assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires. En Lorraine, une des actions devant figurer au sein du CPOM concerne la Prévention de la Désinsertion Professionnelle (Action PDP).

La signature des CPOM de 6 SSTI de Lorraine s'est étalée sur deux ans : premiers signataires début d'année 2013, derniers signataires début d'année 2015. Le 7^e SSTI de Lorraine est en cours d'élaboration de son CPOM.

C'est dans ce contexte, que nous avons envisagé de réaliser une enquête descriptive sur la mise en œuvre de l'Action PDP des projets de service pluriannuels et des CPOM en Lorraine, dont **les objectifs principaux** étaient les suivants :

- Evaluer l'impact de la réforme sur la dynamique des SSTI avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi et les cosignataires du CPOM en Lorraine
- Evaluer l'impact de la réforme sur les pratiques des médecins du travail en matière de maintien dans l'emploi et de pluridisciplinarité interne au sein des SSTI lorrains

Les objectifs secondaires étaient de :

- Présenter le champ d'intervention dans le maintien dans l'emploi et l'organisation en Lorraine des différents acteurs externes interagissant avec les SSTI
- Mettre en évidence des leviers d'action en matière de maintien dans l'emploi
- Recueillir le ressenti de médecins généralistes sur leur place dans le maintien dans l'emploi, acteurs sous-représentés au regard de leur profession dans l'enquête de l'ORST

Hypothèses :

Notre recherche s'organisera autour de plusieurs hypothèses :

- La contractualisation a permis une nouvelle dynamique des SSTI lorrains dans leurs partenariats avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi d'une part et les cosignataires du CPOM d'autre part.
- La réforme de la médecine du travail de 2011, en définissant des missions aux SSTI, a fait évoluer les pratiques des médecins du travail en matière de maintien dans l'emploi et de pluridisciplinarité interne.

II-2 Matériel et Méthode

II-2-1 La recherche qualitative : présentation et intérêts

Les méthodes qualitatives, initialement utilisées dans les sciences sociales et humaines, ont longtemps souffert « *d'une image négative et qualifiée d'insuffisamment scientifique* ». Pourtant, « *le recours à une méthode de recherche, quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre. Le choix de la méthode dépend de la question de recherche.* » [46].

L'historique de la recherche qualitative remonte aux années 1920, dans des disciplines telles que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie etc. L'appropriation des méthodes qualitatives par les chercheurs en santé est récente, elle est utilisée depuis les années 1990 [46] [47].

La recherche qualitative est parfois définie en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre ces deux méthodes de recherche qui explorent chacune différents champs de la connaissance et qui s'enrichissent mutuellement [46][48][49].

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier, elle permet de répondre aux questions « pourquoi » ou « comment » ainsi que d'explorer le ressenti, l'expérience personnelle et les interactions d'acteurs entre eux [46][48]. Elle cherche à comprendre, « *à décrire, à explorer un nouveau domaine* » [50]. Elle est particulièrement « *adaptée aux situations de changement* » [51].

La démarche utilisée en recherche qualitative peut être décrite comme « *une démarche pas à pas et rigoureuse* » [46]. Comme dans toute méthode de recherche, le préambule consiste à faire le point sur le sujet étudié par **une lecture bibliographique**.

L'étape suivante comprend la **définition de la question de recherche** « *de façon la plus précise et la plus claire possible* ». Afin d'explorer la plus grande diversité du thème étudié, la population est « *largement échantillonnée* » [46].

Il s'agit ensuite de choisir **la ou les techniques de recueil de données adaptées** (entretien, observation, analyse de documents etc.) Il est rare qu'une technique de recueil de données permette à elle seule de donner toute l'information nécessaire. Selon l'objectif poursuivi, une technique de recueil de données « prioritaire » sera souvent accompagnée d'une ou de deux autres techniques secondaires. Le choix de la technique de recueil de données « prioritaire » se tourne très souvent vers l'entretien (individuel ou de groupe), qui est plus chronophage mais laisse plus de place aux explications et à l'élargissement de la discussion sur des sujets délicats. La dernière étape consiste à **analyser les données** [46][48][50].

A noter qu'entre l'analyse et le recueil de données, le processus est continu et la découverte d'éléments imprévus dans un premier guide d'entretien peut amener à le modifier lors des entretiens ultérieurs. Il en est de même pour l'hypothèse initiale, qui peut être modifiée selon les données recueillies. L'approche qualitative diffère ainsi de l'approche quantitative où le protocole d'étude est défini en début d'étude et les données exploitées seulement en fin de recueil [46][49].

Pour les raisons sus-citées, la méthode de recherche qualitative constituait la méthode de choix pour répondre aux objectifs de notre travail.

Notre étude a comporté 3 techniques de recueil de données : l'étude de documents, la réalisation d'entretiens semi-dirigés et dirigés, l'observation participante à diverses réunions. Les entretiens constituaient notre technique de recueil de données « prioritaire ».

II-2-2 Etude de documents

II-2-2-1 La loi Handicap et les évolutions législatives sur la politique de l'emploi des travailleurs handicapés

Le maintien dans l'emploi étant étroitement lié à la politique de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés, l'étude de l'évolution de cette politique au travers des différentes lois successives et de la loi Handicap s'est révélée nécessaire à la mise en œuvre de notre travail. D'une part, cette étude nous a permis de suivre l'évolution de la notion de handicap jusqu'à l'avènement d'une première définition législative du handicap. D'autre part, cela nous a permis d'appréhender le contexte dans lequel se sont inscrits la création et le rôle de différents acteurs institutionnels intervenant dans la politique de l'insertion et du maintien dans l'emploi (AGEFIPH, MDPH) et leur interaction avec l'Etat.

II-2-2-2 La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets (réforme de la santé au travail)

Cette étude législative et réglementaire était indispensable à la mise en œuvre de notre travail afin de mieux cerner les grandes orientations et enjeux introduits par la réforme de la santé au travail ainsi que ses apports dans le cadre du maintien dans l'emploi.

II-2-2-3 L'Action PDP des CPOM ou des projets de service des SSTI lorrains

Afin de pouvoir connaître l'impact de la réforme de 2011 sur la prise en compte du maintien dans l'emploi des salariés suivis, nous avons sollicité le médecin inspecteur du travail de Lorraine en novembre 2014, pour qu'il nous explique de son point de vue cette évolution et qu'il nous transmette une copie de l'Action PDP des CPOM de chaque SSTI lorrain ou à défaut une copie du projet de service pluriannuel pour les SSTI n'ayant pas encore contractualisé. Ces documents ont fait l'objet d'une analyse approfondie de leur contenu.

II-2-2-4 Le plan d'action 2013 du PRITH Lorraine

Pour connaître la politique régionale d'insertion et de maintien des travailleurs handicapés dans l'emploi, et ainsi pouvoir comprendre les actions des différents acteurs et leur articulation, nous avons sollicité le médecin inspecteur du travail en janvier 2015 pour qu'il nous transmette une copie du PRITH de Lorraine. L'analyse de ce document a essentiellement concerné l'axe relatif au maintien en emploi.

II-2-2-5 L'enquête de l'ORST relative au maintien en emploi

Cette enquête¹², réalisée en 2013 par le cabinet AMNYOS et pilotée par l'ORST de Lorraine, avait pour objectifs principaux de poser des repères quantitatifs sur la question du maintien, de caractériser le fonctionnement des cellules prévention de la désinsertion professionnelle sur le territoire, d'identifier les difficultés rencontrées dans le traitement des situations de maintien.

Les résultats de cette enquête se sont révélés précieux pour notre étude afin de :

- poser des repères quantitatifs sur les situations à risque de désinsertion professionnelle en Lorraine.
- cerner les différents acteurs externes du maintien dans l'emploi en Lorraine.
- orienter notre travail, à partir des résultats du questionnaire quantitatif de l'enquête ORST, destiné aux acteurs du maintien et visant à identifier leurs liens et à recueillir leur avis sur les enjeux du maintien, dans le cadre de la reprise après AT-MP.

¹² Enquête de l'ORST « Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après accident de travail et/ou maladie professionnelle en Lorraine », 2013

II-2-2-6 Le contenu des sites Internet des acteurs externes du maintien dans l'emploi

L'étude approfondie du contenu des sites Internet de chacun des **acteurs externes (à l'entreprise) du maintien dans l'emploi** était un préalable requis à notre rencontre. Cela a notamment permis de parfaire notre connaissance de l'organisme interrogé et d'aider à l'élaboration du guide d'entretien. En effet, cette lecture a suscité des interrogations en lien avec notre travail de recherche. Nous avons aussi été confrontés parfois à une absence d'informations.

Cette lecture attentive a permis également de compléter la présentation générale de certains organismes au paragraphe « III-1-2 », en complément des données recueillies durant les entretiens.

II-2-2-7 Les documents transmis lors des entretiens

Lors de la rencontre des acteurs externes du maintien dans l'emploi et des médecins référents de l'Action PDP, ils ont été nombreux à nous avoir transmis des documents : données chiffrées, publications internes, documentation sur l'offre de services, outils élaborés par les groupes de travail des services de santé au travail, etc.

Ces documents ont fait l'objet d'une lecture attentive, **les données en lien avec notre travail ont été synthétisées et incluses dans la présentation des résultats des entretiens.**

II-2-3 Les entretiens de recherche

L'entretien de recherche est défini comme « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* » [52].

Il existe trois types d'entretien : dirigé (ou directif), semi-dirigé (ou semi-directif) et libre.

L'entretien semi-dirigé inclut une série de questions ouvertes prédéfinies (contenues sur un guide d'entretien) qui, contrairement aux entretiens dirigés, ne sont pas nécessairement posées dans l'ordre. L'enquêteur dispose également d'une certaine latitude pour poser d'autres questions prolongeant des réponses jugées importantes [48].

La souplesse des transitions pour introduire les différentes questions demande un « *entraînement solide et une bonne connaissance du guide d'entretien* ». Par ailleurs, l'enquêteur se doit d'adopter une attitude non-directive pour favoriser « *l'exploration de la pensée dans un climat de confiance* » [51].

Ce type d'entretien est le plus souvent utilisé dans les enquêtes qualitatives, il permet de savoir ce que l'on pense du problème, de passer d'un jugement de fait (pour ou contre) à la description de l'ensemble des valeurs qui sous-tendent ce jugement [47].

Autrement dit, les entretiens semi-dirigés visent l'approfondissement par l'interviewé d'un certain nombre de thèmes que l'interviewer a prévu d'explorer [51].

Ce type d'entretien se prêtait tout à fait à notre recherche, raison pour laquelle nous avons fait le choix de l'utiliser prioritairement.

II-2-3-1 Entretiens semi-dirigés avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi en Lorraine

II-2-3-1-1 Choix des acteurs

Le choix des acteurs externes du maintien dans l'emploi s'est effectué à partir :

- de la recherche bibliographique menée en amont sur le thème de recherche,
- de l'étude « Partenaires » de l'Action PDP des CPOM ou projets de service des 7 SSTI,
- d'une observation à la cellule locale PDP de Moselle organisée par le service social CARSAT auxquels participent le(s) chargé(s) de mission SAMETH,
- de l'enquête de l'ORST qui les avait interrogés sur la base d'une étude quantitative.

Nous avons donc choisi d'interroger les organismes suivants :

- la délégation Lorraine de l'AGEFIPH,
- un SAMETH lorrain,
- un service social lorrain de la CARSAT Nord Est,
- le service social lorrain de la CARSAT Alsace Moselle,
- un Echelon Local du Service Médical (ELSM) lorrain de l'assurance maladie,
- une MDPH lorraine,
- l'association OETH.

II-2-3-1-2 Elaboration d'un guide d'entretien

Au préalable de notre rencontre, un guide d'entretien (Cf. Annexe 1) avait été constitué à partir de la lecture approfondie du contenu des sites Internet des différents organismes, des constats de la lecture bibliographique menée en amont sur le thème de recherche et de l'étude de l'ORST relative au maintien en Lorraine.

Les thématiques que nous souhaitions aborder avec ces acteurs étaient : leur champ d'intervention dans le maintien dans l'emploi et leur organisation en Lorraine (homogénéité du fonctionnement sur la région), les relations entre acteurs de maintien dans l'emploi, leurs aides/services/outils, leur rôle-intervention au sein du PRITH, les leviers d'actions en matière de maintien dans l'emploi.

En cas d'hétérogénéité de fonctionnement interdépartemental, nous étions susceptibles de réaliser un complément d'informations (par rencontre physique ou téléphonique) sur les points de divergence d'un même organisme d'un autre département.

Compte tenu d'une autonomie dans la mise en œuvre de l'offre de services des services sociaux CARSAT départementaux et dans l'organisation des cellules locales PDP, nous avons décidé au cours de ce travail d'interroger chaque service social départemental de la CARSAT Nord Est.

En effet, dans les études qualitatives, il est admis que les critères d'inclusion puissent changer en cours d'étude en fonction de l'interprétation des données pendant le déroulement de l'étude [49].

II-2-3-1-3 Prise de contact

Le premier contact avec les différents organismes (sauf le SAMETH) s'est effectué par un courriel présentant le thème de recherche de manière précise afin d'être orienté vers le bon interlocuteur et d'une demande de rencontre pour un entretien semi-dirigé.

Le premier contact avec le SAMETH s'est effectué à l'issue de la participation à la cellule locale PDP de Moselle. Des relances courriels ou téléphoniques ont parfois été nécessaires.

Chaque organisme sollicité a répondu favorablement à notre requête, hormis la première MDPH Lorraine contactée. Nous en avons donc joint une autre.

Compte tenu de la longueur relative du guide d'entretien, celui-ci était envoyé en amont de notre rencontre.

II-2-3-1-4 Déroulement des entretiens

Il nous a paru important de réaliser les entretiens dans le cadre habituel de travail des interviewés afin de limiter leurs contraintes et de favoriser un climat de confiance. Cela a été le cas pour tous sauf pour trois d'entre eux :

- le chargé de mission du SAMETH : venu dans le SSTI de l'interviewer par choix personnel.
- le chargé de mission de l'OETH : contact téléphonique, absence d'antenne sur la Lorraine.
- l'assistante sociale du service social CARSAT Vosgien : choix personnel d'un contact téléphonique dans le cadre du complément d'informations sur les points de divergence entre services sociaux CARSAT.

Une présentation du thème de recherche était effectuée systématiquement avant le démarrage de chaque entretien.

Pour faciliter une discussion spontanée, plus sincère et devant la réticence de certains participants, nous avons fait le choix de ne pas procéder à un enregistrement sonore des entretiens. Les données ont donc été recueillies par prise de notes.

La rencontre de la plupart des acteurs s'est effectuée entre le mois de février 2015 et le mois d'avril 2015. Les entretiens des différents services sociaux CARSAT et du service médical de l'assurance maladie se sont étalés entre juillet 2015 et janvier 2016.

La durée des entretiens a varié de 45 minutes à 2h30.

II-2-3-2 Entretiens semi-dirigés avec les médecins référents de l'Action PDP des SSTI lorrains

II-2-3-2-1 Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion pour cet entretien était d'être le médecin référent de l'Action PDP du CPOM et/ou du projet de service d'un SSTI lorrain.

La liste des médecins du travail concernés a été transmise par le médecin inspecteur du travail.

II-2-3-2-2 Elaboration d'un guide d'entretien

Au préalable de notre rencontre, un guide d'entretien (Cf. Annexe 2) avait été élaboré à partir de l'étude des CPOM ou projet de service des SSTI, des constats concernant l'étude des deux premiers CPOM expérimentaux en Lorraine notamment sur l'apport CARSAT et DIRECCTE, des échanges avec le médecin inspecteur du travail.

Certaines des thématiques abordées étaient communes :

- avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi : les relations avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi, la connaissance du PRITH, les leviers d'action en matière de maintien dans l'emploi.
- avec les cosignataires du CPOM (CARSAT et DIRECCTE) : intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM, freins et éléments facilitants pour mener à bien l'action, apport CARSAT et DIRECCTE, étape méthodologique de l'action jugée primordiale.

Certains thèmes étaient spécifiques aux SSTI : modalités d'organisation en interne avec l'équipe pluridisciplinaire, états d'avancement de l'action.

II-2-3-2-3 Prise de contact

Le premier contact avec les médecins du travail référents s'est réalisé par courriel (fourni par le médecin inspecteur du travail) présentant le thème de la recherche et demandant une rencontre pour la réalisation d'un entretien semi-dirigé.

Lors de ce premier contact, nous avons été confrontés à une difficulté : 2 des 7 médecins référents étaient partis depuis environ 2 mois de leur SSTI respectif. Or l'objectif majeur de la sélection de participants dans une recherche qualitative est l'inclusion de personnes bien informées sur un thème donné et ayant des opinions et des expériences diverses [48].

Nous avons donc fait le choix d'élargir notre critère d'inclusion devenu : être ou avoir été le médecin du travail référent de l'Action PDP du CPOM et/ou du projet de service sur une durée minimale d'un an dans les 3 mois précédents notre entretien.

Nous avons donc décidé d'interviewer ces 2 médecins, compte tenu de leur expérience sur le sujet.

L'ensemble des médecins référents actuels ou partis ont répondu de manière favorable à notre requête. Il nous a paru important de réaliser les entretiens dans le cadre de travail habituel des médecins afin de limiter les contraintes inhérentes aux entretiens (caractère chronophage). Cela a été le cas pour tous, sauf pour un des médecins référents « partis » où l'entretien s'est déroulé sur le lieu de travail de l'interviewer.

Compte tenu de la longueur relative du guide d'entretien, celui-ci était envoyé en amont de notre rencontre.

II-2-3-2-4 Déroulement des entretiens

Une présentation du thème de recherche était effectuée systématiquement avant le démarrage de chaque entretien.

Chacun des participants a donné son accord pour un enregistrement sonore des données.

Un dictaphone numérique discret a été employé pour enregistrer les données de façon à ne pas mettre mal à l'aise les participants.

L'enregistrement sonore était couplé à la prise de notes pour fixer des informations permettant de rebondir sur certains points durant l'entretien.

La rencontre des médecins référents s'est effectuée entre le mois d'avril 2015 et le mois de juin 2015.

Les entretiens ont duré entre 1h15 et 2h00.

II-2-3-3 Entretiens semi-dirigés avec les cosignataires des SSTI lorrains

II-2-3-3-1 Les correspondants CPOM des CARSAT

La Meurthe-et-Moselle, la Meuse et les Vosges relèvent de la CARSAT Nord Est tandis que la Moselle relève de la CARSAT Alsace Moselle.

Nous avons donc interrogé les « correspondants CPOM », chefs de projet des « CPOM » de chacune des deux CARSAT, qui sont en lien avec les SSTI et la DIRECCTE.

Les thématiques que nous souhaitions aborder, concernaient le rôle général du service prévention CARSAT au sein de la prévention de la désinsertion professionnelle, mais également des thèmes communs aux SSTI (Cf. Annexe 3) comme l'intérêt que l'action figure au sein du CPOM, leur(s) apport(s) possible(s) dans le cadre de l'Action PDP du CPOM, les freins et éléments facilitants pour mener à bien cette action.

Le déroulement des entretiens s'est effectué dans le cadre habituel du lieu de travail des interviewés selon le procédé habituel (présentation du thème de la recherche avant démarrage de l'entretien). Les entretiens ont fait l'objet d'une seule prise de notes.

La rencontre des « correspondants CPOM » s'est déroulée sur le mois de janvier 2016.

Les entretiens ont duré entre 50 minutes et 1h00.

II-2-3-3-2 La DIRECCTE

Compte tenu des modifications induites par la réforme territoriale, il ne nous a pas été possible d'interroger les responsables du pôle T de la DIRECCTE qui ont travaillé sur les CPOM, nous avons donc interrogé le médecin inspecteur du travail, très impliqué sur le sujet.

Les thématiques que nous souhaitions aborder, étaient similaires à celles des correspondants CPOM de la CARSAT (Cf. Annexe 3).

Le déroulement de l'entretien s'est effectué dans le cadre habituel du lieu de travail du médecin inspecteur du travail. L'entretien a bénéficié d'un enregistrement sonore couplé à une prise de notes et a eu lieu en janvier 2016.

L'entretien a duré 1h10.

II-2-3-4 Entretiens dirigés avec des médecins généralistes lorrains

II-2-3-4-1 Particularité des entretiens dirigés

L'entretien dirigé repose sur un script qui contient un certain nombre de questions prédéfinies posées successivement à la personne interrogée [48]. Cette méthode de collecte de données a été choisie car cet entretien visait à étudier de nombreux paramètres sur une durée limitée (environ une trentaine de minutes) en vue d'obtenir plus facilement l'accord des participants d'une part et de faciliter le traitement des données d'autre part. En effet, il ne s'agissait pas de l'objectif principal de notre étude. Le but était d'apprécier le ressenti de quelques médecins généralistes sur leur place dans le maintien dans l'emploi et éventuellement amorcer un travail ultérieur.

II-2-3-4-2 Elaboration du questionnaire

Les thématiques que nous souhaitions aborder, étaient communes à l'enquête de l'ORST (fréquence des situations de maintien dans leur activité, distinction de l'origine professionnelle du problème de santé, connaissance et mobilisation des acteurs-outils, difficultés rencontrées dans les situations de maintien), couplées à des réflexions personnelles et aux constats issus des entretiens avec les médecins référents de l'Action PDP et des acteurs externes du maintien dans l'emploi.

Ainsi le questionnaire reprenait de nombreuses questions du questionnaire de l'étude de l'ORST (Cf. Annexe 4).

II-2-3-4-3 Constitution de l'échantillon

Dans les études qualitatives, le mode de constitution de l'échantillon « *est fonction des objectifs de la recherche, la représentativité statistique n'est habituellement pas recherchée* ». En effet, l'objectif n'est pas d'avoir « *une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, une caractéristique, une expérience* » [49].

Nous avons donc décidé d'interroger si possible des médecins généralistes de départements lorrains différents. Les critères d'inclusion étaient :

- d'être médecin généraliste installé en libéral en Lorraine,
- d'accepter de participer au questionnaire sans en connaître le thème afin d'éviter un biais de sélection lié à l'intérêt pour le sujet,
- de ne pas avoir participé à l'enquête de l'ORST afin de méconnaître les questions et favoriser des réponses spontanées.

L'échantillon final comportait 4 médecins généralistes âgés de 32 à 53 ans, dont deux étaient installés en Moselle, un en Meurthe-et-Moselle et un dans les Vosges.

II-2-3-4-4 Déroulement de l'entretien

Le questionnaire a fait l'objet d'une première lecture par un des médecins généralistes interrogés. Il comportait essentiellement des questions fermées.

Quasiment l'ensemble des questions ont subi une reformulation en vue d'une meilleure compréhension et d'une administration future plus fluide.

Il nous a paru important de laisser le choix aux médecins généralistes entre rencontre physique ou téléphonique afin de limiter les contraintes de temps. Dans le cas d'entretien téléphonique, le questionnaire était envoyé par courriel afin que le médecin ait un support visuel. La consigne donnée au médecin était de ne pas le consulter avant le démarrage de l'entretien.

Deux rencontres se sont effectuées au cabinet, les deux autres par téléphone.

Avant le démarrage du questionnaire, le thème de recherche était présenté.

Bien qu'il s'agisse essentiellement de questions fermées, il leur était fréquemment demandé de développer leur point de vue sur le choix de leur réponse.

Les entretiens se sont déroulés entre novembre et décembre 2015.

Ils ont duré entre 30 minutes et 1h20 (compte tenu de la reformulation des questions).

II-2-3-5 Traitement et analyse des entretiens

Pour les entretiens non enregistrés, les prises de notes durant l'entretien ont fait l'objet d'une retranscription informatique.

Les entretiens enregistrés par support sonore ont été retranscrits littéralement sur informatique.

A la lecture des retranscriptions, les thèmes principaux et éventuellement secondaires ont été définis.

Nous avons ensuite fragmenté et réorganisé le texte de chaque retranscription à partir de ces thèmes retenus.

Les données ainsi retravaillées ont ensuite été structurées en matrices par la technique du copier-coller (sauf l'entretien du médecin inspecteur du travail, seul interrogé) avec une colonne pour chaque personne interrogée :

- acteur dans le cas des entretiens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi,
- médecin dans le cas des entretiens avec les médecins référents de l'Action PDP,
- ingénieur conseil dans le cas des entretiens avec les CARSAT,
- médecin dans le cas des entretiens avec les médecins généralistes.

Une répartition par ligne pour les différents thèmes principaux et d'éventuels thèmes secondaires a été également réalisée.

La technique de la matrice facilite la comparaison de réponses entre participants d'un même entretien. Elle favorise également l'émergence des questions et des opinions telles qu'elles ont été exprimées par les participants sans requérir trop d'interprétation de la part de l'enquêteur [48].

II-2-4 Observations participantes

L'observation est une autre technique de recueil de données de la recherche qualitative. Elle peut varier selon que le chercheur participe activement (observation participante) ou qu'il observe depuis l'extérieur sans participer (observation non participante).

L'observation participante vise à recueillir les faits tels qu'ils arrivent dans leur contexte naturel. Elle permet de mieux comprendre et de mieux décrire le travail de recherche, et d'avoir accès à de nouvelles informations par rapport à ce qui a pu être collecté en entretien [47][53].

II-2-4-1 Réunion d'une cellule locale PDP lorraine

Nous avons participé à une réunion de la cellule locale PDP de Moselle aux prémices de notre recherche en janvier 2015. Elle nous a permis de découvrir le mode de fonctionnement d'une cellule locale, de prendre connaissance des membres participants et d'orienter le choix des acteurs externes à interroger.

II-2-4-2 Réunion d'un groupe de travail maintien dans l'emploi d'un SSTI lorrain

Nous avons participé à une réunion du groupe de travail maintien dans l'emploi de l'ALSMT (Meurthe-et-Moselle) à la suite de notre entretien avec le médecin référent. Cette réunion nous a permis de mieux apprécier le mode de fonctionnement de ce groupe de travail, d'acquérir de nouvelles données ou d'en valider certaines déjà acquises lors de l'entretien avec le médecin référent. Les éléments recueillis ont été synthétisés et inclus dans la présentation des résultats des entretiens avec les médecins référents.

II-2-4-3 Réunion du PRITH Lorraine

Cette réunion sur l'axe maintien en emploi du PRITH a eu lieu vers la fin de notre recueil de données (octobre 2015) dans les locaux de l'AGEFIPH. Elle avait pour objectif de travailler sur les suites à donner à l'étude de l'ORST. Cette réunion se voulant opérationnelle, les acteurs de terrain étaient invités à y participer (chargés de mission SAMETH de Lorraine, membres de MDPH, membres du service social, médecins du travail référents des SSTI, etc.).

Des thèmes communs à notre travail de recherche (relations des acteurs de terrain avec les médecins généralistes, relations entre les différents acteurs d'un même département) y furent abordés, permettant d'acquérir de nouvelles données, d'en actualiser certaines, et de valider celles déjà acquises lors des entretiens. Ces données ont été synthétisées et incluses dans la présentation des résultats des entretiens des acteurs externes du maintien dans l'emploi.

L'observation participante à la réunion du PRITH nous a permis également de compléter nos données avec :

- trois autres chargés de mission SAMETH : un autre chargé de mission de Moselle que celui interrogé, un chargé de mission de Meurthe-et-Moselle et de la Meuse,
- un référent d'insertion professionnelle pour la MDPH de Meuse,
- une responsable d'unité du service social CARSAT Alsace Moselle.

II-2-4-4 Réunions de 3 commissions médico-techniques de SSTI lorrains

Dans le cadre du bilan des actions CPOM dont l'Action PDP, organisé durant le premier semestre 2016, le médecin inspecteur du travail nous a proposé de se joindre à elle lors des différentes commissions médico-techniques.

Nous avons participé, en mars 2016, à la commission médico-technique de 3 SSTI à des stades différents pour la contractualisation :

- SIST BTP : CPOM en cours d'élaboration.
- CIST Thionville : CPOM signé le 13/02/2014.
- ALSMT (Meurthe-et-Moselle) : CPOM signé le 16/01/2015.

Dans le cadre de ce travail de recherche, les objectifs de la participation à plusieurs commissions médico-techniques étaient multiples : observation des échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire sur la problématique du maintien dans l'emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle, participation active à ces échanges, recueil d'éléments nouveaux, évolution de l'action depuis notre rencontre avec le médecin référent, validation de certaines données déjà recueillies.

II-2-5 Analyse par la technique de triangulation

II-2-5-1 Présentation

La triangulation est définie comme étant une « *stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs techniques de recueil de données afin de compenser le biais inhérent à chacune d'entre elles* ».

Cette stratégie permet également « *de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits* ». Elle décrit « *aussi un état d'esprit du chercheur lequel tente activement et consciemment de soutenir, de recouper, de corroborer les résultats de son étude* » [53].

Le concept suppose que plus l'enquêteur obtient des données différentes à propos d'un thème de recherche, plus son interprétation sera riche et plus il pourra être confiant en celle-ci.

La stratégie de triangulation est tout à fait adaptée pour l'étude d'un thème de recherche « *dynamique et évolutif* », en effet, aucune technique de recueil de données ne saurait en capturer seule « *la richesse* » [53].

Denzin (1978, 1988) en identifie quatre types [53][54] :

- **la triangulation des données** : tente « *de mettre en relief l'originalité et l'envergure des points de vue recueillis, grâce à l'élargissement de l'échantillonnage théorique, faisant ressortir de nouvelles facettes* » du thème de recherche. Est inclus dans ce type de triangulation, **la triangulation des sources de données** qui compare les données de différents groupes d'individus.
- **la triangulation du chercheur** : implique la participation de plusieurs chercheurs à la recherche et qui pourront ensuite comparer leurs observations et interprétations.
- **la triangulation théorique** : suppose l'utilisation de différentes théories pour l'interprétation des données recueillies.
- **la triangulation méthodologique ou triangulation des techniques de recueil de données** : a recours à plusieurs techniques de recueil de données « *afin d'obtenir des formes d'expression et de discours variées : observations, entretiens, dessins, productions de textes écrits, minimisant les faiblesses et les biais inhérents à chacune d'entre elles* ».

La triangulation a recours à des « *opérations de croisements de données* » [54].

II-2-5-2 Utilisation

Dans notre étude, nous avons procédé à 2 types de triangulation : la triangulation des sources et des techniques de recueil de données.

En effet, en interrogeant différents acteurs (les acteurs externes du maintien dans l'emploi, les médecins référents et les cosignataires du CPOM) sur des thématiques communes, nous avons pu procéder à la triangulation des sources de données. Croiser les points de vue des différents acteurs sur une même thématique a permis de faire émerger des points de convergence permettant de renforcer la validité interne de nos résultats d'une part, et de faire émerger de nouvelles facettes du thème de recherche d'autre part.

Nous avons également procédé à la triangulation des techniques de recueil de données en ayant recours à plusieurs d'entre elles (entretiens et observations, entretiens et études de documents) qui nous ont permis de croiser les données recueillies et d'assurer une meilleure validité interne à notre étude. Le tableau ci-dessous regroupe les principaux croisements effectués.

	Entretiens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi	Entretiens avec les médecins référents Action PDP	Entretiens avec les CARSAT, la DIRECCTE
Etudes de documents			
Contenu du site Internet des acteurs externes	X		
Transmis par les acteurs externes (publications internes etc.)	X		
Transmis par les médecins référents		X	
Observations participantes			
A la cellule locale PDP	X	X	
Au groupe de travail PDP d'un SSTI lorrain		X	
A une réunion du PRITH de Lorraine	X		
A trois commissions médico-techniques de SSTI lorrains		X	X

Tableau 6 – Croisement des différentes techniques de recueil de données utilisées

III - Troisième partie :

Résultats

III-1 Résultats des entretiens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi

Ce chapitre rend compte des résultats des entretiens réalisés avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi, entre février 2015 et février 2016. Ces résultats ont été complétés par l'étude de l'ensemble des documents transmis par les acteurs externes, l'étude pour certains du contenu de leurs sites Internet, ainsi que des éléments recueillis lors de notre participation à une réunion du PRITH de Lorraine et d'une cellule locale PDP.

Nous nous sommes entre autres attachés à définir : l'organisation en Lorraine des différents acteurs, leur rôle et champ d'action dans le maintien dans l'emploi, leur intervention au sein de la démarche de maintien ainsi que leur interaction. Nous les avons également interrogés sur leurs aides-services-outils destinés au maintien dans l'emploi et leur lien avec le PRITH.

III-1-1 Tableau récapitulatif des entretiens

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des différents entretiens effectués auprès des acteurs externes du maintien dans l'emploi.

Date	Organisme (département)	Fonction de(s) personne(s) interrogée(s)	Durée de l'entretien
03.02.2015	SAMETH (57)	Chargé de mission	2h15
12.02.2015	AGEFIPH Délégation Lorraine	Chargée d'étude référente du maintien dans l'emploi de la délégation Alsace-Lorraine	2h15
23.02.2015	Association OETH	Chargée de mission référente Lorraine	1h30 (appel téléphonique)
02.03.2015	Service Social CARSAT (57)	Assistante sociale référente de la cellule locale PDP	2h30
18.03.2015	MDPH (54)	Médecin du pôle adulte et chargée référente insertion professionnelle	45 min
09.07.2015	Service Social CARSAT (55)	Responsable du service social départemental	1h50
03.02.2016	ELSM (57)	Deux médecins conseils	2h00
Complément d'informations avec les autres services sociaux CARSAT Nord Est			
23.11.2015	Service Social CARSAT (88)	Assistante sociale référente de la cellule locale PDP	1h45 (appel téléphonique)
14.12.2015	Service Social CARSAT (54)	Assistante sociale référente de la cellule locale PDP	1h20

Tableau 7 – Caractéristiques des entretiens avec les acteurs externes du maintien

III-1-2 Présentation, organisation en Lorraine, rôle dans le maintien dans l'emploi

III-1-2-1 L'AGEFIPH

L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées est une association de type loi 1901, instituée par la loi du 10 juillet 1987 et administrée par des représentants de l'ensemble des acteurs impliqués dans la politique d'emploi des personnes handicapées. Il s'agit d'un organisme sous tutelle du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social qui assure une mission de service public s'inscrivant dans le cadre d'une convention signée avec l'Etat et renouvelée tous les trois ans.

L'AGEFIPH s'organise selon un modèle déconcentré. L'organisme articule les décisions de politique et de stratégies générales prises par le siège ainsi que leurs déploiements au niveau des délégations régionales. La délégation régionale de l'Alsace-Lorraine se situe à Nancy. Elle recense une dizaine de collaborateurs dont une chargée d'étude référente du maintien dans l'emploi, responsable du pilotage des SAMETH et de la gestion de la politique du maintien dans l'emploi au sein de la région Lorraine.

Les services et les prestations définis sont mis en œuvre par un réseau de partenaires opérationnels sélectionnés dans le cadre de marchés. Ces services ou prestations attendus sont définis dans des cahiers des charges, référentiels où sont précisés : les principes généraux, les objectifs, les finalités, les bénéficiaires, les modalités opérationnelles d'intervention, etc. Ceci explique que le fonctionnement intra-territorial lorrain est globalement homogène.

Les missions générales de l'AGEFIPH sont :

- de développer l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées en milieu ordinaire de travail,
- d'amplifier les politiques publiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées avec des coopérations formalisées dans des conventions nationales, régionales ou locales avec des acteurs en charge de l'emploi (Pôle emploi par exemple), de la formation professionnelle (Conseils régionaux notamment) et de la compensation du handicap,
- d'inscrire son action dans une plus grande proximité avec les besoins des entreprises et des personnes handicapées, mais aussi avec les partenaires institutionnels et les acteurs locaux de l'emploi.

Les missions de l'AGEFIPH dans le cadre du maintien dans l'emploi sont :

- de répondre aux demandes de financement,
- de sélectionner, d'évaluer les partenaires et prestataires régionaux présents sur le terrain, qui apportent conseils et expertise aux entreprises et aux personnes handicapées.

III-1-2-2 Le SAMETH : organisme d'accompagnement des travailleurs handicapés et des entreprises

Le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés est un Partenaire-Service financé par l'AGEFIPH sur la base d'un appel d'offres national depuis 2009, faisant suite à des disparités dans l'offre de services inter- et intra-régionale.

Un SAMETH est présent par département en Lorraine et porté :

- en Moselle et en Meurthe-et-Moselle, par deux associations, Association Pyramide Est et Handi 54, visant à faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées et leur maintien dans l'emploi.
- en Meuse, par l'organisation patronale du MEDEF.
- dans les Vosges, par une association visant à faciliter l'insertion et le maintien dans l'emploi de personnes handicapées (AVSEA) et par l'organisation patronale du MEDEF.

Un budget semestriel leur est octroyé par l'AGEFIPH se composant d'une partie fixe pour les actions globales (relationnel, missions...) et d'une partie variable selon les objectifs fixés par l'AGEFIPH.

Le fonctionnement est globalement homogène puisque le cahier des charges est identique pour chacun des SAMETH.

L'organisation est sectorielle pour les différents chargés de mission évoluant dans un département. Chaque chargé de mission est référent de plusieurs entreprises localisées au sein d'un secteur intra-départemental.

Le maintien dans l'emploi est le rôle principal du SAMETH. Il a pour but d'aider l'entreprise et le salarié confrontés à une problématique de risque de perte d'emploi du fait d'une situation de handicap. Il vise avant tout à trouver une solution de maintien dans l'entreprise.

Pour ce faire, il accompagne l'entreprise et la personne handicapée dans la recherche et la construction de solutions adaptées : information et conseils, analyse et propositions. Il mobilise des aides et prestations techniques, humaines et financières nécessaires au succès du maintien dans l'emploi.

III-1-2-3 Le service social CARSAT : organisme d'accompagnement des assurés

La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail est un organisme du régime général de la sécurité sociale, de droit privé, chargé d'une mission de service public. La CARSAT travaille en étroite collaboration avec les services administratifs et médicaux de l'assurance maladie. L'organisme assure un service social à destination des assurés sociaux de sa circonscription.

En Lorraine, la CARSAT Nord Est assure un service social pour trois des départements lorrains (54, 55, 88). Le service social CARSAT de la Moselle relève de la CARSAT Alsace Moselle.

Chaque département lorrain comptabilise plusieurs unités (Cf. Tableau 8, figure 11).

