

Intervention du Dr Alain Jabés, Cinergie au colloque « Pathologies Chroniques Évolutives et maintien dans l'emploi » du 10 Octobre 2005 (<http://www.pathologies-et-travail.org>)

#### Résumé :

Cette personne qui est en difficulté d'inadéquation santé/travail va se présenter devant plusieurs acteurs qui ont de fait des logiques complètement différentes et lui tiendront un discours complètement différent dans un environnement générant aussi une inadéquation santé/travail. Une méthodologie commune du maintien dans l'emploi, exposée dans l'ouvrage « Le maintien dans l'emploi en question » s'assure que l'on travaille bien pour obtenir le consentement éclairé, (notion hautement médicale de notre code de déontologie), du salarié, de l'employeur, du médecin du travail et du collectif du travail, consentement éclairé sans lequel les échecs sont absolument inéluctables. Les acteurs de santé au travail dans le maintien à l'emploi peuvent tenir un rôle intégrateur et de concepteur méthodologique, encore faut-il qu'ils s'y engagent résolument avec une politique volontariste. Aujourd'hui, c'est stratégiquement un très, très bon moment pour développer de telles politiques, nous avons deux opportunités pour favoriser une dynamique très positive, je veux parler de la réforme de la santé au travail et je veux parler de la loi du 11 février 2005.

#### Présentation

Bonjour à toutes et à tous et un grand merci aux organisateurs pour tout le travail qu'ils ont accompli pour réunir cette assistance de 200 personnes sur le colloque d'aujourd'hui.

Mon propos sera d'approfondir l'approche que peuvent avoir les services de santé au travail à partir des éléments que Philippe Le reste a déjà évoqués dans sa présentation, à savoir des éléments de méthodologie, de sensibilisation, de formation.

#### Quel est le problème ?

Le problème est posé par un individu en inadéquation santé/travail.

Pour y répondre on dit utiliser la pluridisciplinarité, je préfère parler d'inter-disciplinarité puisque pluri, c'est réunir des compétences les unes avec les autres alors que l'inter-disciplinarité, c'est plutôt faire travailler les gens ensemble pour un résultat donné.

La première chose dont il faut bien prendre conscience, c'est que cet être humain qui est en difficulté va se présenter devant plusieurs acteurs qui ont de fait des logiques complètement différentes et lui tiendront un discours complètement différent.

Cet individu s'appelle tout d'abord un patient et vous savez qu'avec les nouvelles règles de la sécurité sociale aujourd'hui « c'est mon patient et je ne le prête pas ».

Ensuite il va s'appeler un problème de pathologie chronique évolutive puis ensuite il va s'appeler un problème de rééducation et puis ensuite un assuré social voire un cas social et puis en fait quand il cumule tous les problèmes, il devient travailleur handicapé et travailleur vieillissant.

Au cours de toutes ces étapes, cet individu va rencontrer une foule d'acteurs qui vont lui renvoyer une image complètement incohérente. Tous ces acteurs oeuvrent bien pour son bien-être, chacun avec son propre discours, mais le salarié le vit mal et s'y perd.

L'environnement aussi n'est pas très engageant. Regardons un peu : aujourd'hui, tous ceux qui vivent dans l'entreprise s'aperçoivent qu'on ne leur parle que de plans sociaux, licenciements, concurrence, restructuration, délocalisations, « le tout financier ». De fait, on est en plein dans l'inadéquation santé/travail, puisqu'une personne qui occupait un poste se

retrouve sur six postes. Le jour où il ne peut pas remplir un seul poste, on vous dit : « docteur : je ne peux plus le garder ».

Revenons sur la grande diversité des acteurs. Tous ces acteurs, croient toujours bien faire et on va le voir, œuvrent avec le triangle de base du maintien dans l'emploi. Qu'ils soient de la Cotorep, des médecins conseils, des cellules maintien, d'associations, de conseils, de services de médecine physique et de réadaptation, tous ces acteurs vont avoir en fait des logiques d'actions absolument différentes. Ce sont soit des logiques caritatives, soit des logiques de formation, de reclassement professionnel, soit des logiques d'aide sociale, soit des logiques d'assurance sociale, soit des logiques de soin, soit des logiques d'aide à l'emploi. Tous veulent toujours bien faire mais ne s'aperçoivent pas que dans l'affrontement des logiques, le salarié, lui-même, n'y comprend rien et ne devient plus acteur.

