



DOSSIER HANDICAP ET TRAVAIL





HANDICAP ET TRAVAIL

Le médecin du travail est fréquemment confronté au problème du maintien au poste de travail et dans l'entreprise des salariés en situation de handicap. L'efficacité de son intervention dépend de la qualité des réseaux médicaux, médico-sociaux et techniques qu'il pourra activer, mais aussi des politiques régionales et départementales du maintien dans l'emploi (MDE). Le fonctionnement du maintien dans l'emploi est des plus complexes, il existe une multitude d'intervenants et de ressources possibles selon le type du handicap, le type de contrat de travail du salarié, la branche professionnelle de l'entreprise, le lieu d'habitation du salarié, etc. Face à ces difficultés, la présente conférence-débat se fixe pour objectif de présenter à l'entreprise une approche la plus logique possible, c'est-à-dire une approche chronologique respectant les différents temps du MDE que sont la fin des soins, l'évaluation des capacités restantes des personnes et les possibilités de l'entreprise de préserver l'emploi et la santé de la personne.

Dr Benoît DOREMUS
Médecin du Travail - STSM



“ Le médecin du travail a un rôle incontournable dans le dispositif actuel de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap au travail. De par sa connaissance des exigences du poste de travail et celle des

capacités restantes de la personne victime d'un accident de santé il est à même d'établir un avis d'aptitude assorti de préconisations indispensables au maintien dans l'emploi. Il ne peut cependant pas travailler seul et son positionnement spécifique entre le soin et l'entreprise nécessite un travail en « réseau » avec différentes spécialités médicales et paramédicales. De même, lorsqu'un aménagement technique conséquent du poste de travail, une formation ou toute autre mesure onéreuse est jugé indispensable au maintien dans l'emploi d'une personne, c'est cette fois le recours à des partenariats techniques et sociaux qui devient indispensable. Faute de

structuration préexistante efficace, ces réseaux d'acteurs sont à construire et c'est là le rôle des Services de Santé au Travail que de faciliter et de promouvoir un travail en partenariat concret et efficace.

Santé au travail et handicap : rôle du médecin du travail

On parle aujourd'hui plus volontiers de « personne en situation de handicap au travail » mais le Code du travail conserve, lui, la dénomination classique de « travailleur handicapé » pour en donner la définition suivante : « Est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ». Le mot « effectivement » renvoie à l'avis du médecin du travail qui, pour prévenir toute altération de la santé du fait du travail, va évaluer et constater les capacités restantes de la personne pour proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformation de postes. Chaque fois qu'un médecin du travail constate une restriction d'aptitude, une inaptitude partielle ou une inaptitude totale au poste de travail, le salarié concerné ne peut être considéré autrement que comme un « travailleur handicapé ». Cependant la notion de « travailleur handicapé » renvoie à une autre réalité de l'entreprise, celle de l'obligation d'emploi et de la reconnaissance administrative du handicap. La loi oblige en effet les employeurs ayant plus de 20 salariés

à avoir dans leur effectif au moins 6% de « travailleurs handicapés ». La définition du « travailleur handicapé » est ici beaucoup plus restrictive, elle concerne des personnes qui bénéficient, par exemple, d'une pension d'invalidité ou d'une rente après un accident du travail ou une maladie professionnelle (incapacité permanente au moins égale à 10%) ou de l'allocation adulte handicapé. Il est également possible de faire une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les chiffres récents du handicap au travail fournis par la DARES - Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques - sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées permettent de mesurer l'écart qui existe entre ces deux notions du handicap au travail : sur un total de 25,7 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi, 2,4% ont une reconnaissance administrative de leur handicap. Si on ajoute celles qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins 6 mois et en éprouver des gênes importantes dans leurs activités, la part de la population handicapée définie au sens large dans la population en emploi est de 24%.

La relation Handicap-travail-emploi est en pleine actualité avec notamment le risque d'inaptitude en rapport avec les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance au travail mais aussi avec le vieillissement de la population

au travail et l'allongement de la durée de la vie passée au travail qui posent le problème de la « pénibilité » et de « l'usure professionnelle » mais aussi celui des maladies chroniques dont la fréquence augmente avec l'âge.

Le médecin du travail conseille l'entreprise en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation des postes et des techniques de travail, les constructions ou aménagement des locaux de travail et l'emploi des travailleurs handicapés. L'avis médical d'inaptitude ou d'aptitude avec restriction vaut reconnaissance d'un handicap au travail et entraîne les obligations de l'employeur en matière d'aménagement du poste ou de mutation à un autre poste. La reconnaissance administrative du handicap peut permettre une aide financière à l'employeur, mais le salarié est libre d'accepter ou non cette reconnaissance, l'obligation de reclassement de l'employeur reste la même. Si la personne accepte de faire valoir cette reconnaissance administrative de son handicap, elle bénéficiera d'une surveillance médicale renforcée par le médecin du travail.

Dès lors qu'une situation de handicap au travail survient, la continuité du lien contractuel entre le salarié et l'employeur est primordiale et pour maintenir ce lien il faut prévenir le licenciement pour inaptitude médicale. Le signalement précoce, assorti d'une démarche pluridisciplinaire et partenariale, est alors indispensable.



Les sigles du maintien dans l'emploi

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

FASTT : Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PDITH : Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SIADV : Service Interrégional d'Appui aux adultes Déficients Visuels

LES SOLUTIONS DE RELAIS ENTRE LE SOIN ET L'ENTREPRISE

Il existe plusieurs solutions de relais entre le soin et l'entreprise pour le maintien dans l'emploi de travailleurs en situation de handicap. Ces mesures relèvent de l'assurance maladie. Le temps partiel thérapeutique fait partie de ces dispositifs, il est maintenant bien connu des entreprises et a été particulièrement développé lors de la première journée santé et travail de Saint-Malo en 2008. Deux autres possibilités sont présentées ici, la réadaptation dans un centre spécialisé et le contrat de réadaptation en entreprise. La mise en place de ces mesures nécessite un repérage le plus en amont possible des difficultés qui se présenteront lors de la reprise du travail. Elles vont également nécessiter l'organisation d'un travail en réseau entre les professionnels du soin, de l'assurance maladie, de la rééducation, de la réadaptation pour évaluer et optimiser ce retour au travail après un accident de santé.

Pour essayer de mieux comprendre les difficultés inhérentes au signalement précoce et celles liées à l'orientation vers la solution de retour à l'emploi la plus appropriée, il a été demandé au Docteur Baudry, chirurgien orthopédiste à l'hôpital de Saint-Malo, avec qui les médecins du service STSM travaillent régulièrement, de nous présenter ce qu'on appelle dans le jargon médical un « cas clinique », c'est-à-dire l'histoire de la maladie d'une personne et les différentes phases qui vont accompagner son traitement.

