



06/2013

Réf. EUROGIP-85/F



Maintien dans l'emploi en Europe et au Canada

Politiques de réadaptation et de retour au travail

Actes des DÉBATS D'EUROGIP

du 19.03.2013 (Paris)

Programme de la conférence du 19 mars 2013
MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN EUROPE ET AU CANADA
Politiques de réadaptation et de retour au travail

Introduction aux Débats

- **Raphaël HAEFLINGER**, Directeur d'EUROGIP

Les enjeux du maintien dans l'emploi

- **Dominique MARTIN**, Directeur des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, France
- **François ATGER**, Directeur de la communication, chargé des affaires internationales, Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph), France
- **Stéphane PIMBERT**, Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), France
- **Laurent VOGEL**, Chercheur, Département Conditions de travail, Santé et Sécurité, Institut syndical européen (ETUI)

Politiques nationales de gestion de l'incapacité, maintien dans l'emploi, retour au travail

- **Philippe CALATAYUD**, Responsable du secteur Suisse romande et Tessin de la division prestations d'assurance, Suva, Suisse
- **Doris HABEKOST**, Responsable de l'Unité Participation au marché du travail et Gestion de la réadaptation, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV, Assurance accidents obligatoire), Allemagne
- **Vigdís JÓNSDÓTTIR**, Directeur, Fonds de réadaptation professionnelle (VIRK), Islande
- **Therese KARLBERG**, Responsable de la division Retraite anticipée, Prestations invalidité et Accidents du travail, Försäkringskassan (Agence d'assurance sociale), Suède
- **Claude SICARD**, Vice-président, Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), Canada
- **Glen WINZOR**, Directeur de la coordination de la recherche, Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA, Centre pour la recherche sur l'environnement de travail), Danemark

Projet européen "Travail sain pour les travailleurs souffrant d'une maladie chronique"

- **Nettie VAN DER AUWERA**, Chef de projet, European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP, Réseau européen pour la promotion de la santé au travail)

La mobilisation autour des entreprises

- **Jean-Michel BACHELOT**, Ingénieur Conseil en prévention des risques professionnels, Caisse d'assurance retraite et santé au travail (Carsat) des Pays de la Loire, France
- **Pascal CORBINEAU**, Médecin du travail, Airbus Nantes, France
- **Katrien BRUYNINX**, Chef de projet, Prevent, Belgique
- **Annette GÄSSLER**, Spécialiste en médecine du travail, Allemagne
- **Juha MIKKOLA**, Directeur général, Association d'assurance réadaptation (VKK), Finlande
- **Zinta PODNIECE**, Chef de projet, Unité Prévention et Recherche, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)
- **Joy REYMOND**, Chef des services de réadaptation professionnelle, Unum, Directeur de l'Association de réadaptation professionnelle et du Conseil national de réadaptation, Grande-Bretagne

Animation des Débats :
Régis de CLOSETS, journaliste

Préambule

Afin de compléter les informations succinctes données par les intervenants sur le contexte assurantiel du pays concerné, nous invitons le lecteur à consulter les publications d'EUROGIP ou les liens Internet relatifs aux pays suivants :

- “Point statistique AT/MP **ALLEMAGNE** (données 2009-2010)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_All0910_71FR.pdf.pdf
- “Point statistique AT-MP **BELGIQUE** (données 2008)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_Bel08_56FR.pdf
- “Point statistique AT/MP **DANEMARK** (Données 2004-2010)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_Dan0410_67FR.pdf
- “Point statistique AT/MP **FINLANDE** (Données 2008)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_point_stat_FI08_66F.pdf
- “Point statistique AT/MP **FRANCE** (données 2010)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_Fr10_76FR.pdf
- “Point statistique AT-MP **GRANDE-BRETAGNE** (données 2008-2009)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_GB08_09FR.pdf
- “Point statistique AT/MP **SUÈDE** (Données 2008-2009)” :
http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_Suede08_09FR.pdf
- “L’assurance contre les risques professionnels en **SUISSE**” (2012) :
http://www.eurogip.fr/images/documents/3480/Eurogip_ATMP_Suisse_80FR.pdf
- <http://www.eurogip.fr/fr/liens-utiles> :
Liens utiles vers les sites officiels des organismes nationaux d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans les États membres de l'Union européenne

Introduction aux Débats

Raphaël HAEFLINGER, Directeur d'EUROGIP

Bienvenue aux Débats d'EUROGIP, consacrés cette année au maintien dans l'emploi en Europe et au Canada. Vous êtes nombreux à participer à cette manifestation annuelle qu'EUROGIP organise sur un sujet d'actualité portant sur les risques professionnels en Europe.

Aujourd'hui, nous allons vous présenter les politiques mises en œuvre au bénéfice des personnes victimes d'un problème de santé, en particulier d'origine professionnelle. Ce choix ne doit rien au hasard, il est notamment lié au programme dans lequel la France s'est engagée et dont Dominique MARTIN va vous parler sans tarder.

EUROGIP a pour mission d'observer les dispositifs étrangers et de favoriser les échanges d'expériences. Le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle constituent des priorités anciennes dans plusieurs pays étrangers représentés aujourd'hui. Les mesures de maintien dans l'emploi qui existent hors de nos frontières sont souvent intrinsèquement liées aux systèmes d'assurance contre les risques professionnels. Le maintien dans l'emploi et la réadaptation médicale des victimes d'AT/MP⁽¹⁾ font partie intégrante des prestations de l'assureur. À ce titre, ces prestations précèdent parfois l'indemnisation.

Au niveau communautaire, la Stratégie de santé et sécurité au travail 2007-2012 encourageait les États membres à intégrer dans leur politique nationale des actions spécifiques pour améliorer la réhabilitation et la réintégration des travailleurs exclus du marché du travail à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.

Par le biais des expériences étrangères, il sera question aujourd'hui de détection précoce des risques de désinsertion professionnelle ; réadaptation médicale et sociale des victimes ; maintien dans l'emploi au sein même de l'entreprise, grâce à un aménagement du poste de travail ou à l'affectation à un nouvel emploi ; maintien en emploi, c'est-à-dire de reclassement externe dans un métier qui n'est pas nécessairement le même ; l'organisation de la gestion des cas par les organismes d'assurance accidents du travail au travers de la notion de case management.

Nous souhaitons que chacun s'imprègne des expériences des autres pays et puisse comprendre à la fois la logique d'assurances sociales et les pratiques étrangères, tout en prenant conscience des difficultés de la gestion de la réadaptation professionnelle.

Je rappelle à ceux qui ne nous connaissent pas, que EUROGIP a été créé il y a 20 ans sous la forme d'un groupement d'intérêt public par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS, l'assureur français des salariés et des entreprises du secteur privé, et par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. EUROGIP est une petite structure administrée par un conseil d'administration paritaire.

Au-delà de cette manifestation annuelle que constituent les Débats, EUROGIP réalise des études et des enquêtes portant sur les risques professionnels en Europe. Le dernier rapport, élaboré en collaboration avec dix organismes d'assurance étrangers, traite de la reconnaissance comme accidents du travail ou maladies professionnelles des pathologies psychiques liées au travail⁽²⁾.

EUROGIP collabore également à des projets d'intérêt communautaire, notamment en coopération étroite avec l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA à Bilbao), qui diffuse de l'information et des bonnes pratiques sur les risques professionnels. Le Groupement répond aussi à des appels d'offres de la Commission européenne. Il a ainsi rédigé des guides d'application de directives sur la santé et la sécurité au travail ou récemment il a collaboré à un projet relatif aux systèmes de maladies professionnelles en Europe⁽³⁾.

Enfin, EUROGIP exerce une veille quotidienne sur les risques professionnels en Europe. Cette veille alimente notamment des lettres d'information disponibles sur notre site Internet (www.eurogip.fr), en français et en anglais.

EUROGIP a par ailleurs deux activités plus techniques :

- la coordination d'un réseau d'experts de la branche AT/MP, qui participent à l'élaboration des normes internationales et européennes en matière de santé et sécurité au travail ;
- la coordination des organismes notifiés pour la certification réglementaire des machines et des équipements de protection individuels au niveau français par délégation des ministères chargés du Travail et de l'Agriculture ; au plan européen, pour les machines, par contrat avec la Commission européenne.

Régis de CLOSETS animera les Débats, comme il le fait depuis deux ans. Je remercie les intervenants ainsi que les participants, dont certains nous sont fidèles depuis plusieurs années. ●

[1] AT/MP: accident(s) du travail / maladie(s) professionnelle(s)

[2] Réf. Eurogip-81/F sur http://eurogip.fr/images/documents/3473/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf

[3] <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9982&langId=en>

Les enjeux du maintien dans l'emploi

Régis de CLOSETS

Les éléments dont nous allons parler au cours de la première table ronde vont servir de fil conducteur. Ils sont d'autant plus importants que nous sommes confrontés au double phénomène du vieillissement de la population, qui se traduit par le fait que le maintien dans l'emploi va représenter un problème pour un nombre croissant de personnes, et de la complexité grandissante des cas de maintien dans l'emploi, notamment à cause du développement des TMS, des troubles psychosociaux, etc.

Je souhaite poser le cadre général de la journée avec Dominique MARTIN. Selon vous, pourquoi la question du maintien dans l'emploi revêt-elle une acuité particulière aujourd'hui ?

Dominique MARTIN, Directeur des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), France

Tout dépend du point de vue adopté. Je vais parler du point de vue français et de l'évolution en cours dans notre pays.

Nous visitons actuellement plusieurs pays européens pour analyser leurs modèles, qui ont pour certains déjà connu des évolutions. En France, la priorité est traditionnellement donnée à la prévention primaire. Le processus d'accès à la consolidation apparaît relativement rapide, de sorte que l'indemnisation est garantie dans des délais assez courts. Le délai qui s'écoule entre l'accident et la détermination de l'incapacité permanente est donc bref, tandis que la réflexion sur la réadaptation et la réhabilitation n'a pas été développée.

La situation évolue néanmoins depuis plusieurs années suite à la réorientation de la branche AT/MP sur sa mission d'assureur solidaire, qui apparaît nettement dans les orientations des partenaires sociaux qui gèrent la branche. Cette réorientation se traduit notamment par la prise en compte de la gestion du risque, laquelle combine la fréquence des accidents, que la prévention primaire doit limiter, et le coût des accidents les plus graves sur lesquels il est également important d'avoir une action. Ces derniers constituent d'abord des drames individuels, mais ils ont aussi d'importantes conséquences sociales et économiques, puisqu'ils empêchent les entreprises de réaliser leurs missions et qu'ils sont synonymes de coûts pour la branche AT/MP. En effet, 10 % des accidents les plus graves représentent 60 à 70 % des coûts de celle-ci.

C'est pourquoi il importe de développer en France une approche spécifique et individualisée des accidents les plus graves. Mais, j'insiste pour dire que la gestion du risque ne représente pas qu'une préoccupation écono-

mique. Il s'agit avant tout d'une préoccupation humaine et sociale. Il existe déjà des expériences dans notre pays. Stéphane PIMBERT va évoquer la démarche "cadre vert". Par ailleurs, nous nous efforçons, avec le soutien des partenaires sociaux, de développer la prévention de la désinsertion professionnelle, actuellement insuffisante dans notre pays.

Globalement, la France est en train de prendre un virage. Elle s'appuie pour cela sur les expériences étrangères. Nous avons rencontré nos homologues suisses, allemands, espagnols et danois notamment. Notre analyse est que les politiques de "case management", c'est-à-dire de suivi individualisé des personnes qui se trouvent dans les situations les plus complexes, sont des politiques efficaces qu'il convient de mettre en place. Nous sommes donc en phase de construction. L'étape de benchmarking s'achève et nous avons pour objectif d'élaborer un programme de type case management pour la fin de l'année 2013. Ce programme se fondera certes sur les expériences étrangères, mais il tiendra compte des particularités du système français. Nous envisageons la généralisation à l'ensemble du territoire à moyen terme.

Régis de CLOSETS

Stéphane PIMBERT, le maintien dans l'emploi participe-t-il de la réussite thérapeutique ?

Stéphane PIMBERT, Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, France

De façon schématique, on peut dire que, dans les années soixante-dix et quatre-vingt, la lombalgie était traitée par des antalgiques, qui faisaient disparaître la douleur. À partir des années quatre-vingt-dix, apparaissent, notamment au Canada, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Finlande, des politiques de remise au travail dans un cadre, un rythme et une organisation adaptés, de façon à ce que les intéressés ne soient plus condamnés à rester chez eux.

En France, la durée moyenne des arrêts de travail consécutifs à une lombalgie s'établit à 340 jours, ce qui signifie une quasi-désocialisation. Outre le passage de la prévention primaire, qui n'est pas abandonnée, à la prévention secondaire, on constate une prise de conscience pour que soient trouvées les solutions les plus favorables au maintien dans l'emploi, même à des conditions adaptées. Ainsi, le conseil d'administration de l'INRS, qui est paritaire, a fixé cinq priorités pour les années à venir, parmi lesquelles le maintien dans l'emploi.

Régis de CLOSETS

François ATGER, vous travaillez beaucoup avec les entreprises par le biais des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH). Comment les questions liées au maintien dans l'emploi ont-elles évolué au cours des dernières années en ce qui concerne les employeurs ?

François ATGER, Directeur de la communication, Chargé des affaires internationales, Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph), France

L'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) est administrée par des représentants des employeurs et des salariés, et des associations de personnes handicapées.

Nous constatons que le nombre d'avis d'inaptitude est passé de 70 000 à 150 000 en l'espace de 10 ans. Il a donc plus que doublé. Parallèlement, au cours de la dernière année, le chômage des personnes handicapées a augmenté de 20 % contre 10 % dans l'ensemble de la population active. Ces chiffres disent toute l'importance de la question du maintien dans l'emploi.

C'est pour cela que le conseil d'administration de l'Agefiph a décidé de lancer une campagne d'information en direction des employeurs et des salariés, autour du thème "garder son emploi pour ne pas le perdre". Ce slogan illustre l'évolution de la représentation du maintien dans l'emploi. En effet, il y a quelques années, les victimes de survenances ou d'aggravation d'un handicap se trouvaient temporairement exclues du monde du travail avant d'être reclassées, réadaptées et réinsérées. La tendance actuelle consiste à la fois à remplacer le préfixe "re" de "réhabilitation", "reclassement" et "réadaptation" par "maintien dans l'emploi" et à assurer la continuité du contrat de travail ainsi que le maintien des intéressés dans leur communauté de travail, tout en respectant les périodes de soins.

Régis de CLOSETS

Liez-vous cette évolution à celle du profil des travailleurs handicapés ? En effet, seuls 20 % de ces derniers ont aujourd'hui des handicaps qualifiés de "visibles". La liez-vous également à la prise en compte croissante de la compétence des salariés par les employeurs ?

François ATGER

La loi d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés date de 1987. Elle a donc plus de 25 ans, période suffisante pour l'évaluation. On estime actuellement que 80 % des handicaps ne sont pas visibles. Nous avons affaire avant tout à des handicaps moteurs non visibles, des TMS, des pathologies psychiatriques, des troubles respiratoires, etc. L'image du travailleur handicapé a donc changé : il ne

s'agit plus nécessairement d'une personne en fauteuil roulant ou qui se déplace avec une canne blanche.

Régis de CLOSETS

L'employeur a-t-il aussi le souci de conserver les compétences de ses salariés ?

François ATGER

Je vais vous répondre sur la base des interventions des SAMETH. Ces derniers, au nombre de 106, traitent quelque 22 000 cas par an, dont presque 19 000 se soldent par un maintien dans l'emploi réussi. Ce sont principalement les travailleurs vieillissants qui bénéficient des interventions des SAMETH, et ce à cause de l'allongement de la durée du travail et du fait que l'âge s'accompagne souvent d'apparitions de handicaps.

Régis de CLOSETS

Laurent VOGEL, que nous enseignent la réglementation communautaire et les législations des États membres sur le maintien dans l'emploi ?

Laurent VOGEL, Chercheur au département conditions de travail, santé et sécurité de l'Institut syndical européen (ETUI)

Il n'existe aucune législation commune et chaque pays dispose de ses propres règles. Les textes européens sont fort peu explicites.

