

# regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

## LES RISQUES PROFESSIONNELS

Regard  
d'un grand témoin,  
**Jean-Denis Combrexelle**



ÉCOLE DES DIRIGEANTS  
DE LA PROTECTION SOCIALE

# regards

PROTECTION SOCIALE

**Revue bi-annuelle publiée  
par l'École Nationale Supérieure de Sécurité  
Sociale**

27 rue des Docteurs Charcot

CS 13132

42031 Saint-Étienne cedex 2

Tél : +33(0)4 77 81 15 15

[www.en3s.fr](http://www.en3s.fr)

**Directeur de la publication :**

Dominique Libault

Directeur général de l'EN3S

# D

## L'APPROCHE INTERNATIONALE

sortir de son pays, plus en particulier il paraît être très apprécié. Précisément, il s'agit de l'articulation de la petite entreprise, des aptitudes et savoirs qu'elle développe.

Car il peut revenir dans son pays d'origine.

ici au moins deux fois par semaine.

enfants (pour leur santé, pour leur éducation).

du travail ? la parole est à vous.

e, en gros, par les autres, par les collègues.

ternelle) a-t-elle ses racines ailleurs ?

é de la question posée (est-ce que vous

compose) finance-t-on l'entreprise ?

erse-t-on des prestations ?

ondre un tel sujet est d'importance capitale.

s, d'observations, et d'expériences.

n d'abondance que vous pouvez utiliser.

s comme d'investigation, de recherche.

T. C'est peu dire que c'est un sujet complexe.

être toujours convaincu de sa propre expertise.

multiples rapports à

## Maintien dans l'emploi des victimes d'AT/MP : Quelles pratiques chez nos voisins ?

Par Catherine Lecoanet, traductrice à Eurogip et Raphaël Haeflinger, directeur d'Eurogip



*Traductrice de formation, Catherine Lecoanet travaille particulièrement sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi en Europe. Ces recherches ont donné lieu à des notes de problématique pour accompagner les politiques françaises en la matière.*



*Depuis 2007, Raphaël Haeflinger dirige EUROGIP, un groupement d'intérêt public constitué par la CNAMTS et l'INRS dont la vocation est d'être un observatoire et un centre de ressources sur l'assurance et la prévention des risques professionnels à l'international.*

### Résumé

*Maintenir dans l'emploi les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est un enjeu crucial pour l'Europe, confrontée à un important bouleversement démographique et notamment au vieillissement de sa population active.*

*Cet article passe en revue les approches choisies par quatre pays qui ont une expérience significative dans ce domaine. Celles-ci reposent sur deux logiques : gérer plus efficacement les cas d'assurance ou miser sur la réinsertion professionnelle comme levier d'une politique active de l'emploi.*

*Dans tous les cas, l'accent est davantage mis sur la capacité résiduelle de travail que sur le handicap. Pour un retour réussi et durable au travail, ces approches prônent non seulement de mettre en place des actions précoces, mais aussi de considérer l'individu dans toutes ses dimensions, en particulier physiologique, professionnelle et sociale.*



## Introduction

Le maintien dans l'emploi des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT/MP) est une question qui prend une importance grandissante en Europe pour des raisons à la fois démographiques et économiques. Le vieillissement de la population, l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération dite du baby-boom et l'entrée généralement plus tardive des jeunes sur le marché du travail font craindre une pénurie de main-d'œuvre. Outre que des compétences vont commencer à manquer, les employeurs sont de plus en plus conscients qu'il est nécessaire de promouvoir le maintien des salariés dans l'emploi et de faciliter la réinsertion professionnelle des accidentés du travail. En effet, plus les arrêts de travail sont longs, plus les chances de retour à l'emploi sont faibles. Par ailleurs, les problèmes de santé et de sécurité au travail ont un coût élevé pour les systèmes de protection sociale préfigurant une importance grandissante de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle.

Faire face à ces changements démographiques est d'ailleurs l'un des trois défis contenus dans le Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020. Les actions à mener visent notamment à favoriser une vie professionnelle durable et à promouvoir les mesures de réadaptation et de réinsertion. Cela passe par l'application des conclusions du projet pilote du Parlement européen « Travailler dans des conditions plus sûres et plus saines à tout âge : la sécurité et la santé au travail dans le contexte d'une population active vieillissante » mené de 2013 à 2015 par l'EU-OSHA.