Le premier niveau de réponse, pour assurer la cohérence de l'ensemble, a été de colliger le travail de plusieurs années d'expériences de différents acteurs et de pouvoir aboutir à une véritable méthodologie commune du maintien dans l'emploi. Cette méthodologie a été exposée dans l'ouvrage « *Le maintien dans l'emploi en question* » qui a été largement diffusé entre mai 2000 et 2004, édité par l'ENSP, l'école nationale de santé publique, il est épuisé aujourd'hui. Si j'insiste sur cet ouvrage qui va faire l'objet d'une refonte avec les nouvelles lois et les nouvelles expériences, c'est qu'il vise à l'exhaustivité d'un questionnement et non pas à un « y a qu'a ...faut qu'on ».

18 co-auteurs représentant tous ceux qui travaillent autour du maintien dans l'emploi se sont penchés sur le problème du maintien de l'emploi à travers la France. Dans ce groupe de travail, il y avait une personne handicapée, des DRH d'entreprises, des médecins du travail, des médecins conseils, une coordinatrice de PDITH ; ils ont réfléchi pour conceptualiser les différentes phases d'un maintien dans l'emploi et pour poser les questions qui se rattachent à chacune des phases. Cet ouvrage représente environ 8000 cas de maintien dans l'emploi aboutis avec analyses, échecs et réussites et s'appuie également sur une enquête en région.

Ce guide nous dit qu'il y a en fait des phases invariantes.

Ce sont

- la phase de signalement « qui signale ? à qui ? et dans quelle temporalité ? »
- la phase d'analyse de la demande. En France, prime surtout la culture de la solution ; un problème, il faut absolument y trouver une solution tout de suite et nous n'avons pas une culture de l'analyse du problème. Quand nous aurons une culture de l'analyse du problème et non pas celle de la solution, ce sera facile de trouver des solutions !
- la phase de traitement que l'on appelle la conduite de projet, qui est évidemment, la mise en œuvre après l'analyse de tout ce qu'il faut pour pouvoir maintenir un emploi,
  - une phase d'utilisation des outils ; la boîte à outils qui est très très riche en France que ce soit dans les entreprises, par la sécurité sociale, par l'AGEFIPH et divers financeurs
  - puis vous avez une phase qui est très importante dans les pathologies chroniques évolutives, ce sont les phases de suivi, il est absolument essentiel de mettre en place des indicateurs du suivi du maintien de l'emploi de cette personne au risque de devoir réintervenir en cas d'exclusion secondaire
  - ensuite suit une phase d'évaluation qualitative et quantitative qui est nécessaire pour optimiser et dynamiser avec des moyens tout ce que nous mettons en place.

Quand on parle de méthodologie du maintien dans l'emploi, ça veut dire, être sûr que pour chacune des phases, tous se posent les bonnes questions que l'on soit directeur d'unité,

médecin, DRH, personne handicapée ou autre. Ces questions se posent dans un ordre très précis, engageant une chronologie d'acteurs dont il faut absolument respecter la déontologie, si on veut pouvoir travailler en synergie.

Première question, qui assure que l'on travaille bien pour obtenir le consentement éclairé, (notion hautement médicale de notre code de déontologie), du salarié, de l'employeur, du médecin du travail et du collectif du travail, consentement éclairé sans lequel les échecs sont absolument inéluctables, je parle là avec le support de l'expérience des 8000 maintiens de l'emploi que nous avons analysés. Avant d'obtenir ce consentement éclairé qui lève tous les freins qui empêcheraient ces acteurs de projeter un avenir professionnel possible ; vous entendez autour de vous, « c'est pas possible ! C'est pas possible ! ».

Que faire pour lever ces freins du « c'est pas possible » ? pour ouvrir les champs du possible et maîtriser toutes les aides méthodologiques, techniques, financières, et aider aux négociations en étant équidistant de tous ces acteurs, je dis bien équidistant et non pas porteur que du seul projet du salarié ou de l'employeur ou du collectif ou du médecin du travail.