Dans toutes les normes nationales, on trouve quatre éléments, qui sont présents à des degrés divers et qui forment en quelque sorte une équation. Le premier est l'indemnisation de l'incapacité de travail, qui forme l'une des bases du modèle social européen. Il s'agit d'un élément positif, qui nous oppose aux États-Unis ou aux BRICS [Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud, N.D.L.R.]. Je considère que cet élément doit être maintenu.

En revanche, je juge négatives les politiques d'activation menées par la sécurité sociale, en particulier quand elles se traduisent par la responsabilisation des salariés, qui deviennent coupables. Elles se manifestent par la réduction des indemnités et par la notion d'"emploi convenable", construction bureaucratique qui est souvent sans rapport avec ce que fait le salarié.

Il existe par ailleurs deux inconnues. La première est l'obligation d'adapter le travail, qui figure dans la directive-cadre et qui a été reprise dans les législations nationales. Si le principe me paraît excellent, j'ai des doutes sur sa mise en pratique. La seconde inconnue est le principe de non-discrimination sur la base du handicap ou de la santé, présent dans les législations au niveau communautaire et national. Ces deux principes, au demeurant utiles, ne suffisent pas pour répondre à toutes les questions.

Par ailleurs, je souhaite insister sur le fait que les dégâts que le travail cause à la santé, c'est-à-dire le défaut

de prévention primaire, vont bien au-delà des AT/MP. La grande majorité des maladies provoquées par le travail ne sont pas des maladies reconnues comme professionnelles et donc indemnisées comme telles. Ainsi, on sait que les conditions de travail jouent un rôle important dans l'apparition des TMS et du burn-out. Les TMS sont très inégalement reconnus en Europe comme maladies professionnelles, tandis que les cas de burn-out ne sont pratiquement jamais reconnus, comme le montre le rapport d'EUROGIP [N.D.L.R. : *“Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Étude sur dix pays européens”* sur <http://eurogip.fr/>]. De même, le vieillissement n'est pas seulement une notion biologique. Il s'agit d'une notion sociobiologique. Le vieillissement est plus ou moins précoce et accéléré selon le travail effectué, ce qui pose la question des inégalités sociales. Le maintien dans l'emploi d'un ingénieur ne pose pas les mêmes problèmes que celui d'une caissière par exemple. Il faut donc éviter de développer des dispositifs qui entraîneraient un accroissement des inégalités sociales et qui fonctionneraient de façon satisfaisante pour des emplois qualifiés et rares, mais non pour des travaux répétitifs et ne requérant pas de compétences particulières.

Régis de CLOSETS

Il faut donc que les dispositifs mis en place soient adaptés à tous les groupes professionnels. Autre difficulté potentielle : leur adaptation aux PME.

Je souhaite que nous évoquions à nouveau la stratégie de prévention secondaire avec vous, Dominique MARTIN. Pouvez-vous nous dire ce qu'est un “case manager” ? Pouvez-vous nous indiquer ce que les expériences étrangères vous ont appris ?

Dominique MARTIN

A titre liminaire, je dois dire que je ne suis pas le mieux placé pour définir le rôle du case manager, qui n'existe pas encore en France. Nos collègues étrangers présents dans la salle en parleront mieux que moi.

Par ailleurs, pour répondre à l'intervention précédente, j'insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas de remplacer la prévention primaire, que nous jugeons essentielle, par la prévention secondaire, qu'il ne s'agit pas de modifier la politique d'indemnisation et de réparation qui existe en France et qui se situe à un niveau plutôt élevé. Il s'agit au contraire d'enrichir le dispositif en y ajoutant un volet de réadaptation et de réhabilitation, qui manque actuellement dans notre pays, et d'accompagner vers le retour à l'emploi de façon individualisée les personnes les plus en difficulté.

Le case management se caractérise par la présence d'un agent qui suit individuellement les personnes les plus en difficulté dans leur trajectoire de retour à l'emploi et qui représente en quelque sorte leur double à l'égard des nombreux dispositifs déjà existants. La difficulté réside en effet

pour les intéressés dans la maîtrise des circuits complexes.

Le système français de prévention de la désinsertion professionnelle est en cours d'évaluation. Il apparaît qu'il est très complexe et que cette complexité nuit à son efficacité. Il convient donc de le simplifier d'une part, d'y intégrer des éléments de case management d'autre part. Le case manager assure le suivi individuel d'un groupe de personnes en grande difficulté et joue le rôle d'intermédiaire entre ces dernières et l'environnement afin que les intéressés parviennent au retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles. Il est évident que la hiérarchie des valeurs est la suivante : l'individu se situe au-dessus de sa dimension sociale, laquelle l'emporte sur la dimension économique. C'est l'individualisation du processus qui nous intéresse pour compléter ce qui existe déjà et qui doit faire l'objet d'une coordination, notamment pour les cas les plus complexes.

Régis de CLOSETS

Vous insistez sur la gestion des cas complexes. Comment peut-on les détecter ? Comment peut-on mettre en place ensuite un traitement individualisé de ces cas ?

Dominique MARTIN

Vous avez mentionné deux problématiques : l'intervention la plus précoce possible et l'approche globale. Il est effectivement indispensable d'intervenir le plus tôt possible.

Par ailleurs, l'approche doit être globale et doit dépasser le cadre strictement médical. Pour que la personne retrouve toutes ses capacités, il faut d'abord l'accompagner dans notre système de santé, excellent mais complexe, afin de s'assurer du meilleur parcours de soins possible. Mais, il faut aussi adopter une approche sociale et psychologique. Un accident du travail représente en effet une rupture brutale et peut entraîner des périodes de dépression qui doivent être prises en compte. L'accompagnement humain, individualisé et chaleureux, me paraît donc essentiel. Le retour à l'emploi requiert des équipes pluridisciplinaires dont il faut assurer la coordination. Il appartient donc au case manager de prendre en charge ce travail de coordination pour le compte de la victime, avec pour objectif premier le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles. Il faut redonner à la personne la totalité de ses capacités : physiques, psychiques, relationnelles, etc.

Régis de CLOSETS

Ce qui suppose la création d'un nouveau métier, celui de case manager.

Dominique MARTIN

En effet. C'est pourquoi ce nouveau processus est inscrit dans les orientations des partenaires sociaux ainsi que dans le contrat que nous avons passé avec l'État pour

2013. Le dispositif figurera dans le contrat que nous allons conclure avec l'État pour les années à venir. Il s'agira d'un dispositif inspiré des modèles étrangers, mais qui sera adapté pour tenir compte des spécificités françaises.

Nous avons prévu de concevoir le dispositif avant la fin de l'année 2013, de réaliser des expériences pilotes dès le début de 2014 et de généraliser ces mesures en 2017, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui couvrira la période 2014-2017. Nous avons également appris des expériences étrangères que ces procédures doivent faire l'objet d'améliorations continues et qu'elles ne se mettent pas définitivement en place en l'espace de quelques années.

Par ailleurs, il faudra prévoir une évaluation de la satisfaction des personnes concernées et de l'intérêt pour les entreprises, sans oublier de mesurer le retour sur investissement, car il s'agit d'opérations coûteuses.

François ATGER

La question de la coordination est à mon sens essentielle. C'est la principale difficulté que nous avons rencontrée lorsque nous avons conçu les SAMETH. En effet, le contrat de travail lie le salarié et son employeur, lesquels ont des obligations réciproques. Lorsque le médecin du travail prononce un avis d'inaptitude, l'employeur dispose d'un certain délai pour mobiliser tous les moyens possibles afin de maintenir le salarié dans son emploi mais sans avoir d'obligation de résultat. C'est alors que les équipes de l'Agefiph interviennent.

Lorsqu'un salarié engage une procédure de reconnaissance de son handicap, le SAMETH entre en jeu pour proposer toutes les solutions qui ne relèvent ni de la compétence du médecin du travail, ni de celle des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail [CARSAT]. Le SAMETH suggère des mesures de formation, ainsi que des solutions organisationnelles et ergonomiques.

Il fait également en sorte que le maintien dans l'emploi devienne un enjeu collectif. De nombreux acteurs sont en effet impliqués dans ce parcours, qui commence avec la détection, se poursuit avec la consolidation et le retour à un emploi compatible avec le handicap. Or il est difficile de voir émerger spontanément un acteur qui assume la coordination de l'ensemble.

Régis de CLOSETS

Est-ce à dire qu'un seul acteur peut provoquer le blocage de l'ensemble du dispositif ?

François ATGER

Dans certains cas oui. En l'absence d'un acteur qui assure la coordination de l'ensemble de la chaîne, il faudrait disposer de référentiels qui permettent d'établir un consensus professionnel.

Régis de CLOSETS

Laurent VOGEL, que pensez-vous des démarches de case management, plus individualisées et plus coordonnées ?

Laurent VOGEL

J'ai le sentiment que la réforme des services de santé au travail a constitué le principal sujet de discussion pendant des années. Cette réforme me semble inachevée. Elle suscite encore des questions, en particulier sur l'indépendance et les moyens de ces services. J'exprime donc des doutes. Il me semble qu'il pourrait être pertinent de réfléchir à l'évolution des services de santé au travail, qui ont été chargés de réaliser des tâches de prévention secondaire, de s'interroger sur la coopération de ces services avec les autres acteurs de la santé. De nombreux éléments intéressants ont été soulignés, mais des contradictions sont apparues : il faut certes se concentrer sur la personne, mais aussi sur le poste de travail, car il est impossible de dissocier les deux.

Régis de CLOSETS

Les dispositifs de case management constituent des moyens à la disposition des services chargés de la prévention secondaire.

Laurent VOGEL

Certes. Je m'interroge néanmoins. Faut-il multiplier les acteurs ou commencer par renforcer et améliorer les dispositifs existants ? Je pense en particulier aux problèmes de la pluridisciplinarité, de l'indépendance et des moyens. J'estime qu'il faudrait aussi envisager une approche socialisée et indépendante du chef d'entreprise. Il y a enfin les CHSCT. Si ces derniers ont accès à l'expertise, il en résultera une dynamique sociale qui permettra de débloquer la situation. En revanche, aucune dynamique sociale n'apparaîtra si les CHSCT sont tenus à l'écart.

Régis de CLOSETS

Dominique MARTIN, comment réagissez-vous à ces propos ? N'ajoute-t-on pas une strate, ne peut-on pas donner plus de moyens aux CHSCT pour qu'ils prennent en charge ces actions ?

Dominique MARTIN

En France, les services de santé au travail ne sont pas rattachés à la branche AT/MP. Nous travaillons cependant ensemble dans le cadre d'une contractualisation. Je n'ai donc pas compétence pour me prononcer sur les questions portant sur le rôle et l'indépendance du médecin du travail.

Concernant le case management, je ne pense pas qu'il représente une strate supplémentaire. Il s'agit au contraire d'un effort d'organisation et de coordination. De plus, rien ne sera fait sans la collaboration des partenaires sociaux.

Le processus mené par la branche AT/MP s'inscrit totalement dans le dialogue social.

Régis de CLOSETS

Stéphane PIMBERT, vous nous avez dit que le maintien dans l'emploi représentait l'un des axes stratégiques de l'INRS pour les années à venir. Vous l'appuyez dès maintenant sur des actions pilotes, les "cadres verts", qui consistent à définir des conditions acceptables pour des salariés en reprise après un épisode de lombalgie aiguë. Pouvez-vous nous parler des aménagements prévus ? Sont-ils temporaires ou permanents ?

Stéphane PIMBERT

Je répète que le maintien dans l'emploi est une priorité fixée par le conseil d'administration de l'INRS pour les années à venir et que ceci ne signifie pas la mise à l'écart de la prévention primaire.

La démarche "cadre vert" est née d'une initiative de l'INRS. Elle doit permettre aux entreprises d'aider les salariés souffrant de lombalgies à revenir le plus tôt possible au travail. Pour cela, il faut adapter le travail et organiser les conditions d'accueil dans l'entreprise. La démarche implique tous les acteurs de l'entreprise : l'employeur, l'encadrement, le service de santé au travail, le salarié, le service méthode le cas échéant, et les partenaires sociaux. Dans les semaines qui suivent le retour à l'emploi du salarié, il convient soit d'adapter le poste de travail de l'intéressé, soit de trouver un poste convenable. Il ne s'agit pas d'une méthode, puisque la démarche doit être adaptée à la fois à l'entreprise et aux victimes de problèmes lombalgiques.

La démarche a été mise en place dans certaines entreprises, en particulier pour des caissières dans des chaînes de supermarchés, qui ont créé des postes de travail spécifiques, permettant aux intéressées de ne pas être exclues. Il s'agit donc d'une mesure qui vise des postes de niveau peu élevé.

Régis de CLOSETS

Les aménagements concernent-ils aussi les conditions de travail ?

Stéphane PIMBERT

La démarche "cadre vert" vise à adapter le poste de travail en fonction des particularités des entreprises. Dans certains cas, elle peut donc entraîner une modification des horaires si besoin est.

Régis de CLOSETS

S'agit-il de postes temporaires créés en fonction des besoins ou de postes permanents occupés à tour de rôle par des salariés qui reprennent leur travail ?

Stéphane PIMBERT

L'expérimentation dans une chaîne de supermarchés que j'évoquais a consisté à créer trois postes "cadre vert" dans un magasin employant 100 personnes. Ces postes se situent à l'accueil, ainsi que dans les rayons les moins exigeants sur le plan physique. Il s'agit de postes définitivement qualifiés de "cadre vert" et occupés à tour de rôle par les personnes souffrant de douleurs lombalgiques.

Régis de CLOSETS

Qu'en est-il du financement et du déploiement de ce type de postes pour les années à venir ?

Stéphane PIMBERT

Je ne dispose d'aucune donnée sur le financement. S'agissant du déploiement, il faut inciter les entreprises à adopter une telle démarche. L'expérience est actuellement limitée à une cinquantaine d'entreprises, plutôt de grande taille. Une évaluation est en cours et nous souhaitons nous adresser aux PME, qui représentent 90 % des entreprises françaises.

Régis de CLOSETS

François ATGER, les SAMETH ont adopté une démarche de conseil, de formation et de mobilisation d'expertise pour promouvoir la réadaptation des postes de travail. Quelles actions menez-vous à cet égard ?

François ATGER

L'avis d'inaptitude constate un état de fait alors que le maintien dans l'emploi représente un travail sur une situation globale. Ce travail inclut l'adaptation ergonomique du poste aux capacités résiduelles, la mutation éventuelle, ce qui suppose l'acquisition de compétences nouvelles, et l'organisation notamment de l'espace de travail.

J'ajoute que notre conseil d'administration vient de mettre en place une aide permettant de maintenir l'intégralité du salaire des travailleurs de plus de 55 ans dont l'horaire est réduit sur prescription médicale en raison d'un handicap.

En ce qui concerne l'accompagnement, les SAMETH peuvent mobiliser des prestataires financés par l'Agefiph spécialisés dans les cinq grands handicaps (moteur, auditif, visuel, psychique, déficience intellectuelle) pour accompagner l'entreprise et la personne.

Lorsque ces divers moyens sont mis en œuvre, le CHSCT est mis au courant. Mais il faut veiller aussi à ce que le collectif de travail, et pas seulement les représentants du personnel, soit tenu informé. En effet, il ne suffit pas que des solutions techniques soient apportées.

Régis de CLOSETS

Ceci permet aux collègues des salariés en situation de

retour à l'emploi de savoir comment les intéressés travaillent. De plus, certains aménagements peuvent bénéficier à la totalité du personnel.

François ATGER

Il s'agit d'une affirmation générale lorsqu'il est question de handicap. Ainsi, les "bateaux" sur les trottoirs sont appréciés des mères de famille qui se déplacent avec des poussettes. De même, les télécommandes des téléviseurs ont été initialement conçues pour les personnes alitées. Au travail, les écrans adaptés aux personnes déficientes visuelles sont parfois demandés par des travailleurs jouissant d'une excellente vue. La prise en compte des préoccupations propres aux personnes en situation de handicap peut donc bénéficier à l'ensemble du personnel d'une entreprise.

Régis de CLOSETS

Laurent VOGEL, vous parliez de l'importance des conditions de travail. Quel regard portez-vous sur ces exemples et quelles sont, selon vous, les difficultés d'aménagement des postes de travail des personnes en situation de retour à l'emploi ?