La plupart des pays européens ont mis en place une stratégie de maintien dans l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle des victimes d'AT/MP mais certains pays ont davantage d'expérience en la matière, comme l'Allemagne, la Suisse, le Danemark et les Pays-Bas.

Bien que ces pays poursuivent le même objectif, les approches diffèrent quelque peu. En effet, les mesures mises en œuvre en Allemagne et en Suisse sont plus particulièrement axées sur une gestion plus efficace des cas d'assurance alors qu'au Danemark et aux Pays-Bas, elles s'inscrivent davantage dans le cadre d'une politique active de l'emploi.

## I- Gestion plus efficace des cas d'assurance

### I.1/ L'Allemagne fait de la gestion de la réinsertion professionnelle une mission statutaire

Le thème du maintien dans l'emploi et de la réinsertion professionnelle et sociale des victimes d'AT/MP est très important en Allemagne. Cela s'explique avant tout par le vieillissement de la population et la diminution de la main-d'œuvre. Sachant que, d'ici à 2050, la population active devrait diminuer drastiquement et que la

pénurie de travailleurs qualifiés coûterait des sommes considérables à l'économie allemande, il s'avère indispensable de prendre des mesures pour maintenir la main-d'œuvre dans l'emploi et faciliter le retour au travail des victimes d'AT/MP.

En Allemagne, l'assurance accident obligatoire (*die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung* – DGUV) a statutairement une triple mission : la prévention, la réadaptation et l'indemnisation. Elle a pour principe que la réadaptation intervient avant l'indemnisation (*Rehabilitation vor Rente*). L'indemnisation est donc l'ultime étape quand les deux précédentes ont échoué. C'est pourquoi le suivi médical et la réinsertion professionnelle et sociale de l'assuré ont une importance primordiale. De plus, étant donné qu'en cas d'arrêt de travail d'un salarié, les six premières semaines sont à la charge de l'employeur, ce dernier est fortement incité à organiser la prévention et, le cas échéant, le retour à l'emploi.

Dans cette optique, des mesures ont été prises, y compris sur le plan législatif, avec l'introduction en 2004 du concept de gestion de la réinsertion professionnelle (*Betriebliches Eingliederungsmanagement* – BEM). Depuis lors, quand un salarié a été en arrêt de travail au-delà de six semaines cumulées au cours des douze derniers mois, l'employeur est tenu de mettre en œuvre le programme de gestion de la réinsertion professionnelle du salarié.

Cette démarche associe le salarié concerné mais l'accord de ce dernier est indispensable, la participation à ce programme se faisant sur une base volontaire.

Ce programme comporte les cinq étapes suivantes :

**a) la gestion de l'information (système d'alerte précoce)**

Le service du personnel de l'entreprise est informé des arrêts de travail de plus de six semaines sur les douze derniers mois par le système de traitement informatisé des données de l'entreprise ;

**b) la prise de contact avec le salarié**

Un entretien doit être organisé entre l'employeur et le salarié concerné, entretien auquel doit participer le conseil d'établissement<sup>1</sup>.

Lors de cet entretien, le salarié doit être informé des objectifs de la gestion de la réinsertion professionnelle. À ce stade, le salarié a le droit de refuser de participer au programme proposé.

**c) l'analyse du cas**

Si le salarié accepte de participer au programme, un entretien est organisé entre l'employeur, le médecin du travail et le conseil d'établissement pour faire une analyse de la situation du salarié. Si nécessaire, l'employeur peut aussi faire appel à divers acteurs extérieurs (organismes d'intégration des handicapés, assurance invalidité-vieillesse, assurance accident, assurance maladie, agence pour l'emploi...). Cet entretien porte sur l'analyse du poste de travail, la comparaison des exigences requises pour le travail et des capacités du salarié, la nécessité d'aménager le poste de travail, les éventuels besoins de formation.

<sup>1</sup> La loi du 15 janvier 1972 sur l'organisation interne de l'entreprise prévoit l'institution, dans tous les établissements comportant au moins cinq salariés, d'un conseil d'établissement disposant d'un pouvoir de codécision dans trois domaines : affaires sociales, questions de personnel et affaires économiques. Le conseil d'établissement se compose uniquement de représentants des salariés.



#### d) La mise en place de l'équipe de réadaptation

En fonction des besoins de réadaptation identifiés lors de l'analyse du cas, une équipe de réadaptation est constituée au sein de l'entreprise. Cette équipe décide des mesures générales ou individuelles à mettre en œuvre. Elle travaille également avec les partenaires extérieurs et veille au bon déroulement de cette action en réseau.