CARSAT-Département	Nombre et localisation des unités
CARSAT Alsace Moselle - Moselle	3 : Unités de Metz, Thionville, Sarreguemines
CARSAT Nord Est - Nancy	4 : Unités de Longwy, Nancy, Essey-Lès-Nancy, Villers-Lès-Nancy
CARSAT Nord Est - Meuse	2 : Unités de Bar-Le-Duc, Unité de Verdun
CARSAT Nord Est -Vosges	2 : Unités d'Epinal, Saint-Dié

Tableau 8 – Unités des services sociaux départementaux lorrains

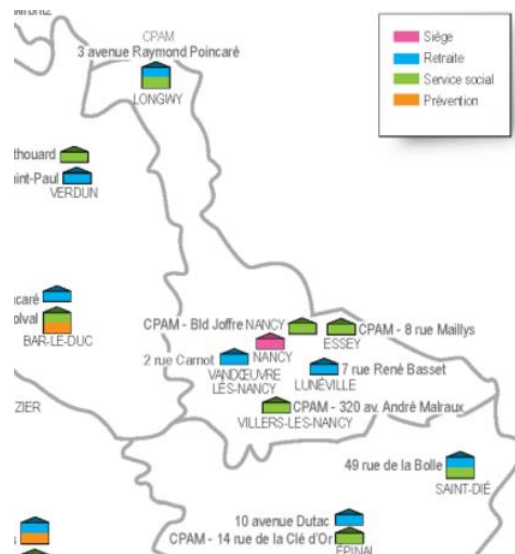


Figure 11 – Cartographie des services sociaux CARSAT Nord Est [55]

Depuis la circulaire CNAMTS/CNAV n°28-2007 du 21 juin 2007, la prévention de la désinsertion professionnelle est une mission prioritaire inscrite dans les orientations nationales du service social.

Le rôle du service social CARSAT dans le maintien dans l'emploi est de détecter « *précocement les assurés en risque de désinsertion professionnelle et les accompagner pour leur permettre d'élaborer et de mettre en œuvre leur projet de reprise du travail.* » Le service social intervient en collaboration avec les partenaires de la prévention de la désinsertion professionnelle extra-institutionnels et intra-institutionnels de l'assurance maladie [56][57].

La lettre réseau du 15 mai 2009 de l'assurance maladie a défini les objectifs de la prévention de la désinsertion professionnelle qui sont d'améliorer « *par l'interdisciplinarité et le partage des compétences des différents services impliqués, la détection et le signalement précoce des situations à risque, puis le développement et le suivi des actions de prévention de la désinsertion professionnelle mises en œuvre par l'Assurance Maladie.* » [56]

Le travail en réseau entre les différents services de l'assurance maladie se concrétise par la mise en place de cellules locales et territoriales de coordination PDP. L'objectif de ce dispositif est de coordonner les actions des services de l'assurance maladie pour une offre de services efficace, harmonisée et la plus précoce possible face aux assurés à risque de désinsertion professionnelle.

La cellule territoriale a un rôle de coordination et d'harmonisation des activités de la prévention de la désinsertion professionnelle. La cellule locale se doit d'améliorer la collaboration entre les différents services internes, de coordonner les actions des différents intervenants, de faciliter la gestion des cas complexes et/ou urgents.

Le dispositif doit également permettre de mobiliser plus efficacement les partenaires extérieurs. Au sein de la cellule locale PDP, le service social se positionne comme le référent privilégié de l'assuré dans son projet de reprise du travail [57].

III-1-2-4 Le service médical de l'assurance maladie

Le service médical de l'assurance maladie est un organisme du régime général de la sécurité sociale, de droit privé, chargé d'une mission de service public. Il dépend directement de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

En Lorraine, le service médical de l'Alsace Moselle assure un service médical pour le département de la Moselle. L'échelon local du service médical (ELSM) de Moselle se compose de trois sites géographiques : Metz, Sarreguemines et Thionville.

Le service médical Nord Est assure un service médical pour les trois autres départements de Lorraine (54, 55, 88). L'ELSM 54¹³ se compose de deux sites géographiques : Nancy et Longwy, l'ELSM 55 d'un site géographique : Bar-Le-Duc, et l'ELSM 88 d'un site géographique : Epinal.

En règle générale, la mission principale du service médical est « *de participer à la régulation du système de santé en vue d'obtenir des soins de qualité au meilleur coût pour tous les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie* » par [58] :

- le contrôle des prestations et les relations avec les assurés,
- les relations avec les professionnels de santé,
- le contrôle-contentieux.

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, le rôle du médecin conseil est la détection et le signalement précoce des assurés en situation à risque de perte d'emploi du fait de leur état de santé, à l'occasion des contrôles des arrêts de travail de courte et de longue durée. Il évalue la capacité de l'assuré à reprendre une activité professionnelle. Avec son accord, le médecin conseil l'oriente vers le médecin du travail et/ou le service social CARSAT.

III-1-2-5 La MDPH

La Maison Départementale des Personnes Handicapées est un groupement d'intérêt public qui associe l'Etat, le département, les organismes locaux de l'assurance maladie et d'allocations familiales et des associations représentatives de personnes handicapées. Elle est sous la responsabilité du Conseil général et financée par le Conseil départemental, l'Etat et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

La CNSA se charge du rôle d'animation du réseau des MDPH et de leurs équipes (échanges d'expériences et d'informations entre les départements, diffusion de « bonnes pratiques » d'évaluation individuelle des besoins, construction d'outils aux pratiques professionnelles et d'aide à la décision). Sa mission est de garantir l'équité de traitement sur le territoire pour tous les handicaps. La CNSA passe une convention d'appui à la qualité de service avec chaque Conseil général.

La MDPH fonctionne sur le principe « du guichet unique » facilitant les démarches des personnes en situation de handicap.

Ses principales missions sont :

- d'informer et d'accompagner les personnes handicapées et leur famille,

¹³ Afin de faciliter la lecture, les acteurs externes seront suivis de leur département en numérique. Exemple : ELSM 54 = ELSM de Meurthe-et-Moselle

- d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée sur la base du projet de vie et de référentiels nationaux par l'équipe pluridisciplinaire,
- d'attribuer des prestations par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La composition de l'équipe pluridisciplinaire varie selon la demande étudiée et peut être différente selon le département. Cependant, la présence d'un médecin est une constante au sein de l'équipe pluridisciplinaire et de la CDAPH, étant le seul habilité à lire le certificat médical. Le médecin étudie le certificat médical et à la vue des différents éléments médicaux attribue ou non un taux d'incapacité : inférieur à 50 %, entre 50 et 79 %, supérieur à 79 % en fonction d'un guide barème national. Les incapacités et leur durée prévisible sont ensuite présentées à l'équipe et le médecin émet un avis pour les demandes effectuées par la personne. C'est l'équipe qui prend la décision. Les décisions rendues par l'équipe pluridisciplinaire font enfin l'objet d'un passage devant la CDAPH (réunions périodiques) qui délibère et rend la décision finale [59].

Si le certificat médical ne permet pas de prendre une décision, la personne pourra être convoquée pour une visite médicale ou s'il s'agit d'une demande d'orientation professionnelle, elle sera convoquée conjointement par le médecin et le chargé d'insertion professionnelle. A noter que la situation médicale de la personne peut ne pas être stabilisée pour déterminer un taux d'invalidité mais la durée prévisible des conséquences de son handicap doit être d'au moins un an.

La MDPH est l'interlocuteur de référence pour l'insertion professionnelle (l'accès à l'emploi), la CDAPH en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire prend les décisions relatives aux droits de la personne handicapée notamment en matière de prestation et d'orientation [60].

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, le rôle principal de la MDPH est l'attribution de la Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH).

III-1-2-6 L'association OETH : organisme d'accompagnement des entreprises

L'association Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés est une association de type loi 1901 issue d'un accord de branche du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif conclu entre la Croix-Rouge française, la FEHAP, le Syneas et les organisations syndicales CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT et FO. Son financement est assuré via les contributions des établissements relevant de l'accord de branche dont le taux légal d'emploi est inférieur à 6 %.

Le siège de l'association se situe à Paris et à la différence de l'AGEFIPH, l'association OETH ne dispose pas de délégation régionale. L'association compte 5 chargés de mission pour toute

la France. Celui en charge de la Lorraine, l'est également pour 5 autres territoires : Franche-Comté, Alsace, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

En Lorraine, 524 établissements, dont plus de la moitié se trouve en Moselle, relèvent de l'association OETH (Cf. Figure 12).

L'association OETH a pour mission d'assurer « *la gestion du parcours sécurisé du travailleur handicapé en termes de prévention du handicap, d'insertion professionnelle, de professionnalisation, et de maintien dans l'emploi.* »

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, ses rôles sont semblables à ceux de l'AGEFIPH et du SAMETH réunis, à la différence :

- qu'il vise à trouver une solution de maintien dans l'entreprise, voire en dehors de celle-ci.
- qu'il informe et conseille uniquement les employeurs, l'accord ne prévoyant pas de renseigner directement le salarié.

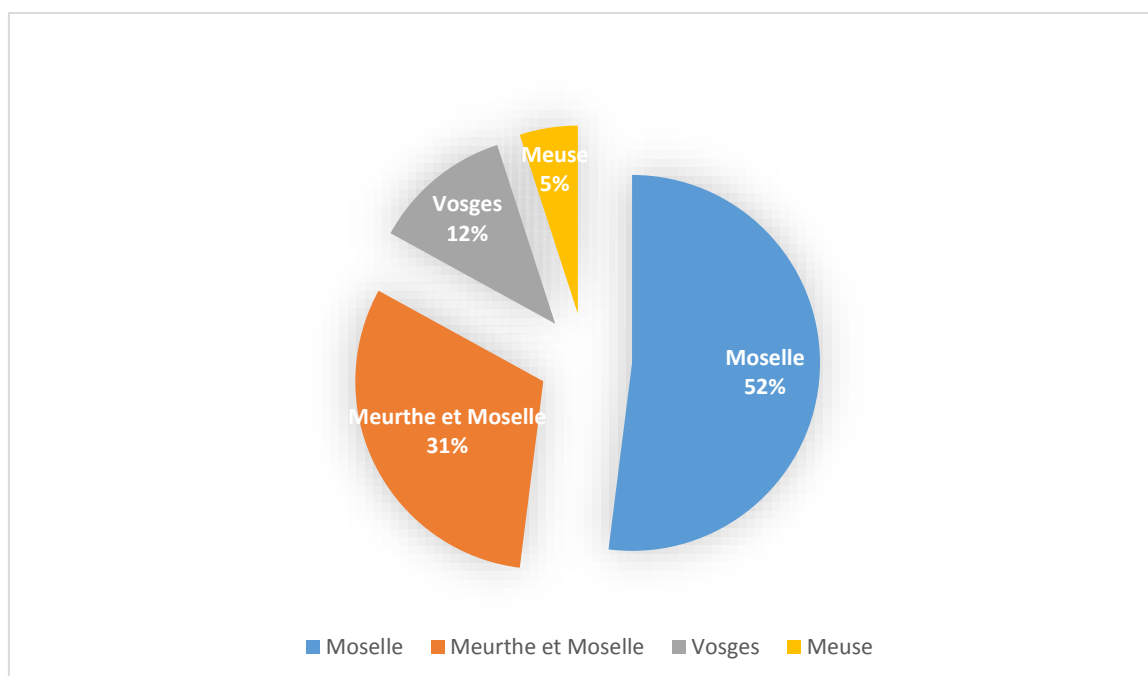


Figure 12 – Répartition des établissements relevant de l'association OETH, 2015, Lorraine

Note : données communiquées par l'association OETH

III-1-3 Critères généraux du bénéficiaire (maintien dans l'emploi)

AGEFIPH/ SAMETH	
<u>Travailleur</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les salariés en CDI, ou en CDD (CDD d'une durée supérieure à 6 mois avec une certaine pérennité du poste, l'importance de l'intervention doit être proportionnée à la situation) - En arrêt maladie ordinaire/professionnelle mais aussi en activité - Salariés d'une entreprise non couverte par un accord, ou couverte par un accord et ayant atteint ou dépassé le quota des 6 % - Il existe un risque d'incompatibilité entre l'état de santé de la personne et son poste de travail, de nature à générer une situation d'inaptitude. - Etre bénéficiaire de la loi du 11/02/2005 ou en voie de l'être (apporter la preuve du dépôt de la demande de RQTH auprès de la MDPH)
<u>Employeur</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Entreprises privées, domiciliées en France : Quelle que soit leur taille (assujetties ou non à l'obligation d'emploi) et leur secteur d'activité - Sous accord agréé ayant atteint le quota des 6 %
Service social CARSAT/ Service médical de l'assurance maladie	
<u>Les assurés du régime général</u>	<ul style="list-style-type: none"> - En arrêt de travail, indemnisés au titre de la maladie/accident du travail/de la maladie professionnelle/invalidité - Tout salarié risquant de perdre son emploi du fait de son état de santé
MDPH	
<u>Personne en situation de handicap</u>	<ul style="list-style-type: none"> - En arrêt de travail ou en activité - Durée prévisible des conséquences : au moins un an - Tout salarié risquant de perdre son emploi du fait de son état de santé
Association OETH	
<u>Travailleur</u>	Les critères pour relever de l'organisme sont quasi identiques à ceux requis pour bénéficier d'une prise en charge par l'AGEFIPH-SAMETH. Il faut néanmoins appartenir à un établissement adhérent à l'une des trois fédérations signataires et à la différence des SAMETH, il faut déjà être bénéficiaire de la loi du 11/02/2005 (sauf rares exceptions).
<u>Employeur</u>	Etablissement adhérent à l'une des trois fédérations signataires

Tableau 9 – Caractéristiques des bénéficiaires par acteurs externes

III-1-4 Champ d'action des organismes d'accompagnement : maintien dans ou en emploi ?

Cette question concerne tout particulièrement les organismes d'accompagnement du salarié-assuré et/ou de l'entreprise dans une démarche de maintien dans l'emploi : SAMETH, service social CARSAT et association OETH.

Dans leur pratique, le SAMETH, le service social CARSAT et l'association OETH distinguent tous le maintien **dans** l'emploi, toute action visant à aider le salarié à se maintenir à son poste, à son emploi ou dans son entreprise, du maintien **en** emploi, toute action visant à aider le salarié à retrouver les conditions nécessaires d'une activité professionnelle hors entreprise initiale.

Tandis que les actions du service social CARSAT et de l'association OETH peuvent concerner du maintien **dans** ou **en** emploi, l'intervention du SAMETH est essentiellement tournée vers le maintien **dans** l'emploi. Le SAMETH recherche des solutions permettant le maintien de la personne en situation de handicap à son poste ou à un autre poste de l'établissement, l'entreprise ou le groupe. Dans le cas où le SAMETH ne parviendrait pas à identifier de solutions, il poursuit son accompagnement afin de favoriser l'émergence et/ou la mise en œuvre d'un projet de reconversion professionnelle jusqu'à la prise en charge par un acteur de l'insertion et au plus tard jusqu'à la rupture du contrat de travail. Les SAMETH n'ont pas vocation à intervenir si la solution identifiée est d'emblée le reclassement extérieur, a contrario de l'association OETH qui travaille de manière importante sur la reconversion professionnelle tant que le salarié appartient à l'effectif de l'entreprise.

La prise en charge par le SAMETH et l'association OETH peut débiter dès lors qu'il existe une incompatibilité entre l'état de santé et le poste de travail de nature à générer une perte d'emploi, que le salarié soit en poste ou en arrêt de travail (contrairement au service social CARSAT qui ne peut intervenir que dans le cas d'assurés en arrêt de travail). Néanmoins, il faut que l'état de santé de la personne soit a minima stabilisé (restrictions médicales posées, convalescence active) pour que le SAMETH et l'association OETH puissent engager une démarche de recherche de solutions de maintien.

A noter que les SAMETH peuvent intervenir, tout comme l'AGEFIPH pour l'attribution des aides, dès lors que la personne s'inscrit dans une démarche de reconnaissance du handicap (dès la demande), versus l'association OETH qui nécessite que la personne soit bénéficiaire de la RQTH, sauf rares exceptions.

La fin d'accompagnement commune du SAMETH et de l'association OETH a lieu systématiquement dès lors qu'il y a rupture du contrat de travail. Pour le service social CARSAT, l'accompagnement prend fin à l'arrêt du versement des indemnités journalières.

III-1-5 Intervention au sein de la démarche du maintien dans l'emploi

Tous les organismes (sauf l'AGEFIPH) sont susceptibles d'émettre des signalements (Cf. Tableau 10).

Les organismes d'accompagnement (SAMETH, service social CARSAT, association OETH) sont à la fois émetteurs et récepteurs de signalements. Ils peuvent également être amenés à intervenir au niveau des phases « diagnostic », « recherche de solutions », « mise en œuvre des solutions ». La mise en œuvre des solutions est réalisée par des prestataires extérieurs pour l'association OETH, par des prestataires extérieurs ou par les chargés de mission pour le SAMETH (aide de l'employeur à la constitution d'un dossier pour une demande d'aides AGEFIPH). Selon l'organisation locale du service social CARSAT, la mise en œuvre des solutions est réalisée par des prestataires extérieurs et/ou les assistantes sociales (les interventions sociales d'intérêt collectif par exemple). Le suivi de l'action est en revanche peu systématique pour chacun des trois organismes, souvent en raison de contraintes budgétaires.

Le service médical est susceptible d'intervenir à la phase de mise en œuvre de la solution (en donnant son accord pour la réalisation d'un temps partiel thérapeutique etc.) de même que l'AGEFIPH (accord financier pour la mise en place d'une aide de maintien) ou la MDPH (accord du statut RQTH).

	Signalement	Phase diagnostic	Recherche de solutions	Mise en œuvre de solutions	Suivi de l'action
AGEFIPH				X	
SAMETH	X	X	X	X	(X)
Service social CARSAT	X	X	X	X	(X)
Service médical de l'assurance maladie	X			X	
MDPH	(X)			X	
Association OETH	X	X	X	X	(X)

Tableau 10 – Intervention des acteurs externes dans la démarche de maintien

Légende : X = Participation possible à cette étape de la démarche, (X) = Participation possible mais rare

III-1-5-1 L'origine des signalements aux organismes d'accompagnement en Lorraine

Les deux principaux pourvoyeurs de signalements aux SAMETH sont les médecins du travail, suivis des employeurs. En 2014, les SAMETH de Lorraine ont été destinataires de 929 signalements (secteur privé et public confondus). Les médecins du travail et les employeurs représentaient plus des trois-quarts des signalements (Cf. Figure 13).

A la différence des SAMETH, l'association OETH est destinataire majoritairement de signalements d'employeurs (généralement les trois-quarts des signalements). En effet, il s'agit d'une des conditions pour mobiliser le financement des différentes aides (Cf. Figure 14).

Les services sociaux CARSAT de Lorraine sont destinataires majoritairement de signalements internes suite à la requête de la Caisse primaire d'assurance maladie pour les assurés en arrêt de plus de 90 jours, ou en provenance de l'échelon local du service médical. Les signalements de la part du SAMETH et des médecins du travail sont peu fréquents, les signalements de la part des médecins généralistes quasi inexistantes. La figure 15 montre l'origine des signalements pour le service social des Vosges en 2014.

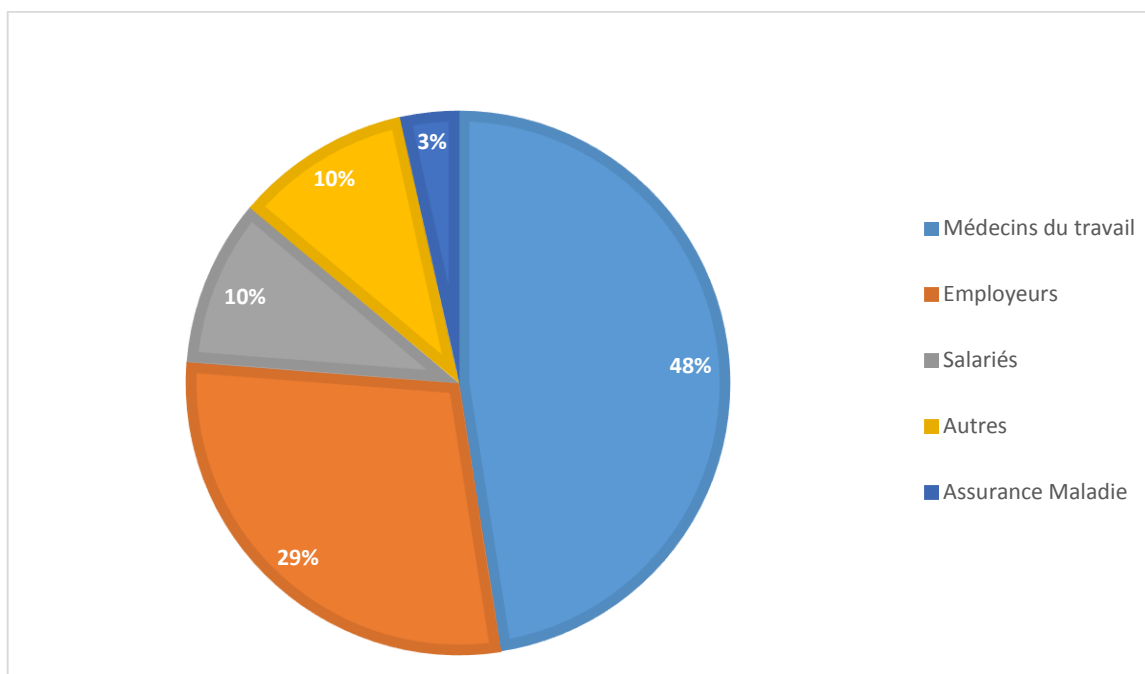


Figure 13 – Origine des signalements aux SAMETH, 2014, Lorraine

Note : données communiquées par l'AGEFIPH

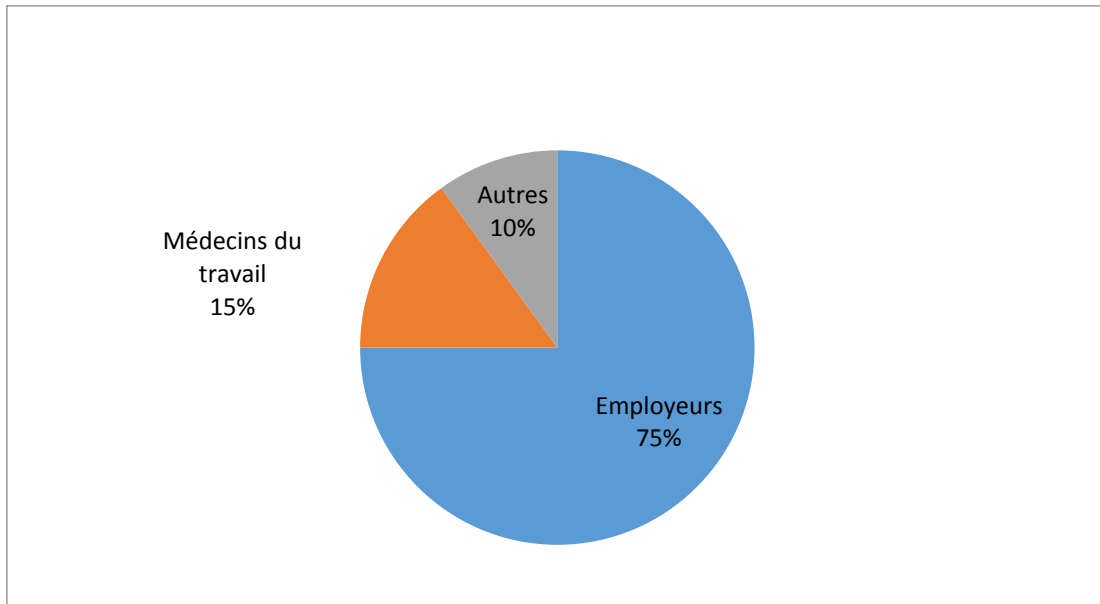


Figure 14 – Origine des signalements à l'association OETH, 2014, Lorraine

Note : données communiquées par l'OETH

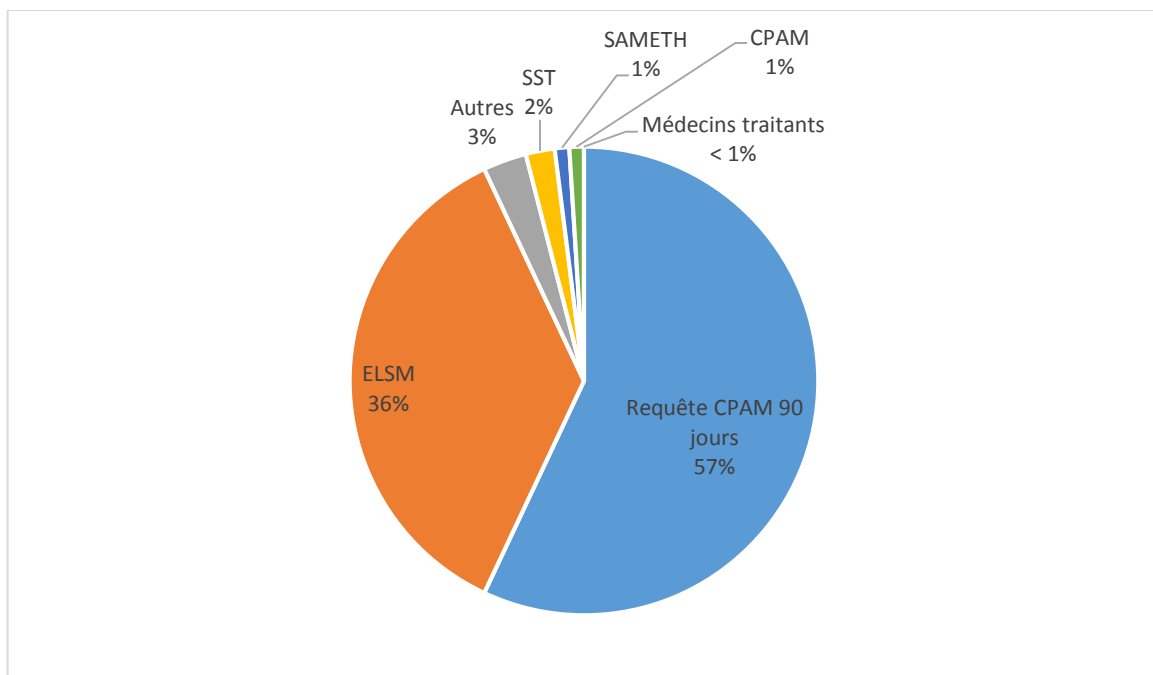


Figure 15 – Origine des signalements au service social CARSAT 88, 2014

Abréviations ELSM = Echelon local du service médical, CPAM = Caisse primaire de l'assurance maladie, SST = services de santé au travail

Note : données communiquées par le service social CARSAT 88

III-1-5-2 Les parcours ouverts par les SAMETH en 2014 en Lorraine

En 2014, sur 929 signalements, 914 ont donné lieu à l'ouverture d'un parcours, c'est-à-dire à un accompagnement par les SAMETH. Lors de l'ouverture du parcours, près des trois quarts des personnes étaient en activité (Cf. Figure 16).

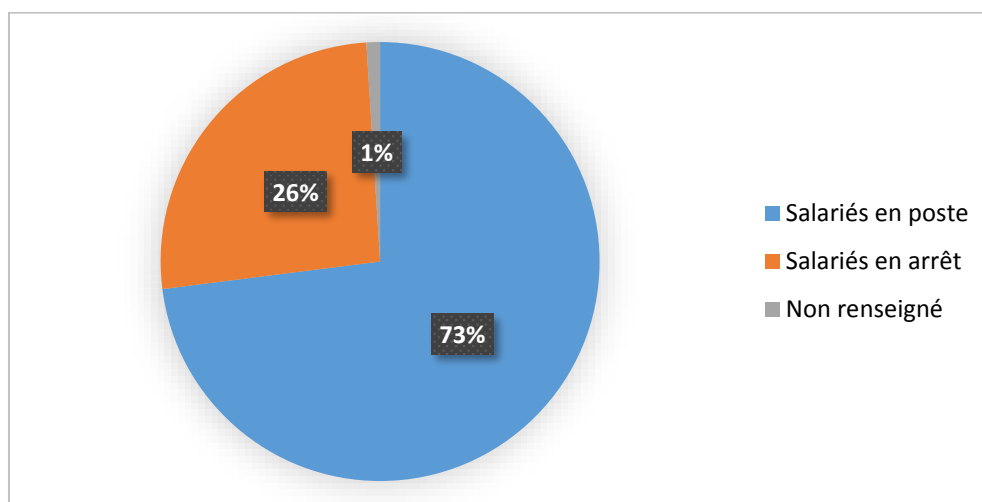


Figure 16 – Situation du salarié à l'ouverture du parcours SAMETH, 2014, Lorraine

Note : données communiquées par l'AGEFIPH

III-1-5-3 Les parcours clos par les SAMETH en 2014 en Lorraine

En 2014, les SAMETH ont clos 811 accompagnements. Sur ces 811 parcours clos, ont été dénombrés :

- 607 maintiens réussis,
- 115 fermetures de parcours pour causes exogènes (démissions, départs en retraite etc.),
- 89 fermetures de parcours pour l'absence de solutions ou refus de mise en place de la solution de maintien, par l'employeur ou le salarié,

soit un taux de maintien réussi hors cause exogène de 87 %.

Plus des trois quarts des maintiens réussis ont eu lieu sur le même poste de travail, 15 % sur un autre poste de l'entreprise (Cf. Figure 17).

Les faits, à l'origine de l'ouverture des parcours réussis en 2014, étaient variables : maladie (autre que professionnelle), aggravation d'un handicap, un accident du travail ou une maladie professionnelle, un accident de trajet etc. La maladie (hors professionnelle) représentait la

moitié des faits à l'origine de l'ouverture d'un parcours, suivi de l'aggravation du handicap (Cf. Figure 18).

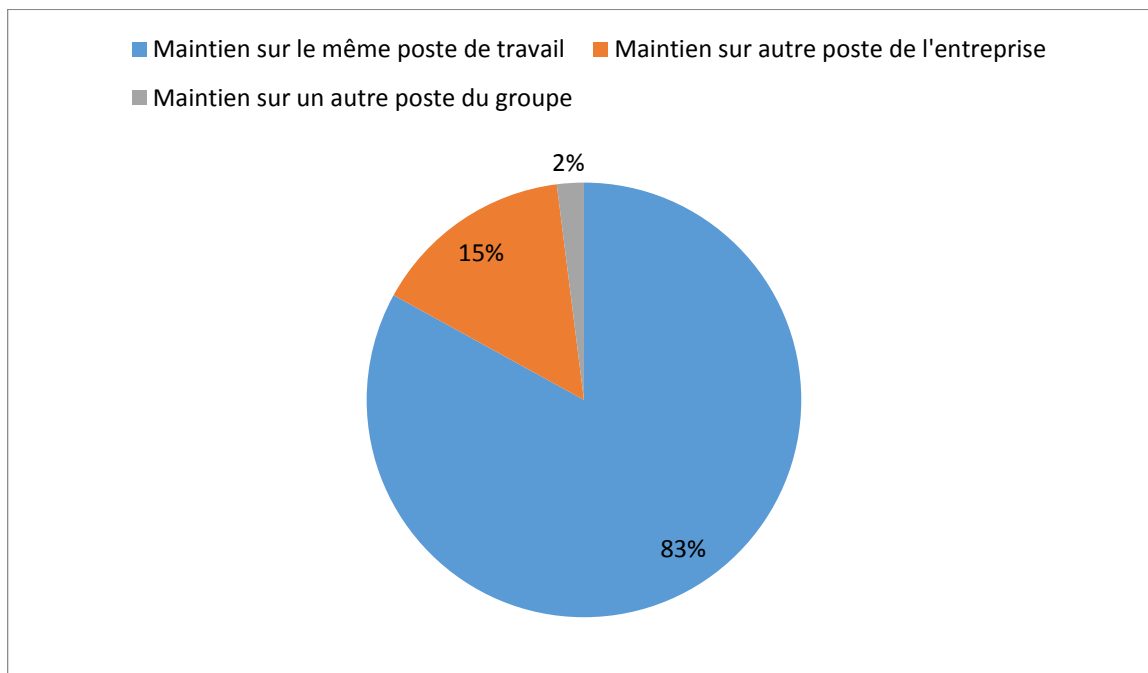


Figure 17 – Caractéristiques des maintiens réussis, 2014, Lorraine

Note : données communiquées par l'AGEFIPH

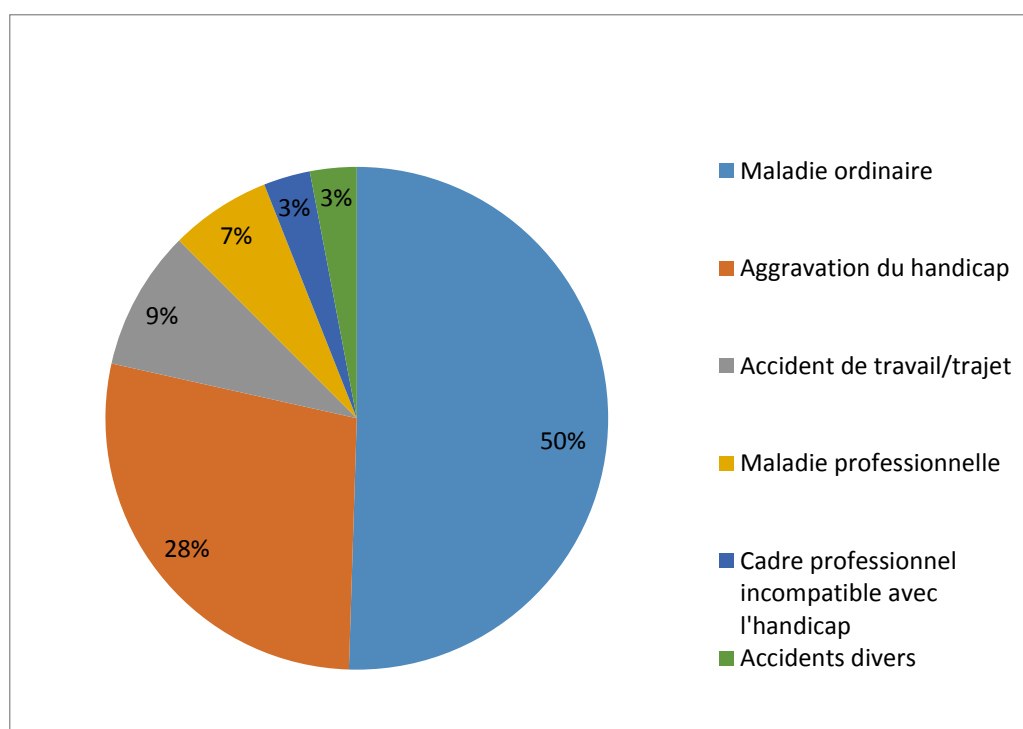


Figure 18 – Faits générateurs à l'ouverture d'un parcours des SAMETH, 2014, Lorraine

Note : à rapporter aux maintiens réussis en 2014, données communiquées par l'AGEFIPH

Le public pris en charge par les SAMETH, dont le maintien a réussi en 2014, est âgé essentiellement de 45 ans et plus. Le niveau de formation de ce public est majoritairement inférieur au niveau IV (classification de l'INSEE, tableau 11), soit des personnes avec un faible niveau de formation (Cf. Figure 19 et 20).

A l'ouverture des parcours de maintiens réussis en 2014, plus de trois quarts des personnes avaient un avis d'aptitude avec restriction, 3 % un avis d'inaptitude (Cf. Figure 21).

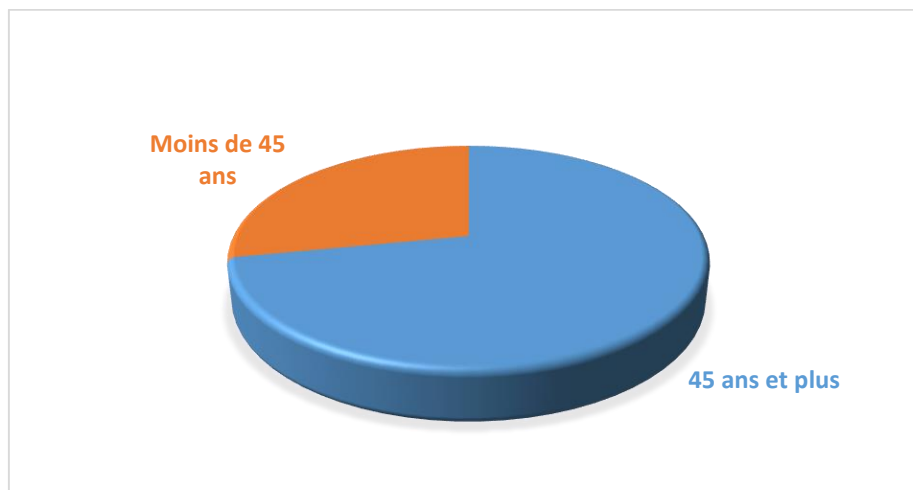


Figure 19 – Age à l'ouverture du parcours par les SAMETH, 2014, Lorraine

Note : à rapporter aux maintiens réussis en 2014, données communiquées par l'AGEFIPH

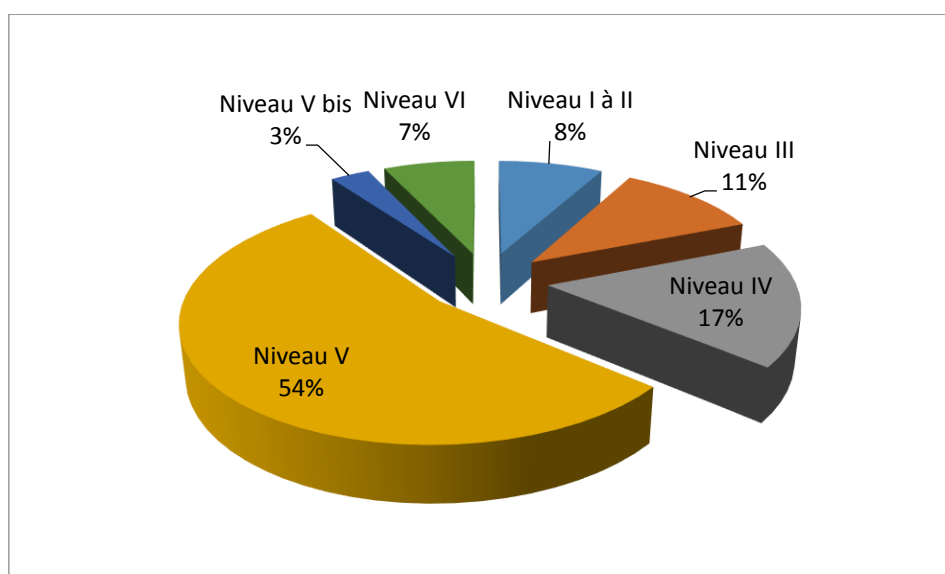


Figure 20 – Niveau de formation à l'ouverture du parcours, 2014, Lorraine

Note : à rapporter aux maintiens réussis en 2014, données communiquées par l'AGEFIPH

Niveau VI et V bis	Sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale
Niveau V	Sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première)
Niveau IV	Sorties des classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme
Niveau III	Sorties avec un diplôme de niveau Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, etc.)
Niveaux II et I	Sorties avec un diplôme de niveau supérieur à bac+2 (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat, diplôme de grande école)

Tableau 11 – Classification INSEE

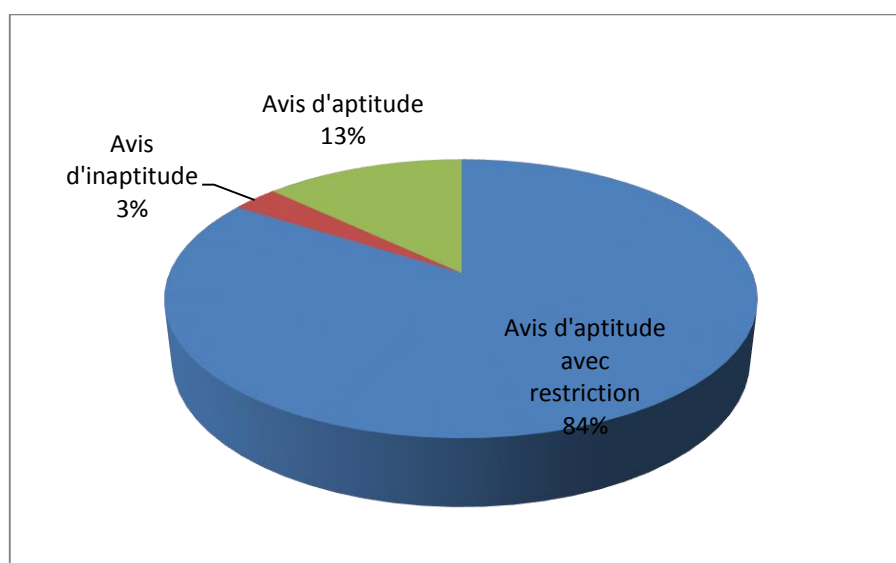


Figure 21 – Avis du médecin du travail à l'ouverture du parcours, 2014, Lorraine

Note : à rapporter aux maintiens réussis en 2014, données communiquées par l'AGEFIPH

III-1-5-4 Le secret médical

Pour l'AGEFIPH (lors de l'instruction de dossiers), les SAMETH, l'association OETH et les services sociaux CARSAT, le secret médical ne constitue pas un frein à la démarche du maintien dans l'emploi à condition que les restrictions médicales émises par le médecin du travail soient suffisamment précises.