Laurent VOGEL

Je vois deux difficultés. La première réside dans l'ergonomie, dont il n'a pas encore été question et qu'il convient de développer parmi les compétences des services de santé au travail. J'ajoute que l'ergonomie ne concerne pas seulement les postes de travail adaptés mais la totalité des emplois. Il faut donc réfléchir à la place de l'ergonomie dans les services de santé au travail.

La seconde résulte des cultures dominantes dans le management. De nombreux postes de travail susceptibles d'être occupés par des salariés en phase de réadaptation ont été supprimés car les fonctions correspondantes ont été externalisées. Il faut donc instituer des contre-pouvoirs qui compensent les cultures dominantes du flux tendu dans tous les domaines, y compris dans celui de l'organisation des entreprises et dans le partage entre les tâches réalisées en interne et les fonctions sous-traitées. Il ne s'agit pas uniquement d'une réflexion théorique mais il importe de donner plus de pouvoirs et de moyens au CHSCT afin qu'il soit en mesure de discuter de l'ensemble des options retenues par l'entreprise, y compris des choix d'externalisation et de modification des rythmes et des horaires de travail. J'estime que le développement de certains maux chez les caissières n'est pas une fatalité, mais qu'il est lié aux seules conditions de travail (port de charges, contraintes posturales, etc.).

Régis de CLOSETS

Autrement dit, il faut que l'entreprise ait envie de travailler sur le sujet et voie un intérêt au maintien dans l'em-

ploi. Ceci nous ramène au lien entre la prévention secondaire et la prévention primaire. Dominique MARTIN, ne pensez-vous pas qu'il faut éviter de développer une prévention secondaire en silo, isolée de la prévention primaire ?

Dominique MARTIN

Chacun l'a dit. Il faut en premier lieu créer les conditions favorisant la prévention des accidents du travail. Telle est notre mission première. Telle est la mission historique de la branche AT/MP. Le processus de case management, qui est une action complémentaire, implique un accompagnement individualisé des personnes les plus en difficulté, par exemple après un accident du travail. Je veux insister sur la notion d'équilibre que recouvre la gestion du risque qui relève d'une approche centrée sur la personne mais qui inclut également une préoccupation de nature économique, y compris pour la branche dans son ensemble, qui je le rappelle est déficitaire en France. La gestion du risque signifie l'amélioration de la maîtrise des dépenses tout en s'efforçant de permettre aux salariés de récupérer une autonomie maximale. C'est le lien entre ces deux éléments qui crée l'équilibre au cœur de la gestion du risque. Cet équilibre est un élément essentiel du fonctionnement paritaire de la branche dans laquelle tout processus suppose de trouver un consensus entre la partie patronale et la partie salariée.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Bertrand LIBERT (AMETIF)

Actuellement, les différents acteurs œuvrent à leur niveau et je m'interroge sur l'intérêt d'en ajouter un autre. Je souhaite néanmoins plutôt insister sur les aspects systémiques évoqués par Laurent VOGEL, et particulièrement sur deux particularités françaises. La première est la suspension du contrat de travail pendant la période de soins et l'isolement du salarié qui en résulte, toute action en direction de l'intéressé étant alors considérée comme une intrusion dans sa vie privée. La seconde est l'inaptitude prononcée par le médecin du travail. Supposée protéger le salarié, elle constitue en réalité un facteur d'exclusion. Je me demande s'il ne conviendrait pas d'agir sur ces problèmes structurels.

Dominique MARTIN

Je répète que le processus de case management que nous avons évoqué n'est pas un processus additionnel. Il s'agit d'introduire un dispositif de coordination dans un environnement complexe et riche, et ce dans une perspective équilibrée, centrée sur la personne et incluant une préoccupation économique.

En tant que Directeur des risques professionnels de la

CNAMTS, je dois favoriser la collaboration entre les services de santé au travail et les services de l'État mais je ne puis me prononcer sur les éléments relatifs aux services de santé au travail alors qu'ils sont totalement indépendants de la branche AT/MP.

Un Médecin du travail

Je souhaite vous faire part d'une expérience. Vous parliez de coordination. J'ajoute le mot "anticipation", qui me paraît essentiel. Il est en effet difficile de réintégrer des salariés qui ont été arrêtés pendant trois ou quatre mois. J'ai été conduit à entrer dans une équipe pluridisciplinaire du centre de réadaptation cardiaque de l'hôpital de Grenoble. Dans ce cadre, le médecin du travail identifie les probabilités de reprise au huitième jour après l'infarctus ou après l'opération cardiaque. Ensuite, la personne est, en lien avec l'assistante sociale et les SAMETH, orientée vers les structures adaptées. L'anticipation constitue un facteur favorable à la reprise. Je regrette que les médecins hospitaliers se contentent de soigner les patients, comme si l'objectif final de réinsertion dans la vie active n'existait pas. J'estime que les médecins du travail peuvent participer utilement aux procédures de réinsertion en collaborant avec les équipes médicales hospitalières.

Stéphanie JULIEN (Infirmière)

Je souhaite réagir à la disparition des petits postes "allégés". Dans notre entreprise, il existait un service qualifié d'"hôpital", qui rassemblait les salariés pour lesquels existait un besoin de reclassement. Ce service a disparu et il en est résulté une réflexion générale sur l'ensemble des postes, "allégés" ou non. Je considère que l'évolution est positive, puisqu'elle a obligé l'employeur à mener cette réflexion.

Stéphane PIMBERT

Je souscris à cette remarque. La démarche "cadre vert" vise précisément à réunir l'employeur, le service santé au travail, le salarié, le service méthode afin que tous réfléchissent à l'évolution de postes existants susceptibles d'accueillir temporairement des salariés avant qu'ils ne reprennent une activité professionnelle normale.

François ATGER

L'aménagement provisoire de certains postes est nécessaire, mais il faut veiller à ne pas créer de discriminations au travail et à ne pas cantonner les personnes en difficulté dans certains postes considérés comme secondaires.

Samuel LIBGOT (Ergonome)

Je travaille dans un centre de réadaptation cofinancé par l'Agefiph qui met en œuvre tout ce dont il a été question : démarche précoce d'insertion, par l'évocation du travail dès la période des soins, lutte contre la frontière entre le code de la sécurité sociale et le code du travail et collaboration avec les médecins du travail. Il existe déjà des outils, comme le contrat de rééducation professionnelle, qui associe l'entreprise au processus de rééducation.

J'ai entendu deux paradoxes ce matin. Le premier est celui de la réadaptation, qui requiert des ressources et une pluridisciplinarité importantes, lesquels sont disponibles dans des centres de soins de suite. La réadaptation vise à la réintégration dans la société. Or celle-ci ne présente pas la même coordination que celle qui existe dans les centres. Comment passer de la santé à la santé au travail ? Il ne faut pas médicaliser les problèmes de travail. Le deuxième paradoxe est celui du handicap, qui impose la transformation du monde. L'effet loupe consistant à observer les conditions de travail des personnes qui présentent une déficience permet de s'interroger sur les conditions de travail de tous. ●

Les politiques nationales de gestion de l'incapacité, maintien dans l'emploi, retour au travail

Régis de CLOSETS

Nous allons commencer par l'expérience allemande. La DGUV fédère les organismes d'assurance accidents. Elle est responsable de la réhabilitation sous tous ses aspects : sociaux, psychologiques, professionnels, etc. Le principe original sur lequel se fonde le dispositif allemand est "Reha vor Rente", ce qui signifie "réhabilitation avant pension". Pouvez-vous nous en parler et nous expliquer les raisons de ce choix consistant à donner la priorité à la réhabilitation ?

Doris HABEKOST, Responsable de l'unité participation au marché du travail et gestion de la réparation, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV, assurance AT/MP légale), Allemagne

J'ai réfléchi à l'évidence que constitue pour nous le principe selon lequel la réhabilitation doit l'emporter sur l'indemnisation. Auparavant, j'ai travaillé sur les retraites. Au début du siècle dernier, nous nous sommes aperçus que les indemnisations pouvaient poser un énorme problème. Après la Première Guerre mondiale, il est apparu important pour les nombreuses victimes de retrouver un emploi. De plus, en Allemagne, nous nous définissons par notre activité professionnelle. Lorsque nous faisons connaissance avec quelqu'un, nous lui demandons d'où il est originaire et quelle est son activité professionnelle. Le travail représente un élément essentiel du statut social. C'est peut-être une particularité allemande.

Quand un salarié se trouve en incapacité professionnelle pendant une longue période, l'assurance maladie peut l'inviter à déposer une demande de pension et l'assurance concernée vérifie si un processus de réhabilitation peut être mis en œuvre. La DGUV est compétente pour l'indemnisation, mais elle applique le principe de "la réhabilitation avant la rente". Nous sommes en relation étroite avec les entreprises. Les salariés victimes d'un accident du travail continuent à avoir un employeur ainsi qu'un poste de travail et l'objectif premier consiste à conserver ce poste de travail. Si ce n'est pas possible, nous essayons d'aménager le poste, par exemple à l'aide de dispositifs techniques. Si de telles adaptations sont impossibles, nous essayons de trouver un poste de travail adéquat dans l'entreprise, le cas échéant après que l'intéressé a suivi une formation. Si ce n'est pas non plus possible, un changement d'employeur doit être envisagé.

Régis de CLOSETS

Le D-Arzt, c'est-à-dire le médecin coordonnateur, joue un rôle important dans le dispositif. Quel est son profil ? Quel rôle joue-t-il dans la procédure de réhabilitation ?

Doris HABEKOST

Ces médecins sont employés par les Caisses d'assurance accidents. En général, ce sont des orthopédistes ou des chirurgiens accidentologues. La DGUV est subdivisée en six unions régionales, lesquelles agréent les médecins coordonnateurs et les forment. Nous organisons des formations spécifiques, qui incluent la gestion de la réhabilitation.

Il existe environ 3 500 médecins responsables de la coordination de l'ensemble du processus médical. Les uns travaillent dans un cabinet libre et sont responsables du traitement ambulatoire. Les autres travaillent dans des hôpitaux agréés par l'assurance accidents et sont responsables du traitement ambulatoire et stationnaire. À noter que l'assurance accidents allemande possède une dizaine de cliniques qui sont spécialisées dans le traitement des victimes d'accidents et de maladies professionnelles.

Lorsqu'un salarié est victime d'un accident du travail ou d'un accident de trajet, il doit être vu par un médecin coordonnateur s'il se trouve dans l'un des cas suivants :

- il n'a pas retrouvé sa capacité de travail le lendemain de l'accident ;
- le traitement médical risque de durer plus d'une semaine ;
- des médicaments ou des soins doivent lui être prescrits ;
- il a rechuté après avoir été traité pour un accident du travail ou de trajet.

Le médecin coordonnateur décide alors si un suivi par le médecin de famille suffit ou s'il convient de prévoir un traitement particulier, dans l'une de ces cliniques dont j'ai parlé. Il décide aussi si l'intéressé a besoin d'un traitement ambulatoire ou s'il doit être pris en charge dans un établissement. Il est le seul à pouvoir prescrire une réhabilitation médicale, le case manager ne le peut pas. Pour prendre ses décisions, le médecin coordonnateur doit disposer de toutes les informations, qu'il doit ensuite transmettre à la caisse d'assurance accidents. Il est responsable des rendez-vous de suivi. Il est un rouage essentiel du processus de réhabilitation. C'est lui qui établit le diagnostic, ce qu'un case manager ne peut faire. Il contribue à la planification de la réhabilitation pour ce qui concerne les mesures d'ordre médical, ce qu'un case manager ne peut pas non plus faire. Un case manager peut en revanche décider si les coûts sont pris en charge par l'assurance accidents.

Nous entendons perfectionner ce dispositif et procéder à divers ajustements mineurs. En Allemagne, il existe certes des règles qui obligent les orthopédistes et les chirurgiens accidentologues à se former tout au long de leur

carrière, mais nous souhaitons que les médecins coordonnateurs disposent de l'éventail d'expériences le plus large possible en matière d'accidents. Pour cette raison, nous souhaitons faire passer à 250 le nombre minimal de patients pris en charge par un médecin coordonnateur sur une période de cinq années.

Régis de CLOSETS

Vous avez parlé des "case managers" qui travaillent au sein des caisses qui relèvent de la DGUV. Quel est leur rôle et comment leur fonction va-t-elle évoluer ?

Doris HABEKOST

Nous disposons depuis longtemps d'"auxiliaires professionnels" (Berufshelfer) qui interviennent traditionnellement lorsqu'une adaptation du poste de travail apparaît nécessaire. Ceci se fait en général après la réhabilitation médicale. La présence de ces auxiliaires est prévue par le code des assurances sociales.

Les diverses caisses d'assurance accidents se sont mises d'accord sur une prise en compte aussi précoce que possible de la dimension professionnelle des problèmes de santé. C'est sur cet arrière-plan que le processus de gestion de la réhabilitation a été introduit. Dans un souci de coordination et d'uniformisation, les caisses se sont mises d'accord pour définir le rôle des auxiliaires professionnels. Nous aimerions qu'il en aille de même avec les case managers, qui coordonnent le processus.

Il est important d'identifier les cas qui relèvent de ce processus de réadaptation. Des lignes directrices ont été élaborées à cet effet. Lorsque le médecin coordonnateur estime que l'incapacité de travail dépassera 112 jours, c'est-à-dire 16 semaines, il est a priori nécessaire de mettre en œuvre le dispositif de gestion de la réhabilitation. Il est possible de recourir à ce dispositif dans d'autres situations : lorsque l'affection empêche l'exercice de l'activité professionnelle et - chose plus difficile qui a déjà été soulignée ce matin - lorsque l'environnement social et professionnel de l'intéressé risque de constituer un obstacle sur le chemin du retour à l'emploi. En effet, dans certaines circonstances, une blessure sans gravité empêche le retour au travail. Ceci est d'autant plus malaisé à déceler précocement que l'assuré doit se sentir en confiance pour aborder les problèmes auxquels il fait face (psychologiques par exemple). Nous essayons de recueillir un maximum de renseignements sur ce point à l'aide de questionnaires. C'est une partie du travail des case managers.

Ces derniers ont pour tâche essentielle de faire coopérer toutes les parties prenantes (médecins, kinésithérapeutes, etc.) dans l'intérêt de l'assuré. Aucun plan de réadaptation ne peut réussir sans l'adhésion de l'intéressé. Certains auxiliaires ont jadis obtenu des succès de façon un peu autoritaire, mais de telles méthodes ne sont plus concevables. Il importe que l'assuré soit tenu au courant du déroule-

ment du plan, qui est signé par l'assuré, le médecin et la caisse d'assurances accident. La gestion de la réhabilitation ne concerne que 2,5 à 3 % des cas. Il s'agit des cas qui sont traités dans les cliniques de réhabilitation.

Régis de CLOSETS

Comment le médecin coordonnateur et le case manager travaillent-ils ensemble ?

Doris HABEKOST

Comme je l'ai dit, certaines prérogatives sont propres au médecin, les prescriptions notamment. Les médecins coordonnateurs travaillent volontiers avec les case managers, qui disposent du pouvoir de décider en fonction des propositions faites par les médecins.

Régis de CLOSETS

Vous avez évoqué une convention signée par les deux parties. Qu'advient-il si l'assuré ne la respecte pas ?

Doris HABEKOST

Chacun a des droits et des devoirs. Dans le plan de réhabilitation, il s'agit de veiller à ce que chacun identifie à quel moment le processus cesse de se dérouler comme prévu. On vérifie alors si l'assuré respecte le plan, si d'autres mesures doivent être prises, si une nouvelle pathologie est apparue, etc. Il ne s'agit pas de punir celui qui ne coopère pas de façon idéale. Il faut en effet tenir compte du fait que les assurés rencontrent souvent des problèmes psychologiques. Le plan est plus un document d'orientation qui vise à sécuriser les intéressés. C'est important car la confiance est nécessaire à la coopération.

Régis de CLOSETS

En Suisse, vous avez également adopté un dispositif de case management pour les cas les plus complexes. La Suva est une entreprise autonome de droit public, qui a été créée au début du vingtième siècle. Jusqu'en 1984, elle disposait du monopole en matière d'assurance accidents. Son activité est triple : prévention, indemnisation et réhabilitation. Quelles conditions sont requises pour qu'une pension d'invalidité soit versée ?