#### e) l'application des mesures de réadaptation

Une équipe de réadaptation est chargée de mettre en œuvre les mesures de réadaptation. Elle est également responsable de l'assurance qualité.

Les mesures de réadaptation placent la victime au centre des préoccupations, l'important n'étant pas de réussir rapidement mais de parvenir à une réinsertion durable dans la société et le monde du travail. L'objectif est que la victime d'AT/MP retrouve le meilleur état de santé possible et puisse retravailler dans les meilleures conditions. Pour cela, toutes les possibilités de travail au sein de l'entreprise sont, en premier lieu, examinées, puis à l'extérieur de l'entreprise, si le maintien dans l'entreprise s'avère impossible. Quel que soit le cas de figure, le nouveau poste ne doit pas conduire à une rétrogradation économique ni sociale.

La DGUV verse des prestations aux salariés : prestations en nature (soins médicaux, paramédicaux, dentaires, médicaments, prothèses, soins à domicile, en établissements de cure, en centres de réadaptation et dans les hôpitaux) et prestations en espèces (allocations pour incapacité, prestations au titre de la participation à la vie active, allocations de transition visant à indemniser la perte de capacité de gain, prestations pour l'adaptation de véhicules, l'aménagement du logement, l'aide-ménagère, l'encadrement psychosocial, le sport de réadaptation).

La DGUV verse également des prestations à l'employeur, le plus souvent sous forme de subventions, pour maintenir les accidentés du travail dans leur emploi. Dans certains cas, elle peut prendre en charge le coût de l'embauche à l'essai d'une victime d'AT/MP pour une durée de trois mois maximum. Cela permet à l'employeur d'apprécier si la personne est apte à effectuer le travail sans entraîner un important investissement financier. La DGUV peut également prendre en charge les coûts d'aménagement du poste de travail.

On observe en Allemagne une tendance à mettre en œuvre les moyens d'éviter les incapacités professionnelles de longue durée et à développer la prise de conscience précoce des risques de désinsertion professionnelle.

Les mesures de réadaptation mises en place par la DGUV portent leurs fruits. En moyenne, 97 % de tous les accidentés du travail reprennent une activité professionnelle, soit au même poste, soit sur un poste similaire. Il est à noter qu'un accompagnement intensif de la victime augmente les coûts administratifs mais permet de réduire la durée d'incapacité de travail et les coûts d'indemnisation.

De l'avis de la DGUV, il serait souhaitable de coopérer davantage avec les médecins du travail et de renforcer leur motivation à promouvoir la réinsertion des patients car ils ont une bonne connaissance des produits, des matériels et des risques au poste de travail puisqu'ils sont chargés de la prévention et des examens de dépistage.

## I-2/ La Suisse développe le concept de *case management*

En Suisse, la loi n'accorde à l'assurance accident aucune compétence en matière de réinsertion professionnelle, cette attribution revenant à l'assurance invalidité. Cette dernière dispose d'une série de mesures qui visent à rétablir, sauvegarder ou améliorer la capacité de gain des personnes atteintes dans leur santé physique ou psychique. Mais ces mesures portent uniquement sur la réadaptation professionnelle des assurés et ne couvrent pas les autres aspects de la vie.

Lors de la 5<sup>e</sup> révision de la loi sur l'assurance invalidité (LAI)<sup>2</sup>, la Suva<sup>3</sup> – la plus grande assurance accident obligatoire suisse – avait proposé de prendre la gestion de la réinsertion professionnelle de ses assurés mais le Parlement en a décidé autrement, cette mission restant du ressort de l'assurance invalidité. Cette proposition était guidée par le fait que le partage de compétences ne permet pas la mise en place d'un suivi unique tout au long du parcours de réadaptation, ce qui pose des problèmes, notamment en cas de dommages corporels entraînant le paiement de rentes. C'est pourquoi, dans bien des cas et lorsque l'assurance invalidité ne peut intervenir, la Suva initie et coordonne elle-même la réinsertion des personnes accidentées.