Dr Cécile BAUDRY

Médecin orthopédiste - CH Saint-Malo



Il s'agit d'un patient de 40 ans, déménageur, droitier qui présente un traumatisme de l'épaule suite à une chute sur le moignon de l'épaule.

Il a été en arrêt dans les suites de cette chute et vient consulter pour des douleurs invalidantes,

aussi bien pour les activités quotidiennes que pour les activités de loisir. À l'interrogatoire, le patient déclare qu'il n'avait pas de soucis jusqu'alors et que sa gêne est apparue au moment de l'accident. L'examen clinique retrouve une tendinite du muscle sous-épineux. La radio montre un acromion un peu « agressif » et l'arthroscanner confirme une lésion partielle du sous-épineux qui n'intéresse pas toute l'épaisseur du tendon, sans aucune altération du muscle lui-même. Le patient décrit donc des signes d'apparition récente et une lésion que l'on peut traiter relativement facilement, on peut espérer obtenir la suppression des douleurs et une reprise d'activité correcte.

On programme donc une intervention chirurgicale sous arthroscopie, une acromioplastie est pratiquée pour supprimer la cause du conflit, puisque c'est ce conflit qui entraîne la tendinopathie. Dans les suites de l'intervention le patient bénéficie d'une rééducation correctement suivie et menée. On le revoit trois mois après, avec sur le plan clinique, une nette amélioration des douleurs même s'il garde quelques légères douleurs mécaniques, mais, par contre, il se plaint d'un manque de force et surtout d'une incapacité à effectuer des gestes en hauteur ou au-dessus du plan de l'épaule. On prolonge alors la rééducation et l'arrêt de travail. Malheureusement, à six mois, il y a peu d'évolution. Il n'y a quasiment plus de douleur mais il n'arrive pas à avoir des activités prolongées, ni à porter des objets lourds, il n'arrive pas à monter les bras au-dessus du plan de l'épaule et reste donc très limité. On complète alors le bilan paraclinique : il n'y a plus de problème sur l'acromion mais l'arthroscanner confirme que la tendinopathie est toujours là, sans être majorée. Il n'y a pas de perforation, pas d'anomalie au niveau du groupe musculaire. On arrive donc à un stade où l'on n'a plus beaucoup de solutions chirurgicales à proposer au patient, on n'est pas sûr que, même avec le temps, on puisse lui apporter une amélioration sur la fatigabilité et sur sa capacité à porter des charges lourdes... Le médecin se trouve alors dans une situation difficile avec un patient toujours en arrêt de travail et qui n'est pas sûr de pouvoir reprendre son activité professionnelle, d'autant plus qu'il est déjà très gêné dans la vie de tous les jours.

Les données du problème médical sont donc les suivantes : initialement le traitement et le temps de repos auraient dû permettre un retour au poste de travail de cette personne, cependant l'évolution clinique laisse une incapacité physique importante. Il ne s'agit pas d'une complication médicale ni d'une insuffisance de prise en charge, mais de l'expression des facteurs de variabilité individuelle devant la santé. La question du retour au travail se pose souvent tardivement dans ces situations. La première démarche doit se faire par la visite de pré-reprise lorsque le médecin traitant, ici le chirurgien orthopédiste, a des raisons de penser que l'état de la personne est stabilisé. L'orientation vers un centre de réadaptation professionnelle peut être envisageable.

Dr Félix DARNAJOU

Médecin MPR - CRP Patis Fraux



“

Le chirurgien est satisfait de son intervention, pourtant, malgré l'amélioration clinique, l'avenir professionnel de ce patient reste incertain : "va-t-il pouvoir reprendre ou non son travail ?" Le pronostic semble plutôt

de mauvais augure, compte tenu des exigences de son activité professionnelle de déménageur, alors que faire ?

Lors de la visite de pré-reprise le médecin du travail décide d'adresser le patient au centre du Patis-Fraux pour une évaluation et une préparation à la reprise d'activité. Le centre du Patis-Fraux est un centre de réadaptation qui, sur un même site, accueille plusieurs structures, notamment une unité sanitaire, ex « convalescence active », appelée aujourd'hui « unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel » URFMP. Cette unité a pour rôle d'aider le passage « du médical au professionnel » c'est-à-dire, justement, de faire le lien entre une situation médicale et fonctionnelle pas totalement aboutie et la question de la reprise d'activité professionnelle, et donc, ici, du retour en entreprise et du maintien à l'emploi...

Les objectifs d'un séjour pour une personne adressée pour un problème d'épaule se posent en termes de réadaptation fonctionnelle : comment améliorer la fonction, au-delà de ce qui a déjà été fait dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle classique, en poursuivant le réentraînement à l'effort, en développant des compensations ?

Le deuxième niveau c'est d'évaluer l'importance de la

situation handicapante dans la vie quotidienne et dans la vie professionnelle (par rapport aux déplacements, aux activités de son travail) et donc en mesurant les limites rencontrées pour faire un tour complet de la situation. Le troisième niveau c'est d'aider psychologiquement cette personne qui, de fait, se pose beaucoup de questions quant à son avenir, et de la remettre en confiance.

Faut-il envisager le retour en entreprise ? Il est déménageur et si les contraintes physiques sont désormais difficilement compatibles avec ses capacités actuelles, peut-être y a-t-il une autre carte à jouer dans l'entreprise ? Si les chances de reclassement dans l'entreprise sont faibles, il faut l'aider à amorcer une réflexion sur d'autres solutions professionnelles, pour ne pas le laisser face à un grand vide ou à une forte angoisse devant l'avenir, tout en poursuivant le programme de réadaptation fonctionnelle.

La durée moyenne de séjour est de 30 jours ou 6 semaines dans l'unité de réadaptation (URFMP). C'est long et c'est court sur un parcours de vie... Nous sommes sollicités 430 fois par an sur des situations de difficultés de reprise à l'emploi qui ne sont pas toutes retenues, entre autres parce que les places sont limitées.

On retrouve presque toujours des situations proches de celles dont le Docteur Aubry vient de nous parler, avec des personnes en situation d'accident de travail, de maladie professionnelle, voire de maladie tout court et qui ont des arrêts de travail qui vont se prolonger parce que, parfois, personne ne sait plus très bien que faire... alors on attend... et la situation dure et se complique. Et malheureusement la problématique des gens qui viennent chez nous est devenue à la fois médicale sociale et professionnelle. Il serait sans doute bien plus pertinent de les orienter plus vite pour limiter ce retentissement et être plus efficace.