Philippe CALATAYUD, Responsable du secteur Suisse romande et Tessin de la division prestations d'assurance, Suva, Suisse

En Suisse, l'invalidité n'est pas une notion médicale mais économique. Le taux d'incapacité est déterminé en comparant le gain qui aurait été obtenu en l'absence d'accident assuré et le gain réalisable malgré les séquelles de l'accident.

Régis de CLOSETS

Dans l'entreprise d'origine, ou plus généralement sur le marché du travail ?

Philippe CALATAYUD

Dans l'entreprise, que ce soit au poste initial ou dans un poste mieux adapté, si l'intéressé retravaille, le calcul correspond à la réalité. Sinon, un calcul théorique est effectué à partir de l'emploi qu'il pourrait retrouver compte tenu de son état sur un marché du travail équilibré.

Régis de CLOSETS

Le retour à l'emploi est subordonné à un processus de réhabilitation, qui a évolué au début des années 2000, avec la mise en place d'une approche coordonnée et du case manager. Pourquoi le système suisse a-t-il été alors réformé ?

Philippe CALATAYUD

À la fin des années quatre-vingt-dix, les enquêtes de qualité ont mis en évidence l'exigence croissante des assurés en matière de prestations de service. Il est apparu que les assurés appréciaient les prestations et la prévention réalisées par la Suva, mais regrettaient un certain manque de soutien dans la procédure de retour à l'emploi.

Parmi les cas traités par la Suva, on pouvait distinguer les accidents n'entraînant pas d'incapacité de travail et les autres. Or tous ces derniers étaient traités à peu de chose près de la même façon, indépendamment de l'importance et de la durée de l'incapacité. Une étude approfondie a alors été menée sur la base de plusieurs cas où l'atteinte initiale paraissait bénigne et qui s'étaient soldés par des invalidités majeures ou par des situations sociales graves.

Dans tous ces cas, où la Suva avait tout à fait rempli son rôle (octroi de la juste prestation au juste moment), on a pu mettre en évidence que si la lésion initiale jouait certes un rôle essentiel au départ, le succès du processus de réinsertion professionnelle dépendait avant tout de la personnalité de la victime et plus encore de son environnement professionnel et social. Les conséquences d'une lésion donnée sont largement liées à la branche d'activité et à l'environnement social. Ainsi, une étude réalisée dans l'une des cliniques de la Suva met en évidence que chez des patients qui ont la garantie de retrouver leur emploi et qui évoluent dans un environnement social favorable, les lombalgies deviennent chroniques dans 15 % des cas. En revanche, la proportion passe à 85 % pour les patients qui subissent des incertitudes professionnelles et/ou connaissent des problèmes sociaux.

C'est sur la base de ce constat que la Suva a décidé de placer le facteur humain et la globalité du suivi de la personne accidentée - et non plus le seul aspect médical - au centre de sa gestion des sinistres ; cette dernière a ainsi basculé du "deny and defend" vers le "accept and assist".

Régis de CLOSETS

Il s'agit donc de cesser de s'intéresser aux seuls éléments médicaux, ce qui pose la question de la détection.

Philippe CALATAYUD

Les case managers, actuellement au nombre de 115, n'interviennent que dans les cas complexes, pour lesquels il existe une réelle problématique de réinsertion professionnelle : soit en raison de lésions graves, soit à cause d'une combinaison de facteurs défavorables. Il faut alors prévoir une adaptation du poste de travail ou une reconversion professionnelle. En ce qui concerne l'hypothèse de la combinaison de facteurs défavorables, nous ne reconnaissons que 5 % des cas au moment de la déclaration de l'accident. Raison pour laquelle des outils spécifiques ont été développés pour faciliter l'identification précoce de ces cas. Lorsque le gestionnaire du dossier décèle une évolution anormale et suppose que l'intéressé ne pourra pas retrouver son poste de travail initial, il transfère aussitôt l'affaire au case manager, qui prend au plus vite contact avec l'accidenté.

En cas d'alerte, le case manager a l'obligation de prendre très rapidement, respectivement dans la semaine, contact avec l'assuré. La rencontre a lieu le plus souvent au domicile de l'assuré ou dans un établissement de soins. Aucun rendez-vous n'est organisé dans les locaux de la Suva. Lors de cette première rencontre, le case manager explique son rôle : conseil global et coordination des différents acteurs en particulier. Le case manager soutient l'assuré dans ses nombreuses démarches (avec le milieu médical, avec l'employeur, etc.) dans le but de parvenir à une réadaptation médicale et une réinsertion professionnelle optimales.

Régis de CLOSETS

Le rôle du case manager est donc double : il expertise le cas sous tous ses aspects (médical, familial, social, etc.) avant d'établir une convention d'objectifs portant sur les soins. Comment la convention d'objectifs se définit-elle ?

Philippe CALATAYUD

À l'issue du premier contact entre le case manager et l'assuré, il importe que ce dernier adhère au projet qui lui est soumis. En effet, le case manager ne décide rien seul, il agit uniquement comme facilitateur. C'est l'assuré, le cas échéant avec ses proches, qui décide. Un refus d'une telle offre d'assistance de la part de l'assuré n'a aucune conséquence sur les prestations qui lui sont servies.

Sur la base de l'autorisation écrite de la victime, le case manager procède à une instruction détaillée du dossier : situation professionnelle, possibilité de réadaptation dans l'entreprise, environnement social, familial, logement, situation médicale, etc. La Suva dispose d'un service médical compétent pour tous les domaines de la traumatologie (orthopédie, neurologie, psychiatrie, etc.), de sorte que le case manager peut travailler en binôme avec un médecin.

L'analyse réalisée par le case manager et les solutions qu'il est possible d'élaborer à moyen et court terme sont

ensuite présentées à la victime, qui peut ou non les valider. Ces mesures forment un réel plan médical et professionnel qui doit permettre le retour le plus précoce possible à l'emploi si l'état de santé de l'intéressé le permet. Le plan inclut des objectifs thérapeutiques, mais aussi personnels et comportementaux. Il peut par exemple s'agir de conduire les enfants à l'école certains jours de la semaine.

La convention ne fixe pas des objectifs seulement à l'assuré. Le case manager a également des objectifs : par exemple régler dans un délai donné un problème particulier en activant de manière adéquate l'un ou l'autre de ses partenaires de réseau.

Régis de CLOSETS

Quand la convention prend-elle fin ? Quand la réhabilitation est-elle considérée comme achevée ?

Philippe CALATAYUD

Dans l'idéal, lorsque le traitement médical est achevé ou qu'il ne peut plus apporter d'améliorations et que le travail a été repris, soit dans l'entreprise d'origine, soit dans une autre entreprise, ou encore lorsque des mesures de réadaptation professionnelle ont été menées à terme, débouchant sur une absence d'invalidité ou d'une invalidité moindre que celle qui pouvait être initialement crainte. Néanmoins, le case management peut être interrompu si l'assuré ne respecte pas les termes de la convention. Par ailleurs, celle-ci peut et doit toujours être adaptée, par exemple en fonction d'une évolution inattendue de l'état de santé de l'assuré ou parce que l'employeur ne souhaite finalement plus conserver son collaborateur. Aucun délai n'est préalablement fixé.

Régis de CLOSETS

Quel bilan tirez-vous de ce dispositif, qui existe depuis environ 10 ans ?

Philippe CALATAYUD

Notre premier objectif, consistant à remettre les assurés au cœur du système, a été atteint, comme le démontrent nos enquêtes régulières de satisfaction. Par ailleurs, tant le nombre que le montant annuel des rentes d'invalidité allouées dans ces cas complexes, représentant environ 2 % des quelque 500 000 sinistres annoncés chaque année mais un peu plus des deux tiers des coûts, ont diminué de plus de moitié depuis le 1er janvier 2003.

Régis de CLOSETS

Quelles difficultés demeurent ? Pour quelles pathologies ?

Philippe CALATAYUD

Les difficultés ne sont pas liées aux pathologies. Pour une pathologie donnée, la situation varie chez chaque personnalité, notamment en fonction de l'environnement

familial et professionnel. Actuellement, les difficultés essentielles résultent des tensions sur le marché du travail et donc de la difficulté à reclasser professionnellement des personnes atteintes dans leur intégrité physique ou psychique. Toutefois en Suisse, de nombreuses entreprises "jouent le jeu", voire se spécialisent dans le recrutement de personnes certes handicapées à la suite d'un accident mais qui disposent souvent d'un important savoir-faire.

Régis de CLOSETS

Nous allons maintenant nous tourner vers l'Islande. Vous dirigez le Fonds de réadaptation professionnelle (VIRK), qui a été créé en 2008. On estime que 8 % des salariés font face à des problèmes de santé qui les empêchent de travailler. Pouvez-vous nous présenter le système islandais d'indemnisation ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR, Directeur du VIRK, Fonds de réadaptation professionnelle, Islande

En Islande, les salariés en congé de maladie continuent à percevoir leur salaire pendant une période de durée variable, qui peut atteindre 12 mois dans certains secteurs. L'assurance maladie, gérée par les syndicats et au financement de laquelle les employeurs participent, prend le relais pendant une période allant de 6 à 9 mois. 80 % des salariés sont syndiqués. Ensuite, il est possible de percevoir une allocation de l'État. Enfin, une pension d'invalidité est versée par l'État et par le fonds de pension, qui est financé par les salariés et par les employeurs.

Régis de CLOSETS

Il s'agit donc d'un dispositif à trois niveaux. En 2008, le dispositif de gestion de l'invalidité a été réformé. Le VIRK, auquel est affecté 0,39 % de la masse salariale, a été créé. Depuis 2009, 4 200 personnes, ce qui représente 2,5 % de la population active, en ont bénéficié. Chaque année, 0,9 % de la population active s'adressent au VIRK. Pourquoi l'Islande a-t-elle décidé en 2008 de se mobiliser sur ce problème ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

C'est le résultat d'une négociation entre les syndicats de salariés, les employeurs et l'État. La création du fonds est apparue comme une sorte d'investissement, car chacun était conscient du coût des pensions d'invalidité et du coût des salaires que les employeurs devaient continuer à verser. En Islande, il y a en effet de nombreuses PME. En fait, ce sont les partenaires sociaux qui ont fait pression sur l'État pour que le fonds soit créé.

Régis de CLOSETS

2008, année de la création du VIRK, est aussi l'année de la crise en Islande. Le fonds a survécu à la crise. Il

emploi actuellement une soixantaine de personnes et a bénéficié à 4 200 salariés. Pouvez-vous nous donner les caractéristiques de ces bénéficiaires ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

42 % sont des victimes de troubles musculo-squelettiques et 37 % de problèmes psychologiques. Les autres représentent un éventail important de pathologies, car le système est très ouvert.

Régis de CLOSETS

Vous avez mis en place, comme en Allemagne et en Suisse, des case managers. Il y en a 40, qui coopèrent avec les représentants régionaux des syndicats. Comment les cas qui doivent être pris en charge par les case managers sont-ils identifiés ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

Les salariés qui perçoivent des indemnités de l'assurance maladie sont informés de l'existence du fonds. Ils reçoivent des brochures. On leur explique qu'ils doivent s'adresser au VIRK s'ils sont absents 4 à 6 semaines et éprouvent des difficultés à reprendre le travail. Ce n'est pas une obligation, mais les salariés sont incités à prendre contact avec nous. C'est au moment où ils sollicitent l'octroi d'une pension d'invalidité que le fonds qui verse cette pension leur demande de s'adresser à nous au préalable. Nous développons nos relations avec les acteurs du système de protection sociale.

Nous avons élaboré un processus de réhabilitation qui repose sur trois éléments : l'évaluation de base, l'évaluation spéciale et la réévaluation. Dans un premier temps, pendant la période de l'évaluation de base, le salarié et le case manager essaient d'élaborer une solution permettant le retour à l'emploi. Si ceci ne suffit pas, plusieurs spécialistes interviennent, de façon à ce que le problème soit traité de façon plus globale. À cette étape, nous utilisons la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [ICF].

Nous sommes partis de l'expérience des pays étrangers : Danemark, Norvège, Pays-Bas, etc. Notre outil a été construit à partir de l'ICF, qui prend en compte différentes perspectives. Avant de prendre la décision de verser une pension d'invalidité, nous vérifions que tout a été tenté pour que l'intéressé retrouve un emploi.

Régis de CLOSETS

Vous avez évoqué des difficultés de coordination entre le dispositif de réhabilitation et le système des pensions d'invalidité. Pouvez-vous développer ce point ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

Nous tentons d'influencer le dispositif des pensions d'invalidité, qui ne fonctionne pas de façon satisfaisante. Les salariés ne sont pas incités à reprendre le travail. Ainsi, les parents célibataires qui cumulent une pension

d'invalidité avec des prestations familiales n'ont pas intérêt à rechercher un emploi.

Régis de CLOSETS

Dans quel sens souhaiteriez-vous que le dispositif évolue ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

Nous n'avons pas la moindre compétence pour le faire évoluer.

Régis de CLOSETS

Autre point important : comment les case managers sont-ils recrutés ?

Vigdís JÓNSDÓTTIR

Ce sont des professionnels du système de santé : infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc. La difficulté réside dans le fait qu'ils sont plus préoccupés parce que les victimes d'accidents ne peuvent pas faire que parce qu'elles peuvent faire, alors que nous nous concentrons sur ce dernier point. Pour cette raison, nous tentons de les former.

Régis de CLOSETS

Éprouvez-vous les mêmes difficultés avec les case managers suisses ?

Philippe CALATAYUD

Les case managers devraient être spécialistes du système de protection sociale, et en particulier de l'assurance accidents. Ils doivent de surcroît être doués de compétences psychosociales et capables de faire travailler plusieurs personnes ensemble, tels des chefs d'orchestre. Le marché du travail n'offre pas ces profils. La Suva a donc réalisé un important effort de formation.

Régis de CLOSETS

Et en Allemagne ?

Doris HABEKOST

En principe, les caisses d'assurance accident recrutent en interne, de sorte que les intéressés connaissent les règles de l'assurance. Ils doivent néanmoins se former. Nous avons défini un profil des case managers (empathie, capacité à travailler en équipe, etc.), qui a été publié l'an dernier. Nous sommes très contents de nos case managers et élaborons actuellement un questionnaire destiné à vérifier le niveau de satisfaction de nos assurés.

Régis de CLOSETS

Le premier tour d'Europe nous a permis de constater qu'il existait plusieurs modèles de coordination autour du case manager et que cette expression recouvrait des acceptions différentes. Il nous a aussi permis de constater les problèmes communs à tous les pays : la détection la

plus précoce possible des cas difficiles, de façon à intervenir efficacement, la coordination des expertises médicales et des diverses actions autour du case manager, et le suivi du plan de réhabilitation.

Les trois expériences dont nous allons parler maintenant se sont particulièrement concentrées sur ces trois points.

Je suggère que nous commençons par le Canada, où la santé au travail relève de la compétence des provinces. Une commission s'occupe à la fois de l'indemnisation et de la réhabilitation ainsi que de la prévention.

Au Québec, l'employeur a l'obligation de garantir le retour dans un poste équivalent, le travailleur blessé au travail ou victime d'une maladie professionnelle conservant la priorité sur son emploi. Ce droit peut être exercé pendant deux ans dans les entreprises de plus de 20 salariés et un an dans les autres entreprises. Au-delà de ce délai, le retour à l'emploi résulte de la négociation entre les parties. La prise en charge de la réadaptation est gérée par le médecin traitant. L'autorité provinciale peut définir des plans personnalisés de retour à l'emploi.

En quoi consistaient ces plans personnalisés et pourquoi n'ont-ils pas toujours bien fonctionné en ce qui concerne la prévention des facteurs de chronicité ?

Claude SICARD, Vice-président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), Canada

Au cours des dernières années, nous avons enregistré une diminution d'environ 40 % des lésions professionnelles mineures. Parallèlement, la durée moyenne des absences a augmenté. L'examen de nos méthodes de travail nous a convaincus du caractère passif de notre gestion de la chronicité, les facteurs de chronicité n'étant pas décelés assez tôt. Il n'était pas rare que le transfert des dossiers aux équipes chargées de la réadaptation ait lieu 120 jours après la lésion, alors que les facteurs de chronicité s'installent à partir de 80 à 90 jours. De plus, il est apparu que le lien avec l'emploi était définitivement perdu dans environ 2 % des cas. Dans ces cas, l'indemnisation est limitée : la rente est déterminée par différence entre les revenus précédents et les revenus qu'il serait possible d'obtenir d'un "emploi convenable" eu égard à l'état de santé de l'intéressé. Il est donc important que ces personnes retournent au travail, d'où l'idée d'une gestion plus proactive de la chronicité.