Au début des années 2000, confrontée à une hausse des coûts d'assurance et à une augmentation du nombre de rentes d'invalidité, la Suva a entamé une refonte de sa gestion des sinistres professionnels. À cette époque, 50 % des accidents occasionnaient 2 % des coûts d'assurance, 45 % des accidents, 18 % des coûts et 5 % des accidents généraient à eux seuls 80 % des prestations d'assurance. Il était clair qu'il fallait améliorer la prise en charge de cette dernière catégorie d'accidents. C'est ainsi que la Suva a élaboré le *New Case management* (Nouvelle gestion des cas). Ce programme, mis en œuvre à partir de 2003, propose une prise en charge très complète des victimes qui prend en compte non seulement les aspects médicaux mais aussi les aspects professionnels, sociaux et familiaux. L'expérience montre que les victimes qui bénéficient d'un suivi global précoce et adapté de leur situation ont de meilleures perspectives de guérison et de réinsertion.


Dans ce processus, les *case managers* (gestionnaires de cas) spécialement formés jouent un rôle central. Ils sont actuellement plus de 120 à travailler dans les 19 agences de la Suva, chacun traitant 35 cas en moyenne par an. L'accompagnement intensif par les *case managers* débute le plus tôt possible et se poursuit jusqu'au terme de la guérison. Il comprend notamment la sauvegarde du poste de travail, le maintien de la capacité de gain ainsi que la coordination des prétentions à l'égard d'autres assureurs.

Dans le cadre du *case management*, le traitement des cas a été organisé en trois processus distincts : cas standards, normaux et complexes. Les accidentés qui ont un parcours de guérison complexe sont au centre de ce dispositif, prévoyant un encadrement global et précoce. En effet, plusieurs études l'attestent, les chances de réinsertion diminuent environ

2 La révision a débuté en 2006 et le texte révisé est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

3 La Suva (*Schweizerische Unfallversicherungsanstalt* – Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) est une entreprise indépendante de droit public à but non lucratif. Elle assure près de la moitié des salariés suisses, soit environ deux millions de personnes, contre les accidents et maladies professionnels et plus de 100 000 entreprises, principalement du secteur secondaire (entreprises industrielles et artisanales). Elle couvre aussi les accidents non professionnels.





de moitié après une incapacité de travail de six mois. C'est pourquoi la Suva axe son action sur le dépistage précoce des cas complexes, le suivi complet et intensif des accidentés et le ciblage de la réinsertion professionnelle.

Le degré de complexité élevé de ces cas incite à les traiter en réseau, au sein d'une équipe de gestion à laquelle appartiennent toujours, outre le *case manager*, un médecin d'arrondissement de la Suva et un responsable des recours. En fonction des besoins ou de la situation, l'équipe de gestion fait appel à des spécialistes internes (cliniques de réadaptation de la Suva de Bellikon et Sion, par exemple) ou externes (services de placement ou conseillers professionnels).

Dans le traitement d'un cas complexe, le degré de gravité de l'accident n'est pas le seul facteur décisif. Quatre autres facteurs jouent un rôle important : le diagnostic médical, la personnalité de la victime, l'environnement social et l'environnement professionnel.

Si le diagnostic médical est toujours le point de départ, les autres facteurs conditionnent généralement davantage le résultat final au cours du temps. Une étude réalisée par la clinique de réadaptation de Bellikon sur la chronicité des douleurs dorsales a révélé que ces douleurs ne deviennent chroniques que chez 15 % des patients lorsqu'ils ont la garantie de retrouver leur emploi et évoluent dans un environnement social favorable alors qu'elles deviennent chroniques chez 85 % des patients lorsqu'il y a des incertitudes professionnelles et/ou des problèmes sociaux.

Les cas complexes sont traités selon la méthode dite des cinq étapes :

- a) le contrôle de la couverture visant notamment à apprécier au fond la compétence de la Suva (par exemple, la couverture d'assurance) mais surtout à initier le processus de gestion par le biais d'un entretien personnel avec la personne accidentée ;
- b) une analyse de la situation au cours de laquelle le *case manager* n'examine pas seulement les faits objectifs mais aussi les facteurs humains qui peuvent exercer une influence sur la convalescence du patient ;
- c) une planification de la marche à suivre (par exemple le maintien d'un mode de vie structuré, les objectifs thérapeutiques, le retour progressif au travail) en collaboration avec toutes les personnes impliquées dans le processus ;
- d) la gestion proprement dite, au cours de laquelle le *case manager* accompagne et soutient la personne accidentée, coordonne les prestations avec les autres assurances, entreprend les démarches appropriées auprès de l'employeur et favorise, si nécessaire, l'insertion dans une nouvelle profession. Enfin, le gestionnaire vérifie en permanence le degré de réalisation des objectifs fixés avec la personne accidentée et les autres parties prenantes au processus, auquel doit être associée la famille ;
- e) les travaux de clôture statistiques et comptables et un *debriefing* au cours duquel le *case manager* fait le bilan.