Plus de 30% de nos admissions sont des personnes adressées par le médecin du travail. La population est masculine pour 75%, l'âge moyen est de 40 ans. Il y a une augmentation sensible des plus de 50 ans, et, on le voit, il existe de plus en plus de problèmes d'épaules et

de TMS. Nos patients sont bretons à 95%.

Pourquoi viennent-ils au centre ? 90% viennent pour des pathologies ostéo-articulaires. Depuis l'origine du centre en 1982, 50% viennent pour lombalgies, cervicalgies, dorsalgies... Le reste est constitué par des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) ou par des suites de traumatisme touchant épaule, coude, poignet, hanche, genou. Mais 80% des personnes accueillies présentent aussi des pathologies associées, ce qui est important à prendre en compte pour comprendre l'accentuation de cette situation handicapante. Globalement, 80% des gens hospitalisés ont un problème de dos (rachialgies) et c'est le motif d'admission pour un patient sur deux. 30% ont des difficultés psychologiques associées ou intriquées. 30% ont des pathologies annexes, obésité, diabète...

Le secteur du bâtiment et des travaux publics a toujours été notre grand « pourvoyeur », actuellement, c'est 25% des admissions, à une époque c'était près de 50%. Dans le reste des secteurs professionnels, assez variés, on tourne autour de 10, 12, 15%.

La prise en charge comporte une dimension de diagnostic, car à côté du motif pour lequel la personne est adressée (ici le problème d'épaule par exemple), il faut repérer l'ensemble des problématiques médicales et rechercher les autres éléments de la situation pouvant participer à la situation handicapante. La prise en charge thérapeutique et le programme de rééducation fonctionnelle et de réadaptation sont réalisés en complémentarité de compétences par les différents acteurs, de manière personnalisée et en lien avec le patient. Ce parcours de réadaptation et de réentraînement à l'effort est important car plus l'arrêt de travail dure dans le temps et plus le déconditionnement à l'effort apparaît, du fait d'une perte du niveau d'activité globale, parfois compliquée par la kinésio-phobie (les patients n'osent plus bouger ou utiliser le membre lésé parce qu'ils ont peur de se faire mal...).

Il faut à tout prix stopper le cercle vicieux qui s'installe avec ses conséquences sur le plan physique et psychologique.

Le rôle du centre du Patis-Fraux c'est aussi l'accompagnement de ces patients douloureux chroniques, c'est de leur faire comprendre qu'on n'arrivera sans doute pas à leur ôter totalement leur douleur et qu'il va falloir « faire avec », c'est aussi de les remettre en confiance, leur dire et leur faire découvrir que, s'il y a des choses qu'ils ne peuvent plus faire, il y en a encore beaucoup d'autres qu'ils peuvent réaliser, enfin, c'est aussi d'agir dans la prévention des récurrences ou des aggravations.

Les équipes sont formées à un travail interdisciplinaire.

Durant l'hospitalisation il y a des soins, du réentraînement à l'effort, mais aussi des activités à caractère professionnel...

Un vaste plateau technique très diversifié permet de remettre les gens dans des situations réelles de travail en fonction des besoins. En pratique, il est nécessaire de

rendre le patient acteur de son parcours, après une longue période de soins passifs. Il faut qu'il « reprenne les commandes », qu'il se remobilise. Il y a chez les patients beaucoup de peur, beaucoup d'incertitudes, l'anxiété face à l'absence de « nouvelles » de leur entreprise ou de l'employeur, l'anxiété face aux problèmes financiers qui commencent... Il faut aider la personne à faire des choix, à se décider, à se positionner. Il faut obtenir une bonne dynamique, essayer de repérer les freins et les difficultés prévisibles à la reprise.

Sur trois ans de prise en charge, 300 réponses ont été obtenues à un questionnaire envoyé à un an de la fin de séjour : 85% des personnes sont repassées dans le circuit du travail, avec 40% en entreprise (dont la moitié a changé d'entreprise), les autres sont dans des circuits d'orientation, de recherche d'emploi. Seulement 20% sont toujours en arrêt ou sont passées en invalidité.

À propos de pathologies de l'épaule, une étude a été faite et été présentée récemment par ma collègue, le docteur Hélène Ménard, sur 34 patients qui ont séjourné au centre. On voit déjà que la tranche d'âge est relativement élevée pour les problèmes d'épaule. Pour les gens plus jeunes ce sont surtout des accidents avec des chutes, pour les autres, plutôt des ruptures dégénératives. (Dans cette étude il y a tout de même 27 personnes au-delà de 40 ans.) En maladie professionnelle, il y a 13 cas dont 6 opérés, avec un seul maintien en entreprise à un poste aménagé. On retrouve 13 accidents de travail, dont trois maintiens en entreprise, un poste antérieur aménagé, deux reconversions internes. En maladie, on a 6 patients, 3 opérés, 5 licenciés dont un reclassé, et une poursuite de soins. Ce sont des patients présentant des polyopathologies. (Cette étude présente un biais, elle concerne les cas « difficiles » dont les tentatives de reprise ont le plus souvent échoué, et elle ne reflète donc pas obligatoirement les résultats de la chirurgie en général, mais elle soulève des problématiques qu'il faudrait élargir, car on s'aperçoit que le retour au travail n'est pas évident.)

La question du lien entre travail et douleur dans le cadre de l'apparition et du développement des TMS, et celle des différentes composantes qui interviennent dans leur apparition a été posée. Les études effectuées (notamment celles de l'ANACT) montrent qu'un geste répétitif en soi n'est pas, à lui seul, capable de provoquer des TMS. Notre expérience nous confirme qu'il faut aussi qu'à un moment donné, la personne en situation soit débordée par son activité pour que s'installe un cycle infernal. Souvent la personne veut toujours en faire plus et tenir coûte que coûte ; ceux qui sont les plus atteints sont ainsi, souvent, les plus « bosseurs », ceux pour qui la valeur travail est importante et qui se trouvent dans des situations très difficiles parce qu'ils ont vraiment joué le jeu jusqu'au bout et qu'ils ne lâchent que quand vraiment ils n'en peuvent plus...