Régis de CLOSETS

L'approche continue de la prévention de la chronicité forme le cœur du dispositif Synchro mis en place à partir de 2011. La recherche des facteurs de chronicité apparaît donc fondamentale. Quand et comment les identifie-t-on ?

Claude SICARD

Nous devons tout d'abord vérifier la recevabilité du dossier, c'est-à-dire nous assurer que la lésion (ou la maladie)

est liée au travail. La victime perçoit alors les indemnités prévues. Entre le 30^e et le 40^e jour, un entretien est organisé avec le travailleur, afin que les facteurs de chronicité puissent être identifiés à l'aide d'un guide spécifique. Lorsque l'entretien a lieu, la date de retour au travail est en général déjà prévue. Pour environ 65 % des cas, ceux-ci se réglent dans un délai de 60 jours.

Si l'entretien ne fait pas apparaître de facteur de chronicité, la personne est prise en charge par un agent d'indemnisation, qui s'assure que l'intéressé perçoit effectivement les indemnités auxquelles il a droit et bénéficie du traitement médical approprié.

Sinon, elle est dirigée vers un tandem composé d'un agent d'indemnisation et d'un conseiller en réadaptation. C'est ce dernier qui prend l'initiative : il vérifie que l'intéressé perçoit ses indemnités. Il élabore aussi un plan de retour au travail. Les salariés sont subdivisés en 5 catégories en fonction de leur profil (ex : présence ou non de lien d'emploi). Les conseillers en réadaptation sont généralement formés dans le domaine des sciences sociales (sociologie, psychologie, etc.).

Régis de CLOSETS

Concernant la détection, vous avez mis en place l'outil Detect tot. Dans ce cadre, des questions doivent obligatoirement être posées à l'assuré, tandis que d'autres sont optionnelles. Il y a 12 questions obligatoires qui permettent de détecter les facteurs de chronicité : nature des douleurs, moral de l'intéressé, perception du retour à l'emploi, etc. Pouvez-vous nous donner d'autres exemples de questions ? Comment les avez-vous choisies ?

Claude SICARD

Nous avons réalisé une revue de la littérature qui nous a permis d'identifier les divers facteurs de chronicité. Ceux-ci ont été adaptés à la réalité québécoise. Certains facteurs concernent les conditions du suivi médical. Les médecins peuvent avoir une gestion plus ou moins proactive de la chronicité. Le stress représente aussi un facteur de chronicité, de même que les symptômes neurologiques dans le cas de victimes de maux de dos ou les rechutes. Il ne faut pas négliger non plus la perception du travailleur à l'égard de ses conditions de travail et de son retour à l'emploi. D'autres questions portent sur la perception de l'employeur et sur les caractéristiques personnelles.

Régis de CLOSETS

Il y a aussi des questions optionnelles, qui correspondent aux stratégies d'adaptation passive, comme la propulsion à dramatiser, à prier, à espérer, etc., dont vous dites qu'elles contribuent à l'incapacité chronique et sont responsables de 50 % de la chronicité à 12 mois. Comment peut-on évaluer ces stratégies passives ? N'entrez-vous pas dans le domaine de la subjectivité ?

Claude SICARD

Il s'agit de cerner la personnalité des assurés. Il est évident qu'une forte propension à la dramatisation entrave le retour au travail. Il faut donc essayer d'amener les intéressés à adopter une vision plus positive.

La nouvelle approche représente un changement majeur pour le personnel de la CSST. Nous travaillions auparavant dans une perspective de réparation et nous devons maintenant nous positionner dans une optique de prévention. La première année, plusieurs membres du personnel ont éprouvé des difficultés. Le changement est désormais bien accepté, notamment grâce aux importants efforts de formation qui ont été entrepris.

Régis de CLOSETS

L'intérêt de la nouvelle approche réside dans la détection précoce et dans la relation entre celle-ci et la réhabilitation. Vous avez parlé de cinq catégories. Ceci signifie-t-il que la réhabilitation dépend du profil de chronicité et que les soins sont particulièrement adaptés aux personnes ?

Claude SICARD

Il s'agit en effet de diriger les intéressés vers des équipes spécialisées qui établissent des plans de retour au travail adaptés. Pour l'assureur, cette approche est plus coûteuse que la démarche traditionnelle, mais nous avons fait le pari que le montant des indemnités allait diminuer. Au bout de deux ans, nous avons déjà pu constater que la durée des indemnités avait diminué. Il est difficile pour le moment de dire si cette évolution est uniquement attribuable à cette nouvelle approche.

Régis de CLOSETS

La meilleure prise en charge des assurés et la prise en compte de ses problèmes psychologiques personnels contribuent-elles à améliorer la motivation des assurés ?

Claude SICARD

Les assurés apprécient le service supplémentaire qui leur est offert. Le nouveau dispositif permet aussi à la CSST de mieux travailler avec ses partenaires, notamment avec les centres de réadaptation auxquels les assurés sont adressés plus précocement et à bon escient, ainsi qu'avec les médecins traitants.

Régis de CLOSETS

Au Danemark, l'employeur indemnise les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles pendant quatre semaines. Ensuite, les communes prennent le relais pendant 52 semaines. Ensuite, les intéressés sont généralement pris en charge dans le cadre d'un autre dispositif, le plus souvent la retraite anticipée.

Entre 2004 et 2008, vous avez enregistré une forte augmentation du nombre d'absences pour longue maladie.

Pour cette raison, vous avez adopté une nouvelle politique, qui vise à améliorer le dispositif de réhabilitation. Avant que nous analysions les nouvelles mesures, pouvez-vous nous expliquer les principales lacunes de l'ancien dispositif ?

Glen WINZOR, Directeur de la coordination de la recherche, Centre national pour la recherche sur l'environnement de travail, Danemark

Il convient avant tout de souligner le rôle mineur des assurances dans le retour à l'emploi. Ce sont les communes qui assument le rôle essentiel. C'est une différence importante par rapport aux autres pays dont il a été question. Je pense que c'est la coordination qui faisait défaut dans le système précédent. Plusieurs des intervenants ont en effet insisté sur la complexité du processus de retour à l'emploi et sur le besoin de coordination qui en résulte.

Régis de CLOSETS

Le nouveau dispositif TTA (Tilbage til Arbejdsmarkedet), c'est-à-dire "De retour sur le marché du travail", a été testé dans 21 communes. Il représente un investissement important : 41 M€. Les cas sont traités par une task force composée de médecins du travail, de spécialistes, de psychologues, d'ergonomes, etc. Dans les plus petites communes, il n'y a qu'une task force mais il y en a plusieurs dans les plus grandes. Pour que le dispositif fonctionne efficacement, il importe que les cas soient soumis précocement à la task force. Quel instrument utilisez-vous pour la détection ?

Glen WINZOR

Beaucoup de choses ont déjà été dites sur la détection précoce. À cet égard, nous nous heurtons aux mêmes obstacles que les autres pays, car une lésion donnée n'a pas les mêmes conséquences sur tous les assurés. Il s'agit d'un problème complexe et il n'est pas question de se contenter d'un seul critère pour mettre en œuvre le lourd processus de retour à l'emploi. Dans le cadre du projet TTA - il ne s'agit pas encore d'une réforme -, nous procédons peu ou prou comme l'intervenant canadien vient de l'expliquer pour Synchro. Nous avons élaboré un guide d'entretien ainsi qu'un manuel d'interprétation qui se fonde sur la littérature internationale relative au retour à l'emploi. Ceci nous permet d'évaluer la capacité des travailleurs à revenir à l'emploi. Néanmoins, cette procédure n'élimine pas totalement la subjectivité.

Régis de CLOSETS

L'une des difficultés du projet TTA réside dans votre volonté de traiter un grand nombre de cas.

Glen WINZOR

C'est exact. Au Danemark, les personnes qui sont en congé de maladie de longue durée sont prises en charge

par les communes. Elles doivent collaborer avec les médecins et les employeurs. Nous avons voulu inclure dans le projet TTA des personnes de profils divers, notamment en ce qui concerne la pathologie. En effet, la procédure de retour à l'emploi qui met en œuvre de nombreux professionnels est coûteuse et il s'agit de savoir dans quels cas la mettre en œuvre.

A la différence de ce qui se passe habituellement, le projet TTA prévoit que l'équipe de professionnels analyse précisément dans quelle mesure l'intéressé peut à nouveau travailler. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire de sorte que de nombreux points de vue y sont représentés et que le cas des travailleurs est analysé sous différents angles.

Régis de CLOSETS

Quelles difficultés les membres des équipes pluridisciplinaires rencontrent-ils pour travailler ensemble ?

Glen WINZOR

Ce projet représente une nouvelle façon de travailler pour les membres des services sociaux municipaux. Avant son lancement, nous leur avons demandé de suivre une formation spécifique de trois semaines portant sur le retour à l'emploi et ils ont appris à travailler ensemble. Depuis que le projet a commencé, deux consultants en organisation aident les communes participantes à mettre en œuvre les nouvelles mesures. Il est vrai que rassembler autour d'une table un agent de réhabilitation, un psychologue, un spécialiste du marché du travail, un médecin du travail constitue un vrai défi pour la simple raison que ces différentes personnes n'ont pas les mêmes références. Un médecin par exemple peut n'être intéressé que par le diagnostic, alors qu'un autre se concentrera sur les capacités résiduelles de la personne. D'ailleurs, dans le cadre de ce projet, nous avons donné la priorité à ce dernier point.

Régis de CLOSETS

Démarré au printemps 2012, le projet est actuellement évalué. Comment procédez-vous et quels résultats vous ont surpris ?

Glen WINZOR

En réalité, trois évaluations - aussi importantes les unes que les autres - ont eu lieu. La première portait sur le processus et les changements d'organisation mis en œuvre dans les communes, la deuxième sur l'incidence des mesures en matière de retour à l'emploi et la troisième sur la pérennité des retours à l'emploi réalisés.

La première évaluation, de nature économique, m'a surpris en raison des écarts entre les résultats des différentes communes. Cela montre précisément la nécessité de procéder à des évaluations. Sans de telles évaluations, nous serions incapables de dire pourquoi certaines communes ont réussi et d'autres non. 60 % des communes ont

mis en œuvre le programme TTA conformément aux instructions et elles ont obtenu de bons résultats, à la différence des autres. Nous avons été surpris de constater que, malgré la formation et l'assistance apportée aux consultants, certaines communes n'ont pas mis le programme correctement en œuvre.

Régis de CLOSETS

En matière de réadaptation, il est également important d'évaluer la capacité résiduelle de travail et de mesurer l'amélioration qu'apportent à cet égard les procédures. C'est un sujet sur lequel vous travaillez beaucoup en Suède. Pouvez-vous, en quelques mots, nous décrire le dispositif ?

Therese KARLBERG, Responsable de la division retraite anticipée, prestations invalidité et accidents du travail à l'Agence suédoise d'assurances sociales

Je ne peux qu'être d'accord avec mon collègue danois. Il me semble important de se concentrer sur la détection précoce et sur les cas individuels. C'est exactement ce qu'a fait la Suède en adoptant la nouvelle législation, en 2008. Nous avons à cette occasion introduit des délais stricts. Il me semble que personne n'en a encore parlé.

Jusqu'en 2008, il y avait de plus en plus de départs prématurés en retraite, de plus en plus de personnes en congé de longue maladie, etc. Ce phénomène, qui touchait également les jeunes, avait plusieurs explications, parmi lesquelles le manque d'outils adaptés et de compétences spécifiques de la part des médecins travaillant pour les assurances. La situation a culminé en 2003, date à partir de laquelle les changements ont commencé.

Le changement majeur a eu lieu en 2008. Pendant les 14 premiers jours, c'est l'employeur qui paie les indemnités de maladie. Ensuite, les assurances sociales prennent le relais jusqu'au 90e jour, à condition que l'intéressé ne soit pas en état de reprendre son emploi. Entre le 91e et le 180e jour, l'indemnisation est subordonnée à l'incapacité de l'assuré à travailler pour son employeur, ce qui crée une pression sur celui-ci afin qu'il adapte le poste de travail ou en trouve un autre. Ensuite, et jusqu'en 364e jour, c'est un peu compliqué. Cela a du reste fait l'objet de discussions dans les médias. Disons que si l'assuré est en mesure de travailler, pas nécessairement dans son entreprise d'origine donc, il cesse d'être indemnisé. Cette règle n'est cependant pas appliquée si les assurances sociales jugent que l'intéressé pourra reprendre son emploi avant la fin du délai de 364 jours.

Régis de CLOSETS

C'est donc la capacité de travail de l'assuré qui est à la base du système d'indemnisation : capacité à reprendre son emploi entre le 14e et le 90e jour, à travailler pour son employeur entre le 91e et le 180e jour ou à travailler tout

simplement à partir du 181^e jour. Qui évalue la capacité résiduelle de travail ? Sur quels fondements ?

Therese KARLBERG

Il y a un case manager qui pilote le dossier et le certificat médical fournit des éléments d'appréciation. Le certificat n'indique pas si l'intéressé a ou non droit aux indemnités de maladie. Ce sont les assurances sociales qui le décident sur la base des informations contenues dans le certificat médical. Le médecin a l'obligation de préciser les points suivants : diagnostic, handicap et réduction de la capacité de travail en résultant.

Régis de CLOSETS

Les médecins qui rédigent ces certificats sont donc les médecins des assurés, et non ceux employés par les assurances sociales. Quelle collaboration entre les deux ?

Therese KARLBERG

Certains médecins contestent les délais stricts que nous avons mis en place. En général, les médecins souhaiteraient que les indemnités soient versées pendant de longues périodes. Nous travaillons donc en étroite collaboration avec eux. Nous avons développé des campagnes d'information. Nous avons aussi mis en place une plateforme d'appel pour les médecins ainsi qu'un site Internet, où ils trouvent tous les renseignements dont ils ont besoin. En collaboration avec l'Agence pour la santé, nous avons élaboré des directives pour les aider dans leur prescription des arrêts de maladie. Les listes correspondantes incluent 120 diagnostics différents. Il y a aussi des incitations financières : le gouvernement a créé une enveloppe spécifique, que nous appelons le "milliard des arrêts de maladie". En gros, les sommes attribuées aux médecins sur cette enveloppe dépendent de la qualité et du degré de détail de leur certificat médical.

Régis de CLOSETS

Le système a démarré en 2008. Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Quelles limites percevez-vous ?

Therese KARLBERG

Le système fonctionne bien dans le cas des congés de courte durée. En revanche, dans les autres cas, nous manquons encore d'outils pour définir la capacité de travail résiduelle. Lorsque les intéressés ne perçoivent plus les indemnités maladie, c'est l'agence pour l'emploi qui les prend en charge. Il arrive fréquemment que ses services estiment que les personnes ne sont pas en mesure de travailler, ce qui ne correspond pas à notre point de vue. Pour cette raison, les assurances sociales et les services de l'agence pour l'emploi essaient d'élaborer conjointement des outils permettant de définir la capacité de travail. En outre, le système est compliqué pour tout le monde : pour

les assurés, pour les médecins, etc. Tout ceci explique le débat brûlant, de plus ou moins bon niveau du reste, qui se développe dans les médias sur ce sujet.

Régis de CLOSETS

Au Danemark, avez-vous tenté d'évaluer la capacité de retour à l'emploi ?

Glen WINZOR

Oui, l'évaluation de la capacité résiduelle de retour à l'emploi joue un rôle essentiel au Danemark et c'est notamment en cela que les dispositifs danois et suédois se ressemblent et diffèrent des systèmes fondés sur les assurances.

Régis de CLOSETS

Et au Canada, avez-vous essayé d'avoir de vrais marqueurs de la capacité de retour au travail et de subordonner les indemnités à la capacité restante ?

Claude SICARD

Oui, cette capacité doit être évaluée. Les médecins disposent de guides réalisés par l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail.