Néanmoins, le salarié aborde fréquemment de façon spontanée sa pathologie avec les organismes d'accompagnement.

Les assistantes sociales CARSAT ne sont pas tenues d'être informées de la pathologie présentée par l'assuré, même par le médecin conseil qui le leur adresse. En début d'entretien, les assistantes sociales précisent systématiquement à l'assuré qu'elles n'ont pas connaissance de sa

situation médicale. La difficulté réside parfois à estimer les capacités restantes de l'assuré comme le souligne une des assistantes sociales interrogées : « *il y a une différence entre ce que la personne peut ou pense pouvoir faire et ce qu'elle est réellement en mesure de faire* ». Dans ce cas, un contact avec le médecin du travail s'avère très utile car celui-ci pourra communiquer en termes de restrictions médicales.

Lors de l'instruction des demandes de reconnaissance du handicap par les MDPH, le secret médical ne constitue pas un frein, sous réserve que le certificat médical rempli par le médecin de soin soit suffisamment précis, de même que les restrictions médicales émises par le médecin du travail. Seul le médecin de l'équipe pluridisciplinaire et/ou de la CDAPH est habilité à lire le certificat médical.

III-1-5-5 Le délai RQTH

Le délai d'obtention de la RQTH n'est pas une entrave à la démarche de maintien dans l'emploi pour les bénéficiaires relevant du SAMETH. En effet, il existe un partenariat entre les SAMETH et MDPH d'un même département lorrain pour des procédures dites « accélérées ».

En Moselle, les dossiers « urgents » sont étiquetés par la mention « SAMETH / PDP » et déposés à la MDPH 57, périodiquement, par un chargé de mission CAP emploi qui participe aux réunions pluridisciplinaires de la MDPH (délai d'obtention par la démarche usuelle : 4 mois et demi).

En Meurthe-et-Moselle, un formulaire pour les procédures accélérées permet une prise de décisions dans les 15 jours environ (versus 3 mois avec la démarche usuelle).

Pour les plus petits départements (les Vosges et la Meuse), un contact téléphonique permet de faire passer un dossier en priorité (délai d'obtention par la démarche usuelle : 2 mois).

A contrario, l'association OETH non implantée en Lorraine, ne dispose pas de partenariat avec les MDPH de Lorraine, ce qui peut engendrer un retard dans la démarche de maintien dans l'emploi.

III-1-6 Les interactions entre acteurs

Le tableau ci-dessous résume de manière simplifiée les interactions « sur le terrain » entre les différents acteurs lorrains. La nature des liens entre acteurs et les spécificités départementales sont explicitées dans les paragraphes suivants.

	Agefiph	Sameth	Service social carsat	Service médical assurance maladie	MDPH	Asso. OETH	Médecins du travail	Médecins traitants
Agefiph		X					(X)	
Sameth	X		X		X		X	
Service social CARSAT		X		X	(X)	(X)	X	(X)
Service médical assurance maladie			X				X	(X)
MDPH		X	(X)				(X)	
Asso. OETH			(X)				(X)	

Tableau 12 – Interactions entre acteurs du maintien dans l’emploi en Lorraine

Légende : X = Interaction effective, (X) = Interaction rare

III-1-6-1 AGEFIPH et les autres acteurs

L’AGEFIPH a peu de relation directe avec les autres organismes interrogés. Les relations sont essentiellement indirectes et réalisées par le biais des SAMETH.

L’organisme a des contacts réguliers (trimestriels) avec les SAMETH lorrains qu’il pilote. Ces derniers le trouvent « *facilitant et à l’écoute* ».

L’AGEFIPH a été invitée en 2013 au sein des différentes cellules locales PDP de l’assurance maladie afin de promouvoir son offre de service.

III-1-6-2 MDPH et les autres acteurs

SAMETH : Tous les SAMETH lorrains ont un partenariat avec la MDPH de leur département pour des procédures accélérées de RQTH par voie directe (exemple de la Meuse et des Vosges) ou par voie indirecte (exemple de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle).

Service social CARSAT : Seul le service social CARSAT 55 dispose d'interlocuteurs privilégiés au sein de la MDPH 55, qu'il peut solliciter en cas de nécessité de RQTH accélérée. Ces interlocuteurs peuvent être amenés à faire des interventions ponctuelles lors de réunions collectives auprès d'assurés.

Le service social CARSAT 57 ainsi que l'association OETH regrettent l'absence d'interlocuteur à la MDPH (MDPH 57 pour le service social de Moselle et l'ensemble des MDPH pour l'association OETH).

A noter que la MDPH 88 peut être à l'origine de signalements indirects au service social CARSAT 88 : à l'issue de l'instruction d'une demande RQTH, si la personne est salariée, la MDPH lui adresse un courrier sur le rôle du service social et lui communique ses coordonnées.

III-1-6-3 SAMETH et les autres acteurs

Service social CARSAT : De bonnes relations sont entretenues mutuellement entre les SAMETH et les services sociaux CARSAT en Lorraine. Les 4 SAMETH de Lorraine participent en tant que membres consultatifs aux cellules locales PDP où siègent des référents du service social CARSAT. L'intégration du SAMETH à la cellule des Vosges et de Meurthe-et-Moselle est récente (respectivement depuis mi et fin d'année 2015).

Les SAMETH peuvent réaliser des signalements d'assurés au service social CARSAT, même si l'inverse est plus fréquemment rencontré.

Le service social CARSAT 57 exprime cependant quelques difficultés à joindre le SAMETH en dehors de la cellule locale PDP ou encore pour obtenir des retours d'information sur les situations d'assurés pris en charge par le SAMETH lors de la cellule locale. Un travail de partenariat plus proche avec le SAMETH 57 serait souhaité en dehors de la cellule (par exemple des rencontres avec des assurés une demi-journée mensuelle).

En Meuse, en plus de participer à la cellule locale PDP, le SAMETH 55 anime conjointement avec la responsable du service social CARSAT 55, un groupe de travail du « réseau Prévention de la Désinsertion Professionnelle ». Ce « réseau PDP » est un partenariat entre le SAMETH 55, le service de santé au travail interentreprises de Meuse (le SMIM), l'échelon local du service médical, la caisse primaire d'assurance maladie et le service social CARSAT 55.

III-1-6-4 Services sociaux CARSAT et les autres acteurs

Echelon local du service médical : Dès lors que le médecin conseil détecte une problématique de retour à l'emploi chez un assuré à l'occasion d'un contrôle médical, il est censé effectuer un signalement auprès du service social CARSAT par le biais d'une fiche de liaison. L'assistante sociale CARSAT qui prend en charge l'assuré est tenue de lui faire un retour écrit sur la démarche poursuivie.

Cela fonctionne plus ou moins bien selon le département et/ou le médecin conseil.

En Moselle, Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges, les signalements de la part de l'échelon local du service médical sont variables d'un médecin conseil à l'autre. Le service social CARSAT 57 souhaiterait disposer de signalements plus précoces de la part des médecins conseils, les relations avec le service médical sont encore à entretenir et à renforcer.

En Meuse, le service social CARSAT 55 travaille en partenariat avec les médecins conseils, ces derniers sont à l'écoute des arguments sociaux. Néanmoins, sauf projet dûment étayé, le médecin conseil ne prolonge pas un arrêt par rapport à un projet professionnel, comme le précise la responsable du service social : « *Les médecins conseils restent fixes sur leur position, en général, c'est non pour un prolongement d'arrêt. Si c'est un projet qui est vraiment un plus pour la personne, le médecin conseil peut être d'accord, mais d'emblée, c'est non.* »

Association OETH : Les services sociaux peuvent être amenés à effectuer des signalements d'assurés à l'OETH et parallèlement les orienter vers leur employeur. En effet, l'OETH ne pourra agir concrètement que si l'employeur est concerné et impliqué dans la démarche.

III-1-6-5 Les acteurs interrogés et les médecins du travail

AGEFIPH, MDPH : ils ont peu de liens directs avec les médecins du travail. L'AGEFIPH peut être amené à les contacter en cas de relance de pièces manquantes nécessaires à l'instruction d'un dossier.

SAMETH, services sociaux CARSAT : ils font part globalement de bonnes relations avec les médecins du travail des services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Les services sociaux CARSAT 57 et 55 trouvent pour leur part que les liens se sont renforcés depuis l'identification de médecins référents de la prévention de la désinsertion professionnelle. En Moselle, un médecin du travail de chaque SSTI participe à la cellule locale PDP 57. En Meuse, les deux médecins du travail référents de la prévention de la désinsertion professionnelle participent aux deux groupes de travail du « réseau PDP » de Meuse.

Néanmoins, les SAMETH et le service social CARSAT 88 constatent un manque de disponibilité croissant des médecins du travail qui s'accroît avec la pénurie de ces derniers.

Les SAMETH et les services sociaux CARSAT effectuent régulièrement des signalements de personnes en difficulté aux médecins du travail. Inversement, le médecin du travail peut réaliser des signalements vers ces deux organismes, même si les signalements vers les services sociaux demeurent plutôt rares. En effet, le médecin du travail n'a pas forcément connaissance de l'arrêt de travail du salarié. Les contacts entre les chargés de mission SAMETH et les médecins du travail se pratiquent essentiellement par téléphone ou courriels. Les liens entre assistantes sociales CARSAT et médecins du travail ont lieu de manière plutôt indirecte (surtout par fiches de liaison).

Echelon local du service médical : Les médecins conseils réalisent régulièrement des signalements d'assurés en difficulté aux médecins du travail, essentiellement par fiches de liaison. Par ailleurs, les médecins conseils peuvent être contactés par les médecins du travail dans le cadre de demande de prolongement d'arrêts de travail courts en vue d'aménager un poste de travail, de mise en place d'un temps partiel thérapeutique, etc.

L'association OETH : regrette l'absence d'interlocuteur direct au sein des services de santé au travail. Selon l'organisme, peu de médecins du travail sont sensibilisés sur l'association OETH ainsi que des entreprises qui en relèvent.

Les médecins du travail peuvent pratiquer des signalements d'assurés en difficulté au chargé de mission OETH et inversement.

III-1-6-6 Les acteurs interrogés et les médecins généralistes

Les organismes d'accompagnement du salarié-assuré et/ou de l'entreprise (SAMETH, association OETH, services sociaux CARSAT) relatent peu, voire l'absence de contacts avec ces derniers.

Les médecins conseils sont les acteurs qui sont amenés à avoir le plus de contact avec les médecins généralistes mais peu dans le cadre du maintien dans l'emploi. Néanmoins certains médecins conseils, investis d'une mission « relation avec les professionnels de santé », réalisent périodiquement des campagnes de sensibilisation sur des thèmes permettant d'aborder le rôle du médecin du travail et la visite de pré-reprise.

III-1-7 Aides, services, outils (maintien dans l'emploi)

III-1-7-1 Offre de services AGEFIPH et association OETH

III-1-7-1-1 Présentation

L'offre de services des deux organismes intervient en complémentarité des aides de droit commun et ne se substitue en aucun cas aux obligations légales de l'entreprise, notamment en matière de sécurité ou de conditions de travail. Trois niveaux d'intervention sont proposés de type services, prestations et aides.

Services : accompagnement des entreprises et/ou des personnes handicapées dans le maintien dans l'emploi par les chargés de mission du SAMETH, accompagnement uniquement des entreprises par le chargé de mission de l'association OETH.

Prestations : Certaines situations réclament une expertise technique spécifique. L'AGEFIPH ou l'association OETH met donc à disposition de leurs chargés de mission des prestataires aux compétences pointues dans des domaines précis :

- orientation et formation,
- conseil à l'aménagement des situations de travail (ergonomie),
- expertise sur les principaux types de handicap (visuel, auditif, moteur, psychique, intellectuel).

Aides : Les personnes handicapées et entreprises de droit privé ou du secteur médicosocial peuvent bénéficier d'aides financières accordées par ces deux organismes dans différents domaines :

- construction de projets professionnels,
- formation,
- compensation du handicap,
- maintien dans l'emploi,
- Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (seulement accordée par l'AGEFIPH).

Les trois conditions requises à la mobilisation des aides AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi sont :

- cas de maintien **dans** l'emploi (cf. Paragraphe III-1-4),
- avis du médecin du travail pronostiquant un risque d'inaptitude,
- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés au sens de la loi du 11 février 2005 ou a minima dépôt de la demande de reconnaissance du handicap ou de tout autre titre qui ouvre droit au statut de personne handicapée.

La mobilisation de l'aide peut être faite par l'employeur ou le salarié éventuellement accompagnés par le chargé de mission SAMETH. Certaines aides ne peuvent être prescrites que par ce dernier.

Les quatre conditions requises à la mobilisation des aides OETH au maintien dans l'emploi sont :

- cas de maintien **dans** ou **en** emploi (cf. Paragraphe III-1-4),
- avis du médecin du travail pronostiquant un risque d'inaptitude,
- **mobilisation de l'aide par l'employeur du travailleur handicapé,**
- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés au sens de la loi du 11 février de 2005.

La mobilisation des aides n'est ni rétroactive, ni systématique et la délivrance est fonction de :

- l'éligibilité de la personne et/ou de l'employeur,
- la complémentarité avec le droit commun,
- les règles d'attribution propre à chacune des aides,
- les ressources financières disponibles de l'organisme.

Les financements des aides proviennent respectivement du fonds alimenté par les contributions des entreprises du secteur privé à l'AGEFIPH et des établissements relevant de l'accord de branche à l'association OETH et qui ne satisfont pas à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

III-1-7-1-2 Les aides mobilisées en Lorraine

Les aides les plus mobilisées, de ces deux organismes, dans le maintien dans l'emploi sont relatives à l'aménagement du poste de travail (« aide à l'adaptation des situations de travail techniques/organisationnelles » et « aide à la compensation du handicap » de l'AGEFIPH). En 2014, cela représentait plus de la moitié des aides AGEFIPH au maintien dans l'emploi et un peu plus de la moitié des aides OETH au maintien dans l'emploi en 2013 (Cf. Figure 22 et 23).

Les aides à la reconversion professionnelle (« bilan de reconversion professionnelle », « aide maintien dans l'emploi par la reconversion professionnelle ») en vue d'un maintien dans l'emploi interne ou externe à l'entreprise sont les deuxièmes aides les plus mobilisées de l'association OETH. Ceci peut s'expliquer d'une part, par la nature physique du secteur

d'activité des établissements relevant de l'organisme et d'autre part, par son champ d'action : maintien **dans** et **en** emploi (cf. Paragraphe III-1-4).

Les « aides au maintien dans l'emploi » de l'AGEFIPH apparaissant sur la figure 22 regroupent à la fois :

- « L'aide au maintien dans l'emploi » qui vise à participer aux dépenses liées à la recherche et mise en œuvre d'une solution de maintien dans l'emploi. Cette aide est proche de l'aide « salaire de transition » de l'association OETH.

Et

- « L'aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière » qui aspire à inciter les employeurs à maintenir dans l'emploi les salariés âgés, présentant un risque d'inaptitude dans les années précédant leur départ en retraite. Cette aide est proche de l'aide « accompagnement fin de carrière » de l'association OETH.

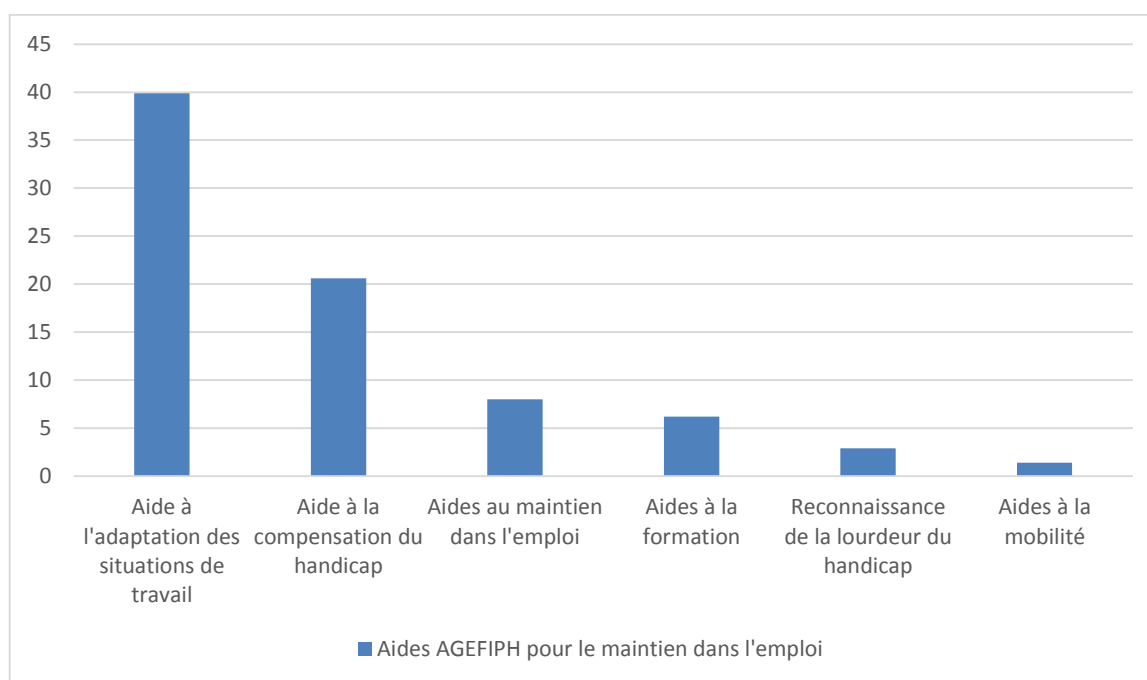


Figure 22 – Aides AGEFIPH maintien dans l'emploi (en %), 2014, Lorraine.

Note : Chaque type d'aide est rapporté au nombre total des aides AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi en 2014. Données communiquées par l'AGEFIPH.

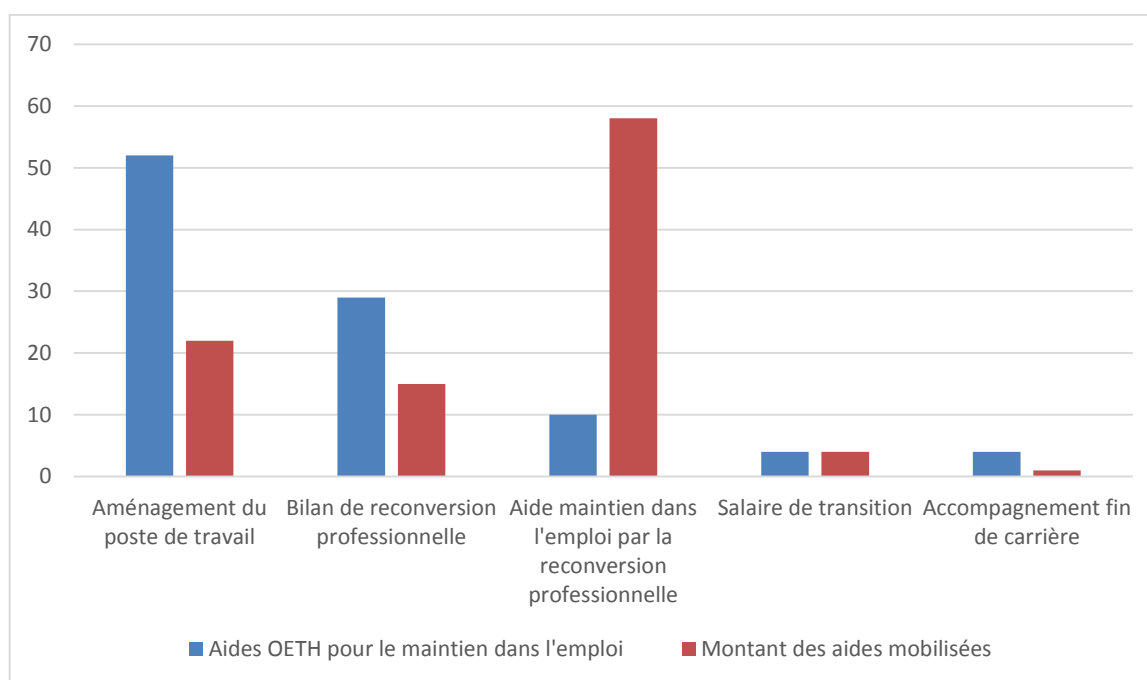


Figure 23 – Aides OETH maintien dans l'emploi (en %), 2013, Lorraine

Note : Chaque type d'aide est rapporté au nombre total des aides OETH pour le maintien dans l'emploi en 2013. Le montant dépensé par type d'aide est rapporté au montant total des aides maintien dans l'emploi en 2013. Données communiquées par l'OETH.

III-1-7-2 Offre de services du service social CARSAT et sa participation active aux cellules PDP

III-1-7-2-1 Offre de services

L'offre de services nationale propose un accompagnement social individuel ou collectif en direction du public cible. L'intervention du service social doit permettre :

- d'informer les assurés sur leurs droits et les dispositifs existants,
- de leur présenter le rôle et la complémentarité des différents acteurs,
- de les accompagner dans les démarches,
- d'amorcer la dynamique de remobilisation en facilitant l'aménagement/l'élaboration d'un projet professionnel (deuil de l'ancien métier, intégration des contraintes liées à leur état de santé, identification des capacités et potentialités).

Bien que les objectifs soient identiques au niveau national, les moyens et boîtes à outils diffèrent selon les CARSAT, ainsi que les modalités d'accompagnement des assurés selon les services sociaux départementaux. L'offre de services par courrier, à tous les assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours, s'est néanmoins généralisée au niveau national. Des marges de manœuvre sont laissées aux territoires concernant les propositions réalisées auprès des assurés.

Ce courrier propose :

- en Moselle, soit un entretien individuel auprès d'une assistante sociale, soit une réunion d'information collective animée par des assistantes sociales, selon une requête informatique du service administratif de la caisse primaire d'assurance maladie (requête basée sur des critères tels que l'âge, le dernier jour travaillé, le montant des indemnités journalières etc.).
- en Meurthe-et-Moselle, soit un entretien individuel, soit un entretien téléphonique, soit une mise à disposition du service social selon une requête informatique du service administratif de la caisse primaire d'assurance maladie.
- en Meuse, un entretien individuel avec une date de rendez-vous fixée. Le courrier donne lieu à un contact avec les assurés dans la moitié des cas : par téléphone, en entretien individuel, voire à domicile si l'assuré est dans l'impossibilité de se déplacer.
- dans les Vosges, une réunion d'information collective. Le courrier donne lieu à un contact avec les assurés dans environ 35 % des cas : participation effective à la réunion d'information collective dans environ 25 % des cas, entretien individuel dans environ 5 % des cas, demande d'être recontacté ultérieurement dans environ 5 % des cas (impossibilité de se déplacer, en soins etc.).

A l'issue de ces différents moyens de communication sur l'offre de services, l'accompagnement des assurés avec une problématique « prévention de la désinsertion professionnelle » peut se faire individuellement ou collectivement.

Selon le département, le travail collectif peut s'effectuer en Interventions sociales d'intérêt collectif pour la Moselle et la Meurthe-et-Moselle, en Travail social de groupe pour la Meuse ou les deux pour les Vosges.

Les interventions sociales d'intérêt collectif comprennent généralement un nombre plus élevé de participants (jusqu'à 15 en moyenne) que le travail social de groupe et les 3 à 4 séances se déclinent de façon standardisée. Par exemple dans les Vosges, le programme est le suivant :

- Première séance : Présentation des participants du groupe, évaluation de leur degré de connaissance sur les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle.
- Deuxième séance : Intervention d'un médecin du travail et d'un médecin conseil.
- Troisième séance : Intervention du FONGECIF, Cap emploi, SAMETH.
- Quatrième séance : Bilan avec les participants.

Le but des interventions sociales d'intérêt collectif est de permettre aux assurés de rencontrer les partenaires de la prévention de la désinsertion professionnelle et de prendre la mesure des différentes démarches qu'ils peuvent eux-mêmes effectuer.

Le travail social de groupe comprend un nombre plus faible de participants (entre 6 et 8) et les thématiques des différentes séances (5 à 6 séances) sont déclinées selon les problématiques et les besoins du groupe. L'objectif de ce travail de groupe est présenté par une des assistantes sociales interrogées comme « *le développement de l'entraide mutuelle, favorisée par le respect de la confidentialité des échanges, la mise en exergue des compétences et ressources de chacun pour avancer conjointement* ». Cette méthodologie de travail social permet aux participants de devenir acteurs de leur situation. Le groupe doit s'entendre comme « motivateur » et permettre de rendre les personnes plus autonomes dans leurs démarches. D'une séance à l'autre, ils regagnent confiance en eux.

III-1-7-2-2 Les cellules locales PDP

La cellule locale PDP vise à coordonner les actions des différents services internes de l'assurance maladie autour de situations d'assurés urgentes et complexes. Généralement, la cellule locale comprend au moins un référent du service social CARSAT, de l'échelon local du service médical et du service administratif de la caisse primaire d'assurance maladie. Le référent du service social a toute sa place en tant que référent privilégié de l'assuré dans son projet de reprise du travail. Le référent du service médical est le seul à avoir connaissance du statut médical de l'assuré. Sans trahir le secret médical, il permet d'orienter la réflexion sur le projet de reprise. Le référent du service administratif facilite la prise en charge administrative de l'assuré, veille à assurer sa couverture sociale pendant l'arrêt et, selon les cas, débloque les fonds nécessaires au financement d'une action de remobilisation.

A noter que l'accord de l'assuré est un préalable indispensable à son passage en cellule locale PDP.

En Moselle

La cellule locale est effective depuis environ 6 ans et a lieu mensuellement. Elle se compose de référents du service social CARSAT (une assistante sociale de chaque unité, une responsable d'unité), de référents de l'échelon local du service médical (deux médecins conseils), d'un référent du service administratif de la caisse primaire d'assurance maladie et d'un référent du service prévention CARSAT (ingénieur conseil).

Les médecins du travail de chaque service de santé au travail interentreprises de Moselle et le SAMETH sont des membres invités. Leur avis est uniquement à titre consultatif.

Ce sont généralement les assistantes sociales qui présentent les dossiers d'assurés en cellule et qui proposent la réalisation d'une action de remobilisation précoce. En effet, la CARSAT Alsace Moselle a choisi de proposer certaines prestations de services (prestataires extérieurs avec lesquels existe un partenariat) pour compléter l'accompagnement de l'assistante sociale pour des difficultés particulièrement identifiées. Pour la mise en œuvre de ces prestations de services, le dossier de l'assuré passe nécessairement en cellule locale PDP. Les membres

décideurs sont les référents de l'échelon local du service médical, la responsable d'unité du service social CARSAT, le référent du service administratif de la caisse primaire et le référent du service prévention CARSAT.

Les actions de remobilisation sont financées par le fonds d'action sanitaire et sociale. Elles se déroulent durant l'arrêt de travail.

- **ORTHOMEMO** est une action visant « à l'identification des freins et des moteurs pour une reprise de confiance en soi et une activation dynamique en vue d'une remobilisation dans le cadre PDP ». Elle est animée par un formateur conseil titulaire d'une maîtrise de la formation, de l'insertion et de l'accompagnement. L'action repose sur une méthode d'écoute active et de respect de la personne. Le public cible est un assuré présentant une souffrance psychique ayant des difficultés à aborder le dispositif « prévention de la désinsertion professionnelle » ou un assuré présentant une souffrance psychique en lien avec le travail.
- **CIBC** (Centre Interinstitutionnel de Bilans de Compétence de la Chambre de Commerce, d'Industrie et de Services de la Moselle) est spécialisé dans la sécurité des parcours professionnels par son expertise en bilans de compétence et en validation des acquis de l'expérience. L'objectif est de proposer des parcours individualisés aux assurés nécessitant un accompagnement spécifique en vue d'une réinsertion professionnelle. Cet accompagnement est à adapter aux délais de reprise d'activité et aux besoins spécifiques de l'assuré. Il se déroule sur une durée de 6h à 20h et s'étale au plus sur une durée de 6 semaines. Le public cible est les assurés devant envisager une réorientation professionnelle ayant fait le deuil de leur ancien métier.
- **ADAPT THIONIS**, centre de Médecine Physique et de Réadaptation, est spécialisé dans les pathologies de l'appareil locomoteur. L'objectif est de réaliser une évaluation des capacités gestuelles restantes, testée en situation professionnelle sur une demi-journée, une évaluation du poste de travail (optionnel), une évaluation psychologique pour aider l'assuré à faire face à sa situation actuelle. Le public cible est les salariés présentant une problématique de l'appareil locomoteur exerçant un métier physique et souhaitant se réorienter professionnellement.

Un des préalables requis à la réalisation de l'action de remobilisation précoce est l'accord du médecin généraliste de l'assuré.

En Meurthe-et-Moselle

La cellule en tant qu'examen des situations complexes et renforcement de son partenariat en est à ses débuts (mai 2015). Elle se réunit environ une fois par trimestre, et associe des représentants du service social CARSAT, de l'échelon local du service médical et de la caisse primaire de l'assurance maladie. Le médecin du travail référent « prévention de la désinsertion professionnelle » de l'ALSMT (SSTI meurthe-et-mosellan) et un médecin du SIST BTP (SSTI couvrant les départements : 54-55-57) y participent en tant qu'invités depuis les premières réunions. La cellule s'est récemment élargie au SAMETH (fin d'année 2015). La cellule ne fait

actuellement pas appel à des prestataires extérieurs de services pour la réalisation d'action de remobilisation.

Le dispositif ESPOIR 54, pour les personnes en arrêt de travail pour raison psychologique, financé par la CARSAT sur la période du 1^{er} août 2011 au 16 juin 2014, s'est arrêté par manque de financement malgré des résultats positifs. En effet, sur 51 situations closes au 16 juin 2014, 34 assurés (environ les deux tiers) avaient repris un travail : 70 % au même poste, 15 % sur un autre poste de la même entreprise, 15 % sur un poste en dehors de l'entreprise.

ESPOIR 54 est un dispositif d'accompagnement psycho-éducatif individualisé, réalisé par un psychologue. Dans le cadre de l'expérimentation auprès du service social CARSAT, 51 assurés de moins de 50 ans, en arrêt de travail, ayant été traités pour une problématique de santé mentale en lien avec le travail, ont été inclus. Pour être orienté vers le dispositif, il fallait pouvoir faire l'hypothèse qu'un soutien psycho-éducatif de 3 mois donnerait les moyens de réintégrer son emploi ou de s'inscrire dans une démarche de réorientation professionnelle.

Dans les Vosges

La cellule en est également à ses débuts en tant qu'examen des situations d'assurés complexes et de renforcement de son partenariat (avril 2015). Elle se compose de représentants du service social CARSAT (une assistante sociale), de l'échelon local du service médical (un médecin conseil), et de la caisse primaire de l'assurance maladie (deux membres). La cellule se réunit mensuellement et associe tous les 3 mois le SAMETH et le médecin référent prévention de la désinsertion professionnelle du SSTI Vosgien. Au 21 octobre 2015, 30 dossiers ont été présentés en cellule. Ils ont donné lieu à des bilans de compétences (9 validés en cellule), à des attributions de pension d'invalidité, à des temps partiels thérapeutiques. Deux à trois contrats de rééducation en entreprise sont en cours de projet.

Il n'existe à ce jour aucun partenariat avec des prestataires extérieurs de services pour des actions de remobilisation précoce. Le financement des différentes actions de remobilisation est majoritairement assuré par le droit commun et rarement par le fonds d'action sanitaire et social.

Dans la Meuse

La cellule locale PDP se réunit deux à trois fois par an. Elle se compose de représentants du service social CARSAT (la responsable départementale du service social), de l'échelon local du service médical (un médecin conseil), du service administratif de la caisse primaire de l'assurance maladie et du SAMETH 55. D'autres membres peuvent y participer comme un des médecins du SIST BTP et des représentants du service prévention CARSAT Nord Est. La cellule locale PDP vise essentiellement à développer la politique des services internes de l'assurance maladie. Elle peut également traiter de situations urgentes et complexes d'assurés, mais ceci est occasionnel. En effet, la majorité des situations sont traitées en dehors de la cellule,

compte tenu d'un « réseau PDP » bien établi sur le département. Il n'existe aucun partenariat avec des prestataires extérieurs de services pour des actions de remobilisation précoce.

III-1-7-3 La RQTH attribuée par la MDPH

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est une démarche personnelle et confidentielle entreprise par la personne en situation de handicap. Elle permet de déclencher des dispositifs et financements afin de faciliter le maintien dans l'emploi avec orientation par le SAMETH, aide à la mise en œuvre d'aménagement du poste de travail, financement de certaines formations etc.

En 2014, 18 467 statuts de RQTH ont été accordés par les MDPH en Lorraine (Cf. Tableau 13). Lorsque l'on met cette donnée en perspective avec l'effectif des salariés de Lorraine (données CARSAT, année 2011) cela représente **3,3 %** de la population au travail.

La moyenne d'âge et la répartition homme/femme des demandeurs est globalement homogène entre les 4 départements (Cf. Tableau 13). Cependant nous pouvons constater un pourcentage plus élevé d'hommes reconnus travailleurs handicapés que de femmes.

	Nombres d'accords statuts RQTH	Moyenne d'âge du demandeur	Homme	Femme
MDPH 57	8 267	42 ans	51 %	49 %
MDPH 54	6 282	43 ans	53 %	47 %
MDPH 88	2 634	42 ans	52 %	48 %
MDPH 55	1 284	45 ans	54 %	46 %

Tableau 13 – Données relatives à la RQTH, 2014, Lorraine

Note : données communiquées par les 4 MDPH de Lorraine

III-1-7-4 La visite de pré-reprise à l'initiative du médecin conseil

Comme nous l'avons vu précédemment, la réglementation prévoit que le médecin conseil adresse le salarié auprès du médecin du travail dans le cadre d'une visite de pré-reprise.

III-1-8 Liens avec le PRITH

Au jour des entretiens, et donc antérieurement à la réunion du PRITH à laquelle nous avons participé, les représentants interrogés des organismes suivants : AGEFIPH, SAMETH 57, association OETH, service social CARSAT 57, ELSM 57, n'avaient pas d'éléments à nous communiquer au sujet de leur propre activité ou de celle plus large de leur organisme au sein de l'axe maintien en emploi du PRITH.

Seule la personne interrogée du service social CARSAT 55 était en mesure de nous répondre sur ce point. Elle a participé au PRITH dans le cadre de l'action « Développer et structurer l'offre de services en matière de remobilisation et de convalescence active en direction des personnes menacées d'inaptitude et des employeurs ». Elle était chargée de rendre un écrit concernant l'état des lieux des différents services sociaux CARSAT en Lorraine.

Elle a également été sollicitée pour décliner l'organisation du réseau de partenaires de la prévention de la désinsertion professionnelle, conjointement avec un autre chargé de mission SAMETH 57 que celui interrogé pour notre étude.

III-1-9 Leviers d'action selon les acteurs externes

Les 4 paragraphes suivants présentent, dans l'ordre décroissant, les différents éléments tels qu'ont pu les citer et/ou y faire référence les acteurs externes du maintien dans l'emploi.