Au niveau du salarié, qui et comment obtient-on le colloque médical assurant une cohérence du discours médical de tous ces différents médecins devant le salarié afin que celui-ci puisse s'approprier une image corporelle et psychique réaliste de son futur possible ? Je peux vous assurer que cette cohérence du discours médical au niveau du salarié aujourd'hui est souvent à construire.

A t-on la connaissance de toutes les structures existantes pour demander pendant l'arrêt, un bilan des capacités fonctionnelles restantes afin que le salarié, le médecin conseil, le médecin du travail et les autres acteurs puissent envisager les conséquences sur l'aptitude et sur l'adéquation santé/travail ?

Qui et comment répond-on pendant l'arrêt de travail aux éventuelles interrogations du salarié sur l'espoir d'un avenir professionnel possible évitant en cela bien des sinistres, dûes aux manques de réponses adaptées dans nos structures de soins trop souvent cloisonnées par rapport au monde du travail et réciproquement ?

Qui développe et comment la connaissance et l'intérêt de la visite de pré-reprise tant auprès des employeurs, de la hiérarchie de l'entreprise, des salariés, de leurs représentants ?

Qui lève les freins liés aux problèmes d'assurance sociale, contentieux, fausses croyances sur le rôle exact du médecin conseil et sur les notions de stabilisation de consolidation ?

Enfin, qui lève les freins inhérents aux problèmes sociaux, familiaux et économiques du salarié l'empêchant de mettre toute son énergie dans un projet professionnel ?

Vous voyez que toutes ces questions au niveau du salarié sont la plupart du temps complètement escamotées pendant la phase de soins. Et ces salariés malades que les professionnels du soin n'ont pas pu rendre acteurs, lors de la phase de reprise d'activité sont ressentis comme « pas motivés ».

Se maintenir dans une dynamique professionnelle, c'est réfléchir à l'une de ces cinq orientations (cf dia n° ). Parfois il y en a une sixième quand le travail n'est plus la réponse adaptée. Encore faut-il lorsqu'on prend cette option aider la personne à s'apercevoir que le non-travail, ce n'est pas l'exclusion sociale. Beaucoup de gens aujourd'hui dans des processus d'invalidité sont très, très actifs dans des associations quand leur santé le leur permet.

Si l'une des 5 orientations est choisie, ce sera le maintien de l'emploi.

- par aménagement du poste de travail, l'aménagement peut être technique ou organisationnel. S'il est organisationnel, cela peut être par aménagement d'horaires ou en étudiant les recompositions de tâches avec le collectif.
- par reclassement interne, après ou non processus de formation
- par un reclassement extérieur après ou non processus de formation
- ça peut être également une création d'entreprise.

« Est-ce qu'en dehors de l'entreprise d'origine c'est vraiment du maintien de l'emploi ? » Dès qu'une personne se maintient dans une dynamique professionnelle, on peut parler de maintien en emploi, ce qui est la définition actuelle de maintien en emploi.

Quand le projet professionnel du salarié est formé, qui analyse la problématique de l'employeur avec la même empathie que celle développée envers le salarié ? Les acteurs sociaux que nous sommes sont très, très facilement enclin à l'empathie vis-à-vis du salarié et pas du tout suffisamment à l'empathie envers les problèmes de l'employeur qui n'est qu'un opérateur dans la situation de travail. Cet opérateur est aussi important dans le contrat que le salarié.

S'il existe une superposition d'intérêt et un projet de maintien aidé par le médecin du travail et les autres acteurs, qui et comment étudie t-on la faisabilité d'un tel projet avec les collègues, la hiérarchie de proximité et les représentants du personnel, dans un système gagnant-gagnant, gage de maintien durable de futures insertions professionnelles et d'acceptation de la différence dont le handicap n'est que la caricature ?

A ce niveau de mon exposé on comprend que le rôle de ces acteurs de santé au travail dans le maintien à l'emploi est vraiment pluraliste. Encore faut-il qu'ils s'y engagent résolument avec une politique volontariste. Aujourd'hui, c'est stratégiquement un très, très bon moment pour développer de telles politiques. Au moment où l'environnement est si peu engageant avec restructuration et autres, nous avons deux opportunités pour favoriser une dynamique très positive, je veux parler de la réforme de la santé au travail et je veux parler de la loi du 11 février 2005. D'une part, beaucoup diront que ces deux lois et les décrets rattachés sont imparfaits, comportent beaucoup d'éléments qui n'ont pas été réellement bien pensés, etc.... D'autre part, beaucoup, qui comme moi arrivent à provoquer des dynamiques dans les entreprises, les départements ou dans les services de santé au travail, y voient du positif. Je peux vous assurer qu'en France, tous les acteurs de santé au travail sont entrain de bouger. La loi bougeant et le système de santé au travail s'appuyant en France beaucoup sur la loi, c'est le moment d'une dynamique. Le tout est de savoir si l'on veut profiter de cette dynamique pour l'orienter dans le sens de l'action pour le maintien en emploi.