Nous avons cependant constaté que les programmes de réadaptation étaient construits pour des travailleurs présentant des atteintes permanentes. Or de plus en plus il apparaît que les lésions simples risquent d'évoluer et de nuire au retour au travail. Notre système est insuffisamment attentif à ces cas de lésions simples.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Daniel BOGUET (UPA)

Les Débats d'EUROGIP sont certes un réservoir de bonnes idées, mais je m'interroge sur l'adéquation des réflexions et des solutions proposées aux petites entreprises. J'en veux pour preuve l'audience du tribunal des prud'hommes à laquelle j'ai assisté hier. L'unique salariée d'une EURL attaquait son patron parce qu'elle n'avait pas été maintenue dans l'emploi. Il est évident que le patron d'une telle entreprise n'a aucun moyen de maintenir ses salariés dans l'emploi.

Régis de CLOSETS

S'agit-il d'une question que vous avez prise en compte dans les autres pays ?

Glen WINZOR

Je pense que le traitement de ces problèmes dépend du contexte économique et du cadre législatif. Le dispositif danois de flexisécurité facilite grandement les licenciements. Ce sont les PME qui profitent le plus du système de

retour à l'emploi au Danemark. Elles n'ont pas les ressources suffisantes pour gérer leurs ressources humaines et traiter les problèmes juridiques.

Claude SICARD

Il est certes difficile à une très petite entreprise de réintégrer ses salariés. Pour cette raison, nous avons mis en place un mécanisme financier incitatif : si le salarié n'est pas en mesure d'assumer pleinement sa tâche, les assurances sociales versent temporairement un complément. Par ailleurs, les petites entreprises québécoises se regroupent de façon à mutualiser non seulement les risques mais aussi les solutions permettant de réintégrer les salariés qui ont perdu une partie de leur capacité de travail.

Gaëlle POSTIC (CARSAT Rhône-Alpes)

Je m'interroge sur la place de l'employeur dans les conventions d'objectifs conclues entre les assurés et les case managers.

Philippe CALATAYUD

Il faut commencer par identifier les obstacles à la réinsertion. Si aucune reprise d'activité n'est à terme envisageable dans l'entreprise, la piste est abandonnée. Si en revanche, il existe une possibilité d'adapter le poste ou d'en trouver un autre, l'employeur est impliqué. Il n'a pas strictement à souscrire lui-même à des objectifs, mais il est impliqué dans leur élaboration et doit accepter les mesures qui en découlent. Ainsi, il peut être conduit à autoriser l'assuré à se rendre plusieurs fois par semaine à l'atelier, non pour travailler, mais pour être mis au courant de ce qui s'y passe. En tout état de cause, aucune réinsertion professionnelle n'est envisageable sans coopération de l'employeur.

Glen WINZOR

Je souscris à ces propos. Le retour à l'emploi passe par un effort coordonné et précoce associant l'employeur mais cela prend du temps.

Therese KARLBERG

Moi aussi, je suis d'accord. Le rôle de l'employeur est essentiel. J'aimerais évoquer le cas des PME, pour lesquelles l'adaptation des postes de travail représente une difficulté. En Suède, ce sont néanmoins les PME qui sont le plus impliquées dans l'emploi des personnes handicapées. L'argument peut donc être manié dans les deux sens.

Régis de CLOSETS

Au Québec, l'employeur doit conserver le poste pendant un ou deux ans, comme nous l'avons vu. Il est donc intégré dans le processus. Cette disposition favorise-t-elle le retour à l'emploi ou constitue-t-elle une contrainte ?

Claude SICARD

L'employeur a intérêt à réintégrer le salarié, ne serait-ce qu'en raison des règles financières. Dans certains secteurs comme celui de la construction, le problème est le plus difficile à résoudre ; l'aménagement des postes de travail y est plus complexe. Les employeurs sont donc moins ouverts à des solutions de retour au travail. Or il s'agit d'un secteur économiquement important et dans lequel les accidents sont nombreux.

Pascal JACQUETIN (CNAMTS)

Ma question s'adresse à Doris HABEKOST. Lorsque le retour à l'emploi requiert la mise en œuvre d'actions particulières, je suppose que des décisions doivent parfois être prises peu de temps après l'accident. En pareil cas, comment parvenez-vous à impliquer rapidement le D-Arzt ou le case manager. Je veux dire en termes d'organisation.

Doris HABEKOST

Vous vous demandez comment nous détectons rapidement ces cas. J'ai essayé d'expliquer qu'il est parfois difficile, comme l'a souligné notre collègue suisse, d'identifier les cas apparemment bénins mais qui risquent d'évoluer dans un sens défavorable. En effet, nous ne disposons pas des éléments de contexte nécessaires à cette appréciation immédiatement après l'accident. En plus, à cette étape de la procédure, la relation de confiance ne s'est pas encore établie entre le case manager et l'accidenté. En général nous supposons que ce sont les cas les plus graves qui relèvent du case management. Dans la semaine qui suit l'accident, avant même la mise en place du case management, l'assurance accidents dépêche un représentant de son service de visite au chevet de l'accidenté. Il ne s'agit pas nécessairement de la personne qui suit le dossier mais ce délégué est néanmoins en mesure de discuter et de fournir des indications importantes au case manager.

Une intervenante (Avocate)

Je m'interroge sur les réflexions menées actuellement pour améliorer la communication des informations relatives aux conditions de travail entre les employeurs et les services de médecine du travail. Je constate en effet que cette communication a actuellement lieu dans des conditions qui ne favorisent pas le reclassement professionnel.

Dominique MARTIN (CNAMTS)

Les médecins du travail, qu'ils soient employés par l'entreprise ou par un service interentreprises, sont tenus au respect du secret médical, ce qui n'exclut pas des échanges sur la capacité à travailler. Il convient certainement que les services de santé au travail abandonnent un point de vue strictement médical et adoptent une approche plus globale. J'ai évoqué précédemment la contractualisation entre les services de santé au travail, la

sécurité sociale et l'État pour organiser les compétences et la coordination entre ces trois acteurs. Je pense que les médecins du travail présents dans la salle sont mieux placés que moi pour répondre.

Arielle BAHAUT (Médecin du travail)

Je suis médecin coordinateur au sein de la division santé au travail de la CNAMTS. Je participe par ailleurs à un groupe de travail sur le handicap, qui réunit, outre des représentants de la division santé au travail, des membres de CHSCT et des travailleurs handicapés volontaires. Je souhaite répondre à l'intervenante précédente. Les médecins du travail peuvent fournir des réponses aux demandes de l'employeur mais ils ne peuvent pas intervenir en cas de procès car ils sont liés par le secret médical.

Notre groupe de travail a réfléchi aux questions de vocabulaire : nous préférons le "a" de "anticiper", "adapter", "aménager", au "re" de "réadaptation", "réhabilitation", etc.

Enfin, je tiens à insister sur la connotation négative du mot "handicap". En plus, les personnes qui souffrent d'un handicap ont la fâcheuse impression d'être fichées, alors même que leur handicap ne se perçoit pas, comme c'est souvent le cas. Si le handicap se double d'une inaptitude, la situation est encore plus difficile pour les intéressés. Pourquoi ne pas supprimer l'avis d'aptitude, comme cela a été fait en Finlande, où les problèmes sont directement abordés avec l'employeur et le médecin du travail ?

Philippe CALATAYUD

S'agissant de la relation entre l'employeur et le médecin du travail, c'est précisément l'une des questions que le case manager peut résoudre. Je rappelle à cette occasion que le médecin du travail n'est présent en Suisse que dans les grandes entreprises. En général, le médecin, qui déclare l'inaptitude, ignore la situation professionnelle de l'intéressé avant l'introduction du case management. Or le case manager, dans la phase d'investigation, établit le lien entre l'employeur et le médecin : lorsqu'il rencontre ce dernier, il dispose du profil du poste, dont il peut notamment expliquer les contraintes, etc. Il fait le même travail auprès de l'employeur, discutant notamment des possibilités de reprise dans des conditions particulières, et ce sans jamais trahir le secret médical.

Patrick LE TANNO (Médecin du travail)

Je voulais seulement faire un constat sur le rôle du médecin du travail. J'estime que sa mission essentielle consiste à être au plus près du travail et que les inaptitudes ne doivent être déclarées qu'en fonction des circonstances précises. Toute inaptitude trop générale risque en effet de nuire au salarié. Il faut au contraire que le médecin du travail discute avec l'employeur pour se mettre d'accord sur les adaptations de poste.

Jean-Michel BACHELOT (CARSAT Pays de la Loire)

Dominique MARTIN peut-il nous expliquer pour quelles raisons les services sociaux des CARSAT ne peuvent pas devenir des case managers ? Il me semble qu'ils font déjà le lien entre le salarié, le médecin-conseil, le médecin du travail, etc. Ils exercent notamment ce rôle au sein des cellules départementales de prévention de la désinsertion professionnelle. De même, j'ai l'impression que les SAMETH pourraient aisément devenir des case managers auprès des salariés en situation de handicap.

Dominique MARTIN (CNAMTS)

Les exposés que nous avons entendus nous montrent que les processus de retour à l'emploi sont complexes et doivent être resitués dans leur contexte. En France, nous sommes actuellement en phase d'observation. La journée d'aujourd'hui est particulièrement intéressante à cet égard. Nous n'avons pas le moindre a priori sur le dispositif que nous allons mettre en place. Nous savons qu'il faudra tenir compte de tous les éléments dont il a été question : précocité de la détection, accompagnement global, coordination des multiples interventions, prise en compte des aspects psychologiques, etc. Il faudra aussi faire des choix organisationnels entre le niveau national et le niveau régional de la branche AT/MP. Ces choix seront effectués après que la finalité du dispositif aura été parfaitement définie. Les processus seront construits en coopération avec les partenaires sociaux et avec l'ensemble du réseau de la branche AT/MP. Il est évident que le niveau régional, qui est en contact avec l'entreprise, sera impliqué. C'est la coordination des structures existantes qui constitue la principale question. Le principal apport des approches de case management résulte de la coordination par une personne qui est peu ou prou le double de celle qui se trouve en difficulté. Il s'agit avant tout de mobiliser les compétences et les dispositifs qui existent déjà. La branche AT/MP doit créer une offre de service de coordination.

Une intervenante (Doctorante en ergonomie)

Je suis surprise par le rôle donné à l'ergonomie quand il est question de retour à l'emploi. J'ai l'impression que l'ergonome n'est considéré que comme celui qui apporte des solutions techniques. Or l'ergonome, lorsqu'il est confronté à un problème de maintien dans l'emploi, prend contact avec l'ensemble des acteurs. Il analyse la vie du salarié et son environnement, etc. Nous prenons donc en compte la situation globale.

Glen WINZOR

Les notions de handicap et d'incapacité renvoient toujours à ce que l'intéressé ne peut pas faire et à l'idée de compensation. Je suggère que nous adoptions une formulation plus positive et que nous utilisions le mot "employabilité". ●

Le projet européen “Un travail sain pour les travailleurs souffrant d'une maladie chronique”

Régis de CLOSETS

L'ENWHP, Réseau européen pour la promotion de la santé au travail, rassemble des instituts de santé et de sécurité au travail, des organismes de promotion de la santé et des caisses de sécurité sociale de divers pays européens. Il a récemment développé une campagne de sensibilisation sur les maladies chroniques.

Nettie VAN DER AUWERA, chef de projet, ENWHP : Réseau européen pour la promotion de la santé au travail

Je vais vous présenter un projet européen en cours, qui se rapporte à la protection du poste de travail et au retour à l'emploi pour les salariés atteints de maladies chroniques.

Comme Régis de CLOSETS vous l'a dit, l'ENWHP est un réseau informel qui regroupe divers organismes, issus de 28 pays différents.

L'ENWHP s'efforce de promouvoir la santé au travail depuis 1996. Il a tout fait pour que l'agenda social européen inclue ce sujet. Ses activités consistent principalement à mener des campagnes de sensibilisation, à rédiger des recommandations destinées aux employeurs et aux stakeholders européens, et à mettre en évidence des bonnes pratiques.

L'initiative en cours - “Work. Adapted for all” (Un travail adapté pour tous) - constitue la 9e du réseau depuis sa création ; 17 États membres y participent. Elle se rapporte aux maladies chroniques, qu'elles soient ou non d'origine professionnelle.

Ce projet est le troisième de la série “Move Europe” sur le thème de la promotion de la santé au travail. Précédemment, il y a eu les projets :

- “Healthy lifestyles in the working environment” (Un environnement de travail favorisant la santé) sur la période 2007-2009 qui visait à promouvoir des comportements susceptibles de favoriser la bonne santé. Il se concentrait sur quatre aspects : l'alimentation, l'activité physique, la prévention du tabagisme et la santé mentale.

- “Work in tune with life” (Mieux vivre au travail), sur la période 2009-2010 qui était davantage centré sur la santé mentale.

Dans le cadre du projet en cours, nous essayons de persuader les entreprises de prendre en compte la promotion de la santé au travail aussi bien dans leur politique générale que dans leurs pratiques quotidiennes. Nous le faisons par des campagnes de sensibilisation dans les pays partenaires du projet, mais aussi en mettant à leur disposition divers outils. Prevent, un organisme belge qui traite de la sécurité et de la santé au travail, assume la coordination du projet européen.

L'objectif principal du projet consiste à investir dans l'employabilité durable, c'est-à-dire maintenir les salariés au travail, dans l'intérêt de ces derniers, mais aussi de l'entreprise et de la société en général. Le projet est soutenu par l'Union européenne. Il bénéficie des fonds du programme pour la santé 2008-2013 au titre de la Stratégie européenne pour la santé. Nous nous efforçons de contribuer à la mise en œuvre de la stratégie Europe 2020 pour une croissance intelligente, durable et inclusive, qui affirme la nécessité de maintenir dans l'emploi et de réintégrer les salariés en cas de maladie.

Il s'agit donc de développer et de diffuser des bonnes pratiques pour la promotion de la santé au travail en ce qui concerne les salariés souffrant de maladies chroniques afin qu'ils ne basculent pas dans un régime de préretraite ou d'invalidité. À cet effet, il faut recenser les bonnes pratiques, fournir des conseils aux employeurs, organiser le transfert de connaissances entre experts et actionnaires, rédiger des recommandations ciblées sur le retour à l'emploi et développer la sensibilisation.

Notre campagne vise avant tout les entreprises de plus de 50 salariés, les actionnaires, les salariés et leurs familles. Les outils que nous élaborons sont diffusés dans les 17 pays participant au projet. Les uns sont destinés aux responsables des politiques publiques concernées, les autres aux employeurs. L'outil majeur pour les entreprises est le guide de bonnes pratiques incluant un plan d'action en six points (repérage de qui a besoin d'aide, prise de contact, entretien initial, examen du cas, élaboration du programme de retour au travail et réexamen régulier du plan). Il y a aussi la check-list de l'encadrement.

Tous ces documents sont disponibles sur www.enwhp.org. La version française du guide de bonnes pratiques est sur <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/12330380.PDF>. Vous trouverez aussi de nombreuses informations sur www.maladie-chronique-travail.eu.

Le guide de bonnes pratiques est très général car il s'adresse aux entreprises de tous les pays européens. Il a été élaboré sur la base des politiques de retour à l'emploi menées dans plusieurs pays et de l'analyse des bonnes pratiques de 11 pays.

L'identification des cas doit être la plus précoce possible et c'est certainement la DRH qui est la plus à même de le faire. La prise de contact doit également être la plus précoce possible. Elle peut se réaliser sous forme d'une conversation générale par téléphone. L'entretien initial doit avoir pour sujet principal les solutions, et non les problèmes, de façon à susciter la confiance et à s'assurer de la volonté qu'a l'intéressé de reprendre le travail. L'examen

du cas requiert un travail approfondi de toutes les parties prenantes. Le programme de retour au travail doit répondre aux questions : "Quoi, quand, pourquoi et comment ?". Il doit être réexaminé périodiquement et son efficacité doit être vérifiée.

La check-list destinée au personnel d'encadrement énumère les comportements souhaitables à l'égard d'un

employé qui souffre d'une maladie chronique.

Je termine mon exposé en vous indiquant qu'une conférence clôturera ce projet (cf. le site www.enwhp.org). Elle se tiendra à Bruxelles les 22 et 23 octobre 2013. Nous y poursuivrons notre campagne de sensibilisation et présenterons plusieurs exemples de bonnes pratiques.