Les résultats et les enseignements sont consignés dans une banque de données regroupant l'ensemble des bonnes pratiques à l'intention des autres *case managers*.

Depuis l'introduction du *New Case Management* en 2003, le nombre de rentes d'invalidité allouées a baissé de 34,2 % et la tendance est similaire au niveau des coûts.

En matière de réinsertion, le taux de réussite est de l'ordre de 80 à 90 %.

Année	Nombre de cas complexes	Réinsertions réussies chez l'ancien employeur	Réinsertions réussies chez un nouvel employeur
2009	14 299	10 670 (74,6 %)	2 229 (15,6 %)
2010	13 413	9 239 (68,9 %)	2 295 (17,1 %)
2011	10 738	7 227 (67,3 %)	1 748 (16,3 %)
2012	9 408	6 193 (65,8 %)	1 678 (17,8 %)
2013	9 793	6 136 (62,7 %)	1 794 (18,3 %)

## II- Réinsertion professionnelle, levier d'une politique active de l'emploi

### II.1/ Le Danemark met l'accent sur la capacité de travail, non sur le handicap

Au Danemark, le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle relèvent de la compétence des communes. La réadaptation est ouverte à toutes les personnes souffrant d'une capacité de travail réduite notamment suite à une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Depuis une quinzaine d'années, le Danemark mène une politique active en matière de maintien dans l'emploi. Diverses mesures ont été prises en ce sens, notamment :

- ▼ l'accord signé en 2000 par le gouvernement et de nombreux partis politiques sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous<sup>4</sup>,
- ▼ la réforme des pensions d'invalidité de 2003,
- ▼ la loi sur l'absentéisme de 2009.

L'accord sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous et la réforme des pensions d'invalidité visaient à ce que toutes les personnes présentant une incapacité de travail temporaire ou durable puissent valoriser leurs capacités et participer à une vie active. La réforme des pensions d'invalidité a été adoptée pour renforcer l'action en faveur de l'emploi plutôt que d'accorder des aides passives. L'attention est portée sur le potentiel de l'individu (capacité de travail) plutôt que sur ses limites (handicap) afin de l'aider à être activement présent sur le marché de l'emploi. Ce n'est que s'il est impossible d'aider l'intéressé à revenir sur le marché du travail que celui-ci peut se voir octroyer une pension d'invalidité.

Dans le cadre de ce dispositif a été introduite la méthode dite de la capacité de travail (*arbejdsevmetoden*) qui vise à décrire et évaluer la capacité de travail d'un individu. Selon

4 Un « marché de l'emploi ouvert à tous » (*et rummeligt arbejdsmarked*) est une notion centrale de la politique de l'emploi danoise. Il ne s'agit pas simplement d'accès au marché de l'emploi mais d'espace pour chacun.



cette méthode, le conseiller communal<sup>5</sup> détermine avec la personne concernée son potentiel vis-à-vis du marché de l'emploi afin d'évaluer si elle peut immédiatement se mettre sur le marché du travail ou s'il y a lieu qu'elle entame un processus de développement qui améliorera sa capacité de travail afin de subvenir à ses propres besoins, totalement ou en partie. Cette méthode doit être utilisée dans les dossiers de réadaptation, d'emploi « flexible » ou « protégé »<sup>6</sup> et de pension d'invalidité. Elle doit également être utilisée dans les dossiers d'aide à la réinsertion et d'indemnités journalières pour maladie.

Lors de l'évaluation de la capacité de travail, les services de la commune sont tenus d'appliquer la méthode de la capacité de travail et d'élaborer, conjointement avec l'assuré, un bilan de son potentiel personnel.

La loi de 2009 sur l'absentéisme repose sur l'idée qu'il faut aider les personnes malades à maintenir le lien avec leur lieu de travail, et ce par un dialogue accru avec l'employeur et par des initiatives permettant aux malades d'être plus actifs durant leur arrêt de travail. Ces initiatives renforcent l'action des entreprises, des communes, des caisses d'assurance chômage et des médecins traitants pour maintenir les malades dans l'emploi.