III-1-9-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi

- **Anticipation - Prise en charge précoce** (AGEFIPH, association OETH, service social CARSAT 55, service social CARSAT 57, ELSM 57) : « *précocité de l'accompagnement* », « *l'anticipation* », « *un signalement précoce* »
- **Une bonne communication - de bonnes relations avec les partenaires extérieurs** (association OETH, service social CARSAT 57, ELSM 57)
- **Un bon dialogue entre le médecin du travail et l'employeur** (association OETH, service social CARSAT 55, ELSM 57)
- **Un projet commun avec les partenaires extérieurs** (SAMETH 57, association OETH) : « *un plan d'action partagé* », « *un minimum d'acteurs qui œuvrent dans le même sens* », « *un vrai travail de réseau* »
- **Une bonne coordination entre les partenaires extérieurs** (AGEFIPH, service social CARSAT 55) : « *fluidité de l'accompagnement* », « *un réseau mobilisable rapidement* »
- **Motivation du salarié** (service social CARSAT 57, ELSM 57)

- **Un signalement ciblé faisant suite à l'étude de la problématique avec exactitude, prise en compte du besoin exprimé (SAMETH 57)**
- **L'harmonisation des dispositifs et la complémentarité des aides et des dispositifs (AGEFIPH)**

III-1-9-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part

Des entreprises :

- **Les facteurs socio-économiques** (SAMETH 57, association OETH, service social CARSAT 57) : *« la situation économique précaire de l'entreprise », « la conjoncture économique »*
- **La méconnaissance des outils/des aides du maintien dans l'emploi** (association OETH, service social CARSAT 55, service social CARSAT 57)
- **Le facteur « mode de management de l'entreprise »** (SAMETH 57, association OETH) : *« le mode de management dépend essentiellement de la sensibilité de celui qui a le pouvoir de décision », « parfois une vision purement administrative de la gestion du personnel de la part des Ressources Humaines »*
- **Le facteur effectif - « taille » de l'entreprise** (SAMETH 57, l'ELSM 57) : *« la structure de l'entreprise est de petite taille »*
- **Une délégation de pouvoir réduite des ressources humaines dans les grands groupes** (SAMETH 57)
- **Le facteur « secteur d'activité » de l'entreprise** (SAMETH 57) : *« lorsque tous les postes au sein de l'entreprise sont de nature physique »*
- **La mise en place de nouvelles technologies requérant un certain niveau de compétence.** (SAMETH 57)
- **De mauvaises relations salarié - employeur** (service social CARSAT 57)
- **Un manque d'accompagnement de l'entreprise** (service social CARSAT 55)

Des salariés :

- **La perte - l'absence de motivation** (SAMETH 57, service social CARSAT 57) : *« mauvaise volonté du salarié », « un manque d'investissement ».*
- **La « barrière psychologique » du handicap** (association OETH, service social CARSAT 57)

- **La méconnaissance des outils/des aides du maintien dans l'emploi** (service social CARSAT 55, service social CARSAT 57)
- **La dégradation de l'état de santé** (SAMETH 57)
- **Le faible niveau de formation** (SAMETH 57)
- **La perte de confiance en soi des salariés** (service social CARSAT 57)
- **Le manque de mobilité géographique des salariés** (association OETH)

Des autres acteurs :

- **Le manque de temps et de disponibilité des médecins du travail** dû à leur pénurie (AGEFIPH, SAMETH 57) : « *La pénurie des médecins du travail engendre un retard dans le traitement des procédures, de même que le changement de médecin du travail en cours de procédure.* », « *Cette pénurie engendre une disponibilité réduite du fait d'une charge de travail croissante* »
- **Le manque de sensibilisation des médecins généralistes** (service social CARSAT 55, ELSM 57) : « *Les médecins traitants ne sont pas assez au courant, pourtant c'est eux qui sont à l'origine de tout* »
- **Les avis circonstanciés insuffisamment remplis par les médecins du travail** qui retardent l'instruction du dossier du salarié (AGEFIPH)
- **L'absence d'implantation départementale de l'association OETH** (association OETH)
- **L'injonction de reprise précoce par le médecin conseil** (service social CARSAT 57)

III-1-9-3 Axes à améliorer par les acteurs

- **Par tous les acteurs : améliorer la communication entre les partenaires, le renforcement des liens** (association OETH, service social CARSAT 55).
- **Médecins généralistes : signalements plus précoces** (ELSM 57, service social CARSAT 55)
- **Disponibilité des médecins du travail et leur réactivité** (AGEFIPH, SAMETH 57)
- **Médecins conseils : signalements plus précoces** (service social CARSAT 57)

III-1-9-4 Propositions concrètes pour un maintien dans l'emploi réussi

- **Intensifier la sensibilisation des employeurs sur la connaissance des différents dispositifs et acteurs du maintien dans l'emploi** (SAMETH 57, association OETH)
- **Sensibiliser les médecins généralistes sur la RQTH** éventuellement via le PRITH (AGEFIPH)
- **Poursuivre la sensibilisation des médecins généralistes sur le rôle du médecin du travail et la visite de pré-reprise lors des campagnes par les médecins conseils.** (ELSM 57)
- **Proposer la réalisation d'une méthodologie d'action lorsque l'entreprise se trouve confrontée à une situation de risque de perte d'emploi d'un de ses salariés.** (SAMETH 57)
- **Préparer par anticipation des réorientations professionnelles dans certains secteurs d'activité physique** (association OETH)
- **Réaliser un film documentaire sur la prévention de la désinsertion professionnelle pour sensibiliser les assurés** à partir de témoignages d'assurés. Ce film était en cours de constitution par le service social CARSAT Moselle
- **Remettre systématiquement, lors de la prise d'un poste de travail, un livret d'accueil sur la prévention de la désinsertion professionnelle expliquant le rôle des différents acteurs** (au mieux remis par l'employeur au salarié lors de la prise de poste, éventuellement par le biais des services de santé au travail lors des visites d'embauche) (service social CARSAT 55)

III-2 Prise en compte de la mission PDP par les SSTI



SIST BTP LORRAINE

Départements de Meuse – Meurthe-et-Moselle – Moselle

Figure 24 – Cartographie des SSTI lorrains

III-2-1 Présentation des SSTI

En 2013, 11 Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) étaient encore comptabilisés en Lorraine.

En 2016, ils ne sont plus que 7, du fait d'un regroupement par fusion-absorption de 3 SSTI vosgiens et de 3 SSTI BTP.

Ils se répartissent de la manière suivante sur le territoire géographique lorrain (cf. Figure 24) :

- en Moselle : AST LOR'N, ASTME, CIST Thionville,
- en Meurthe-et-Moselle : ALSMT,
- dans les Vosges : EPSAT Vosges,
- en Meuse : SMIM.

Le SIST BTP a la particularité de couvrir 3 départements lorrains : Moselle, Meurthe-et-Moselle, Meuse.

III-2-1-1 Composition du personnel

Fin 2015, le personnel des SSTI est résumé dans le tableau ci-dessous.

	Nombre	ETP
Médecins du travail Collaborateurs Médecins	164 6	} 140,6
Infirmiers	44	43,2
IPRP/ASST Techniques	70	68,7
ASST/Secrétaires	179	158,8

Tableau 14 – Personnel des SSTI lorrains fin 2015 [61]

Note : abréviations ETP = Equivalent temps plein, ASST = Assistant de Service de Santé au Travail, IPRP = Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

Entre 1998 et 2015, l'évolution du personnel des SSTI est la suivante :

SSTI Lorrains				
	Médecins du travail	Secrétaires	IPRP/ASST techniques	Infirmiers
1998	197 (180,2 ETP)	143	4	0
2003	225 (201,6 ETP)	177	17	0
2008	206 (169,2 ETP)	185	18	4
2013	188 (153,6 ETP)	166	62	29
2014 au 30/09	181 (149 ETP)	170	65	37
2015 au 31/10	164 (134,8 ETP) et 6 CM (5,8 ETP)	179	70	44

Tableau 15 – Evolution du personnel des SSTI lorrains entre 1998 et 2015 [61]

Note : abréviations ETP = Equivalent temps plein, ASST = Assistant de Service de Santé au Travail, IPRP = Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

Sur 12 ans (2003-2015), nous pouvons constater une diminution de plus de 27 % du nombre de médecins du travail. Cette diminution est encore plus marquée en équivalent temps plein (baisse de 33 %)

Cette baisse va rapidement s'accroître avec les départs en retraite prévus.

Parallèlement, nous constatons une augmentation importante du nombre du personnel pluridisciplinaire : IPRP/ASST techniques (plus de 90 % en 17 ans) et infirmiers (plus de 90 % en 7 ans).

III-2-1-2 Nombre d'entreprises et de salariés suivis

Au 31/10/2015, les SSTI lorrains suivent :

- 44 026 entreprises
- 500 728 salariés (104 062 salariés en surveillance médicale renforcée soit 21 % des salariés suivis et 23 777 intérimaires soit 5 % des salariés suivis)

La répartition par SSTI est présentée dans le tableau ci-dessous.

Service (département)	Nombre d'entreprises suivies	Nombre de salariés suivis
AST LorN (57)	9 107	134 597
ASTME (57)	3 058	44 659
CIST (57)	3 707	37 950
ALSMT (54)	12 588	130 163
EPSAT (88)	7 556	83 588
SMIM (55)	2 848	28 633
SIST BTP (57-54-55)	5 162	41 138
Total	44 026	500 728

Tableau 16 – Nombre d'entreprises et de salariés suivis par les SSTI lorrains, fin 2015

Note : données communiquées par la DIRECCTE

III-2-2 La PDP et le maintien dans l'emploi, une mission prioritaire des SSTI

La loi du 20 juillet 2011, réformant la médecine du travail, a défini des missions aux services de santé au travail (SST), dont la prévention de la désinsertion professionnelle et la contribution au maintien dans l'emploi. Dans le respect de leurs missions, les services de santé au travail interentreprises définissent leurs actions dans le cadre de leur projet de service.

Les CPOM lorrains visent essentiellement à mettre en œuvre les priorités d'action du projet de service de chaque SST lorrains en cohérence avec les objectifs de santé au travail et de prévention retenus en Lorraine.

Ces objectifs sont définis dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail (2010-2014) et des Contrats Pluriannuels de Gestion des CARSAT (Nord Est et Alsace Moselle), ainsi que des orientations des partenaires sociaux pour la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche AT-MP.

Conformément à l'article D.4622-45 du code du travail, le CPOM définit des actions destinées à :

- mettre en œuvre les priorités d'actions du projet pluriannuel et faire émerger les bonnes pratiques,
- améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail,
- mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail,
- promouvoir une approche collective et concertée ainsi que les actions en milieu de travail,
- mutualiser y compris entre les SST des outils, des méthodes, des actions notamment en faveur des plus petites entreprises,
- cibler des moyens et actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques,
- **permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.**

En cohérence avec la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche AT-MP, le Plan Régional Santé au Travail définit cinq priorités au titre des risques professionnels :

- améliorer la connaissance en santé-sécurité au travail,
- renforcer la prévention en direction de certains risques : chimiques, TMS, risques psycho-sociaux, risque routier professionnel, risques émergents,
- développer des actions de prévention dans les secteurs professionnels à forte sinistralité (BTP, secteur agricole et forestier),
- **actions de prévention en direction de publics prioritaires : seniors, salariés fragilisés menacés par la désinsertion professionnelle, nouveaux embauchés, nouveaux entrants en emploi et saisonniers, PME et TPE,**
- renforcer le rôle des services de santé au travail.

III-2-3 Prise en compte de cette mission dans leur projet de service et/ou CPOM

Chaque projet de service des SST lorrains ainsi que les CPOM signés (au nombre de 6 sur 7 services) ont tous une action orientée vers le maintien dans l'emploi.

Tous les SST visent à améliorer le partenariat avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi, à accroître leur réactivité devant des salariés touchés par des situations à risque de désinsertion professionnelle, à informer et à sensibiliser aux enjeux de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Les SST recherchent également comment travailler le plus en amont possible, en identifiant des situations à risques pouvant conduire à une désinsertion professionnelle afin d'anticiper et d'éviter cette évolution lourde de conséquences pour le salarié. En outre, ils tendent à développer leur rôle de conseil en prévention primaire.

Les publics visés par les projets de service, en dehors des salariés reconnus travailleurs handicapés, varient selon le SST : salariés de plus de 45 ans, salariés ayant des TMS de l'épaule, l'ensemble des salariés fragilisés [62].

III-2-3-1 Evolution du contenu de l'Action PDP des CPOM

Les premiers CPOM signés, expérimentaux, contenaient un trop grand nombre d'actions (proche de 8 actions). Le contenu des actions du CPOM manquait de clarté, notamment sur la méthodologie à mettre en œuvre et les apports respectifs des cosignataires : DIRECCTE et CARSAT.

Le bilan des deux premiers CPOM a permis de retenir un certain nombre d'enseignements, dont celui de réduire le nombre d'actions afin de les rendre plus opérationnelles, de retenir les mêmes indicateurs pour les actions communes de tous les SST, et de préciser les apports respectifs de la DIRECCTE et de la CARSAT afin que le CPOM soit bien un travail de coopération [23] [62] [63]. Dorénavant les CPOM comportent au maximum 4 actions, les deux premières sont des actions de prévention choisies en commun à partir de celles définies dans les projets de service, la troisième concerne la prévention de la désinsertion professionnelle, et la dernière la participation à la veille en santé-travail [63].

Il y a donc eu un enrichissement du contenu de l'Action PDP lors de l'écriture des derniers CPOM signés, avec des précisions quant aux moyens mobilisés par les parties à chaque étape, ainsi qu'une programmation des différentes étapes de la méthodologie à déployer.

III-2-3-2 Version actuelle du contenu de l'Action PDP

III-2-3-2-1 Le thème

Le thème commun de l'Action PDP du CPOM vise « à contribuer au maintien dans l'emploi et à la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés ». Certains services de santé au travail ont choisi d'axer cette action du CPOM sur une population de salariés spécifiques. C'est le cas de l'ALSMT 54¹⁴ qui a fait le choix de prioriser les salariés de plus de 45 ans, travaillant dans des entreprises de moins de 50 salariés ou encore de l'ASTME 57, qui a priorisé les salariés atteints d'un TMS de l'épaule. Les motifs de ces choix sont développés dans le contenu du CPOM.

III-2-3-2-2 Les objectifs

Des objectifs généraux et communs pour tous les services de santé au travail sont définis :

- anticiper le risque de désinsertion professionnelle,
- repérer et répertorier les situations à risque pour mieux les identifier,
- optimiser les actions et les ressources internes pour une meilleure mobilisation,
- optimiser et faciliter les processus de collaboration externes, créer des réseaux externes réactifs pour une prise en charge la plus précoce possible et de façon pluridisciplinaire,
- tendre vers la prévention primaire.

III-2-3-2-3 Les partenaires

Le maintien dans l'emploi étant avant tout une démarche partenariale et pluridisciplinaire, les liens des SST avec d'autres acteurs du maintien dans l'emploi sont à créer, à maintenir et/ou à renforcer. Les partenaires clés des services de santé au travail pour la prévention de la désinsertion professionnelle sont :

- la CARSAT : service social et service prévention,
- le service médical de l'assurance maladie (les médecins conseils),
- le SAMETH,
- la MDPH.

¹⁴ Afin de faciliter la lecture, les services de santé interentreprises (SSTI) seront suivis de leur département en numérique. Exemple : ALSMT 54 = SSTI de Meurthe-et-Moselle

Selon les départements, d'autres partenaires locaux ont pu être cités, comme l'Institut Régional de Médecine physique et de Réadaptation pour l'ALSMT 54, compte tenu de la proximité géographique et des liens déjà existants.

III-2-3-2-4 Les modalités de réalisation

La méthodologie commune se décline en 4 grandes étapes, qui ne sont pas forcément agencées dans le même ordre selon le service de santé au travail :

- La première étape concerne la création d'outils permettant de repérer les premiers signes de désadaptation au travail, la création d'un support de recueil d'informations afin de pouvoir faire une analyse collective de maintien dans l'emploi, la mise en place d'une organisation au sein du SST favorisant une prise en charge rapide et efficace de chaque salarié sur sollicitation du médecin du travail.
- La deuxième étape porte sur le renforcement des liens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi.
- La troisième étape comprend la réalisation de campagnes de sensibilisation auprès des employeurs et des salariés, auxquelles se rajoutent les médecins traitants pour l'ALSMT 54.
- Enfin la quatrième étape prévoit de procéder à une analyse collective annuelle de l'ensemble des situations prises en charge, au bilan des maintiens dans l'emploi à distance et à une information des entreprises sur les résultats.

Les différentes étapes sont ensuite répertoriées dans un tableau où apparaissent les apports distincts de la DIRECCTE et de la CARSAT. En face de chaque étape, sont inscrits les moyens mobilisés (Cf. Tableau 17).

Apports de la DIRECCTE et de la CARSAT dans l'action 3		
Etapes	CARSAT	DIRECCTE
Phase 1		Aide à la réalisation des outils spécifiques
Phase 2	Lien avec les cellules PDP. Rôle facilitateur.	Liens avec la PRITH Rôle facilitateur
Phase 3	Participation aux différentes étapes de la communication.	Participation aux différentes étapes de la communication
Phase 4		Bilan régional des actions des SSTI lorrains dans la prévention de la désinsertion professionnelle et diffusion de ce bilan

Tableau 17 – Exemple apports DIRECCTE-CARSAT (CPOM ALSMT54)

Note : L'action 3 mentionnée dans ce tableau correspond à l'Action PDP du CPOM de l'ALSMT.

III-2-3-2-5 Les indicateurs

Pour évaluer l'Action PDP du CPOM, deux types d'indicateurs ont été définis : des indicateurs de suivi et de résultats. Pour une meilleure harmonisation, ceux-ci sont communs aux différents services de santé au travail.

Les indicateurs de suivi reposent sur les liens effectifs des services de santé au travail avec les cellules locales PDP, le SAMETH, les assistantes sociales CARSAT.

Les indicateurs de résultats sont les suivants :

- Le pourcentage de salariés inaptes à leur poste de travail et reclassés dans leur entreprise dans les cas où le médecin du travail l'estimait possible.
- Le pourcentage d'aménagements de postes de travail ou de reclassement dans l'entreprise ayant permis d'éviter une déclaration d'inaptitude, notamment avec la participation du SAMETH par rapport au nombre de demandes d'aménagements ou de reclassement dans l'entreprise.

- Le nombre de sollicitations des services sociaux CARSAT et du SAMETH par les médecins du travail.
- Le nombre de réunions d'information à destination des employeurs et le nombre de participants, le pourcentage par rapport à l'ensemble des entreprises invitées.

III-3 Résultats des entretiens avec les médecins référents de l'Action PDP des SSTI

Ce chapitre présente les résultats des entretiens semi-directifs réalisés avec les médecins référents, entre avril et juin 2015. Ces résultats ont été complétés par l'étude de l'ensemble des documents transmis par les médecins référents, ainsi que des éléments recueillis lors de notre participation à un groupe de travail d'un SSTI et à trois commissions médico-techniques de SSTI.

A noter qu'un des 7 médecins interrogés faisait partie d'un SSTI n'ayant pas encore contractualisé et que 2 des médecins référents étaient partis de leur SSTI depuis deux mois environ.

Nous nous sommes intéressés aux modalités d'organisation interne des services de santé au travail sur l'Action PDP et aux avancées de cette action. Nous les avons interrogés sur l'intérêt que présente à leur sens la contractualisation de cette action, l'apport de la CARSAT et de la DIRECCTE, l'étape de la méthodologie qu'ils jugent primordiale, la mise en œuvre de la collaboration avec les partenaires avec lesquels ils travaillent le plus. Nous leur avons également demandé s'ils se sentent plus outillés sur cette action depuis la mise en place des CPOM.

III-3-1 Tableau récapitulatif des entretiens

Date	SSTI	Fonction de la personne interrogée	Durée de l'entretien
28.04.2015	AST LorN 57	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h36
11.05.2015	ALSMT 54	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h18
20.05.2015	SIST BTP 54, 55, 57	Médecin référent de l'Action PDP du projet de service	1h44
02.06.2015	CIST 57	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h19
05.06.2015	EPSAT 88	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h59
10.06.2015	ASTME 57	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h50
18.06.2015	SMIM 55	Médecin référent de l'Action PDP du CPOM	1h33

Tableau 18 – Caractéristiques des entretiens avec les médecins du travail référents PDP

III-3-2 Les modalités d'organisation interne aux SSTI

	Signature CPOM	Chef de projet	Constitution groupe de travail « Action PDP »	Fréquence des réunions
AST LORN 57	Oui	1 médecin du travail	1 médecin du travail 1 ergonome 1 intervenant en prévention des risques professionnels, spécialisé handicap	En attente
ASTME 57	Oui	1 médecin du travail	2 médecins du travail 1 intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)	3 fois / an
CIST 57	Oui	1 médecin du travail	/	/
ALSMT 54	Oui	1 médecin du travail	Une dizaine de médecins du travail 1 ergonome 1 infirmière de santé au travail (IST) 1 assistante de service de santé au travail (ASST) 1 psychologue du travail 1 assistante sociale	4 à 5 fois / an
EPSAT 88	Oui	1 médecin du travail	4 médecins du travail 2 ergonomes 1 infirmière de santé au travail (IST) 1 assistante de service de santé au travail (ASST) 1 assistante d'équipe pluridisciplinaire 1 chargée de communication 1 secrétaire médicale	1 fois / mois
SMIM 55	Oui	1 médecin du travail	2 médecins du travail 1 ergonome	En attente
SIST BTP (54, 55, 57)	Non	1 médecin du travail	4 médecins du travail 1 psychologue du travail	Variable

Tableau 19 – Modalités d'organisation interne des SSTI pour l'Action PDP

Tous les services de santé au travail (SST) ont un médecin référent de l'Action PDP malgré le départ récent des médecins référents de l'ASTME 57 et du CIST 57. Ce départ explique l'absence de groupe de travail du CIST 57, auparavant constitué de 2 médecins du travail avec des missions complémentaires : l'un sur le versant « communication, renforcement des liens externes », l'autre sur le versant « informatique-indicateurs ».

6 SST sur 7 ont constitué un groupe de travail pluridisciplinaire pour l'Action PDP, de composition différente en nombre et en spécialité des intervenants. Néanmoins 4 SST sur 7 font intervenir leur(s) ergonome(s).

L'ALSMT 54 et l'EPSAT 88, qui ont les deux groupes de travail les plus nombreux, fonctionnent par « sous-groupes » avec du travail en « intersession », sur les thématiques en

lien avec l'Action PDP. Les résultats du travail mené par chaque sous-groupe sont présentés à l'ensemble du groupe de travail lors des réunions communes. Par exemple, l'ALSMT 54 mobilise 5 sous-groupes de travail autour des thématiques suivantes : « communication », « coordination », « organisation ALSMT », « population cible », « indicateurs ».

Seul le groupe de travail de l'ASTME 57 organise des réunions régulières avec l'ensemble des médecins du SST pour avis, validation et avancement du projet. Ce mode de fonctionnement peut s'expliquer par la petite taille du service de santé au travail.

Deux groupes de travail sont en attente pour organiser de nouvelles sessions de travail :

- l'AST LORN 57 venait d'initialiser, début d'année 2015, le pôle maintien dans l'emploi et attendait d'avoir le recul suffisant pour mettre en place de nouvelles réunions.
- le SMIM 55 qui travaille en étroite collaboration avec « le réseau PDP » départemental, dont le noyau est constitué par le service social CARSAT de Meuse, était en attente de l'avancée de ses partenaires.

Pour chaque SST, le travail « en groupe » pour l'Action PDP est une nouvelle expérience, sauf pour l'ALSMT 54 qui avait déjà créé un groupe de travail antérieur (depuis 2002). La dernière réforme de la santé au travail a permis d'intégrer des membres de l'équipe pluridisciplinaire et d'élargir les objectifs de ce groupe de travail en lien avec leur projet de service.

Propos de 2 médecins sur les objectifs du travail de groupe :

- *« Le but du travail du groupe est de créer un espace de dialogue ou d'échanges, pour parler de ce qui va, de ce qui ne va pas, d'entendre les critiques du partenaire, de chercher des axes d'amélioration. ».*
- *« Le groupe de travail n'effectue pas d'action spécifique par rapport à un salarié, plus des actions générales et collectives. ».*

III-3-3 Avancée des SSTI dans l'Action PDP

III-3-3-1 « Renforcer les liens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi »

III-3-3-1-1 En Moselle

Chaque médecin référent PDP des SSTI mosellans et le médecin référent PDP mosellan du SIST BTP participent mensuellement à la cellule locale PDP 57. Celle-ci réunit entre autres des membres du service social et prévention CARSAT, des médecins conseils, le SAMETH. Elle permet de renforcer les liens existants entre ces différents acteurs, d'améliorer leur coordination et la connaissance de l'offre de services par l'invitation de partenaires extérieurs (FONGECIF, association OETH, prestataires des actions de remobilisation etc.). Elle traite avant tout de situations d'assurés les plus problématiques.

La participation des médecins du travail à la cellule locale PDP 57 est antérieure à la mise en place des projets de service. Elle était secondaire au constat de l'absence d'échanges entre assistantes sociales CARSAT et médecins du travail par le médecin du travail du service social CARSAT de Thionville. D'un commun accord avec le responsable d'unité du service social, des réunions communes se sont organisées.

En plus de la participation aux cellules locales PDP, d'autres réunions d'échanges sur les pratiques ont lieu annuellement entre médecins conseils et médecins du travail référents PDP. Le compte-rendu des réunions est généralement diffusé aux médecins du travail des différents services par le médecin référent. Ces réunions d'échanges sont antérieures à la mise en place des projets de service.

Un des SST (AST LORN 57) envisage la mise en œuvre de partenariat avec des associations en lien avec les handicaps, les centres de réadaptation-rééducation et les acteurs internes (de l'entreprise) du maintien dans l'emploi. Le recensement des référents handicaps des entreprises adhérentes est en cours.

III-3-3-1-2 En Meurthe-et-Moselle

Un partenariat de l'ALSMT 54, via la participation du médecin référent PDP, avec la cellule locale PDP 54 est en cours de mise en œuvre. L'organisation se met en place progressivement (élaboration du règlement intérieur, accord du salarié, retour après la réunion...). Depuis octobre 2015, le partenariat de la cellule locale PDP s'est élargi avec l'arrivée du SAMETH.

Les liens qui se construisent sont décrits comme positifs. La cellule permet de mieux se coordonner, se connaître et de faire avancer certains dispositifs comme les essais encadrés en entreprise sur le département. Ces essais encadrés permettent l'aménagement du poste de travail en présence du salarié alors qu'il est en arrêt de travail (maintien des indemnités journalières). Pour entreprendre un essai encadré en entreprise, les médecins du travail doivent effectuer une demande par courriel à la caisse primaire d'assurance maladie. La non-réponse de l'organisme dans les 48h équivaut à un accord.

Un partenariat avec l'Institut Régional de Réadaptation (IRR) s'est constitué progressivement : plusieurs réunions ont eu lieu entre l'IRR et un sous-groupe de travail pour réaliser des fiches de liaison permettant de faire des demandes de bilan ciblé (rachis, épaule etc.). En mars 2015, une formation sur les différents bilans avec les médecins du travail du SST a été organisée. Le partenariat est opérationnel depuis début d'année 2015 et des bilans bimestriels sont réalisés entre 3 médecins de l'IRR et 6 médecins du groupe de travail PDP de l'ALSMT.

Par ailleurs, un des médecins de la MDPH 54 est invité à participer aux réunions du groupe de travail PDP du service de santé au travail.

III-3-3-1-3 Dans les Vosges

Dans un premier temps, le groupe de travail d'EPSAT 88 a envisagé de rencontrer chaque partenaire individuellement pour mieux cerner les rôles et aides de chacun : la MDPH, le SAMETH, les médecins conseils, le service social CARSAT, le FONGECIF. La rencontre avec les médecins conseils a permis de les sensibiliser à l'intérêt de la visite de pré-reprise. En effet, l'injonction de reprise sans visite de pré-reprise ou le signalement « tardif » de salariés en visite de pré-reprise (moins d'une semaine avant la reprise) étaient des situations extrêmement fréquentes, sources de nombreuses inaptitudes.

En vue de pérenniser des réunions d'échanges avec les médecins conseils, une rencontre annuelle est envisagée.

Dans un second temps, un groupe de travail bimestriel s'est constitué entre les 2 chargés de mission SAMETH, les 5 ergonomes du service et le médecin référent PDP pour pratiquer des retours d'expérience sur des cas individuels (analyse des dysfonctionnements, recherche d'axes d'amélioration etc.)

Un partenariat avec l'Institut Régional et de Réadaptation est en cours de réflexion.

III-3-3-1-4 En Meuse

La mise en place du CPOM a renforcé le partenariat du SMIM 55 avec le « réseau PDP » de Meuse (partenariat local entre le SMIM, le service social CARSAT 55, l'échelon local du service médical, la caisse primaire de l'assurance maladie, le SAMETH 55) notamment par l'identification de 2 médecins référents PDP.

En 2014, le groupe de travail PDP du SMIM 55 s'est engagé dans la participation de deux groupes de travail initiés par le « réseau PDP » dans l'optique de :

- faire un état des lieux des services, des outils de la prévention de la désinsertion professionnelle en Meuse.

- réfléchir à la communication à développer à destination des salariés, des employeurs et des médecins généralistes.

Il existe également un partenariat avec la MDPH, notamment pour des demandes de reconnaissance du handicap accélérées (ligne téléphonique directe d'un interlocuteur privilégié au sein de la MDPH).

III-3-3-2 « Mettre en place une organisation favorisant une prise en charge rapide et efficace »

III-3-3-2-1 Les outils développés

2 SST (SIST BTP et EPSAT 88) ont proposé la réalisation d'un guide du maintien dans l'emploi qui répertorie les acteurs, leur rôle et les dispositifs pouvant être mis en œuvre. Le SIST BTP l'a achevé et l'a transmis à l'ensemble de ses médecins du travail. Le glossaire de l'EPSAT était toujours en cours de réalisation.

3 SST (SIST BTP, EPSAT 88, SMIM 55) ont élaboré un répertoire des coordonnées postales, emails, téléphoniques des principaux acteurs externes du maintien dans l'emploi (assistantes sociales CARSAT, médecins conseils, SAMETH, MDPH etc.) sous format papier ou électronique. Ces répertoires ont été diffusés à l'ensemble des médecins du travail des différents services sauf pour l'EPSAT 88 (répertoire en cours de constitution).

2 SST (EPSAT 88, SMIM 55) envisagent de transmettre leur annuaire interne aux partenaires extérieurs afin d'être destinataires de signalements plus précoces.

2 SST (EPSAT 88, ALSMT 54) ont l'intention de retravailler le lien assistantes sociales CARSAT- médecins du travail sous la forme d'une fiche de signalement adaptée aux besoins de chacun.

1 des SST (EPSAT 88) a retravaillé le lien MDPH-médecin du travail sous la forme d'une fiche de liaison pour la demande RQTH. Ce service est également en train d'élaborer une fiche de signalement informatique à destination du SAMETH. Cette fiche contiendra les éléments administratifs pré-remplis nécessaires à son intervention. Il n'y aura plus qu'à saisir la demande spécifique par le médecin du travail.

Ce service vient récemment d'achever une trame d'un avis circonstancié pour pallier les refus de l'AGEFIPH devant des certificats médicaux incomplets.

Enfin, il a mis en place un logigramme décisionnel (en cours de validation) pour aider le médecin du travail à coordonner les différents acteurs lorsqu'il a besoin d'une étude ergonomique et à mobiliser les différents outils créés. Plusieurs cas de figures y sont présentés : le médecin du travail arrive à aménager seul le poste, le médecin du travail demande l'aide au SAMETH (déroulé des aides du SAMETH), le médecin du travail a besoin de l'ergonome du service et du SAMETH (réunion tripartite avec l'employeur), le médecin du travail demande uniquement l'aide de l'ergonome du service (en cas de refus de la RQTH).

III-3-3-2-2 Spécificités de deux services

La création d'un Pôle Handicap – Maintien dans l'emploi

Un des SST (AST LORN 57) a initialisé, début d'année 2015, un pôle Maintien dans l'emploi. Il se compose d'un ergonome qui est également l'animateur du pôle et d'un intervenant en prévention des risques professionnels, spécialisé « handicap ».

Dès lors qu'il existe une problématique d'inadéquation entre l'état de santé d'un individu et son poste, les médecins du travail du service peuvent saisir le pôle Maintien dans l'emploi via une fiche de liaison informatique.

L'animateur du pôle a pour rôle d'analyser la demande, de déterminer la méthodologie et le protocole d'intervention, de mobiliser les ressources du pôle.

En fonction des aides techniques à mobiliser, le médecin du travail pourra être amené à solliciter le SAMETH dans un second temps.

Le médecin référent du Pôle Handicap est le médecin référent PDP, chargé de synthétiser à terme avec l'animateur du pôle les demandes et d'évaluer la pertinence d'une action longitudinale ou transversale : *« avoir une vision médicale et prendre de la hauteur sur les actions menées, recenser des thèmes récurrents, avoir un regard rétrospectif. Le rôle n'est pas dans l'interventionnel. »*

Le pôle est en cours d'élaboration de différents outils dont le référencement de fournisseurs de matériel spécialisé, choisis pour leurs compétences et leur réactivité.

Dans un second SST (ALSMT 54), un autre mode d'organisation a été choisi avec l'embauche d'un nouvel ergonome.

Cette embauche doit permettre de répondre à l'augmentation des demandes d'étude de poste de travail, sollicitées par les médecins dans le cadre du maintien dans l'emploi. Le délai de prise en charge de ces études était compris au jour de l'entretien entre 3 semaines et 2 mois. L'embauche d'un nouvel ergonome devrait permettre d'accroître leur réactivité sur ce type de demandes.

Contrairement à l'AST LORN 57, dans ce service, tous les ergonomes participent à la prise en charge de cas de maintien dans l'emploi.

Une organisation est en cours de discussion pour accroître la réactivité des ergonomes : chacun envisage de se laisser une demi-journée de libre par semaine dans leur planning, pour pouvoir intervenir sur les demandes les plus urgentes. Parallèlement, les médecins du groupe de travail vont mener une réflexion pour définir « des critères de priorité » afin d'aider les ergonomes à faire un choix parmi les demandes selon leur degré d'urgence.

III-3-3-3 « Informer, sensibiliser sur les enjeux et la PDP »

III-3-3-3-1 A destination des employeurs

2 SST (ASTME 57 et ALSMT 54) envisagent cette sensibilisation par le biais des journées des « entreprises adhérentes » :

- en novembre 2012, l'ASTME 57 avait fait intervenir le SAMETH pour une présentation des aides et mesures existantes pour le maintien dans l'emploi.
- l'ALSMT 54 est à la recherche d'un thème susceptible de sensibiliser les entreprises de moins de 50 salariés, car ce public est le moins représenté lors de ces journées « employeurs ».

Un de ces SST (ALSMT 54) participe activement à des réunions régulières du Cercle Référents Handicap¹⁵ de Lorraine Sud sur des thématiques en lien avec la prévention de la désinsertion professionnelle.

Un autre SST (SMIM 55) prévoit de sensibiliser les employeurs via les matinées « employeurs » organisées par l'assurance maladie. De plus, le « réseau PDP », auquel participe ce service de santé au travail, a plusieurs idées en vue de cette sensibilisation : utiliser la presse en faisant état de cas de maintien dans l'emploi réussi, s'associer au service prévention CARSAT lors des réunions collectives dans les entreprises etc.

III-3-3-3-2 A destination des salariés

2 SST (SIST BTP et EPSAT 88) sont en cours de création de plaquettes pour sensibiliser les salariés et communiquer sur la prévention de la désinsertion professionnelle, en précisant le rôle « simplifié » des acteurs et leurs coordonnées.

L'EPSAT 88 a finalisé une plaquette d'information sur la RQTH et la visite de pré-reprise.

Le « réseau PDP », auquel participe le SMIM 55, a livré quelques idées : valoriser des parcours réussis dans la presse, sensibiliser les salariés par l'intermédiaire des infirmières d'entreprise etc.

¹⁵ Un Cercle Référent Handicap est un service régional financé par l'AGEFIPH à destination des entreprises souhaitant s'engager durablement en matière d'emploi des personnes handicapées.

III-3-3-3 A destination à la fois des employeurs et des salariés

1 SST (ALSMT 54) participe en partenariat avec différents organismes, dont l'AGEFIPH au comité de pilotage de films en lien avec la prévention de la désinsertion professionnelle. 2 médecins du groupe de travail de ce service font partie du comité de pilotage, où la maquette du film est présentée et discutée jusqu'à validation.

Trois films ont déjà été réalisés portant sur les troubles auditifs et travail, les troubles psychiques et travail, le maintien dans l'emploi. Un film sur la RQTH est en cours.

Ces films sont à disposition des salariés. Par ailleurs, ils pourraient être diffusés lors des journées dédiées aux entreprises adhérentes.

III-3-3-4 Renforcer l'information sur la PDP auprès des médecins généralistes

3 SST (ALSMT 54, EPSAT 88, SMIM 55) réfléchissent aux moyens de sensibiliser les médecins généralistes sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ces 3 SST envisagent de participer aux Enseignements Post-Universitaires. Un frein est avancé par le médecin référent d'EPSAT 88 : seulement 10 % de tous les médecins généralistes vosgiens y participeraient régulièrement.

2 de ces SST (ALSMT 54 et EPSAT 88) venaient de diffuser des informations sur la visite de pré-reprise, le maintien dans l'emploi dans le bulletin du Conseil départemental de l'ordre des médecins et un SST (SMIM 55) prévoyait d'y avoir recours.

Le médecin référent du SMIM 55 envisage la réalisation de « visites PDP » avec la responsable du service social CARSAT 55, auprès des maisons médicales.

D'autres idées sont avancées par le groupe de travail du « réseau PDP » comme : participer à la semaine médicale de Lorraine, former les délégués de l'assurance maladie à la prévention de la désinsertion professionnelle, participer à la formation des futurs médecins, proposer des articles dans des revues spécialisées etc.

III-3-3-4 « Développer des outils permettant de repérer les signes de désadaptation au travail »

III-3-3-4-1 Les signes primaires de désadaptation au travail

4 SST (AST LORN 57, CIST 57, ASTME 57, ALSMT 54) ont développé ou sont en cours de développement de tels outils : sous forme de questionnaire d'enquête épidémiologique ou non, de configuration d'un tableur informatique.

AST LORN 57, CIST 57 : La collaboration à l'enquête épidémiologique « *Le devenir des restrictions d'aptitude des salariés du régime général* » de l'Institut de Médecine du Travail en Lorraine est clairement mentionnée dans le CPOM des 2 services, même si tous les SSTI lorrains étaient invités à y participer.

L'objectif principal de l'enquête était « *d'analyser les déterminants à l'origine de l'absence d'application des réserves d'aptitude émises* » et l'objectif opérationnel « *d'améliorer le respect des réserves d'aptitude et d'éviter certaines conséquences dont la désinsertion professionnelle* ».

L'inclusion a eu lieu sur une durée de un an avec un objectif d'inclusion de 2 622 sujets. Au jour des entretiens, l'inclusion était terminée et l'analyse statistique en cours. Seulement 3 SST sur 7 ont participé à l'enquête (AST LORN 57, CIST 57, ALSMT 54), avec près de 300 personnes incluses (soit 11 % de l'objectif d'inclusion initial).

Les médecins référents PDP d'ASTLORN 57 et du CIST 57 indiquent avoir commencé à y participer et avoir arrêté en cours, car la participation à l'enquête était chronophage : « *Le questionnaire n'était pas forcément long, mais s'il était à utiliser, c'est qu'il y avait une restriction, un problème de santé, que la consultation a probablement été plus longue, que le médecin a du retard dans sa consultation.* », « *Tout ce qui est enquête de toute façon, vous n'avez pas le temps, vous allez vite saturer parce que pareil il faut téléphoner, c'est trop.* ». Ce médecin expliquait qu'il préférerait utiliser le temps dédié à la participation à l'enquête, à tenter de régler la problématique en contactant les différents acteurs « *je préférerais appeler l'employeur ou le SAMETH, voilà régler le problème, j'ai fait beaucoup de maintien dans l'emploi, beaucoup d'aménagements de poste, donc ça prend énormément de temps.* »

ALSMT 54 : Un des sous-groupes de travail a élaboré avec l'aide du Pôle épidémiologie du SST, un questionnaire court pour sa population cible (salariés de plus de 45 ans dans les entreprises de moins de 50 salariés). Le questionnaire se compose d'une dizaine de questions relatives à l'exigence du travail sur le plan mental/physique, la capacité de travail, aux modifications à apporter pour améliorer le travail, à l'état de santé, à l'intérêt de son emploi, à l'influence de problèmes de santé, au nombre d'arrêts de travail, au poste de travail et à son futur.