En conclusion, dans les problèmes d'épaule, beaucoup de métiers concernés sont ceux où les gens travaillent avec les membres supérieurs en suspension avec hyperactivité et mouvements répétés et contraints, mais, toujours avec cette composante qui touche à l'organisation du travail, au débordement, au stress et à la difficulté de faire face. On constate dans l'étude faite au centre sur les épaules la fréquence des pathologies intriquées et d'une atteinte du membre controlatéral non exprimée, mais latente. Pour nous, une difficulté est celle de savoir jusqu'où on peut pousser la réadaptation sur toutes ces épaules opérées parce que les consignes ne sont pas toujours clairement établies pour savoir à partir de quand on peut forcer et jusqu'à quel niveau. On sait, à travers nos

tests fonctionnels, que la réadaptation, le réentraînement à l'effort apportent un mieux aux personnes, mais la progression n'est pas toujours suffisante pour franchir le pas du retour à l'emploi, surtout pour les travailleurs âgés. En dehors du plan médical il y a, bien sûr, beaucoup de conséquences sur le plan familial, sur le plan social, sur le plan financier. Il faut donc lutter pour les éviter et le maître-mot reste la prévention, et donc la précocité du repérage de ces problèmes dans l'entreprise qui doit permettre la mise en œuvre des actions de correction dès que possible. Dans l'idéal, la chirurgie devrait être précédée d'un bilan de la situation socioprofessionnelle pour bien mesurer les différents enjeux.

”

Une autre solution peut également être envisagée avec le salarié lors de la visite de pré-reprise : le contrat de réadaptation en entreprise.

Josiane LE GUEN
Contrat rééducation CPAM



“

Je suis conseiller en rééducation professionnelle au sein de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rennes. Ma première mission est d'aider les travailleurs handicapés à retrouver un métier qui soit

compatible avec leur état de santé par l'accès à des stages de mobilisation, des stages de pré-orientation, des formations. Une autre de mes missions est donc la mise en place de contrats de rééducation en entreprise.

Un contrat de rééducation professionnelle est un contrat écrit, passé entre la caisse primaire, l'employeur et le salarié, contrat d'une durée de trois mois à un an. Ce contrat doit permettre la remise au travail des personnes qui, du fait d'un problème de santé, ont perdu la possibilité d'exercer leur profession ou, pour qui, un temps de réentraînement au travail est nécessaire. L'idée est que la caisse primaire apporte une aide financière à l'entreprise pour faciliter cette reprise et, en contrepartie, l'employeur respecte les restrictions d'aptitude qui sont

préconisées par le médecin du travail et accepte les éventuels aménagements d'horaires de travail.

Toutes les personnes présentant un problème de santé - en maladie, en accident de travail ou en maladie professionnelle - et bénéficiant de la reconnaissance « travailleur handicapé » par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées peuvent bénéficier du contrat de rééducation.

C'est, en règle générale, le médecin du travail qui est à l'initiative de la demande. Mais cette demande peut également émaner de la personne elle-même ou d'une personne de son entourage. Cela peut venir aussi d'un centre hospitalier, d'un centre de rééducation professionnelle, d'un employeur, du SAMETH, d'HANDI-BAT-TP. Mais, dans tous les cas la demande doit être accompagnée d'un certificat médical du médecin du travail.

Le point de départ du contrat de rééducation est la date de reprise du travail, sachant que ce contrat peut être mis en place à l'issue d'un temps partiel thérapeutique. Le médecin du travail choisit la mesure la plus appropriée. S'il choisit dans un premier temps de faire reprendre la personne à temps partiel, le salarié va percevoir des indemnités journalières pour le temps non travaillé et être rémunéré par l'employeur pour le temps travaillé. Dans le cadre d'un contrat de rééducation, c'est une reprise à temps plein mais l'employeur va percevoir une aide financière.

La procédure pour mettre en place un contrat de rééducation est la suivante : lorsque je reçois un certificat médical d'un médecin du travail qui demande la mise en place d'un contrat de rééducation, je prends contact avec l'entreprise et je me rends sur place pour expliquer ce

qu'est le contrat de rééducation. Le médecin du travail peut être présent, de même que le salarié. Les représentants syndicaux ou les représentants du personnel sont parfois également présents.

Il y a parfois nécessité de mettre en place une formation s'il y a un changement de poste de travail. Le volet formation n'est pas pris en charge par la caisse primaire, c'est alors le SAMETH qui monte le dossier de rémunération.

Nous convenons avec l'employeur de la durée du contrat de rééducation, du salaire à prendre en compte et de la participation de la caisse primaire pendant la durée de ce contrat, sachant que la participation maximale peut atteindre 80% du salaire brut pendant un temps donné. Cela peut être aussi une participation variable, par exemple pour un contrat mis en place pour 6 mois, la caisse primaire peut intervenir les 3 premiers mois pour

80% du salaire brut et les 3 mois suivants simplement pour 60%, le travailleur retrouvant une capacité de travail de manière progressive.

Le contrat de rééducation est ensuite signé par la caisse primaire, par l'employeur et par le salarié et visé par la Direction du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Il faut retenir que ce contrat est un outil à la disposition du médecin du travail, il lui permet de ne pas poser l'inaptitude directement mais d'observer les capacités de travail du salarié. Il s'agit d'une tentative de reprise qui dans la mesure où l'employeur est aidé financièrement va être acceptée plus facilement. La reprise peut être un échec mais le contrat de rééducation aura permis, au moins, au médecin du travail de se rendre compte de la capacité de travail du salarié en question.



LES AIDES TECHNIQUES ET SOCIALES MOBILISABLES

Le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap demande beaucoup de temps au médecin du travail et ce temps est utilisé au détriment de son action pourtant prioritaire de prévention primaire. De plus, le traitement des parties techniques et administratives du maintien dans l'emploi ne relève pas obligatoirement de la compétence médicale et enfin, le maintien dans l'emploi requiert de multiples compétences dont la mise en œuvre et le suivi d'actions nécessitent une centralisation de l'information. Ces trois raisons ont conduit le service de santé au travail de Saint-Malo à mettre en place une cellule d'appui technique au maintien dans l'emploi pour les travailleurs en situation de handicap. Le principal objectif de cette action est de favoriser le maintien au poste de travail, ou à un autre poste de travail dans l'entreprise, des travailleurs en situation de handicap, pour ainsi éviter le risque de licenciement pour inaptitude médicale et le risque de désinsertion professionnelle. Le but est d'optimiser les ressources internes et externes au service pour offrir au salarié, à l'employeur et au médecin du travail une aide lorsque les solutions et les ressources internes à l'entreprise sont dépassées. Lorsque le médecin du travail est informé ou repère une situation de handicap au travail pour un salarié, il peut proposer à celui-ci de rencontrer l'assistante MDE au sein de notre service. Cette rencontre se fait toujours avec le consentement de la personne. La composition de notre cellule maintien dans l'emploi peut être mouvante. Elle comporte au minimum le médecin du travail et l'assistante MDE. Ce binôme peut être complété en interne par l'intervenante du SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés), ainsi que par l'ergonome de notre service. La cellule est en contact direct avec un réseau d'acteurs externes mobilisables selon les besoins.