La commune, chargée du suivi des arrêts de travail, est tenue par la loi de demander des informations au salarié arrêté via un questionnaire. Lors du premier suivi, le dossier est classé et examiné selon qu'il est :

- a) non problématique : l'assuré devrait pouvoir reprendre son travail sans mesures complémentaires,
- b) « à risque » : l'assuré est suivi de près en vue de son retour à l'emploi car il existe pour lui un risque de perte de la capacité de travail,
- c) « de longue durée » : la nature de la maladie donne à penser que le processus sera très long et qu'un emploi flexible ou une pension sera l'issue vraisemblable.

En outre, l'employeur doit s'entretenir avec le salarié malade au plus tard au cours de la 4<sup>e</sup> semaine d'arrêt de travail afin de définir comment et quand il pourra retravailler. Le but est de déterminer ce que le salarié peut faire, combien de temps il va être arrêté et quels aménagements peuvent être envisagés pour lui pendant un certain temps (autres fonctions, possibilités de repos, travail à domicile...). L'employeur doit rapporter certaines informations issues de cet entretien aux services de la commune afin que le centre d'emploi (*jobcenter*) ait une indication, à un stade précoce, de l'éventuelle nécessité de mettre en œuvre une action d'aide au retour à l'emploi.

5 La commune est le guichet d'entrée unique pour la plupart des services publics. Tous les services aux citoyens relèvent de la compétence des communes, notamment la sécurité sociale, les pensions d'invalidité, les centres d'emploi, les offres de réadaptation.

6 L'emploi flexible est un emploi aménagé pour tenir compte de la réduction de la capacité de travail d'un salarié alors que l'emploi protégé est un emploi aménagé pour une personne percevant déjà une pension d'invalidité mais qui souhaite tout de même travailler. Dans les deux cas, il s'agit d'un aménagement avec une aide financière pour l'employeur. Ces emplois sont subventionnés par les communes.

Au niveau des communes, la loi prévoit un entretien dans tous les cas dans un délai de 8 semaines après l'arrêt de travail, plus rapproché dans les dossiers « à risque ». Le centre d'emploi doit prendre contact avec l'employeur afin d'envisager, en concertation avec lui, les perspectives de retour (éventuellement progressif) à l'emploi du salarié et peut proposer des mesures « actives » d'insertion de la personne arrêtée dans le cadre d'un plan de suivi.

Il est à noter que l'employeur peut désormais demander un nouveau type de document médical, une « déclaration de capacité » qui, au lieu d'indiquer que le salarié est en incapacité de travail, précise ses perspectives de retour à l'emploi à temps complet ou partiel, éventuellement à son domicile, ou dans des fonctions différentes de celles qu'il occupe habituellement.

Cette déclaration peut être utilisée en cas d'incertitude quant aux fonctions que le salarié peut exercer ou quant aux mesures à prendre pour qu'il reprenne le travail à temps complet ou partiel. La déclaration de capacité se compose de deux parties :

- **la première partie**, à remplir conjointement par l'employeur et le salarié sur la base d'un entretien, décrit la réduction des capacités du salarié du fait de la maladie, les fonctions qui sont mises en cause par la maladie et les initiatives dont l'employeur et le salarié sont éventuellement convenus pour prendre en compte l'état de santé du salarié.
- **la deuxième partie** est à remplir par le médecin traitant, sur la base d'un entretien avec le salarié et des informations indiquées dans la première partie. Le médecin évalue la description de la réduction de la capacité de travail du salarié et de son potentiel de travail. Il évalue la durée prévue des aménagements et la durée nécessaire de l'arrêt de travail partiel ou total. L'employeur peut exiger l'élaboration d'une déclaration de capacité de travail à tout moment. L'employé est tenu de se rendre à l'entretien si son état de santé le permet.


Il a été observé ces dernières années une augmentation très marquée de reprise du travail à temps partiel après un arrêt de travail. Les communes ont largement adopté cette mesure comme moyen de maintenir le malade en contact avec son lieu de travail.

Un organisme très actif en matière de maintien dans l'emploi est le CABI (*Center for aktiv beskaeftigelsesindsats*, centre pour une stratégie active en faveur de l'emploi). C'est un centre d'information sous la tutelle du ministère de l'Emploi. Il fournit et diffuse de l'information, des méthodes, bonnes pratiques, outils utiles aux entreprises et aux centres d'emploi afin de mettre en place des conditions optimales pour que toute personne présentant un potentiel de travail puisse avoir un rôle actif sur le marché du travail.