Il a été testé sur un échantillon de 169 salariés de la population cible, entre septembre et décembre 2014. En fonction d'un score déterminé en interne, le salarié était considéré en désadaptation ou non et des actions pouvaient être engagées (études de postes, aménagements de postes de travail...). Des discussions sont en cours avec l'INRS pour développer cet outil et le valider, ce qui nécessite un test sur une cohorte de 1 000 salariés avec un suivi à 2 ans. Ce suivi pourrait être réalisé par les infirmières de santé au travail.

ASTME 57 : Après avoir défini ses critères d'inclusion pour sa population cible (salariés atteints d'un TMS de l'épaule), le groupe de travail de l'ASTME a configuré un tableau, ciblé autour des troubles musculo-squelettiques de l'épaule, dans un tableur informatique. Les salariés répondant aux critères d'inclusion sont à retranscrire dans ce tableau, accompagné d'autres données les concernant. Le but du projet est d'effectuer un état des lieux par secteur (géographique, d'activité), de repérer et répertorier les situations à risque de TMS. Ce projet devrait permettre, à terme, l'intervention du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire en amont afin de tendre vers la prévention primaire.

Au départ du médecin référent PDP, le travail d'inclusion n'avait pas encore débuté.

III-3-3-4-2 Les signes secondaires de désadaptation au travail

2 SST (ASLMT 54, EPSAT 88) prévoient un suivi à distance des études ergonomiques d'aménagements de poste de travail, par leurs ergonomes. Ce suivi est envisagé à 6 mois pour l'ASLMT 54 et à 3, 6 et 12 mois pour l'EPSAT 88.

Par ailleurs, une trame d'entretien infirmier « PDP » vient d'être constituée par une infirmière de santé au travail d'EPSAT 88, en attente de validation. Son objectif serait d'assurer un suivi individuel adapté de salariés, suite à un aménagement de poste ou reclassement dans une entreprise ayant évité l'inaptitude. L'entretien infirmier viserait à recueillir des informations relatives à l'état de santé du salarié avec ses nouvelles conditions de travail, afin d'apprécier la réussite de l'aménagement-reclassement et de faire émerger d'éventuelles problématiques individuelles et/ou collectives. C'est le médecin du travail qui déterminerait à l'issue de l'aménagement-reclassement, la date d'un suivi par ce type d'entretien infirmier (de 3 à 24 mois au maximum). En cas de détection de problématique individuelle lors de l'entretien, le salarié serait alors réorienté vers le médecin du travail.

III-3-4 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?

Sur les 7 médecins du travail interrogés, 4 d'entre eux semblent plutôt dubitatifs quant à l'intérêt de la contractualisation :

- 3 d'entre eux déclarent ne pas avoir attendu la signature du CPOM pour œuvrer dans le maintien dans l'emploi : « *on n'a pas attendu le CPOM pour faire du maintien dans l'emploi* », « *on n'a pas attendu le CPOM pour faire quelque chose* ».
- 1 d'entre eux déclare ignorer quel est l'apport du CPOM, car depuis la signature il n'y a eu aucun lien avec les cosignataires : « *Le CPOM pour moi il n'y a rien, c'est un mot que nous avons signé* ».

Néanmoins pour 2 de ces médecins, l'intérêt est la matérialisation de cette action prioritaire du projet de service : « *c'est important que ce soit matérialisé, une action qui fasse partie intégrante de la ligne de service* », « *il s'agit d'une action prioritaire* ».

Pour un autre, le fait que cette action figure au sein du CPOM permet de créer et de renforcer les liens avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi : « *le CPOM a permis le rassemblement de différents intervenants, de mieux se connaître, ça a créé un soutien au recrutement des partenaires extérieurs.* »

3 des médecins interrogés semblent convaincus de l'intérêt de la contractualisation de cette action :

- **l'Action PDP : une action prioritaire** (pour 2 médecins) dans le contexte socio-économique actuel qui représente une part non négligeable de l'activité du médecin du travail : « *Pour nous, médecins du travail, le maintien dans l'emploi fait partie de notre travail de tous les jours, c'est vraiment quelque chose d'important sur lequel on doit travailler tous les jours, en permanence, c'est indispensable.* », « *c'est notre quotidien, c'est un risque qu'on doit tenter de gérer au quotidien, quelle que soit la pathologie, et surtout aujourd'hui avec le phénomène crise* ».
- le CPOM est perçu comme **une impulsion politique au niveau des SSTI** (pour 2 médecins) pouvant d'une part, jouer un rôle facilitateur dans la mise en place d'actions par les acteurs de santé au travail et d'autre part, justifier la part du temps de travail consacré à celles-ci : « *l'impulsion au niveau politique, c'est une aide pour nous dans les services.* », « *puisque parfois on me disait tu vas à des réunions et on ne sait pas ce que tu fais, au moins là, c'était officialisé.* »
- le CPOM permettra, selon un des médecins, **d'aider au renforcement et à la coordination des différents moyens et acteurs du maintien dans l'emploi.**

III-3-5 Quelle est l'étape méthodologique jugée la plus importante ?

Pour 4 des médecins interrogés, le contenu de l'Action PDP qui leur paraît capital est le **renforcement des liens avec les partenaires extérieurs.**

Les justifications sont les suivantes :

- connaître le rôle et les ressources des partenaires pour les mobiliser à bon escient et collaborer activement avec ces derniers pour prévenir des cas de désinsertion professionnelle : *« pouvoir anticiper le retour à l'emploi dans les arrêts longs et les pathologies qui poseront problème, de mobiliser les bonnes ressources, les bons acteurs pour prévenir cette désinsertion. ».*
- la richesse des échanges entre les partenaires lors de la cellule locale PDP et l'expertise du SAMETH pour apporter des solutions lors de situations individuelles de maintien dans l'emploi : *« Tout simplement car j'ai appris beaucoup de choses, surtout en collaboration avec le SAMETH ; on a beaucoup avancé, et puis c'est surtout qu'on était tous autour de la table, on apportait chacun notre expertise à la problématique. [...] Il y a eu beaucoup d'échanges, c'était très riche en échanges. », « J'ai appris encore beaucoup de choses avec la cellule, [...] ça clarifiait bien les rôles de chacun, en réalité ce que j'ai appris, c'était plus le rôle de chacun des différents organismes : le service social CARSAT, le service prévention CARSAT, le SAMETH, l'AGEFIPH, l'association OETH ».*

Pour 2 autres médecins interrogés, il n'y a aucune étape qui prévaut, la phase suivante découlant de la phase précédente : *« Tout doit marcher en parallèle, on ne peut pas prioriser. Favoriser la coordination, c'est un point indispensable, mais si on n'a pas les outils, on ne peut pas mieux se coordonner. La coordination, la communication, l'organisation du service, tout doit se faire en parallèle comme le suivi des indicateurs, tout doit se faire et l'un entraîne l'autre, pour moi c'est ça. », « C'est un enchaînement, une fois que ça s'est fait, on peut passer à la phase suivante ».*

Pour un autre, il s'agit de la création d'outils qui leur permettra à terme de repérer les premiers signes de désadaptation au travail, pour intervenir en amont et tendre vers la prévention primaire : *« il vaut mieux qu'on travaille en amont, avant que la personne ne soit au stade de travailleur handicapé ».*

III-3-6 Apport(s) des cosignataires CPOM

Tous les médecins du travail référents soulignent de façon unanime l'apport de la CARSAT via la collaboration avec le service social.

En revanche, l'opinion des médecins référents (des services ayant contractualisé : 6 sur 7) reste plus mitigée sur l'apport du service prévention CARSAT et de la DIRECCTE : « *il y a peu de contact avec le service prévention de la CARSAT* », « *La DIRECCTE, il n'y a pas beaucoup de contact.* », « *Apport CARSAT : oui, avec la DIRECCTE : pas trop* », « *la CARSAT, je n'ai vu personne* » ...

Les médecins référents des SSTI mosellans font toutefois référence à la participation d'un ingénieur ou d'un contrôleur du service prévention CARSAT aux réunions mensuelles de la cellule locale PDP 57 : « *à la cellule PDP, il y a ou un ingénieur ou un contrôleur CARSAT, ils alternent plus ou moins et c'est bien, ils ont des regards de l'entreprise que nous n'avons pas forcément. C'est précieux, ils nous renseignent sur le salarié, sur les AT ou MP qu'il a pu avoir.* »

Certains médecins référents se posent les interrogations suivantes :

- comment les solliciter ? « *Est-ce qu'on peut la solliciter (la DIRECCTE) et comment ? Moi mon interlocuteur privilégié, c'est le médecin inspecteur du travail* »
- le service prévention CARSAT peut-il mettre en œuvre des moyens financiers et/ou matériels à destination des SSTI ? « *Je me dis qu'ils ont un très beau service de documentation, et que la CARSAT a peut-être des moyens [...]* »

III-3-7 Sentiment d'être plus outillé depuis la signature du CPOM ?

1 des médecins se sent plus outillé depuis la contractualisation. En effet, selon lui, le CPOM joue un rôle facilitateur dans la mise en œuvre d'actions pouvant être menées dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle : « *c'est quand même une aide, d'avoir cette action qui est quand même mise dans les priorités, on sent plus une vraie volonté d'y aller.* »

La plupart des médecins (4 médecins), dont le SST a contractualisé, ne se sentent pas plus outillées depuis la contractualisation.

1 des médecins n'a pas d'avis sur cette question.

III-3-8 Relations avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi

III-3-8-1 Acteurs avec lesquels ils collaborent le plus

Les 2 acteurs cités unanimement sont le SAMETH et le service social CARSAT.

III-3-8-1-1 SAMETH

Collaboration individuelle autour d'un cas : La collaboration active avec le SAMETH existe déjà depuis plusieurs années (antérieurement à la dernière réforme de santé au travail) et se fait essentiellement de manière individuelle autour d'un salarié donné.

Les médecins du travail interrogés déclarent aller ensemble en entreprise (avec le chargé de mission SAMETH), mais ne s'opposent pas à ce que ce dernier y aille seul en cas de plannings discordants et de situations « urgentes ».

Parfois, selon le cas, une étude ergonomique spécifique est requise et le SAMETH peut être amené à faire appel à des cabinets de prestataires extérieurs.

Parmi les médecins interrogés ayant bénéficié de ce type d'études, tous sont globalement très satisfaits. Néanmoins, un des médecins interrogés et certains de ses confrères du service ont été amenés à travailler avec un prestataire externe, qui s'est permis de faire allusion à la pathologie du salarié dans les rapports transmis à l'employeur, contribuant à desservir le salarié.

Des remontées ont été effectuées auprès du SAMETH, un écrit devait être envoyé prochainement à l'AGEFIPH concernant ce prestataire. Le médecin interrogé insiste sur le fait que les prestataires externes doivent se limiter aux restrictions médicales et n'ont pas à avoir connaissance de la pathologie du salarié : *« les prestataires ont un secret professionnel à respecter, et doivent se limiter aux restrictions d'aptitude. »*.

Retour d'expérience sur des cas individuels : Un des médecins interrogés, dans sa pratique personnelle, réalise régulièrement des réunions avec le SAMETH et les autres médecins du centre médical pour débriefer autour de cas individuels, faire des retours d'expérience, faire émerger les bonnes pratiques. Ce type de réunion devrait s'étendre prochainement à l'ensemble des autres centres médicaux de ce service de santé au travail.

Dans la même optique, un autre médecin interrogé, dans le cadre de l'Action PDP du CPOM, réalise tous les deux mois des réunions avec le SAMETH et les ergonomes du service.

III-3-8-1-2 Service social CARSAT

La collaboration avec le service social CARSAT passe soit par la collaboration avec les assistantes sociales, soit par la participation à la cellule de coordination locale PDP.

Collaboration avec une assistante sociale autour d'un cas individuel : Les assistantes sociales effectuent régulièrement des signalements précoces vers le médecin du travail, d'assurés en arrêt dont la reprise risque d'être problématique.

La cellule de coordination locale PDP : Pour 2 des médecins référents (du SSTI meurthe-et-mosellan et vosgien), cette participation est récente et en cours de mise en œuvre (courant d'année 2015). Pour les médecins référents des SSTI mosellans, la cellule permet d'échanger ensemble autour de cas complexes et urgents d'assurés à risque de désinsertion professionnelle.

III-3-8-2 Problématiques vis-à-vis de certains partenaires

III-3-8-2-1 Médecins conseils

La visite de pré-reprise tardive ou son absence

L'ensemble des médecins interrogés ont soulevé comme étant un frein au maintien dans l'emploi, les salariés adressés soit de manière trop tardive en visite de pré-reprise (parfois moins d'une semaine avant la reprise imposée) ou les salariés non adressés en visite de pré-reprise, seulement vus lors de la reprise du travail.

L'absence de suivi de l'assuré par le même médecin conseil

Il s'agit d'une problématique rencontrée selon l'organisation locale du service médical de l'assurance maladie. En effet, l'échelon local du service médical de Moselle tente de favoriser un suivi par un même médecin conseil (suivi selon le mois de naissance). Dans d'autres départements, il n'y a pas de suivi de l'assuré, ce dernier est reçu par le médecin conseil consultant le jour de sa convocation. Cela peut constituer une entrave au maintien dans l'emploi, lorsque le projet qui avait été approuvé par l'un est remis en cause par le nouvel interlocuteur.

III-3-8-2-2 Médecins généralistes

L'ensemble des médecins du travail interrogés évoque un manque de sensibilisation des médecins généralistes au milieu du travail. Ils n'ont pas le ressenti que la visite de pré-reprise soit un outil connu de la majorité de ces derniers : « *on va voir le médecin du travail quand on reprend le travail, la visite de pré-reprise est zappée* ».

Les médecins interrogés regrettent le peu, voire l'absence de contacts et d'échanges avec les médecins traitants. Ce sont majoritairement les médecins du travail qui sont à l'origine d'un contact, avec l'accord du salarié, pour :

- obtenir davantage d'éléments médicaux concernant son statut médical : « *c'est important d'avoir leur point de vue, parce qu'ils connaissent bien mieux les patients que nous, [...] c'est important d'avoir leur ressenti surtout quand le salarié vient sans aucun document* », « *je les appelle assez régulièrement pour obtenir des infos complémentaires* ».
- prolonger un arrêt de travail dans le cadre d'une recherche de solutions de maintien.
- associer le médecin traitant à la démarche du maintien dans l'emploi pour avoir un discours et un projet commun envers le salarié : « *L'idéal c'est d'avoir un discours et un projet commun, de dire la même chose au salarié, pour qu'il sache où il va, c'est plus facile de se projeter dans ce cas. Je les [médecins traitants] appelle directement en présence du salarié, il entend ce qu'il se dit et c'est clair* ».

Un des médecins évoque un certain « *cloisonnement* » de la part des médecins généralistes, un autre déplore « *la prolongation des arrêts de travail sans réflexion menée sur la partie professionnelle* ».

III-3-8-2-3 Association OETH

Il y a peu de contact avec l'association OETH et la collaboration avec cet organisme serait complexe selon les médecins. Le fait qu'il n'y ait qu'un seul chargé de mission pour la Lorraine, référent également pour d'autres territoires, le rendrait peu disponible.

D'une part, c'est uniquement par la saisie de l'organisme par l'employeur, qu'une action pourra être mise en place et d'autre part, l'association n'informe et ne conseille que les employeurs. En effet, l'accord de branche ne prévoit pas de renseigner directement le salarié. L'organisme considère que seul l'employeur a la connaissance de la situation professionnelle du salarié. Néanmoins, ce dernier peut être renseigné à condition de joindre l'organisme en compagnie d'un représentant du personnel, d'un référent handicap ou du médecin du travail de l'entreprise.

Le principe de saisie de l'organisme par l'employeur ainsi que le fait de ne pas renseigner directement le salarié sont deux grandes différences de fonctionnement entre l'association OETH et le SAMETH. En effet, un salarié relevant du SAMETH peut directement signaler sa situation à un chargé de mission, qui se chargera ensuite de faire le point avec le médecin du travail du salarié, permettant une réflexion en amont. Lors de la rencontre avec l'employeur, le SAMETH et le médecin du travail ont déjà pu réfléchir à une action à proposer et aux arguments les plus à même de convaincre l'employeur.

2 des médecins référents ont été amenés à contacter l'association OETH pour des situations de maintien dans l'emploi qui n'ont pas abouti :

- un des médecins souligne des difficultés à joindre l'association, il fallait notamment que ce soit le directeur de l'entreprise qui les sollicite : *« je n'ai jamais réussi à monter un dossier avec eux [l'association OETH], pourtant j'avais plusieurs maisons de retraite et il y avait de quoi faire, [...] parce que le problème c'est que nous ne pouvions pas les joindre, il fallait que ce soit le directeur de l'entreprise qui les contacte ».*
- le deuxième médecin explique avoir monté un dossier OETH et avoir sollicité son ergonome pour réaliser l'étude de poste (l'association OETH ne réalisant celles-ci que dans des cas très particuliers). Après avoir transmis le rapport de l'étude de poste à l'employeur, c'est ce dernier qui était chargé de contacter l'organisme : au jour de l'entretien (plus d'un an), la situation était toujours « au point mort ». *« J'ai fait un dossier OETH, j'ai sollicité un ergonome, il a fait son compte-rendu, on l'a remis à l'employeur et après c'est l'employeur qui voit avec l'OETH. Un an plus tard ce n'est pas fait ».*

III-3-9 Les indicateurs CPOM

III-3-9-1 Les avancées

2 SST (ALSMT 54, SMIM 55) ont particulièrement avancé dans leur réflexion sur la mise en œuvre des indicateurs, même si celle-ci ne s'effectue pas sans quelques difficultés. L'ALSMT 54 mobilise un de ces sous-groupes de travail sur cette thématique.

Les 2 SST utilisent le même logiciel de santé au travail, couplé pour un des deux services au remplissage d'un tableur informatique.

III-3-9-2 Les problématiques

III-3-9-2-1 Nécessaire participation de tous les médecins du service

La participation de l'ensemble des médecins du travail de chaque service est requise, ce qui implique l'utilisation par chacun d'entre eux de l'outil informatique. Or, ils ne travaillent pas forcément avec celui-ci ou se refusent (pour des motifs divers) de saisir les données : « *il faudrait que tous les médecins rentrent les indicateurs* », « *des confrères qui n'utilisent pas forcément l'informatique* », « *il faudrait que les médecins jouent le jeu* ».

Si bien que si tous les médecins ne rentrent pas les indicateurs, les résultats finaux seront sous-estimés : « *tout le monde n'utilise pas le logiciel, donc il n'y aura qu'une partie des résultats.* »

III-3-9-2-2 Harmoniser la saisie informatique entre confrères

De nouvelles rubriques avec des items ont été développées dans le logiciel pour en ressortir à terme des indicateurs. L'appropriation de ces nouveaux items par l'ensemble des médecins du travail d'un service implique des réunions d'information entre confrères. D'une part, cela est chronophage et d'autre part, cela requiert une organisation complexe dans les services de grande taille : « *Une rubrique handicap (RQTH, MP...) et maintien dans l'emploi ont été créées mais la problématique résulte dans le fait que les médecins vont continuer à rentrer leurs données de manière différente.* »

III-3-9-2-3 Indicateurs trop précis

Pour un des médecins, les indicateurs sont trop précis et donc difficilement codifiables dans le logiciel : « *Salariés inaptes et reclassés dans leur entreprise dans le cas où le médecin du travail l'estimait possible : déjà il faut que le médecin du travail soit d'accord avec le reclassement, que le reclassement ait lieu, enfin vous voyez c'était déjà très précis* ».

III-3-9-2-4 Indicateur de résultat inadapté

Parmi les 4 indicateurs de résultat, 1 d'entre eux fait référence à l'inaptitude au poste de travail : *pourcentage de salariés inaptes à leur poste de travail et reclassés dans leur entreprise.*

Un des médecins a répertorié ses situations d'inaptitude, les tentatives de maintien dans l'emploi associées et l'issue de la situation dans un tableau Excel. Sur les 16 déclarations

d'inaptitude, 6 tentatives de maintien dans l'emploi ont pu être entreprises (38 %) et 1 seul salarié a pu être maintenu dans l'emploi (6 %). Donc selon lui, l'approche des indicateurs par l'inaptitude est inadéquate car :

- dès lors que le salarié est déclaré inapte à son poste, la situation est arrivée très souvent à un point de non-retour : *« ça ne sert à rien d'étudier les inaptitudes, quand on met inapte c'est déjà trop tard »*
- cette approche ne contribue pas à valoriser les actions menées par l'équipe de santé au travail dans le maintien dans l'emploi. En effet, la réussite d'un maintien dans l'emploi est plurifactorielle et dépend également d'autres facteurs tels que le contexte socio-économique, la relation salarié-employeur etc. : *« les inaptitudes, ne sont pas la bonne manière d'entrée sur « est-ce que vous avez tenté quelque chose ? » « Comment faire reposer un indicateur de résultat sur les inaptitudes quand on sait que le maintien dans l'emploi est plurifactoriel : associé fortement au contexte socio-économique et à la relation qu'entretient le salarié avec l'employeur. »*

III-3-9-2-5 Des logiciels peu adaptés

5 SST et 2 SST travaillent respectivement sur 2 logiciels de santé au travail différents.

Les constats sont les suivants :

- des items inexistantes : *« il n'y a même pas d'item reclassement »*,
- des items existants mais insuffisamment développés pour répondre aux besoins des médecins : *« ce qui ressort du logiciel, c'est aménagement de poste mais le pourquoi, le qu'est-ce qu'on a fait, il n'y a rien qui ressort »*,
- des données rentrées qui s'avèrent au final inexploitable. : *« Le logiciel n'est pas facile et alors du coup quand on a passé du temps à rentrer des données et qu'on ne peut pas ressortir des choses intéressantes ..., si c'est pour passer du temps et ressortir des choses intéressantes pourquoi pas. »*

III-3-10 Liens avec le PRITH

Au jour des entretiens, aucun des médecins du travail référents PDP n'a de lien avec le PRITH et n'a connaissance de son contenu. Un des médecins évoque néanmoins avoir participé à une réunion de mise en place du PRITH quelques années auparavant, lors de la réalisation du diagnostic régional mené sur l'axe maintien en emploi.

III-3-11 Leviers d'action selon les médecins référents

Les 4 paragraphes suivants présentent, dans l'ordre décroissant, les différents éléments tels qu'ont pu les citer et/ou y faire référence les médecins référents de l'action PDP.

III-3-11-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi

- **La volonté - motivation du salarié** (5 médecins) : *« il doit être partie prenante, s'il n'est pas acteur de sa vie, vous n'obtenez rien du tout, alors que si vous les mettez acteur de leur situation ; [...] je comprends qu'il y ait des deuils à faire, mais une fois que c'est accepté, on avance et après tout se passe bien puisque si la personne est volontaire, l'employeur suit derrière si vous apportez les bons arguments », « si le salarié n'est pas moteur et n'est pas partie prenante..., il y en a qui freinent des 4 fers et qui veulent l'inaptitude ».*
- **La volonté-motivation de tous les acteurs** externes et internes (3 médecins)
- **L'anticipation - prise en charge précoce** (3 médecins) : *« la détection le plus précocement possible des risques de désinsertion du fait d'une pathologie avant même qu'elle ne soit au stade de pathologie critique »*
- **Un discours et un projet commun avec les partenaires extérieurs** (2 médecins) : *« dire la même chose au salarié, pour qu'il sache où il va, c'est plus facile de se projeter quand on sait où l'on va », « des partenaires qui œuvrent dans le même sens »*
- **Une bonne communication - de bonnes relations avec les partenaires extérieurs** (2 médecins)
- **De bonnes relations entre le salarié et l'employeur** (2 médecins) : *« Un employeur qui n'a pas beaucoup de moyens, mais qui a quelqu'un qui est fiable et qui peut comprendre qu'il y ait un incident de parcours dans sa carrière, acceptera de faire des efforts. »*
- **Le soutien social des collègues** (1 médecin)
- **Une bonne coordination entre les partenaires extérieurs** (1 médecin)

III-3-11-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part

Des entreprises :

- **Les facteurs socio-économiques** (5 médecins) : « *quand ça va bien, c'est plus facile de garder quelqu'un* »
- **Le facteur effectif - « taille » de l'entreprise** (3 médecins) : « *c'est plus difficile pour les petites entreprises* »
- **De mauvaises relations salarié - employeur** (3 médecins) : « *Quelqu'un qui va avoir en face de lui quelqu'un qui est vindicatif ou apathique ne va pas faire d'effort ; il faut savoir que c'est un effort de la part de l'employeur* »
- **La méconnaissance des outils du maintien dans l'emploi** (1 médecin)

Des salariés :

- **La perte - l'absence de motivation** (5 médecins) : « *en réalité, il démissionne, il perd sa motivation* », « *il faut qu'il soit motivé aussi, la motivation dépend aussi de l'état psychique* ».
- **Le salarié n'est pas acteur de sa situation** (3 médecins)
- **La dégradation de l'état de santé** (3 médecins) : « *il y a des gens qui ont tellement de choses qu'on ne voit pas ce qu'on va pouvoir leur faire faire* », « *des gens dans un état difficile, c'est difficile aussi* ».
- **La méconnaissance des outils du maintien dans l'emploi** (1 médecin) : « *Le salarié mélange la visite de pré-reprise et la visite de reprise* ».
- **La désocialisation pendant les arrêts longs** (1 médecin)

Des autres acteurs :

- **Le manque de sensibilisation et de communication avec les médecins généralistes** (5 médecins) : « *absence de communication avec les médecins généralistes et leur cloisonnement* »
- **Le manque de temps et de disponibilité des acteurs externes du maintien dans l'emploi** (4 médecins)
- **Le manque de temps et de disponibilité des médecins du travail** (4 médecins)
- **L'injonction de reprise précoce du médecin conseil** (3 médecins)
- **L'absence de suivi du dossier du salarié par le même médecin conseil** (1 médecin)

III-3-11-3 Axes à améliorer par les acteurs

- **Les signalements de la part des médecins généralistes** (5 médecins)
- **La disponibilité et la réactivité du médecin du travail ainsi que celles des autres acteurs** (4 médecins) : « *Le manque de temps, nous on doit être plus réactif, mobiliser les partenaires, avoir du temps pour mobiliser tout le monde* »
- **Des signalements plus précoces de la part des médecins conseils** (3 médecins)
- **La communication entre les partenaires** (3 médecins). 1 des médecins a précisé la MDPH 57, 1 autre les médecins généralistes.
- **La coordination entre les partenaires** (1 médecin) : « *ce n'est pas de la mauvaise volonté, chacun sur le terrain fait beaucoup de travail, mais c'est difficile de se coordonner, de se dire...* »

III-3-11-4 Propositions concrètes pour un maintien dans l'emploi réussi

3 médecins ont abordé **une prise en charge en amont lorsqu'une inaptitude au poste se profile avec des formations pendant l'arrêt.**

2 médecins ont fait référence à la nécessité d'une bonne **communication avec les médecins généralistes.**

A été cité à une seule reprise :

- **Avoir une bonne communication avec les médecins conseils.**
- **Mettre en place un pilote de l'action de maintien qui la coordonnerait dans son intégralité.**
- **Permettre au salarié en arrêt de se rendre à son poste de travail pour l'aménager au mieux avant la reprise.**
- **Réfléchir ensemble (médecin du travail / SAMETH/ ergonome/ employeur /salarié...) à l'aménagement d'un poste de travail.**
- **Améliorer les délais de rendez-vous pour les visites de pré-reprise.**
- **Partager et diffuser les bonnes pratiques entre services de santé au travail.**

III-4 Entretiens avec les « correspondants CPOM » des services prévention CARSAT

Nous avons interrogé les « correspondants CPOM » des services prévention CARSAT Nord Est et CARSAT Alsace Moselle. Il s'agit respectivement d'un ingénieur conseil responsable des départements 54, 55 et 88 et d'un ingénieur conseil responsable des départements 57, (67 et 68).

Chacun des ingénieurs conseils manage une équipe de contrôleurs CARSAT. Alors qu'il y a 7 contrôleurs pour les 3 départements relevant de la CARSAT Nord Est, il y en a autant pour le seul département de la Moselle relevant de la CARSAT Alsace Moselle.

Ce chapitre présente les résultats des entretiens avec les « correspondants CPOM » des deux services prévention. Il nous a semblé pertinent de les interroger sur le rôle et les apports potentiels du service prévention CARSAT, tant dans l'aspect général de la prévention de la désinsertion professionnelle que dans l'Action PDP du CPOM.

III-4-1 Tableau récapitulatif des entretiens

Date	Organisme	Fonction de la personne interrogée	Durée entretien
19.01.2016	CARSAT Alsace Moselle	Ingénieur conseil référent CPOM du service prévention	50 min
22.01.2016	CARSAT Nord Est	Ingénieur conseil référent CPOM du service prévention	1h05

Tableau 20 – Caractéristiques des entretiens des correspondants « CPOM » (CARSAT)

III-4-2 Rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle, rôle au sein des cellules locales PDP

Le service prévention CARSAT se doit de mener des actions de prévention collective dans une entreprise où plusieurs cas individuels de salariés à risque de désinsertion professionnelle seraient détectés.

C'est une des raisons pour laquelle des représentants du service prévention CARSAT Alsace Moselle siègent à la cellule locale PDP 57. L'autre raison de leur présence à la cellule est la connaissance des entreprises, la connaissance potentielle des activités de celles-ci, ainsi que l'aspect technique et la vision de terrain dont peuvent avoir besoin les médecins du travail et assistantes sociales pour l'aide à la décision autour d'un cas.

Le « correspondant CPOM » de la CARSAT Nord Est a siégé une fois dans les cellules locales des Vosges et de Meuse pour présenter son champ d'intervention. Le manque de moyens humains ne permet pas au service prévention de siéger au sein de chaque cellule, ni de connaître les postes de travail de l'ensemble des entreprises. De plus, le service prévention CARSAT Nord Est considère que ce n'est pas son rôle de traiter de cas individuels. Il appartient aux cellules locales par le biais des agents CARSAT (assistantes sociales) de faire remonter les situations individuelles d'une même entreprise au service prévention. Au jour de l'entretien, le service prévention CARSAT Nord Est n'a eu aucune remontée de ce type de situations.

Jusqu'à présent, le service prévention CARSAT Alsace Moselle n'a pas découvert à travers une difficulté sur un salarié à la cellule, une problématique générale dans une entreprise. L'ingénieur conseil souligne néanmoins avoir été sollicité fin d'année 2015, conjointement par un médecin du travail et le SAMETH, au sujet de cas individuels d'une même entreprise qui n'avaient pas été présentés en cellule locale. Il s'agissait d'une entreprise dans laquelle le service prévention n'avait pas coutume d'intervenir. Les problématiques soulevées étaient plurifactorielles TMS, organisation du travail, comportement général.

L'ingénieur conseil est intervenu dans un premier temps, dans une réunion comprenant le médecin du travail, le SAMETH et la direction de l'entreprise, pour leur mentionner que les résultats en termes d'accidentologie et de sinistralité étaient inacceptables par rapport à la moyenne de l'activité. Ensuite a été laissé le choix à l'entreprise soit de travailler collectivement, soit de prendre les mesures coercitives qui s'imposent par le service prévention. Suite à cette première réunion, un des contrôleurs est allé visiter les installations avec un ingénieur conseil référent national de l'activité pour proposer des axes d'amélioration à l'entreprise (rationaliser les déplacements, améliorer les postes de travail etc.).

III-4-3 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?

Pour l'ingénieur conseil de la CARSAT Alsace Moselle, l'intérêt pour le service prévention que l'action figure au sein du CPOM est :

- la continuité d'un travail de partenariat entre participants de la prévention de la désinsertion professionnelle (service prévention, service social et les SSTI) qui existait antérieurement aux CPOM.
- d'ordre financier, la CARSAT étant l'assureur des entreprises pour les salariés victimes d'AT-MP, l'organisme n'a pas intérêt à ce que le salarié soit en arrêt de travail pour AT ou MP de manière prolongée.

Il souligne que la contractualisation de cette action est dans l'intérêt des SSTI (relevant de la CARSAT Alsace Moselle) qui étaient déjà bien engagés dans celle-ci et qui ne devrait pas mobiliser davantage de ressources.

Pour l'ingénieur conseil de la CARSAT Nord Est, l'intérêt pour le service prévention que l'action figure au sein du CPOM est qu'il s'agit d'une mission prioritaire de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Selon lui, la contractualisation de cette action est dans l'intérêt de la CARSAT Nord Est. Compte tenu de ressources internes limitées, le service prévention avait tout intérêt à intégrer des priorités communes à celles des SSTI. Il mentionne néanmoins que cette action est davantage prise en charge par le service social CARSAT que par le service prévention. En effet, la CARSAT est signataire du CPOM, mais elle comporte à la fois le service prévention et le service social.

III-4-4 Apports de l'organisme dans l'Action PDP

III-4-4-1 Communs aux deux services prévention

- Assister les médecins du travail en termes de conseil technique (moins le cas pour le service prévention CARSAT Nord Est) et/ou de contrôle car le service prévention a les moyens d'inciter l'entreprise à mettre en œuvre des mesures de prévention par le biais d'aides financières positives (dont l'attribution est fonction de l'effectif et impossible au-delà de 200 salariés) ou d'aides financières négatives (augmenter le taux de cotisation AT/MP de 25 à 200 %).
- Développer la coordination avec le SSTI lors d'interventions en entreprise pour mener des actions de prévention collective.

- Mener des campagnes de sensibilisation auprès des employeurs qui sont effectuées régulièrement sur des thématiques en lien avec la prévention de la désinsertion professionnelle (les TMS, l'ergonomie, la manutention etc.).
- Mettre à disposition des plaquettes, des ressources documentaires du fonds de documentation CARSAT pour les SSTI.

III-4-4-2 Du service prévention CARSAT Alsace Moselle

- La participation effective à la cellule locale PDP permet de travailler en étroite collaboration avec le service social CARSAT, les SSTI, le SAMETH et d'apporter sa connaissance de l'entreprise et/ou les connaissances potentielles des activités de celle-ci.

III-4-4-3 Du service prévention CARSAT Nord Est

- Lien avec les cellules locales PDP par le biais du « département social » CARSAT.

Il n'est pas exclu de pouvoir financer des plaquettes élaborées par les SSTI, néanmoins, ceci aurait dû être spécifié en amont de la signature du CPOM.

III-4-5 Influence de cette action CPOM sur le fonctionnement de l'organisme

Selon le « correspondant CPOM » de la CARSAT Alsace Moselle, il n'y a eu aucune influence de cette action CPOM sur le fonctionnement du service. En effet, la démarche de participation à la cellule locale PDP était déjà engagée antérieurement à la contractualisation.

En revanche, selon le « correspondant CPOM » de la CARSAT Nord Est, le fait que cette action fasse partie du CPOM a incité le rapprochement des services internes CARSAT : « département prévention » et « département social », notamment lorsqu'il a été question de valider l'écrit de l'Action PDP. De plus, l'ingénieur conseil responsable du « département prévention » participe en tant que membre invité aux réunions de la cellule territoriale PDP (cellule décisionnelle de la politique des cellules locales PDP 54, 55, 88), organisées par le « département social ».

III-4-6 Difficultés rencontrées ? Eléments facilitants ? Attentes de cette action CPOM

Pour le « correspondant CPOM » de la CARSAT Alsace Moselle, il n'y a pas de difficultés particulières à mentionner. L'élément facilitant est la volonté du médecin du travail à travailler en étroite collaboration avec d'autres services. Il souligne en effet, que cette façon de travailler est médecin-dépendant, et que cela se voit également à l'échelle des autres actions CPOM : « *il y a des médecins avec qui l'on travaille en étroite collaboration et d'autres qui n'ont jamais sollicité les agents CARSAT, comme il y a des médecins du travail qui estiment que la PDP ne sert à rien.* »

Il n'a pas d'attente particulière concernant l'Action PDP (contrairement à d'autres actions CPOM) qui, selon lui, est une action « *qui fonctionne relativement bien* ».

Pour le « correspondant CPOM » de la CARSAT Nord Est, la principale difficulté rencontrée, d'une manière générale pour les différentes actions CPOM, est le manque de temps à consacrer à celles-ci du fait de moyens humains limités. Il faudrait selon lui, mettre davantage de moyens et revoir l'organisation au sein du service prévention pour améliorer le suivi et l'accompagnement des SSTI sur les actions CPOM en coordination avec la DIRECCTE. Il souligne par ailleurs, que celle-ci est peu présente en dehors du médecin inspecteur du travail. Ce manque de moyens et de temps à consacrer aux actions CPOM fera l'objet de remontées lors de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche AT-MP en 2017.

III-5 Entretien avec la DIRECCTE

La réforme de l'organisation territoriale, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, a reconfiguré l'organisation de la DIRECCTE au niveau de la grande région Alsace Champagne-Ardenne Lorraine. La nouvelle direction régionale, située à Strasbourg, est structurée autour de 3 pôles (Pôle 3E, C et T) ainsi que de 10 unités départementales.

La réorganisation en Lorraine, induite par la réforme territoriale, ne nous a pas permis d'interroger les responsables du pôle T ayant participé à l'élaboration et à la finalisation des CPOM, raison pour laquelle nous avons choisi d'interroger le médecin inspecteur du travail de Lorraine, très investi sur ce sujet.

Comme pour les « correspondants CPOM » de la CARSAT, nous avons souhaité interroger le médecin inspecteur du travail sur le rôle et les apports potentiels de la DIRECCTE, tant dans l'aspect général de la prévention de la désinsertion professionnelle que dans l'Action PDP du CPOM.

III-5-1 Tableau récapitulatif de l'entretien

Date	Organisme	Fonction de la personne interrogée	Durée de l'entretien
27.01.2016	DIRECCTE	Médecin inspecteur du travail de Lorraine	1h10

Tableau 21 – Caractéristiques de l'entretien avec la DIRECCTE

III-5-2 Rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle

La DIRECCTE a un rôle de pilotage et d'impulsion de la politique d'insertion et de maintien dans l'emploi lorrain. En effet, la DIRECCTE joue un rôle actif au sein du PRITH, y est membre du comité de pilotage. Elle est responsable de plusieurs actions du PRITH (le pôle T essentiellement pour les actions de maintien dans l'emploi, le pôle 3 E pour les actions d'insertion professionnelle). La DIRECCTE a également fait partie récemment du comité de pilotage de l'étude de l'ORST portant sur l'état des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi en Lorraine.

III-5-3 Quel est l'intérêt que l'Action PDP figure au sein du CPOM ?