Pour mieux comprendre le fonctionnement de cette cellule, Maud Haqueberge, assistante MDE du STSM et Patricia Gérodier, chargée de mission SAMETH, exposent leur rôle respectif au sein de cette cellule et Sébastien Duval, chargé de mission FASTT (Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire pour les intérimaires victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles), qui un des intervenants extérieurs à cette cellule, présente son action spécifique en faveur du maintien dans le projet professionnel des travailleurs intérimaires victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles.

Maud HAQUEBERGE
Assistante MDE - STSM



“

Les principales missions de l'assistante MDE sont, d'abord, l'écoute le conseil et l'accompagnement de ces travailleurs en situation de handicap, dans un second temps c'est la

gestion des dossiers de demande de prestations puis la coordination entre les différents acteurs internes et externes au service.

Dans un premier temps, il faut donc savoir être à l'écoute du salarié, de ses attentes, de ses besoins et appréhensions. Il faut recenser les besoins de la personne afin de mobiliser les bons outils et les acteurs nécessaires. Il est indispensable d'informer le salarié sur ce qu'est la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et dans un deuxième temps il faut l'aider à constituer le dossier de demande de RQTH, il

faut ensuite assurer le suivi de ces salariés durant toutes les étapes du maintien dans l'emploi. L'assistante MDE gère également les dossiers de demande de prestations, elle assure le traitement des dossiers auprès des salariés ou employeurs, auprès des divers interlocuteurs, tels la MDPH ou l'AGEFIPH. La troisième mission est de coordonner l'intervention des acteurs internes et externes au service. La coordination de l'action des acteurs internes consiste à organiser le travail en équipe, rechercher et mettre en place des solutions de maintien dans l'emploi pour le salarié en collaboration avec le médecin du travail et la chargée de mission du SAMETH. Des études ergonomiques peuvent être réalisées par les ingénieurs prévention du service. La coordination avec les acteurs externes au service s'apparente à un travail en réseau. Ces acteurs peuvent appartenir à l'AGEFIPH, aux CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination d'Ille-et-Vilaine), au FASTT ou au SIADV (service interrégional d'appui aux adultes déficients visuels)...

Depuis le début de cette année, 60 dossiers de RQTH ont été faits, 7 dossiers prestations de compensation du handicap et 4 dossiers de demande de subvention AGEFIPH.

Enfin, ma mission est également d'être un soutien psychologique auprès des personnes en situation de handicap durant le temps des démarches.

”

Patricia GERODIER
Chargée de mission au sein du Service d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi pour les Travailleurs Handicapés en Ille-et-Vilaine

“

Les SAMETH sont des services personnalisés et gratuits mis à disposition par l'AGEFIPH – Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées – c'est l'organisme collecteur de fonds auprès des entreprises privées qui relèvent de l'obligation d'emploi. Ces fonds sont réinjectés par l'AGEFIPH en faveur de l'emploi et de la formation des personnes handicapées et également en faveur de leur maintien en entreprise au travers des SAMETH.

Le SAMETH 35 est un service porté par la structure ADIPH, Association Départementale pour l'Insertion

des personnes Handicapées qui a répondu à un appel d'offre, et ce, pour les trois ans à venir. Le SAMETH a pour vocation de répondre à la question suivante : comment maintenir en emploi un salarié dont le handicap survient ou s'aggrave ou qui se trouve être en difficulté pour des raisons de santé sur son poste de travail ? La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la liste des bénéficiaires, à savoir les travailleurs qui ont une RQTH – Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé – délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, les titulaires d'une pension d'invalidité qui réduit d'au moins 2/3 leur capacité de travail, les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, avec un taux d'incapacité au moins égal à 10% et les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé. Il y a d'autres publics concernés comme les veuves de guerre. Les objectifs de notre service sont de prévenir la désinsertion professionnelle et de préserver l'emploi des salariés handicapés de manière durable, pour cela nous intervenons en soutien auprès des médecins du travail,

des employeurs et des salariés, pour identifier et mettre en place une solution de maintien qui permettra au salarié de conserver son emploi. Les services maintien dans l'emploi sont présents dans chacun des départements de France et interviennent aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public, grâce à deux financeurs, à la fois l'AGEFIPH pour le secteur privé et le FIPHFP – Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique – pour les fonctions publiques. Nous pouvons intervenir sur les trois fonctions publiques, la fonction publique d'État, la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale.

Notre mission consiste à délivrer des informations sur le maintien dans l'emploi, à éclairer sur les possibilités d'une démarche de maintien lorsque cette situation est clairement identifiée, à faciliter la mise en œuvre des solutions qui ont été trouvées et à aider à la recherche et mise en œuvre de solutions lorsque cela demande une démarche beaucoup plus complète. Nos missions s'inscrivent dans une démarche d'action commune entre les SAMETH et les services de santé au travail. Le rôle du SAMETH s'inscrit dans le prolongement des missions des services de santé au travail qui ont, elles-mêmes, pour objet la prévention et la promotion de la santé des personnes au travail. Nous intervenons en complémentarité des partenaires qui œuvrent dans le champ du maintien, tels que les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la MDPH. Il y a une particularité sur le bassin de Saint-Malo. La rencontre de nos deux services, le STSM et le SAMETH 35, qui s'est effectuée lors de la première Journée Santé et Travail, en novembre 2008, a permis de faire valoir un souhait commun, celui d'une collaboration de proximité. Ce rapprochement, depuis janvier 2009, s'est traduit par



une présence quasi hebdomadaire du SAMETH dans les locaux du STSM, qui a permis de renforcer le dialogue entre les médecins et notre service. Une collaboration également permanente avec l'assistante maintien dans l'emploi et l'ensemble des médecins a permis de définir des plans d'action concertés à présenter aux travailleurs handicapés et à leurs employeurs, tout en respectant, bien entendu, les règles de confidentialité inhérentes en la matière. Le chargé de mission SAMETH a pu alors assurer la conduite et le suivi des actions mises en place en collaboration avec le réseau d'acteurs et surtout avec l'assistante MDE. Ce rapprochement a aujourd'hui pris la forme d'un véritable partenariat puisque, depuis octobre, pour optimiser une synergie de moyens et d'actions au bénéfice des usagers, entreprises et salariés, le STSM a intégré

notre service SAMETH dans sa cellule d'appui technique au maintien dans l'emploi.