Le CABI s'efforce donc de soutenir les entreprises dans leur responsabilité sociale, de renforcer la coopération entre les centres d'emploi et les entreprises et d'améliorer les possibilités de chaque individu.

À ce titre, il a développé le « mentorat », dispositif qui va au-delà de l'action en faveur du retour à l'emploi d'une personne après un arrêt maladie.

Lorsque, après un arrêt maladie, la personne est prête à revenir à son emploi mais que le centre d'emploi estime, au cas par cas et suite à une évaluation, qu'il y a lieu de l'accompagner,



un mentorat peut être mis en place au sein de l'entreprise pour l'aider dans son retour au travail. Souvent, c'est un collègue, un cadre, un supérieur hiérarchique qui devient mentor mais cela peut être un prestataire extérieur. Tout dépend du type d'emploi qu'occupait la personne. Le mentorat peut consister en 1 ou 2 heure(s) d'accompagnement par jour, 5 heures par semaine, par exemple, pour aider la personne à avoir une vision d'ensemble de son travail, à établir des priorités... Il n'y a pas de limite au nombre d'heures mais tout doit être prévu et organisé très précisément. Un accord est trouvé entre le centre d'emploi et l'employeur pour décider du nombre d'heures à prévoir, la prestation du mentor étant payée par les pouvoirs publics, qui achètent en quelque sorte les services du mentor.

Dans le cas d'un retour à un emploi précédemment occupé, c'est généralement au sein de l'entreprise qu'est trouvé le mentor, non à l'extérieur.

Le centre pour l'emploi peut financer l'intervention d'un mentor dans pratiquement toutes les formes d'actions en faveur de l'emploi tant que l'on estime qu'un mentor sera déterminant pour le maintien dans l'emploi ou l'obtention d'un emploi.

L'aide financière du centre pour l'emploi consiste à couvrir les coûts salariaux de l'employé qui servira de mentor ou la rémunération d'un consultant externe, ou à fournir un des mentors employés par le centre pour l'emploi. Le centre pour l'emploi peut également former des mentors.

Dans le cadre de projets pilotes, des seniors ont servi de mentors dans différents services de la commune d'Aarhus afin de prévenir ou réduire l'absentéisme pour maladie. Ils sont intervenus à la fois pour des employés ayant des arrêts maladie courts, des employés risquant des congés maladie de longue durée et des employés ayant eu un long arrêt maladie et s'appêtant à revenir au travail. Selon une évaluation faite par le CABI de 2012 à 2014, cette action a permis de prévenir les arrêts maladie ou d'en réduire la durée.

## **II.2/ Les Pays-Bas misent sur la responsabilité conjointe de l'employeur et du salarié dans le retour à l'emploi**

Les Pays-Bas n'ont plus d'assurance spécifique AT/MP depuis 1966, date à partir de laquelle cette assurance a été intégrée au système général de sécurité sociale. Une loi unique sur l'incapacité de travail (*Wet arbeidsongeschicktheid – WAO*) couvrait tous les cas d'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause. Dans les années 1980, 25 % de la population en âge de travailler touchait une allocation au titre de cette loi. Une série de réformes sociales ont été entreprises dans les années 1990 en vue de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité du système. Ces réformes ont notamment contribué à responsabiliser davantage l'employeur en matière de réinsertion professionnelle et de prévention de l'absentéisme. Divers dispositifs ont été mis en place pour promouvoir le retour au travail et les critères d'évaluation du degré d'incapacité de travail ont été resserrés. À l'issue des réformes, la WAO a été remplacée, en 2006, par la loi relative au travail et au revenu en fonction

de la capacité de travail (*Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen - WIA*) qui privilégie la capacité de travail résiduelle du salarié plutôt qu'une protection des revenus, comme c'était le cas auparavant. Cette loi a eu pour effet de limiter fortement l'accès à l'invalidité, notamment par des visites médicales beaucoup plus sévères.

Les réformes sociales ne se sont pas limitées à favoriser les emplois et transférer la charge financière des accidents du travail et des maladies professionnelles du secteur public aux employeurs, elles ont également visé à responsabiliser ces derniers en leur conférant un rôle actif en matière de réinsertion des salariés en arrêt maladie. Les employeurs sont désormais tenus d'adopter une politique de prévention des maladies et se trouvent directement responsables de l'encadrement de l'absentéisme et des conditions de travail.