Pour la DIRECCTE, il y a plusieurs intérêts à cela :

- Le maintien dans l'emploi est tout d'abord une mission prioritaire des services de santé au travail et des médecins du travail.
- C'est une mission complexe qui, de ce fait, nécessite de développer le partenariat avec l'ensemble des acteurs du maintien dans l'emploi.
- Les médecins du travail ont toujours œuvré pour le maintien dans l'emploi des salariés, cependant le contexte socio-économique rend ce travail plus difficile actuellement. Le maintien dans l'emploi est devenu une action très chronophage, qui nécessite une forte implication de la part des médecins du travail et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (ergonomes, infirmiers), sans qu'il y ait une réelle évaluation de la portée de l'action. En effet, il y a peu, voire pas de retour d'expériences pour apprécier l'efficacité des pratiques à l'échelle du médecin du travail seul, du SST, du médecin du travail avec des partenaires extérieurs comme le SAMETH par exemple. A travers la création d'indicateurs, le CPOM peut permettre de valoriser les actions réalisées par les SSTI dans le cadre du maintien dans l'emploi.

III-5-4 Ses apports dans l'Action PDP du CPOM

La DIRECCTE a voulu impulser une dynamique régionale autour des CPOM. Elle a ainsi été à l'initiative de la réalisation, de l'évolution des CPOM lorrains et en est le véritable pilote. Elle a permis également de fédérer l'ensemble des parties signataires et de mobiliser davantage les acteurs de terrain CARSAT- DIRECCTE (agent CARSAT et agents de contrôle de l'inspection du travail) autour des actions CPOM, suite au premier bilan des deux CPOM expérimentaux. En effet, le constat était le suivant : les actions du CPOM étaient presque portées exclusivement par le seul SSTI, avec une faible implication de la CARSAT et de la DIRECCTE. Elle a également tenu compte des réflexions du Comité régional de prévention des risques professionnels, qui ont permis de faire évoluer positivement les CPOM lorrains.

Pour l'Action PDP, la DIRECCTE joue un rôle facilitateur sur :

- l'aspect partenarial : elle vise à faciliter les liens entre les acteurs, notamment par sa participation au PRITH qui détermine la politique de maintien dans l'emploi, le champ d'action et le rôle des différents acteurs etc.
- l'aspect méthodologique de l'action : le médecin inspecteur du travail a impulsé et proposé une méthodologie de l'Action PDP en la déclinant en plusieurs étapes (programmées dans le temps) afin de structurer l'action et de constituer une véritable aide méthodologique pour les SSTI. La méthodologie proposée par le médecin inspecteur du travail vise également à favoriser le partenariat, par exemple en faisant

connaître les outils déjà existants afin de les partager plutôt que chacun « *perde du temps et de l'énergie* » à faire ses propres outils.

La DIRECCTE a contribué à créer des indicateurs de l'Action PDP, dans le but d'avoir une vision collective des actions menées dans le cadre du maintien dans l'emploi et de les valoriser. Il s'agit aussi d'impulser l'analyse à une échelle collective et non plus individuelle du seul médecin du travail. Le médecin inspecteur du travail reconnaît que les indicateurs de l'Action PDP ne sont peut-être pas forcément les plus adaptés, mais qu'ils étaient nécessaires au lancement et au développement de l'action. Les bilans CPOM qui seront effectués au cours de l'année 2016, contribueront à faire évoluer entre autres les indicateurs. De ce fait, le contenu des CPOM est en perpétuelle amélioration.

Par ailleurs, le médecin inspecteur du travail peut être amené à prodiguer des conseils aux médecins du travail dans le cadre de situations individuelles de maintien dans l'emploi.

A terme, il serait envisagé de fédérer les SSTI de Lorraine autour d'actions CPOM en vue de mutualiser les savoir-faire.

III-5-5 Moyens mobilisés par la DIRECCTE

A ce jour, la DIRECCTE a essentiellement développé ses moyens autour des deux actions de prévention spécifiques des CPOM (par exemple CMR et TMS), des SSTI des 3 départements relevant de la CARSAT Nord Est. La phase préalable à la mise en place de groupes de travail s'est révélée chronophage mais indispensable, aussi bien en interne (rencontre et présentation des CPOM aux responsables d'unité de contrôle, aux contrôleurs-inspecteurs du travail, mobilisation pour avoir un référent pour chacune des deux actions pour les 3 Unités Territoriales 54, 55, 88 de la DIRECCTE), qu'en externe (sollicitation de la CARSAT Nord Est pour un référent CARSAT pour les deux actions). Actuellement, il existe des réunions semestrielles pour chaque action de prévention spécifique entre les groupes de travail du SSTI, les référents CARSAT Nord Est et les référents DIRECCTE.

Un autre moyen mobilisé, c'est l'animation de certains de ces groupes de travail et la diffusion de comptes-rendus afin de dynamiser puis d'autonomiser les acteurs du groupe et d'inscrire l'action dans la durée.

Pour l'Action PDP, la façon de travailler de la DIRECCTE ne pourra pas s'exprimer de la même manière que pour les actions de prévention spécifiques. En effet, la DIRECCTE n'a pas un rôle actif sur le terrain dans cette action, contrairement aux deux autres actions spécifiques. Néanmoins, le médecin inspecteur du travail évoque sa participation prochaine (premier semestre 2016) aux commissions médico-techniques des SSTI afin de faire le point sur l'avancée de chacune des actions CPOM. Le médecin inspecteur du travail va proposer aux SSTI d'inviter également la CARSAT.

III-5-6 Quelle est l'étape méthodologique de l'Action PDP jugée la plus importante ?

Le médecin inspecteur du travail a construit les différentes étapes de la méthodologie de l'Action PDP de façon à les rendre complémentaires les unes des autres. Chacune de ces étapes est donc nécessaire et indispensable, néanmoins, la construction d'un partenariat avec les autres acteurs reste une étape primordiale.

III-5-7 Difficultés rencontrées ? Eléments facilitants de cette action CPOM

Les principales difficultés rencontrées par la DIRECCTE, pour mener les actions des CPOM lorrains, sont le temps et la disponibilité à consacrer à l'accompagnement des 7 SSTI lorrains.

Les SSTI ont été plutôt facilitants quant à la mise en place des CPOM, avec invitation du médecin inspecteur du travail et de la CARSAT aux différentes commissions médico-techniques.

A noter qu'une réflexion est en cours suite à la réforme territoriale, l'impulsion donnée aux CPOM par la DIRECCTE pourrait se faire à l'échelle de la grande région.

III-6 Un acteur externe du maintien dans l'emploi essentiel : le médecin généraliste

Nous avons fait le choix d'inclure quelques médecins généralistes lorrains à cette étude, dans les suites de nos entretiens avec les médecins référents et acteurs externes, ainsi qu'au vu des résultats de l'étude de l'ORST.

Nous les avons interrogés entre autres sur leur « place » dans le maintien dans l'emploi, la connaissance des acteurs et des outils du maintien dans l'emploi, leurs difficultés dans ce type de situations, les moyens pour sensibiliser leur profession.

III-6-1 Tableau récapitulatif des entretiens

Date	Sexe	Age	Département d'exercice	Milieu d'exercice	Année d'installation	Durée
20.11.2015	Féminin	53 ans	57	Semi rural	1992	1h20
02.12.2015	Masculin	51 ans	57	Urbain	2004	30 min
02.12.2015	Masculin	33 ans	54	Urbain	2014	1h00 min (appel téléphonique)
03.12.2015	Masculin	32 ans	88	Urbain	2012	50 min (appel téléphonique)

Tableau 22 – Caractéristiques des entretiens avec les médecins généralistes lorrains

III-6-2 « Place occupée » au sein du maintien dans l'emploi

Les 4 médecins interrogés considèrent que le médecin généraliste est un acteur du maintien dans l'emploi. En effet, il est à l'initiative de la prescription de l'arrêt de travail et a la connaissance de l'état de santé du patient.

3 médecins sur 4 rencontrent au moins une fois par mois un patient qu'ils jugent incompatible avec un retour au travail. Pour le 4^e médecin, la fréquence est d'au moins une fois par semaine. C'est donc une problématique récurrente au sein de leur activité. Pour tous, les pathologies rencontrées sont essentiellement des troubles musculo-squelettiques et des troubles mentaux (notamment syndrome dépressif).

Chacun des médecins distingue, dans sa pratique, si la problématique de santé est d'origine professionnelle ou non. Pour l'un d'entre eux, cela va conditionner la prescription d'un arrêt maladie par exemple. Les médecins soulignent que ce sont souvent les patients qui sont demandeurs d'une reconnaissance professionnelle de leur pathologie.

III-6-3 Connaissance, mobilisation des autres acteurs

Les 4 médecins généralistes connaissent :

- plutôt bien (2 médecins), voire très bien (2 médecins) le rôle du service médical de l'assurance maladie dans le maintien dans l'emploi.
- un peu (2 médecins), voire plutôt bien (2 médecins) le rôle des médecins du travail, des services de santé au travail et de la MDPH dans le maintien dans l'emploi.

Un médecin généraliste déclare connaître plutôt bien le rôle du service social CARSAT, deux un peu et un autre pas du tout.

Aucun des 4 médecins généralistes ne connaît le SAMETH et l'AGEFIPH, tant leur appellation que leur rôle.

Face à des situations de maintien, 3 médecins généralistes ont recours assez souvent, voire très souvent (plusieurs fois par an à plusieurs fois par mois) au médecin conseil de l'assurance maladie et au médecin du travail. Ce recours s'effectue essentiellement par téléphone pour le médecin conseil et par courrier, en amont de la reprise, pour le médecin du travail.

Il n'y a pas de contact direct avec la MDPH selon les 4 médecins généralistes. Un d'entre eux évoque néanmoins la possibilité d'être contacté par celle-ci, pour des informations complémentaires lors de l'instruction de dossiers de patients.

Un seul médecin estime être en lien avec le service social CARSAT moins d'une fois par an. Les 3 autres n'ont jamais eu recours au service social de l'assurance maladie face à une situation de maintien dans l'emploi.

III-6-4 Connaissance, mobilisation des outils

Deux des médecins n'effectuent pas la distinction entre visite de pré-reprise et visite de reprise. Un des médecins traitants (Vosges) venait de participer récemment à un enseignement post universitaire, où le médecin du travail référent PDP d'EPSAT 88 était venu faire une présentation sur la visite de pré-reprise, il était donc bien informé sur le sujet. Un autre a été sensibilisé sur la visite de pré-reprise au détour d'une conversation avec un médecin conseil de l'assurance maladie. Néanmoins, ce médecin ignorait que son organisation était rendue obligatoire par les SST dès lors qu'elle est sollicitée par le médecin généraliste et qu'elle était recommandée pour les salariés en arrêt de plus de 3 mois.

La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et le temps partiel thérapeutique sont des outils fréquemment utilisés par les 4 médecins généralistes (quelques fois par an à une fois par mois). Aucun des médecins n'a été sensibilisé sur la RQTH. Ils n'ont pas de crainte à la recommander et évoquent que ce sont souvent les patients qui en sont demandeurs. Cependant, l'intérêt ou le but de cet outil sont déclarés mal connus. La RQTH est préconisée par un des médecins généralistes essentiellement dans le cadre d'AT-MP, car il a notion qu'en cas de procédure de licenciement, cela accorderait au salarié une compensation financière. Un autre la recommande car il a notion que cela pourrait permettre au salarié d'être priorisé sur un poste en cas de reclassement.

Aucun des 4 médecins généralistes n'a connaissance de la cellule locale PDP sur son département.

III-6-5 Leurs principales difficultés

Les principales difficultés identifiées par les médecins interrogés autour de situation de maintien dans l'emploi sont :

- La méconnaissance des acteurs (3 médecins)
- Les freins opposés par le patient à la reprise du travail (3 médecins)
- La méconnaissance des outils/dispositifs (2 médecins)
- La difficulté d'identifier que l'état de santé du patient pourra être un frein à la reprise du travail (2 médecins)
- Le manque de lien entre les acteurs (1 médecin)
- Une prise en charge trop chronophage (1 médecin)

III-6-6 Souhait d'être sensibilisé sur les outils, les acteurs ?

Les 4 médecins interrogés considèrent que le maintien dans l'emploi n'est pas leur rôle premier. Néanmoins, 3 d'entre eux souhaiteraient être davantage sensibilisés, car ils se sentent parfois démunis lors de l'accompagnement d'un patient qui rencontre une problématique de maintien dans l'emploi. Pour un autre, il ne souhaite pas être davantage sensibilisé et estime qu'il est déjà suffisamment impliqué dans la démarche (détermination d'une date de reprise, envoi d'un courrier au médecin du travail en amont de la reprise). En effet, il considère qu'un accompagnement plus poussé des patients dans le maintien dans l'emploi, empièterait sur le temps qu'il pourrait consacrer à les soigner. Par ailleurs, selon lui, la visite de pré-reprise et le temps partiel thérapeutique apparaissent davantage comme des outils relevant du facteur économique que du facteur humain.

III-6-7 Comment sensibiliser leur profession ?

Les médecins interrogés ont malencontreusement peu d'idées à ce sujet.

Les moyens indiqués sont :

- la Formation Médicale Continue - Enseignement post universitaire,
- les délégués médicaux de l'assurance maladie avec qui ils ont des contacts fréquents,
- une rencontre individuelle au cabinet,
- les convier à une réunion d'information dans les locaux des SST.

III-7 Analyse des leviers d'action : acteurs externes-médecins référents

Cette partie vise à faire émerger les principaux leviers d'action en matière de maintien dans l'emploi selon les acteurs interrogés. Pour ce faire, nous avons croisé les résultats des acteurs externes du maintien dans l'emploi (cf. paragraphe III-1-9) et des médecins référents de l'Action PDP (cf. paragraphe III-3-11) sur le sujet et nous les avons analysés.

III-7-1 Tableaux de croisements des différents résultats

	Acteurs externes	Médecins référents	Score
Facteurs de réussite du maintien dans l'emploi			
Volonté-motivation du salarié	2	5	7
Volonté-motivation de tous les acteurs internes, externes	0	3	3
Anticipation-prise en charge précoce	5	3	8
Un projet commun avec les partenaires	2	2	4
Bonne communication-de bonnes relations avec les partenaires	3	2	5
Bonne relation salarié-employeur	0	2	2
Soutien social des collègues	0	1	1
Bonne coordination entre les partenaires	2	1	3
Bon dialogue entre le médecin du travail et l'employeur	3	0	3
Un signalement ciblé faisant suite à l'étude de la problématique	1	0	1
Harmonisation des dispositifs et complémentarité des aides et des outils	1	0	1

Tableau 23 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs clés du maintien

	Acteurs externes	Médecins référents	Score
Facteurs d'échec du maintien dans l'emploi de la part			
Des entreprises			
Facteurs socio-économiques	3	5	8
Facteur effectif-taille entreprise	2	3	5
Mauvaises relations salariés-employeurs	1	3	4
Méconnaissance des outils	3	1	4
Facteur mode de management de l'entreprise	2	0	2
Délégation de pouvoir réduite des ressources humaines	1	0	1
Facteur secteur d'activité	1	0	1
Nouvelles technologies	1	0	1
Manque d'accompagnement de l'entreprise	1	0	1

Tableau 24 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (1/3)

	Acteurs externes	Médecins référents	Score
Facteurs d'échec du maintien dans l'emploi de la part			
Des salariés			
Perte-absence de motivation	2	5	7
Pas acteur de sa situation	0	3	3
Dégradation état de santé	1	3	4
Méconnaissance des outils	2	1	3
Désocialisation pendant les arrêts longs	0	1	1
Barrière psychologique handicap	2	0	2
Faible niveau de formation	1	0	1
Perte de confiance en soi	1	0	1
Manque de mobilité géographique	1	0	1

Tableau 25 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (2/3)

	Acteurs externes	Médecins référents	Score
Facteurs d'échec du maintien dans l'emploi de la part			
Des autres acteurs			
Manque de sensibilisation et de communication avec les médecins généralistes	2	5	7
Injonction de reprise précoce du médecin conseil	1	3	4
Absence suivi dossier par le même médecin conseil	0	1	1
Manque de temps et de disponibilité des acteurs externes	0	4	4
Manque de temps et de disponibilité des médecins du travail	2	4	6
Avis circonstancié insuffisamment rempli par les médecins du travail	1	0	1
Absence d'implantation départementale OETH	1	0	1

Tableau 26 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : facteurs d'échec du maintien (3/3)

	Acteurs externes	Médecins référents	Score
Axes à améliorer dans le cadre du maintien dans l'emploi de la part des différents acteurs :			
Disponibilité des médecins du travail et leur réactivité	2	4	6
Disponibilité des acteurs externes du maintien	0	4	4
La communication entre les partenaires	2	3	5
La coordination entre les partenaires	0	1	1
Renforcer les liens entre les partenaires	2	0	2
Signalements plus précoces médecins conseils	1	3	4
Signalements plus précoces médecins généralistes	2	5	7

Tableau 27 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail : axes à améliorer par les acteurs

	Acteurs externes	Médecins référents
Propositions concrètes en vue de sa réussite		
Concernant le partenariat		
Bonne communication avec les médecins généralistes	0	2
Bonne communication avec les médecins conseils	0	1
Mise en place d'un pilote de l'action pour coordonner l'action de maintien	0	1
Réfléchir ensemble autour du poste de travail pour son aménagement	0	1
Sensibiliser les médecins généralistes sur les acteurs et/ou outils de la PDP (RQTH, visite de pré-reprise)	2	0
Concernant les salariés		
Permettre au salarié en arrêt de se rendre à son poste pour l'aménager au mieux	0	1
Préparer par anticipation des réorientations professionnelles dans certains secteurs	1	0
Prise en charge en amont : formations pendant l'arrêt	0	3
Sensibiliser les salariés sur les acteurs et outils de la PDP (livret d'accueil à la prise de poste, film documentaire)	2	0
Concernant les employeurs		
Poursuivre la sensibilisation des employeurs sur les acteurs et les outils de la PDP	2	0
Proposer une méthodologie d'action aux entreprises face à une situation de maintien	1	0
Concernant les SSTI		
Partager et diffuser les bonnes pratiques entre SSTI	0	1
Améliorer les délais de rendez-vous du médecin pour les visites de pré-reprise	0	1

Tableau 28 – Croisement des résultats acteurs externes-médecin du travail, propositions concrètes pour un maintien réussi

III-7-2 Analyse

Ces résultats sont à interpréter avec réserves, compte-tenu du faible effectif dans chacun des deux groupes.

III-7-2-1 Facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi

Le croisement de l'ensemble des réponses des acteurs interrogés (médecins référents, acteurs externes) montre que les 3 facteurs clés d'un maintien dans l'emploi sont :

- **1. L'anticipation - la prise en charge précoce** (plus marqué dans le groupe des acteurs externes).
- **2. La volonté - motivation du salarié** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **3. Une bonne communication et de bonnes relations avec l'ensemble des partenaires** (commun aux deux groupes).

Chacun des deux groupes considère également les 2 facteurs suivants comme facteurs de réussite :

- **un projet commun avec les partenaires.**
- **une bonne coordination entre les partenaires.**

D'autres facteurs de succès d'un maintien dans l'emploi ont été cités à plusieurs reprises uniquement :

- dans le groupe des acteurs externes : **la qualité de la relation médecin du travail-employeur.**
- dans le groupe des médecins référents : **la qualité de la relation salarié-employeur, la volonté-motivation de tous les acteurs externes comme internes.**

III-7-2-2 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part des entreprises

Le croisement de l'ensemble des réponses des acteurs interrogés dévoile que les principaux déterminants d'échec du maintien de la part de l'entreprise sont :

- **1. Les facteurs socio-économiques** (plus marqué chez les médecins référents).
- **2. Le facteur effectif-taille de l'entreprise** (commun aux deux groupes).
- **3. Les mauvaises relations salariés-employeurs** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **4. La méconnaissance des outils du maintien dans l'emploi** (plus marqué dans le groupe des acteurs externes)

A noter que les déterminants **3.** et **4.** ont des scores équivalents.

Un facteur d'échec de la part de l'entreprise a été mentionné à plusieurs reprises uniquement dans le groupe des acteurs externes : **le facteur « mode de management de l'entreprise ».**

III-7-2-3 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part du salarié

Le croisement de l'ensemble des réponses des acteurs interrogés expose que les principaux facteurs d'échec du maintien de sa part sont :

- **1. La perte-absence de motivation du salarié** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **2. La dégradation de l'état de santé du salarié** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **3. Le salarié n'est pas acteur de sa situation** (uniquement cité par le groupe des médecins référents).
- **4. La méconnaissance des outils du maintien dans l'emploi** (commun aux deux groupes).

A noter que les déterminants **3.** et **4.** ont des scores équivalents.

Un autre facteur d'échec de la part du salarié a été énoncé à plusieurs reprises uniquement dans le groupe des acteurs externes : **la barrière psychologique du handicap.**

III-7-2-4 Facteurs d'échec d'un maintien dans l'emploi de la part des acteurs du maintien

Le croisement de l'ensemble des réponses des acteurs interrogés révèle que les principaux déterminants d'échec du maintien dans l'emploi de la part de ceux-ci sont :

- **1. Le manque de sensibilisation et de communication avec les médecins généralistes** (plus marqué chez les médecins référents).
- **2. Le manque de temps et de disponibilité des médecins du travail** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **3. L'injonction de reprise précoce du médecin conseil** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **4. Le manque de temps et de disponibilité des acteurs externes** (uniquement mentionné par le groupe des médecins référents).

A noter que les déterminants **3.** et **4.** ont des scores équivalents.

III-7-2-5 Axes à améliorer par les acteurs dans le maintien dans l'emploi

Le croisement de l'ensemble des réponses des acteurs interrogés indique que les 3 principaux axes à améliorer de la part des acteurs du maintien sont :

- **1. Les signalements de la part des médecins généralistes** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **2. La disponibilité des médecins du travail et leur réactivité** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).
- **3. La communication entre les partenaires** (commun aux deux groupes).

Chacun des 2 groupes considère le facteur suivant comme un axe à améliorer : **la précocité des signalements de la part des médecins conseils** (plus marqué dans le groupe des médecins référents).

Un autre axe d'amélioration de la part des acteurs a été signalé à plusieurs reprises uniquement :

- dans le groupe des médecins référents : **la disponibilité et la réactivité des acteurs externes.**
- dans le groupe des acteurs externes : **le renforcement des liens entre les partenaires.**

III-7-2-6 Propositions concrètes en vue d'un maintien réussi

Sur les propositions réalisées par l'ensemble des acteurs interrogés, 5 d'entre elles ont été soulignées à plusieurs reprises :

- **Effectuer des formations pendant l'arrêt de travail, prise en charge en amont d'une inaptitude** (uniquement les médecins référents).
- **Mieux communiquer avec les médecins généralistes** (uniquement les médecins référents).
- **Sensibiliser les médecins généralistes sur les acteurs et/ou les outils de la prévention de la désinsertion professionnelle** (uniquement les acteurs externes).
- **Poursuivre la sensibilisation des employeurs sur les acteurs et les outils de la prévention de la désinsertion professionnelle** (uniquement les acteurs externes).
- **Sensibiliser les salariés sur les acteurs et outils de la prévention de la désinsertion professionnelle (livret d'accueil à la prise de poste, film documentaire)** (uniquement les acteurs externes).

III-8 Monographie d'un cas de maintien dans l'emploi

Afin d'illustrer nos propos, nous proposons de clore la troisième partie « Résultats », par une monographie détaillée d'un cas de maintien dans l'emploi.

III-8-1 Présentation

Contexte professionnel

Mme L. est salariée d'une clinique depuis 2002. Elle occupait initialement un poste d'aide-soignante jusqu'à ce qu'elle bénéficie de 2005 à 2008, d'une formation prise en charge par son employeur dans le cadre de la formation continue, en vue de devenir infirmière.

En avril 2008, elle réintègre la clinique à un poste d'infirmière en médecine, à temps complet, en équipe alternante de jour et de nuit puisque le temps de travail est organisé en rotation de 12h.

Fait à l'origine du handicap

Alors qu'elle regagne son domicile, la salariée alors âgée de 33 ans, est victime d'un accident de trajet causé par un tiers le 13 octobre 2008 vers 22h, à l'origine d'un polytraumatisme orthopédique.

Le bilan lésionnel comprend :

- un traumatisme crânien sans lésion osseuse,
- une fracture de la 2^e phalange du pouce droit chez une droitnière,
- une fracture complexe du bassin avec fracture du cotyle gauche,
- une fracture de la branche ilio pubienne droite et gauche,
- une fracture de l'aileron sacré droit,
- une fracture de l'apophyse transverse L5,
- une fracture du tiers moyen de la clavicule gauche,
- un arrachement de la malléole externe gauche et une entorse du ligament latéral externe du pied gauche.

Prise en charge médicale

Après avoir été prise en charge en traumatologie, Mme L. est transférée à l'Institut Régional de Réadaptation (IRR) pour rééducation.

A 7 mois du polytraumatisme, un programme de reconditionnement à l'effort s'ajoute au programme de rééducation. Quelques mois plus tard, la patiente débute un réentraînement en situation de travail afin de simuler les contraintes de son poste d'infirmière.

Retentissement fonctionnel du handicap

A 13 mois du polytraumatisme, la situation médicale de Mme L. est relativement stable.

Le retentissement fonctionnel de son handicap comprend :

- une gêne à la préhension en raison d'un déficit en flexion du pouce droit chez une droitnière,
- une absence de maintien des pinces de la main droite en lien avec la séquelle de la fracture du pouce,
- un trouble de la marche : attitude spontanée du membre inférieur gauche en rotation externe avec limitation des amplitudes articulaires de la hanche en extension et abduction et du genou gauche en flexion,
- une station debout et assise prolongée limitée par des douleurs du bassin, du rachis et de la cheville gauche.

Début d'un premier parcours de maintien dans l'emploi

Le signalement

Sur conseil de l'équipe de l'IRR, Mme L. sollicite une visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail en décembre 2009, à 14 mois du polytraumatisme. C'est l'occasion pour Mme L. d'échanger avec lui sur son état de santé actuel et sur la prise en charge en cours ainsi que sur un essai de reprise potentiel à son poste envisagé début d'année 2010. Mme L. lui demande de remplir le certificat nécessaire à l'instruction de son dossier RQTH.

Diagnostic de la situation

Le diagnostic de la situation est réalisé par l'équipe de l'IRR en lien avec le médecin du travail. Le suivi de la salariée effectué par l'équipe de l'IRR a démontré sa détermination et la ténacité dont elle a fait preuve en participant avec assiduité à tous ses programmes y compris celui de réentraînement en situation de travail. Par ailleurs, elle a toujours exprimé le souhait de reprendre son poste d'infirmière auquel elle était affectée antérieurement à l'accident.

Le médecin du travail a eu l'occasion d'échanger avec la Directrice des Ressources Humaines (DRH) de la clinique secondairement à la visite de pré-reprise. La DRH n'est pas opposée à un essai de reprise à son poste antérieur avec aménagement horaire dans un premier temps.

Recherche de solutions

L'équipe de soin de l'IRR en concertation avec la salariée propose au médecin du travail et à la DRH, la réalisation d'un stage en entreprise pour tester les capacités physiques de la salariée eu égard aux différentes tâches de son poste de travail d'une part et afin d'orienter la prise en charge à mener au vu du bilan de cet essai d'autre part.

Le médecin du travail et la DRH sont tous deux favorables à ce stage prévu du 15 au 19 février 2010 à raison de 3h30 par jour.

A l'issue du stage, le débriefing associe la cadre de santé du service de la salariée, le médecin du travail, Mme L. et l'ergothérapeute de l'IRR qui la suit au sein de l'atelier du secteur de réadaptation professionnelle.

Le bilan du stage est le suivant : difficultés lors des manipulations de matériel imposant à la salariée de trouver des moyens de compensation, recrudescence très nette de la fatigue au 3^e jour, endurance limitée lors des déplacements en raison d'une fatigabilité, accessibilité aux surfaces basses très limitée. La manutention du matériel et les transferts lits-malades n'ont pas été testés en raison d'une incapacité de la salariée à assurer ces types de tâches à ce moment de la prise en charge.

La salariée ne se sent pas prête à reprendre à temps complet (12h/jour) mais se sent prête à reprendre à mi-temps (6h/jour) sur le roulement classique du service.

Lors du débriefing, il est envisagé un nouveau stage en entreprise courant mai 2010, cette fois-ci sur une durée de 2 semaines dans l'objectif d'envisager une vraie reprise à mi-temps thérapeutique. Dans son compte rendu, le médecin du travail note que le travail à temps partiel par demi-journée n'est pas dans l'habitude de l'établissement pour une infirmière. Il est donc nécessaire d'envisager le retour au travail de Mme L. « *dès maintenant* » avec la responsable du personnel de l'établissement.

Evènement intercurrent

En mars 2010, alors que la salariée poursuit son stage de réadaptation professionnelle, elle décompense des douleurs de genou droit nécessitant l'interruption de la prise en charge à l'IRR.

Le diagnostic de tendinopathie de la patte d'oie est finalement posé, comportant un traitement de rééducation en libéral.

En septembre 2010, la salariée réintègre l'IRR au secteur professionnel avec pour objectif d'effectuer ce second stage en entreprise.

Malheureusement, Mme L. présente des douleurs du genou gauche assez identiques à celles qu'elle avait au genou droit dès le début de la prise en charge. L'endurance lors des déplacements reste limitée sans progression durant l'ensemble du séjour de 2 mois et demi. La station debout à dominante statique n'est pas tenue au-delà d'1h30, la station assise est limitée à 2h. Les changements de position sont appréciés.

A la fin du séjour, les douleurs des genoux étant moindres, l'accès aux positions basses est de meilleure qualité avec possibilité de position du « chevalier servant » genou droit à terre. Les déplacements demeurent toutefois fatigants et associés à des douleurs.

A un peu plus de deux ans du polytraumatisme, la reprise à son poste de travail semble plus que compromise. L'équipe de l'IRR insiste auprès de la patiente sur le risque de décompenser des douleurs si elle doit reprendre son emploi du fait de ses exigences physiques.

Nécessité de changer de projet professionnel associé à un deuxième parcours de maintien dans l'emploi

Signalement

Sur conseil de l'équipe de soin de l'IRR, Mme L. sollicite une nouvelle visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail en novembre 2010. Elle lui fait part des difficultés physiques persistantes, compromettant les chances d'occuper son ancien poste. Elle lui mentionne son souhait de continuer à travailler dans l'entreprise même sur un autre poste que celui occupé précédemment.

Diagnostic de la situation

Le médecin du travail est conscient qu'une inaptitude au poste se profile. Par ailleurs, les capacités physiques de la salariée paraissent également incompatibles avec le métier d'infirmière. Il est nécessaire d'engager un dialogue avec l'employeur afin de savoir s'il existe des possibilités de reclassement au sein de l'établissement.

Recherche de solutions

L'employeur soucieux de conserver les compétences médicales de la salariée et ayant un poste disponible de technicien au département d'information médicale, soumet cet avis de proposition de reclassement au médecin du travail et à la salariée. Le médecin du travail est favorable à cette proposition, de même que la salariée ayant avancé dans le deuil de son ancienne profession.

Mise en œuvre de la solution retenue

Fin août 2011, à son retour d'arrêt de travail (prolongé en raison de problèmes de santé intercurrents), Mme L. est déclarée inapte par le médecin du travail à son poste d'infirmière et reclassée sur un poste de technicienne de l'information médicale à temps partiel thérapeutique. Son travail consiste à coder au plus juste les actes médicaux pour que la clinique soit financée en conséquence.

Dans le même temps, le médecin du travail sollicite le SAMETH pour réfléchir conjointement à l'adaptation du poste de travail de la salariée. La visite du poste de travail est réalisée de manière individuelle en raison de plannings discordants. Lors de sa visite, la DRH confirme au chargé de mission SAMETH, l'engagement de la clinique à participer au cofinancement de l'aménagement du poste de travail.

Plusieurs aménagements sont finalement retenus : un siège ergonomique, un repose-pied, un bureau à hauteur variable à réglage électrique, un système d'adaptation de la taille des crayons. Les aménagements ont été financés en partie par l'AGEFIPH à hauteur de plus de 60 %.

Suivi de l'action de maintien

La salariée est revue à 2 mois et demi de la reprise de travail dans le cadre d'une visite à la demande du médecin du travail. Le poste avec les aménagements mis en œuvre semble convenir à la salariée, toujours à temps partiel thérapeutique.

Elle est revue un an plus tard en visite périodique et travaille à mi-temps compte tenu de la persistance de la fatigabilité et des difficultés physiques. Le taux d'incapacité permanente a été fixé à 42 % par la sécurité sociale dans le cadre de la consolidation de son accident de trajet. Elle bénéficie donc d'une rente permettant de compenser la perte de salaire.

III-8-2 Analyse

Cette monographie témoigne d'une démarche de maintien dans l'emploi complexe avec une première tentative de maintien au poste de travail qui a échoué et la nécessité de s'orienter vers un deuxième projet professionnel.

Au total, la démarche qui peut se décomposer en 2 parcours de maintien dans l'emploi distincts, s'est déroulée sur un peu plus d'un an et demi (premier signalement en décembre 2009, reprise effective de la salariée au poste de reclassement fin août 2011).

Ce cas illustre la participation d'acteurs externes de maintien dans l'emploi (IRR, SAMETH) autour de la relation triangulaire salarié - employeur - médecin du travail.

Le premier parcours de maintien dans l'emploi a d'ailleurs été coordonné par un des acteurs externes qui a ensuite effectué une passation de relai au médecin du travail.

L'analyse du premier parcours de maintien dans l'emploi montre l'accompagnement de la salariée par l'équipe de l'IRR autour de son projet professionnel initial (poste d'infirmière). L'équipe de l'IRR identifie le moment opportun auquel procéder au signalement de la démarche de maintien dans l'emploi, à savoir une fois la situation médicale relativement stabilisée. Dès lors, l'équipe de l'IRR va conseiller la salariée dans la démarche (solliciter une visite de pré-reprise auprès de son médecin du travail, initier l'instruction d'une demande de RQTH) et va coordonner le parcours.

Ainsi à chaque étape, l'équipe de l'IRR va associer les 3 acteurs incontournables du maintien dans l'emploi : la salariée - le médecin du travail - l'employeur (dans un premier temps par le biais du médecin du travail).

Elle va proposer la réalisation d'un stage en entreprise pour orienter la finalité de la prise en charge.

Malgré la motivation de tous les acteurs internes et externes, les facteurs limitants se révèlent être les capacités physiques de la salariée qui ne s'améliorent plus à deux ans du polytraumatisme et la décompensation de douleurs lors de travaux nécessitant une exigence physique.

Ceci entraîne la nécessité de s'orienter vers un autre projet professionnel et de réaliser un nouveau signalement au médecin du travail.

L'analyse du deuxième parcours met bien en évidence les 5 étapes d'un processus de maintien dans l'emploi : signalement, diagnostic de la situation, recherche de solutions, mise en œuvre des solutions, suivi de l'action. Le parcours est coordonné par le médecin du travail et les 3 acteurs incontournables sont associés aux différentes étapes.

La disponibilité d'un poste de reclassement adapté aux capacités de la salariée au moment où le médecin du travail engage le dialogue avec l'employeur a fortement joué en faveur de la réussite du maintien dans l'emploi.

Pour aménager de manière optimale le poste de reclassement de la salariée, le médecin du travail s'est entouré de l'aide du chargé de mission SAMETH. Le fait que l'équipe IRR ait encouragé la salariée à effectuer une demande de RQTH au début de la démarche a permis de fluidifier la prise en charge par le SAMETH.

A noter que le médecin du travail s'est assuré de la pérennité des mesures engagées en vue du maintien dans l'emploi en réalisant le suivi de l'action (étape souvent négligée par les acteurs de maintien, par omission dans le cadre d'une activité professionnelle surchargée).

Facteurs de réussite de cette démarche de maintien dans l'emploi de la part :

De la salariée :

- Sa motivation, sa ténacité au cours des différents programmes de soin
- L'acceptation de la réalité de son handicap et de la nécessité de faire un travail de deuil de son ancienne profession
- Son souhait de poursuivre une activité professionnelle au sein de l'établissement

De l'employeur :

- La taille de la clinique qui comporte près de 470 salariés
- La volonté de conserver les compétences médicales de la salariée dont il a financé la formation d'infirmière
- La disponibilité d'un poste de reclassement adapté à la salariée au moment de la sollicitation par le médecin du travail

- L'accord de cofinancement des aménagements du poste de travail avec l'AGEFIPH

Du médecin du travail :

- Sa réactivité, sa disponibilité
- La coordination du parcours
- Le suivi de l'action

De l'IRR :

- L'accompagnement au long cours de la salariée dans la démarche de maintien
- L'association précoce du médecin du travail en lui adressant chaque courrier de sortie de la salariée
- Les signalements aux moments opportuns

Du SAMETH :

- Sa réactivité
- Son aide dans la recherche d'une adaptation ergonomique du poste de travail

III-8-3 Conclusion

Cette monographie illustre bien la complexité du processus de maintien dans l'emploi d'un salarié soumis à des aléas, qui s'anticipent difficilement, comme l'aggravation de son état de santé. Le processus de maintien dans l'emploi est fortement dépendant de la volonté des deux acteurs majeurs que sont le salarié et l'employeur et nécessite une articulation régulière entre le médecin du travail et les acteurs externes.

IV - Quatrième partie :

Discussion

IV-1 A propos de la méthodologie

IV-1-1 Choix de la méthodologie et originalité de ce travail

La méthodologie choisie pour notre travail, issue de la recherche qualitative, n'est pas habituelle dans les thèses de médecine. Néanmoins, compte tenu des objectifs poursuivis, celle-ci se prêtait tout à fait à notre travail de recherche.

En effet, la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque l'on cherche à décrire et à aider à mieux comprendre un thème de recherche. Elle permet l'étude des interactions des acteurs entre eux et s'intéresse à l'exploration de leurs comportements. Moyennant une sélection ciblée d'interviewés, la recherche qualitative peut servir à déceler des différences de points de vue et de perspectives entre des groupes et à l'intérieur de ceux-ci. L'objectif majeur de la sélection des participants est l'inclusion de personnes bien informées sur le thème de recherche, ayant des opinions et expériences personnelles très diverses. Grâce à cela, la recherche qualitative fournit des données d'une grande richesse [46][48][49].

L'originalité de ce travail est d'avoir recueilli les points de vue des différents acteurs intervenant dans l'Action PDP du CPOM (les médecins référents de l'action, les CARSAT, la DIRECCTE ainsi que les acteurs externes du maintien dans l'emploi) et d'avoir croisé leurs réponses. Nous avons ainsi pu faire émerger des points de convergence (permettant de renforcer la validité interne de nos résultats) d'une part, et faire apparaître de nouvelles facettes du thème de recherche d'autre part.

Tous les médecins référents de l'Action PDP de Lorraine ainsi que tous les acteurs externes du maintien dans l'emploi, au sens de nos critères d'inclusion, ont accepté de nous recevoir permettant une « certaine exhaustivité » dans le recueil de données par catégorie de participants. Cette participation de tous témoigne également de l'intérêt de ces acteurs pour ce travail de recherche.

IV-1-2 Les critères de scientificité

Les critères de scientificité sont diversement décrits dans la littérature avec des avis très partagés. Cependant, « *le plus important est la rigueur à tous les niveaux de la méthode à la présentation des résultats en passant par l'analyse complexe des données* » [46].