Pour illustrer cette collaboration, je peux vous donner quelques chiffres arrêtés au 30 septembre. On a traité, de mars à septembre, 27 situations de maintien ; cela a abouti à 17 maintiens réussis (63%), 5 licenciements pour inaptitude médicale ont été prononcés et 5 salariés sont encore en arrêt de travail. Par maintien réussi il faut entendre que le salarié a été maintenu dans son entreprise ou dans le groupe auquel elle appartient, que ce soit sur son poste ou sur un autre poste de travail.

En conclusion, il faut répéter que la réussite d'un maintien dans l'emploi nécessite un repérage précoce des situations de handicap, une collaboration entre les médecins et un réseau d'acteurs et, bien entendu, la volonté conjointe de l'employeur et du salarié d'aboutir à une solution durable. En résumé : le maintien dans l'emploi c'est bien l'affaire de tous.

”

Sébastien DUVAL
Chargé de mission FASTT

“ Le FASTT est une association paritaire créée en 1992 à l'initiative des syndicats d'employeurs et de salariés. Les actions du FASTT sont financées par une contribution obligatoire de toutes les entreprises de travail temporaire de 0,146% de la masse salariale des contrats de travail temporaire qui correspond à un budget de 19 à 20 millions d'euros sur l'ensemble du territoire français. C'est une organisation

qui repose sur un réseau de partenaires spécialisés pour la mise en œuvre de ses services.

Le FASTT a quatre domaines d'intervention : la facilitation pour l'accès au logement, l'accès au crédit, ou la réalisation de missions et l'accompagnement, l'information, le conseil et l'orientation. L'offre à disposition est conséquente avec, par exemple, les possibilités de garde d'enfant d'urgence ou de location de voiture à tarif préférentiel, la recherche d'une solution de logement pour un salarié qui travaille à 200 km de chez lui... le but est de favoriser la mission d'intérim.

Le FASTT, c'est une dizaine de personnes à temps plein sur Paris et des prestataires qui répondent à des appels d'offre. Le RESSIF - Réseau des Services Sociaux

Interentreprises de France - intervient pour le service d'action sociale, le service social interentreprises de Rennes en fait partie.

Le service d'action sociale du FASTT regroupe environ 40 assistantes sociales sur l'ensemble du territoire français, une coordination nationale, quatre conseillères techniques et neuf assistants sociaux spécialisés dans la problématique du maintien dans le projet professionnel dont je fais partie.

Le service d'action sociale du FASTT est un service social du travail. L'action des assistantes sociales se concentre sur toutes les questions susceptibles d'impacter la disponibilité à l'emploi. Il peut, par exemple, intervenir financièrement pour les réparations de voitures, car on comprend bien que si la voiture est en panne, l'intérimaire ne peut pas se rendre sur le lieu de la mission. Les services d'action sociale du FASTT s'adressent à tous les intérimaires qui en ressentent le besoin et une priorité est donnée aux intérimaires accidentés du travail. Plusieurs études ont été faites et ont montré qu'il y a entre 30 et 50% de plus de risques pour un intérimaire d'avoir un accident de travail que pour un salarié en CDI.

Notre intervention se base sur l'écoute, l'information, l'orientation et la mise en relation dans le cadre d'un travail partenarial important avec les collègues des CRAM, les médecins du travail, les MDPH, etc.

Deux numéros verts sont à la disposition des intérimaires, le plus connu, le 0 800 28 08 28, met en relation avec une plateforme où toute demande peut être exprimée, que ce soit, par exemple, une demande de location de voiture ou une problématique sociale pure. La plateforme reçoit l'information et transmet la demande à l'assistante sociale du secteur géographique où réside l'intérimaire. Le numéro vert d'AT-services – 0 811 555 828 – est réservé aux intérimaires victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle lors d'une mission. Avec AT-services on peut organiser le rapatriement d'un intérimaire hospitalisé loin de chez lui, mettre en place des aides à domicile, telles qu'aide ménagère, garde d'enfants, voire la garde des animaux. AT-services travaille avec l'IAPR (Institut d'Accompagnement Psychologique et de Ressources), des psychologues peuvent ainsi intervenir en cas d'accident de travail



traumatisant auprès de l'intérimaire ou éventuellement de sa famille. AT-services ou la plateforme généraliste peuvent diriger vers une des 40 assistantes sociales pour un suivi social plus important. Cette assistante sociale référente fait une première évaluation et en cas d'accident du travail évalue la nécessité d'une aide au retour à l'emploi. En général, avec l'intérim, pour un accident de travail important, la mission s'arrête bien avant le retour à l'emploi et c'est pour cela que l'on parle de maintien dans le projet professionnel. S'il y a une nécessité de

maintien dans le projet professionnel, l'assistante sociale généraliste m'adresse la personne.

Les intérimaires effectuant des missions cotisent au fonds de prévoyance REUNICA BAYARD. Ce fonds peut être sollicité pour compléter les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, ou peut compléter aussi en cas d'invalidité ou de pension d'invalidité.

Le FAFTT (Fonds d'Assurance Formation du Travail Temporaire) est un organisme qui peut être sollicité pour les bilans de compétence et, au même titre que le

CIF pour tout autre salarié, pour des formations plus longues.

J'anime le dispositif sur trois régions : Haute et Basse Normandie et Bretagne. L'objectif général est d'accompagner les salariés intérimaires accidentés du travail confrontés à une problématique de maintien dans l'emploi. Je reste le référent qui accompagne l'intérimaire tout au long de son parcours de réinsertion en lien avec les partenaires du réseau de l'intérim (l'entreprise de travail temporaire, le FAFTT...) et du réseau du handicap (MDPH, médecins du travail...). On préconise une prise en charge précoce de l'intérimaire suite à son accident de travail. L'intervention peut se faire dès réception du signalement. Je peux être interpellé par les partenaires extérieurs, je travaille beaucoup avec les collègues de la CRAM par exemple, qui peuvent m'interpeler en direct. Il n'y a pas nécessité de passer spécialement par la plateforme. Les actions sont menées dans le respect du rythme de la personne et toujours en accord avec elle. Une vigilance constante est donnée sur le statut de la personne et une attention particulière portée à la viabilité du projet de reconversion.

Pour terminer cette présentation je donne l'adresse du site Internet www.fastt.org.