La mobilisation autour des entreprises

Régis de CLOSETS

Zinta PODNIECE, vous représentez l'EU-OSHA qui a réalisé en 2007 un rapport sur les politiques nationales en matière de retour à l'emploi des travailleurs souffrant de sclérose en plaques. Pouvez-vous nous en parler ?

Zinta PODNIECE, Chef de projet, Unité prévention et recherche, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)

Notre travail n'a pas seulement consisté à examiner les législations des États membres. Nous avons également analysé les pratiques. Notre première conclusion est que les politiques des États membres visent principalement les salariés malades qui ne travaillent pas et non ceux qui travaillent et rencontrent des problèmes de santé. Notre deuxième conclusion rejoint ce qui a été dit ce matin : il importe de déceler rapidement les problèmes et d'éviter les absences de longue durée, à la suite desquelles les salariés ont peu de chances de travailler à nouveau. Il faut aussi mettre en œuvre des procédures multidisciplinaires impliquant la médecine du travail et la réadaptation sociale et prévoir une coordination de toutes les parties prenantes.

Régis de CLOSETS

Pensez-vous que la situation ait évolué depuis 2007 ?

Zinta PODNIECE

J'en suis certaine, ne serait-ce que parce que l'évolution démographique oblige à traiter le problème que pose le maintien dans l'emploi des travailleurs âgés. Nous aurons plus d'informations sur ce sujet dans deux ans car nous venons de commencer une étude sur les travailleurs âgés. Dans le cadre de ce travail, nous nous pencherons sur la réadaptation et sur le retour au travail.

Régis de CLOSETS

Vous avez également procédé à une revue de la littérature sur le sujet. Quelles conclusions en tirer ? S'agit-il des mêmes que celles que nous avons entendues ce matin ?

Zinta PODNIECE

Nous n'avons guère trouvé d'études que sur les lombalgies. Il en ressortait qu'il faut que les salariés réintègrent l'entreprise le plus vite possible, ce qui peut requérir des adaptations du poste de travail. Il apparaissait aussi que l'aménagement des conditions de travail, notamment du temps de travail, pouvait constituer une grande aide pour le retour à l'emploi, sans parler des mesures ergonomiques.

Régis de CLOSETS

Que penser de l'évaluation des risques en tant qu'instrument de prévention du risque et de promotion du retour au travail ? En quoi les politiques d'évaluation des risques peuvent-elles favoriser le retour à l'emploi ?

Zinta PODNIECE

En 2008 et 2009, l'EU-OSHA a mené une campagne sur ce sujet. Elle prenait en compte l'ensemble de la main-d'œuvre, y compris les salariés souffrant de problèmes de santé, c'est-à-dire les victimes de maladies chroniques pour lesquelles il faut prévoir des conditions adaptées et les personnes qui reviennent au travail après une longue période de maladie. Si une entreprise prévoit de nouveaux développements, il faut qu'elle tienne compte des profils de ses salariés.

Régis de CLOSETS

L'Agence a également travaillé sur la notion de bien-être

au travail. Quel lien établissez-vous entre le bien-être au travail et le retour à l'emploi ? En quoi est-il difficile d'agir sur le bien-être au travail ?

Zinta PODNIECE

Nous avons étudié comment l'expression "bien-être au travail" était comprise dans les différents pays européens. Nous avons trouvé d'importantes différences. En règle générale cependant, la notion recouvre des aspects physiques, mentaux et sociaux. Il est certain que l'environnement de travail peut non seulement limiter les risques professionnels, mais aussi inciter au retour à l'emploi et motiver les salariés.

Régis de CLOSETS

Je me tourne vers Katrien BRUYNINX. Vous travaillez en Belgique pour Prevent, organisme actif dans le domaine de la sécurité et de la prévention à travers de nombreuses activités : formation, recherches et publications, etc. La plupart de vos clients sont des entreprises privées. Pouvez-vous nous présenter brièvement le régime belge d'indemnisation ?

Katrien BRUYNINX, Chef de projet, Prevent, en Belgique

En réalité, nous avons plusieurs systèmes : pour les indépendants, pour les fonctionnaires, pour les salariés du secteur privé, etc. C'est le régime du secteur privé qui couvre le plus grand nombre de personnes. Il se subdivise en trois dispositifs : l'un pour les maladies et les accidents causés par le travail, l'autre pour les maladies professionnelles et les accidents du travail reconnus comme tels, tandis que le principal est le régime général, qui couvre les autres maladies et accidents.

Régis de CLOSETS

Vous m'avez dit que le système en matière de réhabilitation était plus ou moins comparable à une loterie : tout dépend de l'établissement où vous êtes accueilli, du médecin, etc. Prevent a travaillé à la fois sur les politiques que nous avons vues ce matin et sur ce qui se passe dans les entreprises. Vous avez relevé un défaut de comportement face aux problèmes, un manque d'enthousiasme à l'égard de la réhabilitation et une absence de volonté de s'emparer de la question. Comment l'expliquez-vous ? Avez-vous des exemples à nous donner ?

Katrien BRUYNINX

Je pense que les causes sont multiples. Nous avons examiné différents aspects du processus de retour à l'emploi et notamment les comportements des employeurs, des acteurs du système de soins, du régime de sécurité sociale et des salariés. Le manque d'esprit constructif se rencontre chez chacun d'eux. Ainsi, de nombreux

employeurs considèrent que le retour à l'emploi ne les concerne pas. Au bout d'un mois, les salariés en arrêt de travail sont indemnisés par les assurances sociales. Ils sont donc peu à peu oubliés des employeurs, lesquels n'ont pas l'obligation de rester en contact avec eux. En ce qui concerne le système de soins, nous avons constaté que les centres de réhabilitation donnent la priorité à la récupération nécessaire aux activités quotidiennes (s'alimenter, s'habiller, etc.) et oublient que le travail en fait partie. Quant à notre système de sécurité sociale, il fait passer l'indemnisation avant la réhabilitation, contrairement au régime allemand.

Je voudrais mentionner le manque de communication entre les intervenants, le principal problème résultant de leur grand nombre dans le processus de retour à l'emploi. Or chacun prend ses décisions en fonction de ses critères personnels, sans qu'il y ait de langage commun. Ainsi, les médecins généralistes, les médecins du travail et les médecins des assurances sociales ne retiennent pas la même définition du handicap. D'ailleurs, seules 10 % des personnes qui suivent un processus de réadaptation ont vu leur médecin parler à un autre.

Régis de CLOSETS

Je voudrais que nous parlions de votre travail sur le projet européen DM@work, qui vise à offrir des solutions proactives de retour à l'emploi ciblant certaines entreprises dans trois secteurs d'activité : l'industrie chimique, le bâtiment et les soins de santé. Quels problèmes particuliers ces trois branches présentent-elles en ce qui concerne le retour à l'emploi ?

Katrien BRUYNINX

Les principaux obstacles communs à ces secteurs sont notamment la possibilité d'avoir un travail adapté, la communication et la recherche d'emplois de substitution car les entreprises ont externalisé de nombreuses fonctions.

Lorsque nous observons chaque secteur isolément, nous constatons des problèmes spécifiques. Ainsi, les activités du bâtiment sont souvent physiques, ce qui gêne le retour à l'emploi après une période de maladie. Nous avons donc mis en place des instruments qui nous permettent d'avoir une meilleure compréhension des exigences liées au travail. Par ailleurs, nous avons préparé des formulaires que les salariés remettent à leur médecin afin que celui-ci fournisse des indications précises, par exemple sur le nombre d'heures pendant lesquelles l'intéressé peut travailler debout, assis, dans des conditions difficiles, etc. Il ne s'agit pas de remplir un certificat médical, mais de donner des informations concrètes permettant d'aider à trouver des solutions. Autre problème : les médecins recommandent souvent une reprise progressive d'activité, mais un travail à temps partiel est généralement incompatible

avec les horaires des transports en commun.

En ce qui concerne l'industrie chimique, les problèmes résultent essentiellement des règles en matière de sécurité, qui sont très strictes. Les salariés sont parfois en mesure d'occuper leur poste mais ce sont les règles générales de sécurité qui les en empêchent. En pareil cas, nous avons cherché à trouver des emplois en dehors des zones strictement réglementées. Nous avons donc incité les entreprises à mettre en œuvre des niveaux de sécurité différenciés.

Le projet est maintenant achevé. Nous avons rédigé quatre manuels : un pour chacun des trois secteurs et un quatrième qui s'applique à toutes les entreprises belges et qui comprend des informations destinées aux salariés souhaitant reprendre leur travail après une période d'arrêt.

Régis de CLOSETS

Pascal CORBINEAU, avant Airbus, vous avez travaillé dans le BTP. Avez-vous constaté des difficultés particulières dans ce secteur ? Avez-vous l'impression que la situation progresse ?

Pascal CORBINEAU, Médecin du travail, Airbus Nantes, France

J'ai quitté le BTP il y a environ 5 ans. Il s'agit en effet d'une branche d'activité où l'on enregistre des progrès. Quand j'y suis arrivé il y a une vingtaine d'années, il n'était question ni de maintien dans l'emploi ni de reclassement. Des solutions sont apparues progressivement. Les employeurs se sont peu à peu mobilisés pour conserver leur main-d'œuvre qualifiée. Cependant, dans mon ancien poste, où j'avais la responsabilité de quelque 3 000 salariés, je constatais 10 à 15 inaptitudes annuelles pour raisons médicales. Chez Airbus, on enregistre une inaptitude tous les deux ou trois ans. Cette différence importante s'explique par les exigences physiques des métiers du bâtiment. Selon moi, la solution réside dans la mécanisation et dans la réorientation de certains salariés vers la conduite d'engins.

Régis de CLOSETS

En Finlande, l'Association d'assurance réadaptation VKK, que représente Juha MIKKOLA, a été créée en 1964 par différents organismes d'assurance. VKK est une association à but non lucratif qui aide les membres de ces fondateurs dans le processus de réadaptation. VKK a prévu différents instruments à cet effet : conseillers, site Internet, etc. Avant d'en parler, pouvez-vous nous présenter brièvement le système finlandais d'indemnisation et nous expliquer les raisons de l'ancienneté de VKK ?

Juha MIKKOLA, Directeur général, Association d'assurance réadaptation (VKK), Finlande

En Finlande, l'indemnisation relève d'assurances pri-

vées. En 1964, celles-ci ont compris que la réadaptation devait faire partie du système d'indemnisation. VKK a été créée pour combler ce vide.

Régis de CLOSETS

VKK emploie des conseillers qui coopèrent avec les compagnies d'assurance sur les cas de réadaptation. Comment vos conseillers travaillent-ils avec ces compagnies ? Comment les cas sont-ils sélectionnés ?

Juha MIKKOLA

En fait, rares sont les organismes d'assurance qui disposent de leurs propres experts, si bien que presque tous les cas nous sont transmis.

Nous avons une vingtaine de conseillers ainsi que deux psychologues spécialisés dans les questions de réadaptation et qui font du coaching. Le processus se déroule de la manière suivante. Les compagnies d'assurance nous adressent leurs rapports par voie électronique. Nous organisons ensuite des réunions entre les assurés et les conseillers. Ces face-à-face nous permettent de réaliser une première évaluation dans le mois qui suit la transmission des rapports. Les plans de réadaptation sont ensuite élaborés dans un délai de 5 mois. Chaque année, nous recevons quelque 700 rapports, parmi lesquels 100 portent sur des cas de réadaptation fonctionnelle. Pour les 600 autres, dans 40 % des cas, le retour à la vie professionnelle est impossible. Ce sont donc les 60 % restants qui entrent dans un programme de réadaptation et l'on peut estimer à 70 % ou 80 % la proportion des assurés qui obtiennent effectivement un emploi à l'issue de la procédure.

Régis de CLOSETS

Autre chose difficile à comprendre pour un Français : le plan de réadaptation n'est pas élaboré par VKK mais par le système de soins, qui est public. Comment les conseillers de VKK entrent-ils en relation avec le système de soins ? N'y a-t-il pas une certaine concurrence entre les deux parties ?

Juha MIKKOLA

VKK est perçu comme un organisme indépendant et non comme l'émanation des compagnies d'assurance. Cela nous garantit une certaine autorité.

Régis de CLOSETS

Concrètement que fait VKK en ce qui concerne le plan de réadaptation ?

Juha MIKKOLA

La plupart des entreprises finlandaises sont des PME. Elles ne sont pas en mesure de gérer elles-mêmes les problèmes liés au retour à l'emploi et la plupart des reclasse-

ments sont réalisés grâce à VKK.

En matière de gestion des cas, nous conseillons, guidons et soutenons la réhabilitation sur une base individuelle (besoins et aspirations de l'individu, circonstances). Nous coopérons avec les autorités et les fournisseurs de services pour développer et maintenir des politiques efficaces. VKK joue un rôle d'interprète entre les acteurs de l'assurance et ceux de la réhabilitation.

Régis de CLOSETS

Pouvez-vous nous parler de l'outil Internet, qui facilite les relations entre les organismes d'assurance, vos conseillers et les employeurs ?

Juha MIKKOLA

Le réseau Internet du retour à l'emploi a pour membres les fonds de pension et sept prestataires de services. VKK coordonne et entretient ce réseau. Nous organisons par exemple des séminaires. S'agissant de l'indemnisation, VKK représente les organismes d'assurance au sein de ce réseau car ces derniers n'en sont pas membres.

Régis de CLOSETS

Joy REYMOND va maintenant nous présenter l'exemple anglais de Unum, qui offre des services de réhabilitation à ses clients qui sont les entreprises.

Joy REYMOND, Chef des services de réadaptation professionnelle à Unum, Directeur de l'Association de réadaptation professionnelle et du Conseil national de réadaptation, Grande-Bretagne

Auparavant, je voudrais dire qu'au Royaume-Uni c'est très compliqué et différent de ce qui existe ailleurs.

Je viens du Canada. Lorsque je suis arrivée au Royaume-Uni, j'ai été surprise par le faible niveau d'indemnisation. L'employeur peut s'assurer contre sa responsabilité. De leur côté, les salariés peuvent engager une action en justice contre l'employeur, mais rares sont ceux qui le font. Ceci ne représente qu'une petite partie du système. Il y a aussi un dispositif public d'indemnisation des maladies professionnelles traditionnelles.

Il y a surtout le dispositif d'assurance maladie universel géré par l'État qui garantit un montant très limité (environ 8 £ par semaine) aux salariés en congé de longue durée. Pendant les 28 premières semaines, l'employeur paie une indemnité maladie (statutory sickpay). Ensuite, c'est l'État qui prend le relais. L'indemnité est à peu près la même mais l'employeur peut la compléter de façon à ce que l'intéressé conserve son salaire. C'est le cas dans de nombreuses grandes entreprises, mais pas dans les plus petites. Ensuite, nous entrons en jeu, en tant qu'assureur privé.

Régis de CLOSETS

On comprend l'origine de vos prestations : vous aidez

les employeurs à traiter les cas de réhabilitation les plus complexes. Quelles sont les demandes des employeurs à votre égard ?

Joy REYMOND

Nous sommes un assureur privé. Nous veillons donc à être attractifs par rapport à la concurrence. Nous nous demandons toujours ce que nous pouvons apporter au client. Nous avons développé trois niveaux de service : primaire, secondaire et tertiaire.

Dans le cadre du premier niveau, nous fournissons des prestations permettant aux employeurs d'éviter les absences de longue durée. Nous assurons le maintien du salaire une fois que le délai de six mois est écoulé. Vous savez que, au bout de six mois, il est souvent trop tard pour que les salariés reviennent au travail. Il est donc de notre intérêt d'intervenir avant que le délai de six mois soit écoulé et d'aider nos clients à faire en sorte que leurs salariés retravaillent le plus rapidement possible, même si nous n'avons alors pas la moindre responsabilité financière.

Régis de CLOSETS

Vous anticipez donc et vous le faites dans l'intérêt de l'employeur. Comment ce service peut-il être mis en œuvre par vos clients et comment interfère-t-il avec le programme normal de réhabilitation ?