Des expériences d'institutions et d'associations se multiplient. Je pense en particulier à la convention que notre association Cinergie vient de passer avec Comète France; je pense au travail que l'on fait avec les ergonomes du GEDER, je pense également à tout ce qui se fait dans les programmes Equal en l'occurrence ce qui se passe en Aquitaine avec nos amis de l'ARACT. Tous ces travaux-là sont des travaux sont très intéressants qui innovent et qui ont surtout l'avantage d'évaluer, ce que nous ne savions pas trop faire auparavant. Nos amis Québécois qui ont notre sens social en plus d'un pragmatisme tout à fait anglo-saxon, ont beaucoup de choses à nous apporter au niveau de l'évaluation. A ce niveau là, il est évident que ce n'est pas parce qu'on pense avoir raison sur une méthodologie, qu'il ne faut pas l'évaluer pour démontrer que nous avons raison.

De nombreux services de santé au travail s'engagent depuis récemment dans le montage d'un projet de service, à partir d'une enquête sur les besoins exprimés par les entreprises adhérentes. Je peux vous assurer que la gestion des inaptitudes, c'est l'un de leurs besoins principaux. Il faut alors étudier les moyens à mettre en œuvre pour répondre, et passer des conventions internes et/ou externes avec les préventeurs pour assurer ce que l'on doit mettre en place. Les retombées d'un tel projet avec évaluation et communication en interne et en externe sont positives car il permet la valorisation de tous les acteurs (qui en ont bien besoin). Cela aboutit à des services intégrés et en particulier, des services intégrés de gestion de restriction d'aptitude à l'échelon de services entiers.

Je rappelle les chiffres, plus de 6% de restrictions d'aptitude de toute nature sont délivrées par les médecins du travail par an, ce qui fait environ un peu plus de 800 000 restrictions d'aptitudes et sur ses 800 000 restrictions d'aptitudes, on est passé progressivement ces dernières années de 70 000 à 134000 inaptitudes à un poste ou à tout poste selon le dernier bilan de l'AGEFIPH. On voit donc en fait que le fossé est en train pour l'instant de s'aggraver.

Au total, ces acteurs esseulés au départ dans cette intervention et dans un contexte en fait pas très très facile, vont dans certains cas vers une professionnalisation de cette démarche du maintien en emploi à savoir de maintien dans une dynamique professionnelle, d'êtres humains en danger d'exclusion. En accomplissant une ou plusieurs étapes de ce parcours visant à l'efficacité maximum des systèmes, en passant de l'action individuelle à l'action collective puis à l'action de réseau inter-disciplinaire puis à la liaison avec l'action inter-institutionnelle, ce qui est une autre affaire, les acteurs de santé au travail peuvent avoir non seulement un rôle intégrateur mais en plus un rôle de concepteur méthodologique. Cette professionnalisation d'une démarche de santé au travail s'apparente à celle de santé publique, quand on sait que l'exclusion du monde professionnel s'accompagne très souvent à terme d'une exclusion sociale tout court.

D'aucuns pourraient faire la fine bouche en arguant du fait que les acteurs de santé au travail doivent faire de la prévention primaire et non pas de la prévention tertiaire comme du maintien dans l'emploi. Il ne faut pas s'y tromper : en déculpabilisant les acteurs de l'entreprise, en les rendant acteurs de processus valorisant, en démontrant les facteurs d'exclusion de l'entreprise et de la société, ces acteurs permettent à l'entreprise de passer aux dépistages systématiques des individus et collectifs en difficulté, prévention secondaire puis à la conception d'espaces et de situation de travail adaptés à la physiologie et la psychologie humaine individuelle et collective ; prévention primaire qui est la base même de nos métiers.