En ce qui concerne les congés maladie, l'employeur continue à verser 70 % du salaire pendant les deux premières années, au terme desquelles une prestation d'invalidité peut éventuellement être versée. Durant cette période, employeur et salarié doivent collaborer pour favoriser la guérison et le retour à l'emploi. Pendant ces deux premières années, l'employeur ne peut pas mettre fin au contrat de travail du salarié mais il peut être dérogé à cette disposition par voie de convention collective.

Le parcours de réintégration est le suivant pour les congés maladie de plus de quatre semaines :


- ▶ au plus tard la 6<sup>ème</sup> semaine après le début du congé, l'*arbodienst* (service des conditions de travail) ou le médecin d'entreprise effectue une « analyse du problème » (description des symptômes, du lien avec les conditions de travail, les possibilités de réintégration...). Cette analyse est inutile si l'absence est de courte durée ou s'il n'y a pas de possibilités de réintégration (incapacité telle que le salarié devra inévitablement faire une demande de WIA).
- ▶ au plus tard la 8<sup>ème</sup> semaine, l'employeur doit rédiger un plan de mise en œuvre :
  - a) qui décrit comment le cas va être abordé ou résolu, avec la collaboration du salarié ;
  - b) qui nomme un *case manager*. Celui-ci a surtout pour rôle de vérifier le respect des délais et des étapes réglementaires. Il coordonne et suit l'avancement du processus de réintégration et entretient le contact avec l'*arbodienst*. Le *case manager* est souvent un cadre de l'entreprise (par exemple le responsable hiérarchique du salarié malade) mais il peut aussi être un collaborateur du département ressources humaines, l'*arbodienst* ou un organisme de réintégration ;
  - c) qui précise les activités prévues dans trois catégories : adaptation au travail, formations et thérapies, activités pour permettre la reconversion.

Une évaluation est effectuée au terme de la première année.

À la fin du processus, un rapport de réintégration doit être rédigé, il est nécessaire pour pouvoir déposer une demande de prestations WIA.

Sur la base de ce rapport, un organisme spécifique, l'UWV<sup>7</sup> examine si l'employeur a suffisamment contribué ou non à la réintégration du salarié. Cet organisme est habilité à infliger des amendes s'il considère que l'employeur n'a pas assez œuvré pour le retour à l'emploi du salarié.

<sup>7</sup> UWV : *Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen* (Institut pour la gestion des assurances des salariés) est un organisme de droit public placé sous l'autorité du ministre des Affaires sociales. Il est chargé de mettre en œuvre les assurances sociales telles que WW (assurance chômage), WAO (incapacité de travail des salariés), WAZ (incapacité de travail des indépendants), *Ziektewet* (indemnités maladie)...



---

Ce type de parcours peut aussi s'appliquer à des congés maladie de courte durée qui se répètent, afin d'éviter l'allongement des absences pour maladie.

## Conclusion

Les politiques de maintien dans l'emploi mises en place par les pays présentés font toutes apparaître un changement radical d'approche vis-à-vis des problèmes de santé au travail : désormais, l'accent est davantage mis sur la capacité résiduelle de travail que sur le handicap. Une grande importance est accordée à la détection précoce des risques de désinsertion professionnelle pour éviter la chronicisation des maladies et le risque d'exclusion définitive du marché du travail.

Un fait nouveau mérité d'être souligné : le retour au travail ne se fait plus uniquement lorsque le salarié a récupéré sa capacité de travail à 100 %. Il se fait souvent de manière progressive, par le biais d'un emploi flexible, aménagé ou à temps partiel.

Toutes les expériences montrent que, plus les arrêts de travail se prolongent, plus le risque de perdre son emploi est important. Il apparaît qu'une action précoce et considérant l'individu dans sa globalité – sous l'angle de la santé mais aussi de la vie professionnelle, familiale et sociale – augmente sensiblement les chances de retour durable et réussi à l'emploi.

Ces exemples montrent également que certains facteurs favorisent le maintien dans l'emploi comme les actions de médiation en entreprise, le développement d'un plan de retour au travail et l'évaluation du lieu de travail. Il apparaît en effet que les interventions qui prennent en compte le lieu de travail donnent de meilleurs résultats que celles qui portent uniquement sur les soins médicaux et que l'implication d'une personne qui coordonne le processus de retour au travail est souvent un gage de réussite des actions destinées à assurer le maintien dans l'emploi.