Joy REYMOND

L'employeur peut le demander à tout moment. Nous nous efforçons d'aider les employeurs alors même que les salariés travaillent encore mais souffrent d'une maladie qui les oblige à s'absenter et qui risque de les contraindre à cesser le travail dans le futur. En règle générale, nous demandons aux employeurs de prendre contact avec nous lorsqu'ils ont un salarié absent depuis 4 à 6 semaines. Nous savons par expérience que les salariés reprennent naturellement le chemin du travail et qu'il peut être pire d'intervenir que de ne rien faire. Néanmoins, au bout de six semaines, le processus naturel ne joue plus de la même manière. Il est alors important que l'employeur nous contacte. Il peut le faire par n'importe quel moyen (fax, courriel, téléphone, etc.). Nous lui donnons alors immédiatement quelques conseils et le laissons gérer seul le retour de son salarié. Si la situation semble difficile, nous la prenons en charge : l'un de nos conseillers rend visite à l'employeur puis au salarié. Il essaie ensuite de les réunir et d'examiner les obstacles au retour à l'emploi. Il s'agit là d'une démarche professionnelle et non médicale.

Dans plus de 40 % des cas, nous avons affaire à ce que nous appelons des "troubles mentaux communs" (stress, anxiété, dépression, etc.), qui ont souvent une composante professionnelle. Pour cette raison, dans le cadre de nos prestations de prévention, nous organisons des

séances de formation destinées aux DRH ou aux cadres afin qu'ils puissent faire face efficacement à des situations de ce type. Si le problème a déjà éclaté, nous examinons les moyens à mettre en œuvre pour résoudre les difficultés. Nous pouvons alors par exemple mettre à la disposition de l'employeur un ergonome ou un psychologue spécialiste de thérapie cognitive. En pratique cependant, l'essentiel de notre apport consiste en médiation et en négociation.

Lorsque les employeurs, qui sont nos clients, sont réticents, nous leur expliquons ce qui risque de se passer si rien n'est fait. Nous sommes un assureur. Vous savez que rien n'est gratuit. Si l'absence se prolonge, nous prenons en charge le maintien du salaire mais l'employeur, lui, paie la prime d'assurance. Il est donc très rare que les employeurs ne suivent pas nos conseils.

Régis de CLOSETS

Une réforme législative est envisagée. En tant qu'acteur privé, comment jugez-vous ce projet ?

Joy REYMOND

Le gouvernement s'est engagé à ouvrir un crédit de 500 000 £ pour financer les coûts d'une évaluation médicale indépendante dont bénéficieraient les salariés à l'issue de quatre semaines d'absence. Ceci correspond exactement au moment où le médecin rédige son deuxième arrêt de travail. Le principe me paraît excellent. Nous ne savons pas comment cela va se passer. Cela pourrait interférer en effet avec ce que nous faisons pour nos clients si l'évaluation est d'excellente qualité. En revanche, s'il s'agit d'une évaluation d'ampleur limitée, elle sera peu utile.

Régis de CLOSETS

Il y a une autre action importante dans l'entreprise, c'est celle du médecin du travail. Nous allons en parler avec Annette GÄSSLER.

En Allemagne, les médecins du travail, au nombre de 3 000, n'assument pas les mêmes fonctions qu'en France : ils ne réalisent pas des visites régulières, mais offrent des services. Vous avez beaucoup œuvré au cours des dernières années pour que l'implication des médecins du travail dans le processus de réhabilitation soit reconnue et améliorée. Pourquoi la participation des médecins du travail à ce processus n'est-elle pas plus importante en Allemagne ?

Annette GÄSSLER, Spécialiste en médecine du travail, Allemagne

C'est lié au changement, que tout le monde n'a pas envie d'engager en même temps. Je travaille dans l'une des sociétés familiales européennes les plus importantes, qui a 365 entreprises dans 50 pays. Il s'agit là de mon activité professionnelle. Par ailleurs, j'œuvre au sein de l'orga-

nisation professionnelle des médecins du travail. Si j'examine les 30 dernières années de ma carrière, je réalisais jadis 10 examens médicaux par jour. Vers l'année 2000, les réflexions sur la santé au travail et sur le retour à l'emploi ont commencé à se développer. Aujourd'hui je ne réalise plus que 10 examens médicaux par mois et le reste de mon travail consiste à diriger des équipes de soins, à faire de l'ergonomie et à m'occuper de retour à l'emploi. À l'avenir, compte tenu de l'évolution démographique, je suis certaine que la place des examens médicaux va encore se réduire mais que tout ce qui concerne le retour à l'emploi va se développer.

Régis de CLOSETS

Votre organisation professionnelle a décidé de développer la participation des médecins du travail au processus de retour à l'emploi. Ceci se ferait par le biais de contrats. Pouvez-vous nous en parler ?

Annette GÄSSLER

La plupart des entreprises allemandes sont des PME. Au niveau des Länder, nous avons préparé des contrats-cadres avec les caisses de retraite. Ces contrats définissent le rôle des médecins du travail dans le processus de retour à l'emploi. En collaboration avec les caisses d'assurance accidents, nous avons développé des programmes de formation destinés aux médecins du travail. Il s'agit de sessions qui durent 3 jours et qui traitent notamment du droit social et des relations avec les autres professions.

Régis de CLOSETS

Vous travaillez aussi sur le lean management. Pouvez-vous nous dire de quoi il s'agit et en quoi ceci aide les médecins du travail à contribuer au retour à l'emploi ?

Annette GÄSSLER

J'ai participé à un projet de lean management dans l'industrie aéronautique. Je me suis dit que nous pouvions travailler de cette façon dans le domaine médical puisque les cadres le faisaient. À défaut de big bang, nous pouvons proposer des projets, des processus, etc. Il faut parler le langage du management. Le lean management ne consiste en rien d'autre que d'avoir des processus performants et d'agir en cas de problème. J'estime par conséquent que le médecin du travail doit être présent tous les jours sur le lieu de travail. Il doit visiter l'entreprise et se rendre compte de la situation sur le terrain. C'est au stade de la masse immergée de l'iceberg, avant que l'absentéisme ne se développe, que nous pouvons avoir une action particulièrement efficace.

Régis de CLOSETS

J'aimerais que nous nous penchions sur un exemple français avec Pascal CORBINEAU qui est médecin du travail

depuis plusieurs années chez Airbus à Nantes, qui emploie 2 200 personnes. Vous participez depuis six mois à la mise en place des postes de travail "cadre vert". Avant que nous n'abordions ce point en particulier, pouvez-vous nous donner des indications sur le contexte général de l'accidentologie et du reclassement dans l'entreprise ?

Pascal CORBINEAU

Nous avons enregistré une augmentation de l'absentéisme depuis deux ans. Les maladies professionnelles reconnues sont rares : il n'y en a qu'une dizaine. En revanche, nous nous heurtons à des problèmes d'aptitude médicale et de reprise après des arrêts de travail. La gravité de ces problèmes varie selon les cas. Néanmoins, la question du reclassement se pose parfois.

Il y a trois ans, nous avons commencé à rechercher des postes pour un accueil temporaire de 3 à 6 mois, ce délai permettant aux deux parties d'acquérir une certaine visibilité sur le retour à l'emploi, d'adapter le poste, avec l'aide de l'ergonome, du préventeur, etc. L'étape suivante est celle du reclassement.

Régis de CLOSETS

Comment la CARSAT a-t-elle travaillé avec Airbus ?

Jean-Michel BACHELOT

Le projet d'Airbus a coïncidé avec la recherche des entreprises où il semblait possible d'expérimenter le dispositif "cadre vert".

Nous recherchions des entreprises concernées par les lombalgies, où le médecin du travail pouvait constituer un partenaire, où l'employeur était conscient à la fois des enjeux et du fait que l'entreprise devenait actrice du maintien dans l'emploi, et où les instances représentatives du personnel étaient susceptibles de coopérer. Peu d'entreprises répondaient à l'ensemble de ces critères.

Régis de CLOSETS

Vous avez donc identifié deux entreprises, dont Airbus. Comment avez-vous établi le dialogue pour convaincre toutes les parties prenantes (DRH, partenaires sociaux, médecin du travail, etc.) de participer à la démarche ? Quelles réticences avez-vous rencontré ?

Jean-Michel BACHELOT, Ingénieur conseil en prévention des risques professionnels, Caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT) des Pays de la Loire, France

Il faut en effet convaincre tous les acteurs, et en premier lieu l'employeur. Il faut, dans un premier temps, identifier la vision qu'ont l'entreprise et son dirigeant de la gestion des ressources humaines. Si c'est une vision principalement comptable qui considère les effectifs comme un coût qu'il faut comprimer et réduire, la démarche "cadre

vert" n'est pas envisageable. En effet, ce projet vise à placer l'entreprise face à sa responsabilité sociale en l'invitant à tout mettre en œuvre pour permettre à un salarié affaibli de revenir dans l'entreprise alors même qu'il n'est pas complètement rétabli. Il faut dans ce cas que l'entreprise ait conscience de la valeur "non comptable" de ses salariés, et qu'elle soit disposée à adapter les situations de travail en vue d'accueillir ce salarié afin de lui permettre de reprendre progressivement une activité normale. Ce principe général de prévention d'adaptation du travail à l'homme n'est malheureusement pas l'adage de nombreuses entreprises qui n'ont d'ailleurs pas été retenues pour l'expérimentation.

La deuxième étape a consisté à convaincre les instances représentatives du personnel. Nous nous sommes heurtés à plusieurs reprises à des incompréhensions, et par là même à une non-adhésion au dispositif, de la part des instances représentatives du personnel. Celles-ci voient, dans ce projet de retour anticipé d'un salarié avant sa stabilisation complète, une atteinte au droit d'arrêt de travail et soupçonnent une solution essentiellement comptable de la part de l'assurance maladie dont l'objectif premier serait la diminution des indemnités journalières.

Régis de CLOSETS

Comment la mobilisation des experts se déroule-t-elle sur le terrain ? Vous rendez-vous sur place pour expertiser les postes de travail avec des ergonomes ?

Jean-Michel BACHELOT

L'adhésion des médecins de travail s'obtient aisément. Il faut ensuite travailler dans l'entreprise avec les ingénieurs méthode pour caractériser les postes selon trois critères (biomécanique, cognitif et psychique). Or cette évaluation ne peut être réalisée que dans certaines entreprises car elle requiert des compétences particulières.

Pascal CORBINEAU

Nous avons adapté cinq postes d'accueil temporaire qui se situent sur une ligne de production. Ils peuvent être occupés par des salariés qui ne souffrent d'aucun problème de santé. Lorsqu'un cas de reclassement se présente, le médecin du travail demande au responsable de ligne s'il peut accueillir l'intéressé. Ce dernier est formé et accompagné pendant six mois par celui qui connaît bien le poste. Parallèlement, un reclassement est programmé dans la perspective du retour au poste définitif.

Les postes "cadre vert" se caractérisent par un haut niveau de protection, notamment pour ce qui concerne les lombaires. Il y a aussi les postes AMS, où la contrainte ergonomique est moindre. Le reclassement constitue un travail d'équipe, où interviennent l'ergonome, le préventeur, etc. La demande de postes d'accueil temporaire est actuellement importante et l'on dénombre 27 postes en attente.

Régis de CLOSETS

Comment le suivi s'effectue-t-il pendant 3 mois ? À l'issue de cette période, qui décide de l'affectation de l'intéressé ?

Pascal CORBINEAU

Pendant la période d'emploi sur un poste d'accueil temporaire, les salariés doivent être accompagnés et informés de leur affectation définitive. Je vois les intéressés tous les mois et j'interroge les responsables sur le reclassement définitif. Il faut rassurer les salariés et vérifier que tout est mis en œuvre pour une reprise dans de bonnes conditions.

Régis de CLOSETS

Quelles sont les limites des approches de ce type ? Pensez-vous qu'elles soient adaptées à toutes les pathologies ?

Pascal CORBINEAU

Tout salarié peut travailler. Il suffit d'adapter le poste. Il faut aussi aménager le temps de travail.

Il y a néanmoins des limites psychologiques : revenir dans l'entreprise n'est pas toujours aisé. Le médecin a un rôle important à jouer à cet égard.

Régis de CLOSETS

Comment s'établit la relation avec le médecin traitant ?

Jean-Michel BACHELOT

Il est parfois difficile de rencontrer et de convaincre le médecin traitant de l'intérêt que représente le retour à l'emploi pour le patient. Il faut expliquer et convaincre que l'environnement de travail est sécurisé et sécurisant. Or les relations entre médecins traitants et médecins du travail ne sont pas institutionnalisées en France. Il manque un case manager qui pourrait être l'interlocuteur qui crée ce lien entre l'assurance maladie, le salarié et l'entreprise afin de faciliter son retour dans l'emploi.

Pascal CORBINEAU

Notre expérience se caractérise par une collaboration fructueuse avec la CARSAT, qui nous permet d'avoir accès au médecin-conseil, lequel est compétent pour demander une visite de préreprise. Cet élément doit être exploité pour favoriser le retour à l'emploi.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Gaëlle POSTIC (CARSAT Rhône-Alpes)

En France, le contrat de travail est suspendu pendant que le salarié est en congé de maladie. Ni l'employeur ni le

médecin du travail n'ont donc la possibilité d'entrer en relation avec le salarié. Cette disposition empêche de rendre l'employeur acteur du retour à l'emploi. Quelles sont les règles sur ce point dans les autres pays ?

Joy REYMOND

Au Royaume-Uni, la charte des employeurs, disponible sur Internet, permet à ces derniers de prendre contact avec leurs salariés qui sont en congé de maladie. En pratique, les employeurs ignorent cette disposition.

Annette GÄSSLER

En Allemagne, depuis 2002, la loi oblige l'employeur à prendre contact avec les salariés qui sont en congé de maladie depuis plus de 42 jours.

Juha MIKKOLA

En Finlande, il est recommandé aux employeurs de rester en relation avec les salariés. La pratique varie selon les entreprises. La question fait l'objet de débats.

Katrien BRUYNINX

En Belgique, une réforme entrée en vigueur il y a environ un an permet aux salariés en arrêt de travail de demander la visite d'un médecin du travail pour évoquer la possibilité de retour au travail. Auparavant, les salariés ne voyaient le médecin du travail que dans les premières semaines suivant la reprise. Par ailleurs, l'employeur a l'obligation d'évoquer ce sujet avec les salariés mais la pratique varie d'une entreprise à l'autre.

Régis de CLOSETS

Avez-vous l'impression que les entreprises sont de plus en plus conscientes de l'intérêt que présente le retour à l'emploi en Allemagne et au Royaume-Uni ?

Joy REYMOND

Au Royaume-Uni, ce n'est pas le cas. Il faut l'expliquer à nos clients. Il faut réaliser un effort de pédagogie. À l'heure actuelle, les services de ressources humaines ne semblent pas très motivés.

Annette GÄSSLER

Je suis persuadée que l'évolution démographique et le poids croissant des travailleurs âgés vont modifier les comportements.

Régis de CLOSETS

Comment l'expérience pilote d'Airbus est-elle connue et relayée dans le groupe ?

Pascal CORBINEAU

L'expérience est suivie avec d'autant plus d'intérêt que la direction générale est très désireuse de réduire l'absen-

téisme et que la CARSAT y prend une place importante.

Régis de CLOSETS

Je laisse le dernier mot à Raphaël HAEFLINGER.

Raphaël HAEFLINGER

J'aimerais remercier les intervenants, dont certains

sont venus de très loin. J'aimerais également remercier Régis de CLOSETS, les interprètes et les équipes d'EUROGIP, en particulier Isabelle LELEU qui organise ces rencontres.

Nous essaierons de fixer le thème des prochaines rencontres aussi vite que possible pour pouvoir vous les communiquer. À l'année prochaine! ●

www.eurogip.fr



EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 par la CNAMTS et l'INRS. Ses activités s'articulent autour de 5 pôles : enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés. Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

“Maintien dans l'emploi en Europe et au Canada
Politiques de réadaptation et de retour au travail”
Actes des Débats d'EUROGIP du 19.03.2013 (Paris)

Réf. Eurogip-85/F

2013 - 32 p. - 21 x 29,7 cm

ISBN 979-10-91290-27-2

Paris: EUROGIP

Directeur de la publication : Raphaël HAEFLINGER

Contact presse : Isabelle LELEU

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

55, rue de la Fédération - F-75015 Paris

Tel. +33 0 1 40 56 30 40

Fax +33 0 1 40 56 36 66