”

DEBAT

Question : « Quel est le nombre de bénéficiaires du FASTT ? Et quels sont les intérimaires qui en bénéficient ? Est-ce que ce sont les intérimaires qui sont dans l'intérim « par accident » ou ceux qui sont des « pro » de l'intérim ? Par ailleurs, 90% des intérimaires ne restent pas intérimaires quel sens faut-il donner au maintien dans le projet professionnel ? »

Sébastien Duval : « Parmi les intérimaires que je rencontre, certains ont fait une mission d'une journée et d'autres travaillent en intérim depuis 20 ou 30 ans. Je ne peux pas dire précisément la proportion. Le nombre de dossiers fluctue actuellement entre 70 et 90 sur l'ensemble des trois régions. Je suis basé sur la région rouennaise car c'est sur les bassins rouennais et havrais que l'on trouve le plus grand nombre d'accidentés du travail. C'est pour cette raison que le FASTT a eu cette volonté de positionner quelqu'un sur cette région. »

Question : « Quels sont les métiers effectués par ces intérimaires ? »

Sébastien Duval : « Ils appartiennent principalement aux métiers du BTP : maçons, coffreurs, bancheurs avec pour causes principales les chutes de hauteur, souvent importantes : 5 à 6 mètres et plus. On retrouve également les métiers de la métallurgie avec des amputations. »

Question : « Le SAMETH s'occupe du maintien dans l'emploi pour les CDI et le FASTT s'occupe du maintien dans le projet professionnel, pour les intérimaires, qu'y a-t-il pour les CDD ? »

Patricia Gérodier : « Le SAMETH peut également intervenir pour des personnes en CDD, mais le maintien dans l'emploi demande du temps or si le CDD est court... »

Benoit Dorémus : « Il doit y avoir une logique aux interventions pour le maintien dans l'emploi, si on intervient sur un aménagement de poste pour une personne en CDD, il faut que ce CDD ait des chances de se transformer ensuite en CDI. En effet, quel sens peut avoir l'aménagement de poste de travail pour une durée « déterminée » ? À la fin du CDD le travailleur part avec son « aménagement de poste » ? Et quel sens peut bien avoir une intervention de maintien dans l'emploi... précaire ? »

Daniel Lemoine - Inspecteur du Travail : « Pour avoir rencontré à plusieurs reprises des situations de CDD en accident de travail, je me dis que pour tous ceux qui travaillent autour de cette notion, c'est très intéressant, une fois que l'accident de travail est intervenu, de se poser la question de savoir si ce CDD



était un vrai CDD. Je dirais la même chose pour les intérimaires du reste. Est-ce que ce salarié victime d'un accident de travail, voire d'une maladie professionnelle, sous un statut a priori précaire, n'occupait pas en réalité un emploi permanent ? Si l'on prend le temps de se poser cette question, on va avoir un autre levier pour travailler sur le maintien dans l'emploi. Lorsqu'on va se retourner vers l'entreprise en disant : « vous avez eu quelqu'un qui a eu un accident de travail, qui n'avait pas beaucoup d'ancienneté, a priori le contrat s'est terminé pendant la période d'arrêt de travail, mais si on y regarde de plus près, on se rend compte que cette personne occupait un emploi permanent », plutôt que d'entrer dans un contentieux sur le véritable statut de ce salarié, est-ce qu'il n'est pas de bonne politique de travailler avec l'entreprise sur son retour à l'emploi, qui se concrétise dans ces cas-là effectivement par le CDI qui aurait dû prévaloir avant l'accident. »

CONCLUSION DES DEBATS

Monsieur François Massolo, délégué régional de l'AGEFIPH et monsieur Gilles Mathel, directeur départemental du travail et de l'emploi d'Ille-et-Vilaine, sont chargés de conclure les débats en apportant leur éclairage sur les objectifs de l'organisation du maintien dans l'emploi à l'échelle de la région et du département et sur l'intérêt de développer une organisation volontaire par les services de santé au travail sur un territoire donné.

François MASSOLO
Délégué régional AGEFIPH



“

L'AGEFIPH et l'État, en 2002, ont décidé de porter un regard sur les initiatives qui avaient été construites depuis 1990 en matière de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Il convient de préciser que ces actions ne constituent qu'une petite partie des solutions de maintien sans commune mesure avec l'ampleur du travail fait depuis des décennies par les services de santé au travail et les médecins du travail en premier lieu. Cependant, il y avait lieu de regarder ce que l'intervention de l'AGEFIPH avait pu générer comme initiatives. L'État s'était alors un peu ému auprès de l'AGEFIPH en constatant que certains territoires étaient mieux desservis que d'autres, des équipes plus étoffées que d'autres, des répartitions entre ce que fait le médecin du travail et ce que fait l'intervenant financé par l'AGEFIPH très différentes d'un territoire à l'autre. Cette hétérogénéité de pratiques pouvant entraîner une inégalité de traitement n'était plus acceptable.

C'est donc une étude conduite en 2002 par le cabinet

STRAVIA qui a mis tout ça à plat. Deux dynamiques ont suivi. La première est celle d'un protocole d'accord national signé en 2006 entre l'État, l'Assurance Maladie, la CNAMTS la caisse centrale de MSA et l'AGEFIPH pour mettre à plat leurs champs de compétence et à partir de là construire un cadre d'intervention plus homogène dans les territoires. Parallèlement, l'AGEFIPH a élaboré une offre de service, en laissant peut-être moins de liberté aux acteurs financés par l'AGEFIPH mais en essayant d'homogénéiser les pratiques, il en résulte aujourd'hui ces quatre services qui vous ont été présentés par le SAMETH 35. Il a donc fallu faire passer cette construction dans la pratique, en l'inscrivant dans la durée pour ne pas tout changer trop brutalement. Cela a laissé le temps à des chartes régionales de se négocier avec les mêmes institutions ; chacun s'est retrouvé autour de la même table à se redire qui devait faire quoi, avec quels moyens, et avec quels objectifs...

Aujourd'hui il y a environ 8000 maintiens de travailleurs handicapés par an réalisés par les dispositifs financés par l'AGEFIPH. Désormais, l'ordre de grandeur de l'objectif des SAMETH en Bretagne est de 600 (dont 190 en Ille-et-Vilaine) ce qui semble ridicule par rapport à ce que font les médecins du travail, mais, justement, ceci permet de se dire qu'il faut retenir le principe de valeur ajoutée. La vocation de la Charte départementale signée le 20 octobre est de faire en sorte que notamment cet outil qu'est le SAMETH, soit utilisé au mieux. Il y a là un fort enjeu. Des initiatives comme celles de Saint-Malo – et je remercie le docteur Dorémus de nous avoir invités – sont autant d'éclairages sur ce qu'il est possible de construire sur les territoires, parce que, encore une fois, le maintien dans l'emploi, c'est l'affaire de tous.