La validité interne consiste à vérifier que les données recueillies représentent la réalité, une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des techniques de recueil de données. Cette technique permet de comparer les résultats à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (par exemple les entretiens et l'étude de documents) ou d'au moins deux sources de données (par exemple les entretiens avec les médecins référents et ceux avec les acteurs externes) [46]. Par ailleurs, la technique de triangulation, en utilisant les chevauchements de différentes techniques de recueil de données, permet au chercheur d'éliminer « *sa subjectivité* » et d'objectiver les données recueillies [49][

53]. C'est pour toutes ces raisons que nous avons utilisé cette technique afin de consolider et de valider nos résultats.

Le critère de cohérence interne implique qu'un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions. Autrement dit, la même méthode utilisée par un autre expérimentateur devrait donner les mêmes résultats. Pour cette raison, les méthodes doivent être suffisamment explicitées dans l'étude [49]. Néanmoins, les recherches qualitatives sont difficilement reproductibles compte tenu de la participation étroite du chercheur à la collecte des données et au caractère interactif de celle-ci. Ceci peut être « *pallié par une conception et une mise en œuvre minutieuses et par un compte-rendu transparent des méthodes et des approches* » [48]. C'est ce que nous avons tenté d'effectuer dans notre étude, à savoir être le plus transparent dans la description de notre méthodologie d'action (Cf. Paragraphe Matériel et méthode).

D'autres critères de scientificité existent mais n'ont pas été appliqués à notre étude :

- l'acceptation interne : « *les résultats de l'analyse sont soumis aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer* » [46]. Cette technique n'a pas été appliquée dans notre étude, compte tenu du caractère chronophage d'une telle méthode au regard du nombre de participants interrogés.
- la saturation : « *le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments* » [46]. Au sens des critères d'inclusion retenus pour nos objectifs principaux, cette technique n'était pas applicable. Elle aurait pu l'être à l'échantillon des médecins généralistes, mais n'étant pas notre objectif primaire d'une part, et compte tenu du temps qu'aurait impliquée une telle technique d'autre part, nous avons fait le choix de ne pas la mettre en œuvre.

IV-1-3 Les biais liés à l'entretien de recherche

IV-1-3-1 Biais liés à l'enquêteur

Une quantité d'ouvrages sur l'entretien de recherche font référence à l'expérience et au savoir-faire requis de l'enquêteur pour assurer une collecte de données de qualité : « *La nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entraînement solide* », « *Contrairement à ce que l'on peut penser, il est souhaitable de bien savoir conduire un entretien non directif pour conduire une interview guidée de qualité* » « *La qualité et la quantité des informations obtenues dépendent beaucoup de l'enquêteur* » [51] ; « *Les entretiens exigent une certaine habileté* » [49] ; « *La qualité d'une étude est largement déterminée par l'expérience, les compétences, et la perspicacité de l'animateur* » [48].

Il est certain qu'étant novice dans l'utilisation de cette méthode de collecte de données, notamment concernant les premiers entretiens réalisés, ceci a pu occasionner un biais sur la qualité des données recueillies. Pour tenter de contrôler ce biais, il était nécessaire que nous ayons :

- une bonne connaissance du thème étudié (lecture bibliographique indispensable en amont, consultation des sites Internet des acteurs externes du maintien dans l'emploi pour parfaire notre connaissance de l'organisme avant sa rencontre, étude et analyse des contenus des CPOM avant la rencontre avec les médecins référents).
- une bonne appropriation du guide d'entretien pour savoir rebondir sur un autre thème au moment propice.
- les moyens d'adopter une attitude non directive et compréhensive lors des différents entretiens, qui se manifestait par des interventions visant à favoriser la libre expression de l'interviewé, à l'encourager à préciser sa pensée et à l'inviter à poursuivre son cheminement.

Par ailleurs, « *il est avéré que le sexe, l'âge, et l'origine ethnique de l'enquêteur influent sur les réponses des personnes interrogées* » [48][51]. Ce biais est difficilement maîtrisable.

IV-1-3-2 Biais liés à l'enquête

L'enquête peut produire une « *information déformée* » pour diverses raisons (mécanismes de défense, difficultés à se souvenir du passé ou le reconstruire etc.) et également une information subjective [51][52]. Pour pallier la subjectivité de celle-ci, nous avons eu recours dès que nous le pouvions à la triangulation des techniques de recueil et des sources de données.

En vue de limiter « la déformation » de l'information par les enquêtés, nous avons tenté d'instaurer un climat de confiance par notre attitude lors des entretiens. Nous leur avons également laissé le choix du lieu, de l'heure de l'entretien, pour une meilleure commodité et favoriser la richesse du discours.

Néanmoins, la confidentialité et l'anonymat étaient difficilement maîtrisables dans cette étude, du fait d'un faible nombre d'interviewés par type d'acteurs. Cela a pu occasionner un manque de sincérité et de transmission de certaines données de la part des participants, qui ont pu être moins enclins à s'exprimer librement. Cette difficulté à garantir la confidentialité et l'anonymat des participants explique sans aucun doute la raison pour laquelle certains ont refusé l'enregistrement sonore de l'entretien.

IV-1-3-3 Biais liés au mode d'enregistrement des données

La majorité de nos entretiens n'ont malheureusement pas pu être enregistrés.

L'enregistrement sonore permet à la fois d'avoir l'intégralité du texte et les « *contours* » du discours par le ton et l'atmosphère qui s'en dégage. Il restitue de manière « *fidèle* » le déroulement et le langage de l'entretien. Il est décrit comme « *l'outil obligé de l'entretien* », « *la mémoire de l'enquêteur* » [51].

Certes, il existe bien un biais lié à celui-ci : l'enquêté ne se confie sans doute pas de la même manière en présence d'un dictaphone, magnétophone, qu'en son absence, même si ce dernier s'oublie vite.

En revanche, l'absence d'enregistrement sonore des données induit d'autres biais : « *perception sélective de l'information, omissions, inexactitudes, perte du détail du vocabulaire ou formulations* » [51].

Pour limiter ces différents biais, nous avons eu recours à la triangulation des techniques de recueil et des sources de données. En effet, les données issues des entretiens des acteurs externes par exemple, ont été dès que possible corroborées avec les documents transmis (support écrit, publications internes) et certaines informations du contenu de leur site Internet.

IV-1-3-4 Biais liés à l'analyse des données

Les résultats dépendent pour partie de l'interprétation des données par l'enquêteur. L'interprétation de celles-ci requiert également un certain savoir-faire et une expérience de l'enquêteur. Pour éviter trop d'interprétation des données de notre part, nous avons utilisé la technique de la matrice qui permet « *l'émergence des questions et des opinions telles qu'elles ont été exprimées par les participants* » [48].

Par ailleurs, même l'enregistrement sonore peut contribuer à des erreurs de compréhension pouvant avoir un impact sur l'interprétation, raison pour laquelle nous avons largement utilisé la technique de reformulation des propos des participants durant les entretiens pour en vérifier la bonne compréhension.

IV-2 A propos des objectifs poursuivis

- **« Evaluer l'impact de la réforme sur la dynamique des SSTI avec les acteurs externes ... »**

Cet objectif a été de notre point de vue rempli par la méthodologie choisie : en interrogeant à la fois les acteurs externes et les médecins référents sur la thématique des liens entre acteurs, et ayant eu recours à la triangulation des sources de données, nous avons fait émerger des points de convergence.

Nos résultats montrent une avancée en matière de partenariat des SSTI avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi dans 3 des 4 départements lorrains, depuis la mise en œuvre de la réforme de la santé au travail.

- **« ... et avec les cosignataires du CPOM en Lorraine »**

Par la méthodologie choisie : entretiens semi-directifs des médecins référents PDP, des correspondants CPOM des deux CARSAT, de la DIRECCTE et la triangulation des sources de données, cet objectif nous apparaît avoir été rempli.

Il semble que le partenariat des SSTI avec les cosignataires du CPOM ne soit pas encore tout à fait « opérationnel », en tout cas pour cette action CPOM.

La participation en cours de la DIRECCTE aux commissions médico-techniques de tous les SSTI lorrains dans le cadre d'un premier bilan des actions CPOM dont l'Action PDP, auxquelles la DIRECCTE propose à la CARSAT de se joindre à elle, va permettre de redonner un nouvel essor à ce partenariat ou d'en définir ses modalités. Effectivement lors d'une commission médico-technique, il a été décidé d'organiser une réunion conjointe DIRECCTE - CARSAT- médecin référent PDP pour définir de manière « plus concrète » l'aide à apporter au SSTI dans cette action.

- « **Evaluer l'impact de la réforme sur les pratiques des médecins du travail en matière de maintien dans l'emploi...**

L'étude des CPOM ou des projets de service des différents SSTI, associés aux entretiens des médecins référents et du médecin inspecteur du travail, nous ont permis de répondre, à notre sens, à cet objectif.

L'Action PDP du projet de service et/ou CPOM se décline comme un véritable projet avec :

- des objectifs,
- une méthodologie d'action,
- une évaluation de l'action,

qui confère au médecin du travail chargé d'animer un groupe de travail pluridisciplinaire, un nouveau statut celui de « chef de projet ».

Par ailleurs, la méthodologie d'action proposée par le médecin inspecteur du travail, commune aux SSTI lorrains, vise à promouvoir une approche tendant davantage vers une démarche de prévention collective, conférant une nouvelle vision du maintien dans l'emploi.

- **... Et de pluridisciplinarité interne au sein des SSTI lorrains »**

Les entretiens avec les médecins référents PDP, la participation à un groupe de travail pluridisciplinaire PDP d'un SSTI et à la commission médico-technique de 3 SSTI, l'étude des documents transmis par les médecins référents (notamment les outils conçus avec l'aide des membres de l'équipe pluridisciplinaire), nous ont permis d'apprécier en partie la collaboration des médecins du travail référents avec les membres de leur équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, pour répondre de manière plus exhaustive à cet objectif, la participation à d'autres groupes de travail ou le recueil de témoignages de certains membres de l'équipe pluridisciplinaire aurait pu s'avérer pertinent, comme l'a également sous-entendu une psychologue du travail, membre d'un groupe de travail PDP, au cours d'une commission médico-technique.

Par ailleurs, l'organisation en groupes de travail élargis aux membres de l'équipe pluridisciplinaire pour l'Action PDP est une pratique nouvelle et récente pour les SSTI lorrains et nous manquons un peu de recul quant aux rôles de certains membres de l'équipe pluridisciplinaire « sur le terrain » (infirmier de santé au travail, psychologue du travail). Au jour des entretiens, ces rôles étaient en cours de réflexion ou de validation.

- **« Présenter le champ d'intervention dans le maintien dans l'emploi et l'organisation en Lorraine des différents acteurs externes interagissant avec les SSTI »**

A partir de la méthodologie choisie, il nous semble que cet objectif a été rempli.

- **« Mettre en évidence des leviers d'action en matière de maintien dans l'emploi »**

Les résultats exposés au chapitre « Résultat III-7 » sont à interpréter avec réserves, compte tenu du faible effectif dans chacun des deux groupes (acteurs externes et médecins référents). Ceci était prévisible au sens de nos critères d'inclusion.

Ils feront l'objet d'une comparaison à la littérature, dans la suite de cette partie « Discussion ».

- **« Recueillir le ressenti de médecins généralistes sur leur place dans le maintien dans l'emploi, acteurs sous-représentés au regard de leur profession dans l'enquête de l'ORST »**

Cette partie développée au chapitre « Résultats III-6 » ne remplit pas le principe de saturation (arrêt du recueil de données lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouvel élément), un des critères de validation des méthodes qualitatives. En effet, compte tenu qu'il ne s'agissait pas de notre objectif principal d'une part, et que notre temps d'investigation était limité d'autre part, le nombre de médecins généralistes inclus a été faible.

Les résultats ne sont donc en aucun cas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes lorrains, ils permettent seulement de faire émerger quelques pistes de réflexion en vue d'amorcer éventuellement un travail ultérieur plus approfondi.

IV-3 A propos des hypothèses envisagées

- *La contractualisation a permis une nouvelle dynamique des SSTI lorrains dans leurs partenariats avec les acteurs externes du maintien dans l'emploi.*

Cette hypothèse n'apparaît pas validée en ce qui concerne les SSTI mosellans, dans la mesure où les partenariats avec les différents acteurs (service social CARSAT, médecins conseils, SAMETH) s'étaient mis en place préalablement à la réforme de la santé au travail et donc à la contractualisation. Ce partenariat se matérialise entre autres par la participation des médecins référents à la cellule locale PDP depuis 2010, par des réunions d'échanges de pratiques périodiques avec les médecins conseils et par la collaboration « sur le terrain » autour de situations individuelles de maintien. Néanmoins, nous pouvons nous demander si la contractualisation ne contribue pas d'une certaine manière à l'assiduité des médecins référents à la cellule locale PDP et donc au renforcement des liens entre acteurs. En effet, la participation à la cellule locale est inscrite au sein des CPOM.

Cette hypothèse est à nuancer pour les SSTI des Vosges et de Meurthe-et-Moselle, où il semble que c'est davantage le projet de service qui a été à l'origine d'une nouvelle dynamique de ces SSTI dans leurs partenariats avec les acteurs externes. Une des raisons à cette nuance est la signature récente de leur CPOM respectif, le 06/03/2015 et le 16/01/2015, alors que les SSTI avaient déjà procédé à tisser des liens avec les différents partenaires en lien avec leur méthodologie d'action du projet de service.

A noter que l'Action PDP du projet de service d'EPSAT 88 a impulsé la rencontre des différents partenaires afin de mieux appréhender leur logique d'action et a abouti à la création d'un guide maintien dans l'emploi à destination des médecins du service. Ceci implique pour partie que les partenaires extérieurs étaient peu connus, voire méconnus de certains d'entre eux. En ce sens, l'Action PDP a été bénéfique, permettant d'élargir les connaissances sur les acteurs et les moyens pouvant être déployés pour maintenir un salarié dans l'emploi.

Cette hypothèse semble se valider pour le SSTI de Meuse, où l'écriture du projet de service et la contractualisation se sont effectuées de manière rapprochée. Ainsi, la contractualisation a permis l'identification de deux médecins référents PDP pour le « réseau PDP » local (dont le noyau est constitué par le service social CARSAT 55) d'une part, et la participation du groupe de travail PDP du SSTI dans un projet commun avec ce réseau d'autre part.

- *La contractualisation a permis une nouvelle dynamique des SSTI lorrains dans leurs partenariats avec les cosignataires CPOM.*

Cette hypothèse ne semble pas validée au vu de nos résultats, en tout cas pour l'Action PDP du CPOM.

Il est nécessaire de souligner pour cette action que les contrôleurs-ingénieurs CARSAT et les contrôleurs-inspecteurs DIRECCTE n'ont pas un rôle à jouer directement sur le « terrain », sauf dans des cas particuliers. De ce fait, les apports respectifs CARSAT et DIRECCTE ne peuvent se matérialiser comme pour les deux actions de prévention « spécifiques » du CPOM (réunions entre référents des 3 parties du CPOM) et apparaissent donc peu visibles pour les SSTI.

Par ailleurs, pour les SSTI relevant de la CARSAT Alsace Moselle, il semble que des liens avec le service prévention CARSAT se soient installés avant la contractualisation par une participation conjointe à la cellule locale PDP 57.

Enfin, il est à noter que sur les 6 SSTI ayant contractualisé, 3 avaient signé leur CPOM début d'année 2015. Le manque de recul entre la signature et notre travail de thèse (entretiens médecins référents entre avril et juin 2015) explique peut-être en partie ces résultats. Il faut laisser le temps au partenariat de se construire.

- *La réforme de la médecine du travail de 2011, en définissant des missions aux SSTI, a fait évoluer les pratiques des médecins du travail en matière de maintien dans l'emploi.*

La réforme, en attribuant la mission aux SSTI de contribuer au maintien dans l'emploi et de prévenir la désinsertion professionnelle, mission assurée par une équipe pluridisciplinaire animée par le médecin du travail d'une part, et de définir leurs modalités d'action dans leur projet de service d'autre part, modifie les pratiques des médecins du travail en matière de maintien dans l'emploi.

Il existe désormais dans chaque SSTI lorrain, un médecin référent PDP « chef de projet » pour cette action, qui se décline dans une démarche projet.

Par ailleurs, la contractualisation en Lorraine harmonise et structure une méthodologie d'action commune, qui tend à faire évoluer les pratiques des SSTI vers une démarche de prévention primaire et collective, alors qu'auparavant, le maintien dans l'emploi s'appréhendait davantage à l'échelon individuel sans réelle évaluation de la portée des actions réalisées. C'est en tout cas le sens donné aux outils « recherche de signes de désadaptation au travail » et « constitution d'un support de recueil d'informations afin d'effectuer une analyse collective de maintien dans l'emploi » en vue d'agir en amont de la désinsertion professionnelle, avec l'idée que « *tout ce qui peut améliorer les conditions d'une personne handicapée peut améliorer les conditions de tout salarié ordinaire ou qui se trouve un jour frappé par le handicap ou une maladie au cours de sa vie et de sa carrière* » [64].

A noter que la méthodologie d'action proposée par le médecin inspecteur du travail vise également à favoriser les relations avec les partenaires extérieurs, notamment en faisant

connaître les outils déjà existants afin de les partager, plutôt que chacun perde du temps et de l'énergie à faire ses propres outils.

- *La réforme de la médecine du travail de 2011, en définissant des missions aux SSTI, a fait évoluer les pratiques des médecins du travail en matière de pluridisciplinarité interne.*

La réforme de la santé au travail semble avoir fait évoluer les pratiques des médecins du travail en matière de pluridisciplinarité interne dans tous les SSTI lorrains, sauf un (en tout cas pour l'Action PDP).

Effectivement, presque tous les SSTI ont mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire autour de l'Action PDP du projet de service et/ou CPOM, même si la composition en intervenant(s) pluridisciplinaire(s) diffère d'un service à l'autre. Les SSTI disposent en effet d'une certaine latitude d'organisation autour de leur équipe pluridisciplinaire puisque la seule obligation est la constitution d'au moins une équipe pluridisciplinaire par SSTI [24]. Par ailleurs, les SSTI lorrains ont des compétences pluridisciplinaires très variables, pouvant expliquer ces modes d'organisation très différents [23].

Le groupe de travail pluridisciplinaire définit, ensemble ou en sous-groupe de travail, les modalités à mettre en œuvre pour parvenir aux différents objectifs, participe à la création d'outils, réfléchit au rôle des membres de l'équipe pluridisciplinaire sur le « terrain ».

Ainsi dans 3 SSTI lorrains, une place de choix est attribuée à l'ergonome ou aux ergonomes du service dans le cadre d'études de poste de maintien dans l'emploi ou de suivi des études ergonomiques à distance afin de procéder à une évaluation des différentes actions menées.

La participation récente à une commission médico-technique nous a appris que les ergonomes d'un SSTI développaient depuis peu des liens avec les ergothérapeutes de l'Institut Régional de Réadaptation (IRR), en vue de la passation de relais d'aménagement de postes de travail de salariés pris en charge par l'IRR.

Pour les deux groupes de travail PDP comprenant des infirmiers de santé au travail, leur rôle sur « le terrain » était encore en discussion au jour des entretiens. La difficulté à trouver une place sur « le terrain » des infirmiers de santé au travail, vient peut-être du fait que leur recrutement est récent, intervenu massivement après la mise en place de la réforme de santé au travail comme le montre le tableau de l'évolution du personnel des SSTI sur la période de 1998-2015 (Cf. chapitre III-2-1-1). Par ailleurs, le rôle des infirmiers n'a pas été clairement défini au plan réglementaire, même si la circulaire du 9 novembre 2012 a donné quelques repères, ce qui leur a conféré initialement un rôle « flou » avec des protocoles très différents d'un SSTI à l'autre [23].

IV-4 Discussion sur les résultats relatifs

IV-4-1 Au partenariat avec les acteurs externes

La cellule locale PDP : un moyen de développer et structurer son réseau de partenaires surtout dans les « grands » départements

Face à la difficile problématique du maintien dans l'emploi, aucun intervenant ne peut travailler seul de manière efficace. *« D'où l'importance de se constituer un réseau de partenaires œuvrant chacun dans leur domaine de compétence, dans le champ du handicap. Il n'est pas toujours évident de maintenir la pérennité de ce réseau, notamment dans les plus grandes agglomérations, où les structures sont nombreuses et les intervenants surchargés de travail. De plus, un turn-over des différents intervenants ne facilite pas forcément une bonne maîtrise des habitudes de chacun. »* C'est pourquoi *« la participation à des réunions formelles [...] est indispensable »* [65].

En ce sens, la participation à la cellule locale PDP organisée par l'assurance maladie est un bon moyen pour les différents intervenants de :

- mieux se connaître,
- définir « qui fait quoi », clarifier les rôles de chacun,
- structurer son partenariat.

Outre le fait de renforcer son partenariat intra-institutionnel autour des différents services internes de l'assurance maladie, la cellule locale PDP a également vocation à renforcer le partenariat extra-institutionnel [57]. C'est ainsi que dans les différentes cellules locales PDP lorraines (54, 57, 88), les médecins référents PDP et les SAMETH sont des membres invités.

La cellule locale PDP apparaît un bon moyen pour le médecin référent PDP de construire son réseau en fonction de ses besoins. En effet, au sein de la cellule, le médecin référent PDP aura l'occasion d'échanger avec ses confrères médecins conseils, avec les assistantes sociales CARSAT, les chargés de mission SAMETH, autant de partenaires avec lesquels il pourra être amené à collaborer « sur le terrain » autour de situations individuelles de maintien dans l'emploi.

Ce médecin dit « référent » est le représentant de ses confrères du SSTI à la cellule locale PDP. Il pourra servir d'intermédiaire entre la cellule et le médecin du travail de l'assuré concerné. Il pourra également inciter ses confrères à participer ponctuellement à la cellule, pour leur faire découvrir les différentes possibilités qui s'offrent à eux dans des situations de maintien.

Des disparités d'organisation des cellules locales PDP lorraines

Nous pouvons néanmoins noter, au vu de nos résultats, des disparités d'organisation entre les cellules locales PDP Lorraine que ce soit dans :

- le nombre de référents présents des services internes de l'assurance maladie,
- la présence ou non du service prévention CARSAT (présence régulière uniquement dans la cellule locale PDP 57),
- la périodicité des réunions, mensuelle pour les cellules locales PDP 57-88, de fréquence moindre dans les cellules locales PDP 54-55,
- la périodicité des réunions avec les membres invités, mensuelle uniquement pour la cellule locale PDP 57,
- le recours à des prestataires extérieurs pour des actions de remobilisation, uniquement pour la cellule locale PDP 57,
- leurs missions, avec analyse des situations d'assurés les plus complexes pour les cellules locales 54, 57, 88. La cellule locale 55 est consacrée essentiellement à la gestion de la politique interne des différents services de l'assurance maladie.
- leur mise en œuvre initiale en tant qu'étude des situations d'assurés et renforcement du partenariat extra-institutionnel, en 2010 pour la cellule locale PDP 57 versus en 2015 pour les cellules locales 54-88.

Les bonnes pratiques des cellules locales PDP relevant de CARSAT de territoires différents ne devraient-elles pas être diffusées par l'intermédiaire du PRITH ?

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans l'étude de l'ORST [56], qui avait interrogé des membres respectifs de chaque cellule locale PDP en 2013. Les différences notables résident dans l'orientation des cellules locales 54 et 88 vers un renforcement partenarial extra-institutionnel autour de la gestion de cas complexes, par l'élargissement de ces cellules aux SST et aux SAMETH.

En 2013, l'action de la cellule locale PDP 54 était davantage tournée vers l'initiation et le suivi de projets expérimentaux de prévention de la désinsertion professionnelle (exemple du dispositif ESPOIR 54 présenté au paragraphe « III-1-7-2-2 »), l'action de la cellule locale PDP 88 vers le renforcement de son partenariat intra-institutionnel.

La Meuse : un exemple de partenariat où le « réseau PDP » est actif en dehors de la cellule

La responsable du service social CARSAT parle d'un « *réseau PDP bien établi [...], bien construit* ». L'exemple mis en avant est celui-ci : malgré le récent changement de directeurs au sein de l'échelon local du service médical, de la caisse primaire de l'assurance maladie et du SMIM, leur intégration s'est faite rapidement par l'explication des différentes missions des membres du réseau.

Le « réseau PDP », dont le noyau est constitué par le service social CARSAT 55, est un véritable partenariat entre le SAMETH 55 - le SSTI (SMIM) - l'échelon local du service médical - la caisse primaire d'assurance maladie - le service social CARSAT départemental.

L'engagement du SSTI (le SMIM) dans le CPOM est décrit comme un réel plus pour le réseau, avec l'identification de deux médecins référents PDP et a permis de lancer un « vrai projet de réseau », à savoir travailler sur un projet commun comprenant deux groupes de travail mobilisant respectivement 16 participants volontaires.

Les groupes de travail sont essentiellement constitués du SAMETH, du groupe de travail PDP du SMIM, de membres du service social CARSAT, d'un membre de l'échelon local du service médical.

La taille du département favorise sans doute une telle organisation.

Un partenariat qui s'entretient également au quotidien sur le terrain au cas par cas

Outre le fait de participer aux cellules locales PDP, les liens qui se tissent sur « le terrain » à partir de cas individuels sont fondamentaux pour « nourrir au quotidien » le partenariat du médecin du travail et celui des autres acteurs.

Dans tous les SSTI, les médecins du travail ont depuis plusieurs années l'habitude de travailler avec le SAMETH autour de cas individuels, de réfléchir ensemble à la meilleure solution pour tenter de maintenir le salarié dans l'emploi, de se rendre ensemble en entreprise afin de tenter de convaincre l'employeur, etc.

Depuis la mise en place du projet de service, 2 SSTI ont développé leur collaboration avec le SAMETH sous un nouvel angle d'approche : effectuer des retours d'expériences autour de cas individuels, en plus de travailler ensemble sur le terrain.

Concernant les services internes de l'assurance maladie (service social CARSAT, échelon local du service médical) ou d'autres acteurs locaux (exemple de l'IRR pour l'ALSMT), la mise en place du projet de service a impulsé pour 3 SSTI (ALSMT 54, EPSAT 88, SMIM 55) un rapprochement avec ces acteurs et le développement d'outils ayant vocation à mieux se coordonner « sur le terrain » à partir de cas individuels : fiches de signalement assistante sociale CARSAT- médecin du travail retravaillées, fiches de demandes de bilan ciblé à l'IRR, répertoires avec les coordonnées des différents acteurs diffusés à l'ensemble des médecins du

SSTI. Cela permet finalement à chacun des médecins du travail de construire son propre partenariat, nécessaire à la résolution des différentes situations toujours singulières de salariés en situation de handicap.

La MDPH 57, absente du partenariat des SSTI mosellans

Dans les CPOM, les partenariats sont à créer, à développer ou à entretenir avec les acteurs suivants :

- Service social CARSAT (le service prévention CARSAT fera l'objet d'un autre paragraphe)
- Echelon local du service médical
- SAMETH
- MDPH

Dans les départements suivants, des liens se sont développés avec la MDPH :

- en Meurthe-et-Moselle, un médecin de la MDPH 54 est invité à participer aux réunions du groupe de travail PDP de l'ALSMT 54.
- dans les Vosges, la mise en place du projet de service a incité la rencontre de la MDPH et le travail autour d'outils (fiche de liaison - demande RQTH).
- dans la Meuse, les médecins du travail disposent de la ligne téléphonique directe d'un interlocuteur privilégié pour des demandes de reconnaissance du handicap accélérées.

Seuls les SSTI de Moselle ne disposent pas de tels interlocuteurs au sein de la MDPH 57. Ceci n'est pas un frein lorsque l'entreprise du salarié relève du SAMETH, compte tenu d'un partenariat MDPH 57- SAMETH 57 pour une procédure accélérée de RQTH. En revanche, ceci peut occasionner un frein pour les salariés relevant de l'association OETH, puisque ni les SSTI, ni l'OETH n'ont d'interlocuteurs à la MDPH 57.

IV-4-2 Aux cosignataires CPOM

Quels sont les intérêts à la contractualisation de l'Action PDP ? Des réponses mitigées des médecins référents ...

Certains médecins référents PDP - les services prévention CARSAT - la DIRECCTE s'accordent sur deux points concernant l'intérêt de la contractualisation :

- L'Action PDP est une action prioritaire commune aux SSTI et à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- L'Action PDP nécessite de développer des partenariats du fait de la complexité de la mission de maintien dans l'emploi, accentué par le contexte socio-économique actuel.

Néanmoins, plus de la moitié des médecins référents PDP interrogés doutent de l'intérêt de la contractualisation de cette action. D'une part, nous avons la sensation qu'ils la perçoivent comme une remise en cause de leur activité professionnelle, d'autre part, les apports des cosignataires sont à leur sens peu visibles. Ainsi la plupart des médecins référents PDP, dont le SSTI a contractualisé, ont déclaré ne pas se sentir plus outillés depuis la contractualisation.

La DIRECCTE tient à rassurer les médecins du travail sur un de ces points. Elle a bien conscience que les médecins du travail ont toujours œuvré pour le maintien dans l'emploi et la contractualisation n'est pas du tout une remise en cause de leur activité. Le maintien dans l'emploi est devenu, ces dernières années, une action chronophage pour les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il est donc important que cette action soit valorisée et le CPOM peut y contribuer, par la mise en visibilité du travail réalisé et des résultats en termes de maintien dans l'emploi réussis, notamment via certains indicateurs. Ainsi le bilan du CPOM expérimental de Remiremont a permis de constater qu'en une année les 5 médecins du travail ont réalisé 84 interventions communes avec le SAMETH, avec un taux de réussite de 31% [64]. Ces résultats sont très encourageants.

Des apports peu visibles pour les SSTI

Notre travail apporte des précisions sur le rôle et les apports potentiels du service prévention CARSAT et de la DIRECCTE, tant dans l'aspect général de la prévention de la désinsertion professionnelle que dans l'Action PDP du CPOM (Cf. Chapitre III-4 et III-5).

Ainsi le service prévention CARSAT se doit de mener des actions de prévention collective dans une entreprise où plusieurs cas individuels de salariés à risque de désinsertion professionnelle

auraient été détectés. La cellule locale PDP serait un des moyens d'identification d'une telle situation, pour autant aucune situation de ce type n'a été mise en évidence.

De ce fait, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de la cellule locale PDP comme moyen de détection de ce type de situation.

Les apports de la DIRECCTE passent par l'impulsion d'une méthodologie de l'Action PDP structurée en différentes étapes et aussi par un travail de fond peu visible au sein des différentes instances, dont le PRITH qui contribue à faciliter le partenariat.

Des logiques et des moyens qui diffèrent selon les services prévention CARSAT

Il est assez surprenant de voir que les logiques et les moyens diffèrent sur plusieurs points d'un territoire à l'autre comme :

- La contractualisation de l'Action PDP, selon le service prévention CARSAT Alsace Moselle, serait davantage dans l'intérêt des SSTI alors que pour la CARSAT Nord Est, elle serait davantage dans son propre intérêt, compte tenu de ressources internes déclarées limitées.
- La participation à la cellule locale PDP existe uniquement pour la CARSAT Alsace Moselle. Pour la CARSAT Nord Est, sont évoqués le manque de moyens humains et le fait que cela ne soit pas son rôle de traiter de cas individuels.
- L'influence de la contractualisation de l'Action PDP, selon la CARSAT Alsace Moselle, la signature des CPOM n'a eu aucune influence sur son fonctionnement. En revanche, la contractualisation de cette Action CPOM a permis le rapprochement de services internes CARSAT Nord Est : « département prévention » et « département social » qui ont travaillé collectivement pour définir leurs modalités d'actions respectives dans cette action.

IV-4-3 A la politique du maintien dans l'emploi

Le PRITH Lorraine, un axe maintien en emploi qui semble peu actif et peu connu des acteurs de terrain

Au vu de nos résultats, tant avec les acteurs externes qu'avec les médecins référents, nous avons ressenti que l'axe maintien en emploi du PRITH était peu actif et restait « flou » pour un certain nombre d'acteurs de terrain (médecins du travail référents, assistantes sociales CARSAT etc.). Son existence est même méconnue pour nombre d'entre eux.

L'analyse de l'axe maintien en emploi du PRITH a montré que les différentes actions étaient dépendantes pour tout ou partie de l'étude pilotée par l'ORST (observatoire des partenaires sociaux) sur l'état des lieux des acteurs et des procédures de maintien en Lorraine. Alors que les résultats finaux de l'étude ont été mis en ligne courant mars 2014, ce n'est que fin 2015 qu'une réunion PRITH a été organisée pour « les suites à donner à l'étude ». En ce sens, nous pouvons constater que l'axe maintien en emploi paraît « peu actif ».

Par ailleurs, alors que cette réunion se voulait « très opérationnelle » et que les acteurs de terrain y étaient conviés, aucun des médecins référents PDP invités n'avait pu être présent, compte tenu d'une date de réunion fixée dans un délai trop court pour qu'ils puissent se libérer.

Pourtant, le PRITH a un véritable rôle à jouer dans la politique du maintien dans l'emploi en Lorraine :

- en incitant l'ensemble des partenaires à se connaître et à travailler dans des projets communs sur le champ du maintien dans l'emploi pour gagner en efficacité.
- en mutualisant les bonnes pratiques entre départements lorrains.
- en améliorant l'articulation entre « le maintien dans l'emploi » et « l'insertion », comme l'a mentionné la DIRECCTE au cours d'une commission médico-technique.

La liaison avec le PRITH permettrait d'envisager « *une communication plus large et mieux sensibiliser l'ensemble des partenaires* » [3].

Une information sur le PRITH est envisagée par le médecin inspecteur du travail dans une des réunions qu'elle organise pour les services de santé au travail lorrains.

Par ailleurs, les politiques régionales, dont le PRITH, vont être amenées à évoluer avec la création des grandes régions, en l'occurrence celle du « Grand Est ».

IV-4-4 Aux leviers d'action en matière de maintien

Les acteurs externes et les médecins référents en accord sur 2 facteurs clés d'un maintien dans l'emploi : Anticipation et Qualité du réseau de partenaires extérieurs

L'anticipation-la précocité de la prise en charge est un facteur de réussite du maintien dans l'emploi, bien connu de la littérature [1][3][5]. Ainsi les résultats de notre étude sont concordants avec ces publications.

La précocité du signalement permet de mener une réflexion plus « apaisée » pour une meilleure analyse de la situation, « d'agir en cohérence » avec les partenaires et d'envisager les solutions les meilleures pour le salarié concerné. Le signalement peut avoir lieu alors que le salarié est toujours en poste de travail ou en arrêt [1][5].

L'étude de l'ORST Lorraine identifiait également la détection précoce comme capitale pour la reprise des salariés en arrêt ayant une problématique de maintien. En effet, l'enjeu est de les identifier le plus tôt possible, afin de pouvoir proposer les modalités d'accompagnement les plus adaptées. La démarche « prévention de la désinsertion professionnelle » de l'assurance maladie (offre de service du service social à 90 jours) et la visite de pré-reprise contribuent à cette détection précoce lorsque le salarié est en arrêt. C'est une des raisons pour laquelle l'étude de l'ORST proposait d'informer largement et de sensibiliser les différents acteurs présents autour du salarié, dont le médecin généraliste, sur les enjeux de la détection précoce et les modalités de la visite de pré-reprise [66].

Un autre facteur de réussite du maintien dans l'emploi, retrouvé dans la littérature, correspond à la capacité des différents professionnels « à s'organiser en réseau » [10], à la « *qualité du partenariat entre acteurs* » [1], à « *l'importance du partenariat* » [3].

En effet, la coopération entre les partenaires permet d'aborder les multiples facettes de la situation et favorise par un dialogue entre les différentes logiques des acteurs, l'optimisation de l'étape « diagnostic de la situation » du parcours de maintien [1].

Par ses compétences diversifiées, le réseau permet d'assurer « *l'accompagnement du salarié, l'accompagnement de l'entreprise, la recherche de financements, la coordination globale des actions.* » [3].

Enfin, la communication entre les acteurs joue un rôle majeur sur la qualité d'une action de maintien dans l'emploi en conditionnant la précocité du signalement, la compréhension de la globalité des enjeux (médicaux, sociaux, professionnels, contractuels), l'utilisation appropriée des outils, la concertation autour du suivi de l'action [1].

Les médecins référents insistent davantage sur l'importance des acteurs internes : salarié - employeur

Dans leurs réponses concernant les facteurs de réussite d'un maintien dans l'emploi, les médecins du travail référents font davantage allusion aux acteurs internes de l'entreprise (salarié, employeur, collectif de travail à un moindre niveau) que le groupe des acteurs externes et pour cause, le médecin du travail, compte tenu de ses missions, est l'interlocuteur naturel de l'employeur et du salarié dans ce contexte de maintien.

Ainsi, la qualité de la relation salarié-employeur et la volonté-motivation de ces deux acteurs apparaissent comme des facteurs de succès d'un maintien dans l'emploi, retrouvés dans la littérature [1][3][5][10]. En effet, l'exécution du contrat de travail dépendant des volontés respectives de l'employeur et du salarié, la réussite d'une démarche visant au maintien dans l'emploi dépend donc de ces deux « *principaux intéressés* » [1].

Le maintien dans l'emploi demeure avant tout une affaire de consentement respectif de l'employeur et du salarié dont la réunion devrait être encouragée, plutôt que forcée. Les outils peuvent apparaître comme une aide précieuse à cet encouragement [1].

La volonté-motivation du salarié est largement abordée dans la littérature : « *nous soulignerons l'importance de la participation active du salarié à la construction de son maintien dans l'emploi* » [1], « *la réussite [du MDE] dépend de la dynamique personnelle de la personne concernée* » [10], « *Un maintien dans l'emploi nécessite d'abord une motivation du sujet lui-même* » [3].

Les conclusions de l'étude ORST allaient également dans le même sens. Cependant, paradoxalement les représentants patronaux et syndicaux avaient été très peu nombreux à répondre au questionnaire alors qu'il émanait de l'observatoire des partenaires sociaux.

Un facteur clé non abordé : la négociation avec l'employeur

Un autre facteur clé n'a pas été abordé par les acteurs interrogés, il s'agit de la conduite de la négociation avec l'employeur. En effet, lorsque le choix d'une solution a été arrêté avec la participation du travailleur et l'aide des partenaires, la finalisation du parcours peut être envisagée. L'interlocuteur (généralement le médecin du travail) débute une « négociation » avec l'employeur, afin d'essayer de le convaincre d'engager une action permettant la perpétuation du lien contractuel de travail [1].

« *Se faire accompagner peut conférer plus de poids à la démarche* » [1], c'est ainsi que le médecin du travail est généralement accompagné d'un chargé de mission SAMETH dans les cas de maintien les plus complexes, comme nous l'avons exposé dans la partie « Résultats ». La négociation peut parfois « *débloquer* » une situation compromise : par exemple une mauvaise relation salarié-employeur ou un contexte socio-économique défavorable [1].