L'expérience des Côtes-d'Armor s'est construite très tôt

dans cette action, car, dès 1998, le préfet demande à Ohé-Prométhée à l'époque, d'étudier comment mettre en place un dispositif de maintien dans l'emploi, et, naturellement, le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (désormais plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés) a constitué un espace privilégié de concertation avec des acteurs plus nombreux comme les centres de réadaptation, au-delà du cercle restreint des services de santé au travail et de l'AGEFIPH. Ce qu'il faudrait arriver à construire, c'est une approche commune basée sur l'anticipation des situations. Sans doute le PDITH et demain ce qui lui

succédera seront facilitants.

Il faut différencier ce qui est de l'ordre de la rapidité de réponse à une sollicitation d'un employeur qui souhaite qu'on intervienne vite et le temps qu'il faut donner à la construction de la réponse. Ce qui compte c'est d'être vite en contact vis-à-vis d'une interpellation, mais après, il faut laisser les choses se construire dans le temps.

Enfin, la collaboration opérationnelle entre le Service de Santé au Travail de Saint-Malo et le SAMETH35 nous paraît particulièrement intéressante, nous l'observerons d'autant plus, que cette coopération concrétise l'idée que le maintien est bien l'affaire de tous.

”

Gilles MATHEL
Directeur Départemental du Travail
et de l'Emploi d'Ille-et-Vilaine



“

La charte départementale que nous avons signée le 5 octobre dernier n'a fait que traduire avec peut-être un nombre d'acteurs plus important ce qui a été réalisé par le service de

médecine du travail de Saint-Malo.

Si vous le permettez, je vais faire une petite digression sur le travail temporaire. Au 30 juin 2009, la Bretagne représente 4,5 % de l'emploi de salariés de droit commun en France, et 5,1% de l'emploi intérimaire, ce qui signifie que nous sommes sur-représentés en matière d'intérim. C'est important et en partie dû à la nature des activités, l'agroalimentaire, l'industrie automobile, le bâtiment. La première observation, d'importance, c'est que 90% des intérimaires ne choisissent pas l'intérim. Une bonne partie d'entre eux sont des jeunes, qualifiés ou non, mais trop souvent employés sur des emplois non qualifiés. Par ailleurs, l'intérim, ou plus généralement l'emploi précaire, est pourvoyeur d'accidents du travail. Nous pourrions imaginer qu'on aurait moins à intervenir sur les problématiques évoquées aujourd'hui si, en amont, on avait développé une prévention plus efficace. Ceci nous

ramène aux acteurs de la prévention, les employeurs, les salariés, les représentants du personnel, le médecin du travail, les autres services de prévention, notamment la CRAM, l'OPPBTB dans certains secteurs et l'inspection du travail elle-même, qui n'est trop souvent connue, et à tort, que sous un aspect répressif, alors que dans la réalité, elle intervient surtout sous la forme de conseils.

Dès lors, « comment anticiper sur des situations qui pourraient être à l'origine de difficultés ? », ce qui pose l'importance du dialogue social dans l'entreprise. Le paradoxe, cet après-midi, est que l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés concerne les entreprises de plus de 20 salariés, or ce sont celles qui en occupent moins de 20 qui recrutent et en emploient beaucoup, ce qui montre que le lien personnel entre l'employeur et les salariés constitue certainement un gage important de réussite. Dans les grandes entreprises, ce lien peut être remplacé par des institutions qui fonctionnent bien et une meilleure prise en compte en amont des conditions de travail. On constate également que les activités qui sont les plus génératrices de difficultés sont principalement le bâtiment et la métallurgie.

Dans l'exemple de Saint-Malo, on a bien noté que les différents partenaires interviennent de manière complémentaire pour assurer d'abord l'écoute du salarié puis son accompagnement. Cet accompagnement est une des clefs de la réussite, ainsi que la mise en musique de l'ensemble du partenariat autour du médecin du travail.

Le 5 octobre dernier, de nombreux partenaires ont signé la charte départementale de maintien dans l'emploi, l'État, représenté par la Direction Départementale du Travail, l'AGEFIPH représentée par François Massolo, l'assurance maladie, la MSA, les services de santé au travail, la MDPH, et également le régime social des indépendants. On l'observe, sur le terrain le partenariat

est extrêmement riche, il est en mouvement mais il existe certainement des marges de progrès. L'objet de la charte est de faire encore progresser les choses.

Les signataires de cette charte se donnent comme objectif d'optimiser la mise en œuvre et le suivi de la solution de maintien, prévoir et organiser les relais avec les dispositifs d'insertion ou les acteurs de la prévention et des risques professionnels, construire et alimenter un système partagé de recueil et de traitement de l'information, une banque de données, suivre les évolutions et capitaliser les expériences significatives, ce sont autant de thèmes qui intéressent le secteur qui nous occupe aujourd'hui mais qui peuvent être tout à fait dupliqués sur les problématiques d'emploi en général. Lundi dernier, Martin Hirsch le Haut Commissaire était présent à Rennes et nous avions sur

un plateau, comme aujourd'hui, des jeunes qui décrivaient leur parcours et on voyait que dans certaines situations c'était le fil qui manquait, c'est-à-dire que les jeunes allaient d'une structure à l'autre, n'avaient pas forcément le bon accompagnant, perdaient du temps...

L'autre objectif vise à repérer les besoins non couverts dans le département et à les analyser, à fixer les axes de progrès en tenant compte des particularités des départements, des bassins d'emploi et des branches professionnelles, de telle sorte qu'on ajuste à chaque fois la bonne réponse à la bonne situation.

Nous allons maintenant faire en sorte que l'État mette en place en Ille-et-Vilaine un comité de pilotage équivalent à ce qui existe pour le maintien dans l'emploi dans les Côtes-d'Armor et dans le Finistère.

”



**Et pour retrouver toutes ces informations
et bien d'autres encore concernant
le Service de Santé au Travail du Pays de Saint-Malo ...**

www.stsm35.net



Siège social Saint-Malo
4-6 rue Augustin Fresnel
BP 154
35408 SAINT-MALO

Tél : 02.99.81.12.22
Fax : 02.99.82.07.05

Centre annexe Dinard
2 rue Raphaël Veil
35800 DINARD

Tél : 02.99.46.13.36
Fax : 02.99.16.99.63

Centre annexe Dol
7 bis Bd Deminiac
35120 DOL-de-BRETAGNE

Tél : 02.99.48.22.62
Fax : 02.99.80.91.32