Lorsque les facteurs d'échec de la part de l'entreprise paraissent difficilement maîtrisables, faut-il pour autant abandonner toute velléité de maintien dans l'emploi ?

Les principaux facteurs d'échec du maintien dans l'emploi cités par les acteurs interrogés (facteurs socio-économiques, facteur taille de l'entreprise, mauvaises relations salarié-employeur, méconnaissance des outils), sont des facteurs retrouvés dans la littérature [1][5].

Les facteurs socio-économiques, le facteur taille de l'entreprise et les mauvaises relations salarié-employeur sont des facteurs difficilement maîtrisables par les partenaires du maintien dans l'emploi. Néanmoins, comme nous venons de le citer ci-dessus, la négociation peut parfois permettre de faire avancer une situation paraissant au départ compromise : par exemple en proposant des aides financières AGEFIPH ou l'instauration d'une médiation salarié-employeur. C'est aussi l'occasion pour le salarié et pour les différents acteurs de réfléchir à une orientation vers d'autres solutions extérieures à l'entreprise.

La méconnaissance des outils par les employeurs est un facteur sur lequel il apparaît plus facile de jouer. Le groupe des acteurs externes s'orientait d'ailleurs dans leur réflexion concernant des propositions concrètes de maintien dans l'emploi réussi, vers la poursuite de la sensibilisation des employeurs sur le rôle des acteurs et des outils de la prévention de la désinsertion professionnelle.

L'absence de motivation du salarié : un facteur d'échec majeur

Les facteurs « absence de motivation du salarié » et « le salarié n'est pas acteur de sa situation » sont soulignés comme fondamentaux dans le maintien dans l'emploi par les médecins référents au sein de notre étude. La littérature confirme que le salarié demeure « *le principal acteur de son maintien dans l'emploi* », « *le premier acteur de la solution construite avec l'employeur* ». C'est une des raisons pour laquelle le signalement ne doit jamais négliger l'accord du salarié [1].

Les différentes publications mettent en évidence les principales causes de la passivité du salarié :

- le fait d'être pris en charge par les différents programmes qui le mènent « *des soins à la remise à la disposition de l'employeur* » [1].
- le fait d'être confronté à des logiques d'acteurs très différentes pouvant être contradictoires entre elles et défavoriser l'implication du salarié [6]
- la peur de faire valoir ses droits car il redoute d'être relégué dans la catégorie des « improductifs », des « bons à rien », des « invalides », des « handicapés » [1][6].

Par ailleurs, le manque de connaissance des outils ne contribue pas à rassurer le salarié [1] [6].

Une des propositions concrètes, formulée par le groupe des acteurs externes, consiste à améliorer la sensibilisation des salariés sur les outils et les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle. Divers moyens sont évoqués : livret d'accueil à la prise de poste, un film documentaire (en cours de réalisation par le service social CARSAT 57). Dans le cadre de l'Action PDP, certains SSTI ont créé des plaquettes à destination du salarié, un autre a participé au comité de pilotage de maquette de films sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

Les outils classiques de type plaquettes sont-ils adaptés à la problématique du maintien dans l'emploi ? L'orientation vers des films courts à partir de témoignages de maintien réussi, en permettant d'aborder cette problématique complexe de façon concrète, n'apparaît-elle pas plus didactique et pertinente ? Ce sera aux principaux intéressés, les salariés concernés, de répondre à ces questions.

La barrière psychologique du handicap est également un facteur retrouvé dans la littérature, là encore, les échanges avec le salarié peuvent s'avérer très utiles pour prévenir l'éventuelle réaction de rejet suscitée par la notion « travailleur handicapé » et pour lui faire comprendre « *le sens et l'intérêt d'officialiser les conséquences de la déficience au travail* » [1]. Il apparaît nécessaire que les différents acteurs s'adaptent au cheminement du salarié dans l'acceptation de son handicap.

La dégradation de l'état de santé du salarié est également retrouvée dans la littérature comme un facteur d'échec du maintien dans l'emploi [10]. Dans certaines pathologies évolutives comme par exemple la sclérose en plaque, cette aggravation prévisible de l'état de santé du salarié doit être intégrée par les acteurs du maintien dans l'emploi comme une réalité pouvant en partie s'anticiper. Ainsi plusieurs étapes sont possibles tant que l'état de santé le permet.

IV-4-5 Aux médecins généralistes interrogés

Le choix d'interroger quelques médecins généralistes a émané au fil de notre travail devant les constats de l'étude de l'ORST, des entretiens des médecins référents PDP-acteurs externes et notre participation à la réunion du PRITH où l'interrogation : « *les médecins généralistes se sentent-ils vraiment concernés par le maintien dans l'emploi ?* » fut abordée.

Contrairement aux études quantitatives, dans les études qualitatives, le processus de recherche est continu entre l'analyse et le recueil de données et la découverte « *d'éléments imprévus* » peut conduire à modifier « *les modalités de constitution de l'échantillon* » [46][49].

Nous avons donc fait le choix d'inclure quelques médecins généralistes lorrains à notre étude, afin de recueillir leur témoignage sur leur place dans le maintien dans l'emploi, la connaissance des acteurs et des outils et éventuellement amorcer un travail ultérieur.

Des constats plutôt encourageants

- Tous les médecins interrogés considèrent que le médecin généraliste est un acteur du maintien dans l'emploi, ils ont donc conscience de leur rôle à jouer dans le maintien dans l'emploi de leurs patients.

Dans la littérature, le médecin généraliste occupe une place de choix dans la détection précoce d'un problème de reprise au travail et de signalement au médecin du travail, par la connaissance de l'état de santé du patient et la prescription de l'arrêt de travail [67] [68] [69]. Il apparaît souvent comme le « *premier intervenant en matière de maintien dans l'emploi* » [1] [68] [69].

- « Des bonnes pratiques » :

Tous les médecins interrogés distinguent, dans leur pratique, l'origine professionnelle ou non de la problématique de santé, ce qui signifie que la question du travail est abordée par ces professionnels de santé. En effet, « *la question du travail (et du non travail) est un fil conducteur de l'exercice quotidien de la médecine générale* » nécessaire à la prescription d'un arrêt de travail, d'un temps partiel thérapeutique, de la demande d'une visite de pré-reprise, etc. [70].

La littérature montre également des constats encourageants dans ce domaine, puisque dans l'étude menée par l'INPES en 2009 auprès de 752 médecins généralistes en France métropolitaine, 3 généralistes sur 4 (78 %) déclaraient interroger fréquemment leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles [67].

Une meilleure connaissance des outils et des acteurs ne contribuerait-elle pas à améliorer la qualité de la prise en charge des patients ?

La méconnaissance des acteurs et des outils du maintien dans l'emploi sont effectivement les deux principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes interrogés. 3 médecins interrogés sur 4 se disent intéressés par une démarche de sensibilisation sur les acteurs et les outils du maintien dans l'emploi, qu'ils perçoivent comme pouvant être une aide dans leur pratique.

- Nous pouvons noter, au sein de nos résultats, une connaissance mitigée des médecins interrogés sur le rôle du médecin du travail et des services de santé au travail. Pourtant la littérature pointe la nécessaire qualité de la coopération entre ces deux professionnels de santé : « *De bonnes relations de coopération entre médecins généralistes et médecins du travail sont une condition nécessaire à une prise en charge de qualité* » et ceci grâce à l'apport de points de vue complémentaires sur les problèmes de santé et leurs causes [67].

Néanmoins, le respect du secret médical peut parfois apparaître comme un frein à la coopération entre ces 2 professionnels de santé [1] puisque le médecin généraliste ne peut communiquer des informations au médecin du travail que dans la mesure où le salarié lui a donné son accord.

Par ailleurs, la méfiance des médecins généralistes à l'égard de l'indépendance des médecins du travail peut également contribuer à la réticence à leur confier des informations. Ainsi dans l'étude de l'INPES réalisée en 2009, 58 % des généralistes se sont déclarés plutôt méfiants vis-à-vis de l'indépendance des médecins du travail [67]. La levée de ces freins paraît donc indispensable.

- Outre le fait d'orienter ses patients dans le système de soins, le médecin généraliste est également chargé d'orienter ses patients sur un plan social [67]. C'est pourquoi la connaissance du rôle du service social CARSAT, par les médecins généralistes interrogés, pourrait constituer une aide dans leur pratique. Il s'agit, en effet, d'un partenaire intéressant dans le cadre d'un relais concernant une problématique de maintien où le médecin se sentirait démuné face à l'accompagnement de son patient en arrêt.
- Les médecins généralistes interrogés n'ont pas connaissance des aides pouvant être débloquées par l'AGEFIPH dans le cadre d'un maintien dans l'emploi grâce à la RQTH. En effet, tous méconnaissent les organismes SAMETH et AGEFIPH d'une part, et d'autre part, ils reconnaissent que le but et l'intérêt de la RQTH sont mal connus.
- Les modalités de la visite de pré-reprise, voire la visite en elle-même, ne sont pas connues de 3 médecins interrogés sur 4. Ce résultat va dans le même sens que l'enquête PACA de 2007 (à laquelle l'INPES fait référence dans son enquête) qui montrait que près d'un tiers des médecins généralistes interrogés (sur un total de 381 médecins) du Sud Est de la France déclaraient « ne jamais avoir entendu parler de visite de pré-reprise », même s'il est probable que ce résultat ne soit pas généralisable à toute la France. Ce résultat alerte néanmoins, sur le fait que cette visite n'était pas toujours bien connue des médecins généralistes dans « un passé récent » [67].

Conclusion

Les médecins du travail ont toujours œuvré pour maintenir dans l'emploi les salariés en situation de handicap qu'ils suivent.

Pendant plusieurs décennies, ils essayaient de trouver les solutions les plus adaptées au handicap du salarié et correspondant le mieux possible à son projet. Cette recherche était menée en interne dans l'entreprise avec ses différents acteurs : responsables d'atelier, de production, des ressources humaines, parfois des membres du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail et bien sûr avec le salarié lui-même. Pendant ces périodes plus favorables au maintien des salariés dans l'entreprise, les médecins du travail émettaient peu d'avis d'inaptitude.

Cependant, les évolutions du monde du travail ont amené les entreprises à se recentrer sur leur cœur de métier et à sous-traiter nombre d'activités qui pouvaient permettre antérieurement des reclassements. De plus, les évolutions des organisations du travail, marquées par une intensification importante du travail de chacun, ont rendu au fil du temps le maintien dans l'emploi des salariés avec handicap, quelle qu'en soit l'origine (professionnelle ou pas), de plus en plus ardu, comme le constatent les médecins du travail dans leurs rapports annuels d'activité depuis plusieurs années. Compte tenu de ces difficultés de reclassement, les avis d'inaptitude émis par les médecins du travail sont devenus nettement plus nombreux, débouchant le plus souvent sur un licenciement.

Progressivement, les médecins du travail constatant les limites de leur action individuelle ont développé un travail avec les acteurs externes de maintien dans l'emploi, susceptibles de mobiliser des moyens techniques ou financiers pouvant permettre de maintenir le salarié dans l'entreprise.

Au fil du temps, ce travail partenarial entre médecin du travail et acteurs externes est devenu pratiquement indispensable, d'autant plus que le vieillissement de la population active et l'allongement de la durée de vie au travail vont rendre la démarche de maintien dans l'emploi de plus en plus fréquente et complexe.

Pour toutes ces raisons, le médecin du travail se doit d'optimiser ses ressources internes en mobilisant les membres de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail et de développer son réseau de partenaires extérieurs. Notre travail de thèse a porté essentiellement sur ce versant du maintien dans l'emploi, amenant peut-être le balancier trop loin du côté des acteurs externes.

En effet, le médecin du travail ne doit pas négliger la constitution d'un réseau d'acteurs internes à l'entreprise. Comme nous avons pu l'aborder trop brièvement au sein de ce travail, employeur et salarié se situent au cœur de la démarche de maintien dans l'emploi et constituent avec le médecin du travail, les acteurs centraux à associer à chaque étape de la démarche.

L'employeur peut être représenté dans les plus grandes entreprises par le responsable des ressources humaines et la mission handicap, lorsqu'elle existe, mais il s'avère toutefois incontournable d'associer un membre de l'encadrement de proximité, sous peine de voir les chances de réussite du maintien dans l'emploi compromises. En effet, sa position par rapport au salarié en difficulté est un élément important à prendre en compte.

Au-delà de la relation employeur-salarié-médecin du travail, la démarche ne doit pas omettre le collectif de travail qui doit être largement sensibilisé en amont de la démarche, voire associé à la recherche de solutions.

Enfin, les instances représentatives du personnel (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, voire les délégués du personnel dans les plus petites entreprises) peuvent être également force de proposition lorsqu'un salarié est confronté à un risque de désinsertion professionnelle. La consultation des instances du personnel est d'ailleurs rendue obligatoire dans les inaptitudes d'origine professionnelle, conformément à l'article L.1226-10 du code du travail [5].

Pour autant, les représentants patronaux et syndicaux sont apparus absents de l'enquête de l'ORST, visant à recueillir leur avis sur les enjeux du maintien dans l'emploi. Ils sont également peu présents au sein de ce travail, compte tenu du choix du sujet retenu.

Dès lors, un certain nombre de questions restent en suspens de la part des principaux intéressés, employeurs et salariés, tout particulièrement celles relatives aux facteurs favorisant le maintien dans l'emploi selon leur point de vue ou ceux susceptibles de venir l'entraver.

Ces questionnements pourraient faire l'objet d'une seconde étude qualitative, centrée cette fois-ci sur les acteurs du monde de l'entreprise.

Par le biais de récits de parcours, de l'expérience et du vécu des salariés et des employeurs, cette étude pourrait fournir des informations sur leurs véritables besoins ainsi que sur d'autres leviers d'action que ceux mis en évidence dans notre thèse, susceptibles d'être déployés en matière de maintien dans l'emploi.

Bibliographie

- [1] Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi. Le Maintien dans l'emploi en questions. Rennes : Editions ENSP ; 2000.
- [2] Bothuan T. « Le maintien dans l'emploi en questions » Synthèse. EchoCinergie. Juin 2000 ; (10) : 3-6.
- [3] Notes de congrès. Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés Etats des lieux et perspectives. Documents pour le médecin du travail. 3^e trimestre 1998 ; (75) : 273-5.
- [4] Handipole. Maintien, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.handipole.org/spip.php?rubrique173>
- [5] Liberti S, Tran V. Entreprise et handicap. Paris : Eyrolles ; 2012.
- [6] Amnyos groupe. Rapport intermédiaire n°1 : Premier état des lieux. Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après accident du travail et/ou maladie professionnelle en Lorraine. Mars 2013.
- [7] Socala M. Les conditions de réussite du maintien dans l'emploi : le cas des restrictions d'aptitude dans un service interentreprises de santé au travail [mémoire]. Metz : Conservatoire National des Arts et Métiers ; 2014. 53 p.
- [8] Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Centre. Guide du maintien dans l'emploi dans le secteur privé Outils, dispositifs et acteurs en région Centre ; 2013.
- [9] Service d'appui au maintien dans l'emploi. Journée de la SMTS. Le 26 mai 2010. L'emploi des personnes handicapées, un droit à faire vivre pour tous : place des professionnels de santé au travail.
- [10] Watine P. Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier SAS, Paris). Toxicologie-Pathologie Professionnelle. 2005 ; 16-662-A-10 : 18 p.
- [11] Tisserant G. Le handicap en entreprise : contrainte ou opportunité ? Vers un management équitable de la singularité. Paris : Pearson France ; 2012.
- [12] Handipole. Le traitement, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.handipole.org/spip.php?article1338>
- [13] Notes de congrès. Vallet D. L'horizon de la retraite : pas sans risques psychopathologiques. Documents pour le médecin du travail. 4^e trimestre 2009 ; (120) : 465-6.
- [14] Hennion T. Maintien dans l'emploi. EchoCinergie. Juin 2000 ; (10) : 1.
- [15] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Plan santé au travail 2016-2020 [en ligne]. Disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>
- [16] Filatriau O. Projections à l'horizon 2060 Des actifs plus nombreux et plus âgés. Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. Avr 2011 ; (1345) Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1345
- [17] Notes de congrès. Titon I. Aspects cliniques du vieillissement au travail : rôles du médecin du travail. Documents pour le médecin du travail. 4^e trimestre 2009 ; (120) : 464-5.
- [18] Notes de congrès. Volkoff S. Le vieillissement au travail : un handicap ?. Documents pour le médecin du travail. 4^e trimestre 2009 ; (120) : 465.
- [19] Aptel M. Charge physique de travail et employabilité des seniors : des preuves inaudibles ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2010 ; 71 : 329-332.
- [20] Gournay M, Raoult-Monestel M., Leretif S. Enquête Basse Normandie 2003-2004 inadéquation santé-travail Quand l'état de santé d'un salarié ne lui permet plus d'occuper sans risque son poste de travail [en ligne].

Disponible sur :

http://smsto.fr/public/uploads/actu/492_mirtmo.pdf?PHPSESSID=700b61158d50c5a73ed51ad41591408a

[21] Boiselet E, Léonard M, Plaine J, Valenty M. Surveillance des maladies à caractère professionnel En région Lorraine Quinzaine MCP Résultats 2011-2012. Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Lorraine et l'Institut de veille sanitaire.

[22] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques Etudes et résultats Fév 2009 (679).

[23] Benabid R. Projets de Service Pluriannuels et CPOM des Services de Santé au Travail en Lorraine Quels impacts en matière de prévention dans les entreprises suivies au bénéfice de la santé des salariés ? [Thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2014. 198 p.

[24] Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail. BO du 30 novembre 2012 ; 52 p.

[25] Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Réforme de la médecine du travail 4 questions à Jean-Denis Combrexelle, Directeur Général du Travail. INRS Réalité Prévention. Juin 2012.

[26] Czuba C, Fantoni-Quinton S. Maintien dans l'emploi après la réforme de la santé au travail : un effort renouvelé. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2013 ; 74 : 515-8.

[27] Campion CL, Debré I. Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. N° 635 Sénat Session extraordinaire de 2011-2012. Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 juillet 2012.

[28] Fantoni-Quinton S. Les travailleurs handicapés et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Archives des Maladies Professionnelles. 2005 ; 66 : 352-356.

[29] Watine P. Analyse de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Documents pour le médecin du travail. 4e trimestre 2005 ; (104) : 545-6.

[30] Rossignol F, Folliot D. Handicap et médecine du travail. Paris : Masson ; 1998.

[31] Camberlein P. Politiques et dispositifs du handicap en France. Paris : Dunod ; 2008.

[32] Briotet A. Les grandes orientations de la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et des deux décrets du 22 janvier 1988 pris en application de la loi. Documents pour le médecin du travail. 2e trimestre 1988 ; (34) :135-153.

[33] Briotet A, Monod G. Problèmes posés par les handicapés en médecine du travail. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France). Toxicologie Pathologie Professionnelle. 1991 ; 16680 A³⁰ : 8p.

[34] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. MDPH : Entre optimisation et innovation, une exigence toujours plus forte Synthèse des rapports d'activité 2013 des maisons départementales des personnes handicapées. Déc 2014.

[35] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Les MDPH face à de nouveaux enjeux Synthèse des rapports d'activité 2014 des maisons départementales des personnes handicapées. Déc 2015.

[36] Campion CL. Réussir 2015 Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics. Sénat Mars 2013.

[37] Association des Paralysés de France. Baromètre APF de l'accessibilité 2013 : Avis de tempête !. Dossier de presse. Fév 2014.

[38] Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées, Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Chiffres clés Les personnes handicapées et l'emploi [En ligne]. Juin 2015. Disponible sur : <https://www.agefiph.fr/Actus-Publications>

[39] Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées. Les chiffres de l'emploi et du chômage des personnes handicapées Bilan à fin septembre 2015 - Données : janvier à juin 2015. Tableau de Bord National [en ligne]. Sep 2015 ; (52). Disponible sur : <https://www.agefiph.fr/Actus-Publications>

[40] Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Circulaire DGEFP n° 2007/02 du 15 janvier 2007 relative au pilotage de la politique de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés.

[41] La délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle. Circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 relative aux Plans Régionaux d'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés (PRITH).

[42] Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social. Mise en œuvre des PRITH et bonnes pratiques Bilan 2013. Juillet 2014.

[43] Le portail professionnel pour la formation, l'orientation et l'emploi en Auvergne. Signature de la convention multipartite pour l'emploi des personnes handicapées, [en ligne]. Disponible sur : <http://pro.formationauvergne.com/actualites/signature-de-la-convention-multipartite-pour-lemploi-des-personnes-handicapees>

[44] Plan Régional d'Insertion des Travailleurs handicapés (PRITH) de Lorraine Plan d'action 2013. Version du 5 décembre 2013.

[45] Amnyos groupe. Les résultats de l'enquête auprès des acteurs du maintien. Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après accident du travail et/ou maladie professionnelle en Lorraine. Juin 2013.

[46] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. La revue française de médecine générale. 2008 ; 19 (84) : 142-5.

[47] Amoghly-Rahimi S. Réalisation des thèses et mémoires de médecine générale : détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisée de médecine générale. [Thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2011. 213 p.

[48] Lievens T, Lindelow M, Serneels P. Comprendre les problèmes liés aux personnels de santé : utilisation de méthodes qualitatives - guide sélectif. Dans : Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat A. Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé. Publication de l'Organisation Mondiale de la Santé. 2009 : p 143-161.

[49] Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2001 ; 32 (2) : 117-121.

[50] De Ketele JM, Roegiers X. Méthodes en sciences humaines Méthodologie du recueil d'informations Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 4^e ed. Bruxelles : De Boeck Université ; 2009.

[51] Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales Méthodes et exercices corrigés. 4^e ed. Paris : Armand Colin ; 2011.

[52] Blanchet A, Ghiglione R, Massonnat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales Observer, interviewer, questionner. (2^e ed). Paris : Dunod ; 2005.

[53] Mucchielli A, Auziol E, Bonnet J, Carbonnel CO, Colletterie P, Coulon A et al. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 1^e ed. Paris : Armand Colin/Masson ; 1996.

[54] Laboratoire de Psychologie Sociale. Représentations Sociales et Triangulation : une application en Psychologie Sociale de la Santé. Psychologia : Teoria e Pesquisa. 2006 ; 22 (2) : 211-226.

[55] Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail Nord Est. Présentation de la CARSAT, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.carsat-nordest.fr/nous-connaître/présentation-de-la-carsat.html>

[56] Amnyos groupe. Le fonctionnement de la PDP en Lorraine. Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien en emploi après accident du travail et/ou maladie professionnelle en Lorraine. Juin 2013.

[57] Caisse Nationale D'assurance Vieillesse. Circulaire CNAV n° 2011-86 Circulaire CNAMTS n° 26-2011 relative aux Missions et priorités du Service Social des CARSAT/CRAM/CGSS. Le 19 décembre 2011.

[58] Service médical Région Alsace Moselle. Le Service médical de l'Assurance Maladie de la région Alsace-Moselle vous guide et vous informe. [En ligne]. Août 2014. Disponible sur : [http://www.alsace.paps.sante.fr/fileadmin/ALSACE/PAPS/Livret d accueil medecins nouvellement installes.pdf](http://www.alsace.paps.sante.fr/fileadmin/ALSACE/PAPS/Livret_d_accueil_medecins_nouvellement_installes.pdf)

[59] Malka C. Journées de validation DES de médecine du travail. 29 et 30 janvier 2015 ; Strasbourg. Le fonctionnement de la MDPH Rôle du médecin et des équipes pluridisciplinaires Les décisions concernant les différentes prestations.

[60] Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement. Guide pratique L'emploi des personnes handicapées. Octobre 2006.

[61] Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Lorraine. Présentation au CRPRP du 10 décembre 2015. Politique régionale d'agrément des services de santé au travail interentreprises et de dérogation à la périodicité des examens médicaux.

[62] Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Lorraine. Plan Régional Santé au Travail 2010-2014 Bilan Final.

[63] Léonard M. Journée de l'Inspection Médicale du Travail. 5 mai 2015 ; Nancy. Evolution des CPOM en Lorraine 2014-2015.

[64] Ensemble pour la Prévention et la Santé Au Travail Vosges. Bilan du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2012-2013. Décembre 2013.

[65] Aït-Ali B, Lesieur G. Guide pratique pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques. Toulouse : Octares Editions ; 2008.

[66] Observatoire Régional de la Santé au Travail Région Lorraine. Plaquette étude Etat des lieux des acteurs et des procédures de maintien dans l'emploi après accident du travail et/ou maladie professionnelle en Lorraine [en ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.orst-lorraine.fr/?p=art&a=26&r=1>

[67] Verger P, Ménard C, Richard JB, Viau A. Médecins généralistes et santé au travail. Dans : Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P, Beck F. Médecins du Travail/Médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2011 : p 115-153.

[68] Les partenaires du Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH). Guide des acteurs et des dispositifs Aubeois De l'arrêt de travail au retour à l'emploi.

[69] Handipole. Les partenaires, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.handipole.org/spip.php?article1341>

[70] Gallais JL, Leicher C. Médecine générale, médecine du travail : deux spécialités aux fonctions et expertises complémentaires. Dans : Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P, Beck F. Médecins du Travail/Médecins généralistes : regards croisés. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2011 : p 163-6.

Sites Internet consultés :

<https://www.agefiph.fr/>

<http://www.sameth54.fr/>

<https://www.carsat-nordest.fr/>

<http://www.carsat-alsacemoselle.fr/>

<http://www.mdpf.fr/>

<http://www.cnsa.fr/>

<http://www.oeth.org/>

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien semi-directif commun aux acteurs du Maintien Dans l'Emploi (MDE) en LORRAINE - Secteur privé

Rôle de l'organisme dans le maintien dans l'emploi

Quel est votre champ d'intervention (missions, rôle, objectifs) dans le maintien dans l'emploi ?

Quels sont les salariés concernés par ce champ d'intervention ? *(en arrêt de travail ou en activité, en CDI, bénéficiaire de l'OETH)*

Fonctionnement de l'organisme est-il globalement homogène d'un département de Lorraine à l'autre ? (54, 55, 57, 88)

La notion « Maintien Dans l'Emploi »

L'organisme fait-il la distinction entre le maintien « dans » l'emploi et le maintien « en » emploi ?

Etapes de la démarche de maintien dans l'emploi

A quelle(s) étape(s) de la démarche maintien dans l'emploi, intervenez-vous et dans quel but ?
(Conseiller, partenaire, intermédiaire, conducteur de projet, autres...)

Lors du signalement ?

La phase diagnostic ?

Recherche de solutions ?

Mise en œuvre de solutions ?

Suivi de l'action ?

Le secret médical est-il un frein à votre intervention ?

Relations avec les autres acteurs du MDE agefiph, sameth, mdph, service social CARSAT, Service de Santé au Travail, service médical de l'assurance maladie, CPAM, médecins généralistes, OETH, ...

Quels sont les interactions/articulations avec les différents acteurs du maintien dans l'emploi et les possibles freins, vos attentes de ces acteurs ?

Aides /Services/ Outils :

Quels peuvent être les aides/services/outils pouvant être déployés par l'organisme en vue d'aider un salarié à se maintenir dans l'emploi ?

Politique régionale du maintien dans l'emploi

Avez-vous connaissance du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés de Lorraine ?

Rôle

Déterminants du maintien dans l'emploi :

Quels sont selon vous, les déterminants (facteurs clés) d'un maintien dans l'emploi réussi ?

Quels seraient selon vous les axes à améliorer par votre organisme et les autres acteurs ?

Qu'est-ce qui entrave le maintien dans l'emploi de la part :

=>Entreprises

=>Salariés

=>Autres acteurs du maintien dans l'emploi

=>De votre côté

Quelle(s) proposition(s) concrète(s) faites-vous pour un maintien dans l'emploi réussi ?

Suggestions libres

Annexe 2

Guide d'entretien avec le médecin du travail référent de l'action « Prévention de la Désinsertion Professionnelle »

L'action PDP

Cette action figure-t-elle dans le CPOM ? Quel en est pour vous l'intérêt ?

Contenu de l'action

Quel est pour vous, l'étape de la méthodologie d'action la plus importante de l'action PDP du CPOM et pourquoi ?

Apport CARSAT DIRECCTE

Quel(s) est (sont) l'(les) apport(s) respectif(s) DIRECCTE/CARSAT ?

Zoom sur les modalités de réalisation de l'Action PDP et apport du CPOM

Comment se concrétisent chaque étape de la méthodologie d'action ? Quelles ont été les avancées et où en êtes-vous depuis la mise en place des CPOM ?

Par rapport à ce qui avait pu être initié antérieurement à la mise en place des CPOM, depuis la mise en place de ceux-ci, vous sentez-vous plus outillés ? et si oui pourquoi ?

Zoom sur les partenaires

Quelle articulation existe-t-il entre l'équipe santé au travail et les différents partenaires, les différents acteurs externes du maintien dans l'emploi (SAMETH, AGEFIPH, cellule locale PDP, association OETH, service social CARSAT, MDPH, médecins traitants etc.) :

Avec quels acteurs travaillez-vous le plus ?

Comment cette coopération se met-elle en œuvre ?

Freins ? Eléments facilitants ? Attentes par rapport à ces différents acteurs ?

SAMETH : Que vous apportent les études ergonomiques effectuées par le SAMETH ? Les études effectuées par le SAMETH font-elles références à la pathologie médicale du salarié ? Si oui, qu'en pensez-vous ?

Médecin généraliste : Avez-vous une idée de nombre de personnes adressées en visite de pré-reprise par le médecin généraliste depuis la mise en place de la réforme ?

Idem pour le médecin conseil concernant la visite de pré-reprise

Zoom entre les différents acteurs/compétences internes du Service de Santé au Travail

Existence d'un groupe de travail ? Quel est son rôle ? [Composition]

Quelle organisation pluridisciplinaire avec les ergonomes et la mobilisation pour le maintien dans l'emploi ?

Les indicateurs de l'Action PDP

Quel logiciel utilisez-vous ?

Est-il paramétré pour vous donner des résultats/indicateurs ? ou faut-il le paramétrer ?

Quelles sont les données qui vous paraissent les plus pertinentes à faire ressortir et comment faire ?

Politique régionale du maintien dans l'emploi

Avez-vous connaissance du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés de Lorraine ?

Déterminants du maintien dans l'emploi (MDE) :

Quels sont selon vous, les déterminants (facteurs clés) d'un MDE réussi ?

Quels seraient selon vous les axes à améliorer par votre organisme et les autres acteurs ?

Qu'est-ce qui entrave le MDE de la part :

=>Entreprises

=>Salariés

=>Autres acteurs MDE

=>De votre côté

Quelle(s) proposition(s) concrète(s) faites-vous pour un MDE réussi ?

Annexe 3

Guide d'entretien service prévention CARSAT - DIRECCTE

Rôle général de l'organisme dans la Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP)

Quel est pour vous la place (le rôle) de l'organisme dans la PDP de manière générale ?

Service prévention CARSAT : Le service prévention participe-t-il à la cellule locale PDP ? et si oui, quelle est sa place (rôle) dans la cellule ?

L'action PDP du CPOM

Quel est l'intérêt pour l'organisme que l'action PDP figure au sein du CPOM ?

Contenu de l'action PDP

Quel est pour vous, l'étape de la méthodologie d'action la plus importante de l'action PDP du CPOM et pourquoi ?

Apport(s) de l'organisme

Que peut apporter l'organisme dans la PDP dans le cadre du CPOM ?

Comment et pour quels types d'action, les médecins référents peuvent-ils solliciter l'organisme ? Existe-t-il un ou des interlocuteurs privilégiés pour l'action PDP du CPOM pour les SST ?

Quels sont les moyens mobilisés par votre partie et comment se mettent-ils en place ?

Comment se concrétise l'accompagnement des SST autour de l'action PDP du CPOM ?

Difficultés rencontrées pour mener à bien l'accompagnement des SST ? Eléments facilitants ? Attentes ?

Influence – Apport du CPOM sur le fonctionnement de l'organisme pour la PDP

Le fait que cette action PDP soit mise dans les priorités, quel est le changement induit sur la façon de travailler de l'organisme concernant la PDP ?

Réforme territoriale

Influence de la réforme territoriale sur l'organisation de l'organisme ?

Annexe 4

Questionnaire Maintien dans l'emploi destiné aux médecins généralistes

Age du répondant :

Sexe du répondant :

Département d'exercice du répondant :

Milieu d'exercice :

A – Selon vous, le médecin généraliste est-il un acteur du maintien dans l'emploi ?

1/ Oui

2/ Non si non détaillez

B – Dans votre pratique, quelle est la fréquence rencontrée de situations de patients que vous jugez incompatibles avec un retour au travail (en raison de l'état de santé du patient) ?

1/ Ce sont des situations rencontrées fréquemment (au moins une fois par semaine)

2/ Ce sont des situations rencontrées parfois (au moins une fois par mois)

3/ Ce sont des situations marginales (quelques cas par an)

C – Dans votre pratique, distinguez-vous le fait que la problématique de santé soit liée à une cause professionnelle ou non ?

1/ Oui

2/ Non : si avez répondu non, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

D – Ce tableau regroupe les différents acteurs agissant dans le maintien dans l'emploi. Connaissez-vous leur champ d'intervention dans le maintien dans l'emploi ?

	Pas du tout	Un peu	Plutôt bien	Très bien
Les médecins du travail et les Services de Santé au Travail				
Le service social de l'assurance maladie				
La MDPH				
Le service médical de l'assurance maladie				
Le SAMETH				
L'AGEFIPH				

E - Indiquez la fréquence de votre recours (téléphonie, courrier, emails etc.) à ces acteurs face à des situations de maintien dans l'emploi

	Jamais	Rarement (moins d'une fois par an)	Assez souvent (plusieurs fois par an)	Très souvent (plusieurs fois par mois)
Les médecins du travail et les Services de Santé au Travail				
Le SAMETH				
La MDPH				
Le service social de l'assurance maladie				
Le médecin conseil de l'assurance maladie				
L'AGEFIPH				

F – Travaillez-vous ou contactez-vous d'autres intervenants pour le maintien dans l'emploi ? (Institut Régional de Réadaptation de Nancy, autres ?)

G – Distinguez-vous la différence entre la visite de pré-reprise et de reprise ?

1/ Oui

2/ Non

H – La visite de pré-reprise est-elle recommandée pour les arrêts maladies de plus de 3 mois ?

1/ Oui

2/ Non

I - Parmi les outils suivants, quels sont ceux que vous connaissez et/ou mobilisez ?

	Vous ne connaissez pas	Vous connaissez mais n'avez pas mobilisé	Vous connaissez et mobilisez parfois (quelques fois par an)	Vous connaissez et mobilisez souvent (environ une fois par mois)
La RQTH (reconnaissance qualité travailleur handicapé)				
<i>Si vous connaissez la RQTH, par quel moyen avez-vous été sensibilisé ?</i>				
<i>Avez-vous des craintes à la recommander ? lesquelles ?</i>				
La visite de pré-reprise				
<i>Si vous connaissez la visite de pré-reprise, par quel moyen avez-vous été sensibilisé ?</i>				
Le temps partiel thérapeutique				

J - Mobilisez-vous d'autres outils ? Si oui lesquels ?

K - Avez-vous connaissance de la cellule Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) sur votre département ?

1/Oui

2/ Non

L - Avez-vous déjà participé à la cellule de votre département ?

1/Oui

2/Non

M – Impact(s) de la cellule PDP identifiés sur votre activité ? Si oui, détaillez.

1/Oui : _____

2/Non

N - Avez-vous des attentes par rapport à la cellule PDP ? Si oui, détaillez

1/Oui : _____

2/Non

O – Ce tableau identifie quelques difficultés pouvant être rencontrées par le médecin généraliste au maintien du salarié dans son emploi. Est-ce des difficultés que vous rencontrez dans votre pratique ?

	Ce n'est pas une difficulté	C'est une difficulté rencontrée
Identifier que l'état de santé du patient pourra être un frein à la reprise du travail		
La méconnaissance des acteurs		
La méconnaissance des outils/dispositifs		
Le manque de liens entre les acteurs		
Les délais d'instruction des dossiers		
Le retard à la prise en charge par les différents acteurs		
Les freins opposés par le patient à la reprise du travail		
Prise en charge trop chronophage		

P – A partir de ce tableau, citez les 3 principales difficultés rencontrées et hiérarchisez-les (1 = la plus problématique 3 = la moins problématique) :

1/

2/

3/

Q - Rencontrez-vous d'autres difficultés ? Si oui, détaillez ?

1/Oui : _____

2/Non

R - Par quel(s) moyen(s), pourrait-on sensibiliser le plus grand nombre des médecins généralistes sur les principaux outils et acteurs du maintien dans l'emploi ? (Enseignement post-universitaire ? lecture du bulletin de l'ordre des médecins, etc...) ?

S - Avez-vous des suggestions pour favoriser au mieux le maintien en emploi/ Remarques libres ?

VU

NANCY, le **21 avril 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **21 avril 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Christophe PARIS

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9142

NANCY, le **25 avril 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

La dernière réforme de la médecine du travail attribue la mission aux services de santé au travail de contribuer au maintien dans l'emploi et d'éviter la désinsertion professionnelle. Elle prévoit également la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) afin d'assurer une meilleure synergie entre acteurs complémentaires. En Lorraine, 6 services de santé au travail interentreprises sur 7 ont signé leur CPOM comprenant une action Prévention de la Désinsertion Professionnelle (Action PDP).

Notre enquête s'est essentiellement appuyée sur des entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs : médecins du travail référents de l'Action PDP, des acteurs externes du maintien dans l'emploi, cosignataires CPOM : CARSAT, DIRECCTE. Des thématiques communes entre acteurs ont été abordées en vue d'être comparées. Les entretiens ont été complétés par l'étude de documents et des observations participantes dans divers milieux.

Ce travail décrit le processus de mise en œuvre de la réforme concernant l'Action PDP dans les services de santé au travail lorrains. Les interactions et les articulations entre acteurs ont également été analysées grâce à une trame de questionnement commune. Cette étude met en évidence des avancées en matière de dynamique partenariale entre les médecins du travail et les acteurs externes du maintien dans l'emploi ainsi que des pratiques innovantes au sein des équipes pluridisciplinaires de certains services. Les principaux facteurs favorisant le maintien dans l'emploi mis en exergue sont l'anticipation, la précocité de prise en charge, la motivation du salarié et de l'employeur et leur adhésion à la démarche ainsi que la qualité d'un réseau de partenaires extérieurs. Des améliorations restent à envisager dans la coopération entre cosignataires des CPOM.

TITRE EN ANGLAIS

Keeping workers in employment in Lorraine: What are the impacts of the occupational health's reform on intercompany services in regard to occupational health physicians' practices and partnership dynamics with external parties?

THESE : MEDECINE DU TRAVAIL – ANNEE 2016

MOTS CLEFS : Maintien dans l'emploi, projet de service, contractualisation, médecins du travail, partenariat extérieur

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex