



Master 2
Situations de Handicap et
Participation Sociale

Promotion : **2018-2019**

Maintien dans l'emploi : enjeux du
retour à l'emploi après un long arrêt
maladie

Sézaltina AMBROSIO-NADIN
Mémoire dirigé par M. Bernard LUCAS
Septembre 2019

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens tout d'abord à remercier le Docteur Christophe PICHOS, qui m'a accompagné tout au long de cette année professionnelle et qui m'a soutenu sans relâche tout au long de la formation.

Je remercie le Docteur Marie-Hélène GILLION pour la qualité de ses échanges et son partage d'expérience professionnelle.

Je remercie également Monsieur Bernard LUCAS pour le temps qu'il m'a consacré, son accompagnement et ses conseils dans l'écriture de ce travail.

Je remercie aussi Mesdames Bénédicte BARON-ASSAR et Edith PINCHON, qui ont déployé beaucoup d'énergie à faire en sorte que je puisse me dégager du temps pour travailler ce mémoire.

Je remercie mon époux et mes deux garçons qui ont fait face avec bonne humeur à mon manque de disponibilité ces dernières semaines.

Je remercie également les collaborateurs du Crédit du Nord, sans qui ce travail n'aurait pas abouti. Merci à eux pour le temps qu'ils m'ont consacré et la qualité de ces moments.

Je tenais à ajouter, pour finir, que j'ai une petite pensée nostalgique à l'égard des très belles rencontres que j'ai pu faire lors cette année de formation.

Sommaire

Remerciements (p.3)

Sommaire (p.4)

Liste des sigles utilisés (p.6)

Introduction (p.8)

I – Le maintien en emploi : contexte social et réalité d’entreprise

1 – Cadre politique et social (p.13)

1.1 Contexte législatif (p.13)

1.1.1 Emploi et Handicap : évolutions législatives (p.13)

1.1.2 De la médecine du travail vers la santé au travail (p.16)

1.2 Maintien en emploi à travers les plans gouvernementaux (p.20)

1.2.1 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le rapport de l’IGAS (p.20)

1.2.2 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le rapport du CNCPPH (p.22)

1.2.3 Le maintien en emploi à travers le troisième plan cancer 2014-2019 (p.23)

1.2.4 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le troisième plan santé travail 2016-2020 (p.24)

2 - Maintien dans l’emploi : un sujet d’entreprise (p.25)

2.1 Les acteurs concernés par la désinsertion professionnelle au Crédit du Nord (p.25)

2.2 La prise en compte des obligations en matière de RSE au CDN (p.27)

2.3 La mission handicap au CDN (p.29)

2.4 Le service social d’entreprise (p.30)

2.5 Le service de santé au travail (p.30)

2.5.1 Organisation et missions du service (p.30)

II – Prévention de la désinsertion professionnelle : quels questionnements ? (p.31)

- 1. Acteurs du maintien en emploi (p.32)**
- 2. Population cible (p.33)**
- 3. Méthodologie d'enquête (p.34)**
- 4. Limites de la méthodologie (p.35)**

III – Situation de handicap à travers un modèle social (p.36)

1. Analyse des facteurs personnels et de leurs interactions sur le travail

- 1.1 L'impact de l'âge sur les conditions de reprise **(p.37)**
- 1.2 L'impact du sexe sur les conditions de reprise **(p.39)**
- 1.3 L'impact du statut administratif du handicap sur les conditions de reprise **(p.40)**
- 1.4 L'impact du parcours de formation sur les conditions de reprise **(p.41)**
- 1.5 L'impact du lien social à travers l'emploi lors de la reprise **(p.42)**

2. Analyse des facteurs environnementaux (p.42)

- 2.1. L'impact du télétravail sur les conditions de reprise **(p.42)**
- 2.2. L'impact de la mise en place du temps partiel thérapeutique dans les conditions de reprise **(p.44)**
- 2.3. L'impact du changement de poste dans les conditions de reprise **(p.47)**
- 2.4. L'impact de l'encadrement de proximité lors de la reprise **(p.50)**
- 2.5. L'impact des échanges entre les services de santé au travail et les professionnels investis dans l'accompagnement du collaborateur **(p.51)**
- 2.6. L'impact des sollicitations des acteurs extérieurs du maintien en emploi dans les conditions de reprise **(p.53)**
- 2.7. L'impact du trajet à travers le temps de transport et les modes utilisés **(p.54)**
- 2.8. L'impact de l'entourage familial sur les conditions de reprise **(p.56)**

3. Synthèse (p.57)

Conclusion (p.60)

Bibliographie (p.65)

Liste des sigles utilisés

AMT : Actions en Milieu de Terrain

CDN : Crédit du Nord

CE : Comité d'Entreprise

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CMP : Centre Médico Psychologique

CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

COR : Conseil d'Orientation des Retraites

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

CSSCT : Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de L'Emploi

DOETH : Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés

DRS : Directeur des Relations Sociales

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ETP : Équivalent Temps Plein

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IJ : Indemnités Journalières

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIRTMO : Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main-d'œuvre
OIT : Organisation Internationale du Travail
ONU : Organisation des Nations Unies
PACTE : Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises
PDP : Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PPH : Processus de Production du Handicap
QVT : Qualité de Vie au Travail
RH : Ressources Humaines
RIPPH : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap
RPS : Risques Psycho-Sociaux
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises
SG : Société Générale
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SST : Service de Santé au Travail
TIPI : Technique d'Identification des Peurs Inconscientes
TMS : Troubles Musculo Squelettiques
TPE : Très Petites Entreprises

Introduction

Notre travail s'inscrit dans le champ de la santé au travail régit par un cadre professionnel précis et règlementairement établi par le Code du travail. L'article L4622-2 du Code du travail¹ mentionne ainsi clairement que les missions des services de santé au travail ont pour objectif prioritaire "d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail" et "de prévenir ou de réduire (...) la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien en emploi des travailleurs". Aucun texte n'énonce cependant les modalités précises à mettre en œuvre pour répondre concrètement à ces objectifs. Depuis la loi du 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail², qui reforme profondément les missions et l'organisation des services de santé au travail interentreprises, de nombreuses cellules appelées "cellules de maintien dans l'emploi" ou "cellules de prévention de la désinsertion professionnelle" se sont formalisées. Les équipes pluridisciplinaires qui les animent ont pour finalité d'orienter et de proposer un accompagnement adapté auprès des salariés qui encourent un risque d'exclusion du monde du travail du fait d'un problème de santé. Bien que les entreprises, dont les effectifs sont supérieurs à 500 salariés et qui ont fait le choix d'un service autonome, soient soumises aux mêmes obligations en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, rares sont celles qui ont formalisé ce type d'accompagnement. Sur la base de ce constat, de nombreux MIRTMO (Médecins Inspecteurs Régional du Travail et de la Main-d'œuvre) préconisent, lors des renouvellements d'agrément, l'instauration de ces cellules au sein des services autonomes.

C'est dans ce contexte et à la demande du MIRTMO, que le médecin responsable du service de santé au travail et le directeur des ressources humaines ont décidé d'entamer une réflexion sur la création de ce dispositif au sein du Crédit du Nord.

Le sujet de la prévention de la désinsertion professionnelle est un sujet d'actualité au centre de nombreuses préoccupations politiques, économiques et sociales. Très récemment, les discussions autour du rapport du COR (Conseil d'Orientation des Retraites) présenté le 13 juillet 2019, intitulé "Évolutions et perspectives des retraites en France", ont proposé de reformer le système des retraites actuels afin que ce système puisse se maintenir équilibré financièrement. Au-

¹ Art. L4622-2 – Code du Travail. Modifié par ordonnance de 20 décembre 2017 – art. 1

² Code du travail – Loi N°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

dela de la question du financement et du montant des pensions de retraite, les préoccupations autour de la pénibilité et du maintien en emploi ont pris place dans les débats. Le COR préconise notamment que le système universel maintienne les droits actuels pour les personnes ayant effectué une carrière longue. D'autre part, il préconise également que la pénibilité soit prise en compte en permettant aux salariés exposés à certains critères de pénibilité de partir à 60 ans : "Le compte professionnel de prévention, qui permet d'acquérir jusqu'à deux années de départ anticipé à la suite de l'exposition à un risque professionnel, sera étendu aux fonctionnaires et aux régimes spéciaux. Le départ anticipé pour incapacité permanente leur sera également étendu"³.

Les critères de pénibilité, définis par le Code du travail, ont connu des évolutions récentes. Depuis l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017, les critères de pénibilité se limitent aujourd'hui au travail de nuit, au travail en équipes successives alternantes, aux activités professionnelles en milieu hyperbare, à l'exposition au bruit, à l'exposition aux températures extrêmes et au travail répétitif. L'impact du travail sur la santé se limite ainsi dans les textes à ces six risques.

Bien qu'il ne soit pas le sujet de notre mémoire, ce travail de recherche questionne l'impact des risques psycho-sociaux massivement présents dans le secteur tertiaire. L'émergence des RPS (Risque Psycho-Sociaux) dans les années 2000 est devenue un enjeu majeur pour les services de santé au travail et, plus globalement, celui de l'entreprise. L'INRS décrit notamment : "Sous l'effet des mutations du monde du travail telles que la complexité grandissante des tâches, la réduction des temps de repos, l'individualisation du travail ou encore les exigences accrues de la clientèle, la prise en compte des risques psycho-sociaux est devenue incontournable"⁴. L'INRS précise également que les situations de travail sont à l'origine de ces nouveaux risques au sens où ils "peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail"⁵. Ces risques recouvrent plus particulièrement les situations de stress et les violences tant internes qu'externes à l'entreprise. Leur impact sur l'état de santé est aujourd'hui clairement établi et ils peuvent être à l'origine de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques ou de syndromes anxiodépressifs par exemple. Notre travail révèle également que bien que l'origine de ces risques soit identifiée comme directement liée à l'activité professionnelle, les termes utilisés

³ Delevoye J.P. - 2019 - "Un système universel de retraite, plus simple, plus juste, pour tous" – Dossier de presse - p.13

⁴ INRS – 2019 - Dossier risques psychosociaux p.1

⁵ INRS – 2019 - dossier risques psychosociaux p.2

n'évoquent pas toujours explicitement leur lien avec des situations de travail. D'autre part, que ce soit dans les cas de diagnostic de *burn out*, de syndromes d'épuisement professionnel ou de syndromes anxiodépressifs en lien avec le travail, ceux-ci ne donnent que très rarement lieu à des déclarations d'accident de travail contrairement à n'importe quel autre risque professionnel qui impacterait la santé des salariés. La responsabilité de l'entreprise est très souvent pointée mais elle demeure assez peu reconnue administrativement.

Ce mémoire, qui interroge l'impact des facteurs personnels et des facteurs environnementaux lors du retour à l'emploi après un long arrêt maladie, évoque massivement des situations de handicap en lien avec des situations de souffrance au travail. Ces situations mobilisent des dispositifs de retour à l'emploi et un accompagnement individuel spécifique mais elles ne donnent pas lieu, en première intention, à une reconnaissance de travailleur handicapé. Lorsque le collaborateur bénéficie d'une reconnaissance administrative du handicap, celle-ci est, en général, consécutive à un problème de santé antérieur sans lien avec le contexte de souffrance au travail. Cette absence de reconnaissance exclut certains interlocuteurs du maintien en emploi, qu'ils soient internes ou externes à l'entreprise. La participation sociale, à travers le retour à l'emploi, dépend alors fortement des aménagements organisationnels mis en place par les services des ressources humaines qui représentent l'employeur. En effet, la mise en œuvre de dispositifs favorisant le retour à l'emploi, tels que le temps partiel thérapeutique, le télétravail ou un changement de poste au sein de l'entreprise, restent soumis tant à l'accord, qu'aux possibilités de l'entreprise à pouvoir y répondre.

L'impact de la reconnaissance administrative n'est pas neutre, mais elle n'a cependant pas été retenue comme un critère exclusif dans ce mémoire. Le choix de la population concernée par ce travail s'appuie notamment sur le rapport du CNCPPH qui évoque : "Le CNCPPH regrette unanimement que le recours à certains dispositifs, actions ou mesures visant la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi nécessite un passage obligé par la RQTH. Cette démarche est synonyme de perte de temps alors que l'action précoce est un facteur efficace de prévention de la désinsertion professionnelle. Cette démarche peut se révéler stigmatisante et difficile à appréhender pour nombre de personnes qui, si elles sont malades, ne se reconnaissent

pas toujours comme handicapées. Cette démarche peut même se révéler contreproductive dans certaines situations." ⁶

Afin de mieux saisir l'impact des facteurs personnels et individuels mobilisés lors du retour à l'emploi, il nous semblait indispensable de mieux comprendre le contexte dans lequel cette question intervient. La souffrance au travail est annoncée comme un enjeu prioritaire de notre lieu de stage, mais comment s'inscrit-il concrètement dans l'entreprise ?

De façon générale, une vaste communication interne fait part des obligations et des engagements du Crédit du Nord en matière de responsabilité sociétale des entreprises (RSE). L'entreprise communique aussi massivement sur les mesures concrètes mises en place dans le cadre du Pacte social, qui interviennent tant dans la sphère professionnelle que personnelle des collaborateurs. L'entreprise a également fait des choix d'organisation qui favorisent la prise en compte des risques de désinsertion professionnelle. En matière de politique handicap, un accord agréé a été renouvelé avec la DIRECCTE et un poste de référent handicap est occupé à temps plein par un spécialiste en ressources humaines. D'autre part, le choix de l'entreprise concernant le service de santé au travail s'est porté sur un service de santé autonome avec une présence médicale continue. Ce service prend en charge le suivi classique des salariés tel qu'il est établi par la réglementation. Mais ces acteurs sont aussi très souvent identifiés comme pouvant répondre à des situations d'urgence en lien avec le travail. L'effectif, en accord avec la réglementation, offre une importante capacité d'accompagnement. Des relations de confiance se sont établies avec le référent handicap et elles favorisent nettement le maintien en emploi des personnes en situation de handicap. L'évaluation des besoins et les solutions de compensation se font aisément dès lors qu'il s'agit d'aménagements matériels et que le collaborateur bénéficie d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En revanche, lorsque des besoins de compensation d'ordre organisationnels sont nécessaires, les préconisations sont plus compliquées à mettre en œuvre. Des solutions sont trouvées au cas par cas mais elles demeurent très dépendantes des possibilités des ressources humaines. Les préconisations de temps partiel thérapeutique sont acceptées sans difficulté. Les préconisations de changement de poste ou de télétravail sont, elles, plus compliquées à mettre en place et ce malgré un contexte professionnel favorable au vu des effectifs et de la politique d'évolution professionnelle mise en place au Crédit du Nord. Ce constat ne semble pas propre à

⁶ CNCPH – 2018 - "Prévention et lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades" - p10

notre terrain de stage. Anne REVILLARD dans son ouvrage *“Handicap et Travail”*, publié en 2019, évoque ainsi : “La dégradation des conditions de travail et le vieillissement de la population active augmente les risques de survenue de problèmes de santé invalidants chez les personnes en emploi. Face à ce risque, et en vue de favoriser le maintien en emploi, il importe de développer des politiques de prévention et de promotion de la santé au travail, mais il est aussi essentiel que les organisations de travail développent des routines et la flexibilité nécessaires pour accompagner des capacités de travail changeantes - autant de dispositifs qui supposent une transformation des organisations de travail”. (Revillard A., 2019, p.90)

Afin de mieux saisir les enjeux du maintien en emploi, nous avons choisi de recueillir le ressenti des collaborateurs confrontés à un long arrêt maladie, potentiellement susceptibles de courir un risque de désinsertion professionnelle au sein de notre lieu de stage. Après avoir identifié différents facteurs personnels et environnementaux, il nous semblait intéressant de tenter de comprendre quels en étaient l'impact et les liens sur la situation de participation sociale à travers une de ses composantes qui est l'emploi. Pour ce faire, nous nous sommes dégagés de l'approche biomédicale avec laquelle, nous, professionnels de santé, sommes habitués de fonctionner. Nous avons pour ce faire, décidé de prendre pour support le PPH (Processus de Production du Handicap) basé sur une approche sociale pour comprendre les interactions entre facteurs personnels et facteurs environnementaux qui font sens pour les personnes concernées lorsqu'elles sont confrontées à une situation de retour à l'emploi. Ce regard, porté à distance sur des situations personnelles, a pour but de permettre d'ébaucher des pistes d'amélioration concernant l'accompagnement lors du retour à l'emploi.

Nous nous attacherons à présent à définir le cadre dans lequel s'inscrit concrètement le sujet du maintien dans l'emploi. Nous aborderons, pour ce faire, l'évolution des missions des services de santé au travail, le contexte politique et sociale et enfin le cadre professionnel dans lequel il s'inscrit pour nous aujourd'hui.

I – Le maintien en emploi : contexte social et réalité d'entreprise

1. Cadre politique et social

1.1 Contexte législatif

1.1.1 Emploi et Handicap : évolutions législatives

L'augmentation de l'espérance de vie depuis la fin du siècle dernier et ses conséquences sur l'âge de départ à la retraite ainsi que l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques évolutives sont deux des raisons qui font du maintien en emploi une préoccupation politique majeure qui s'inscrit aujourd'hui au carrefour de plusieurs disciplines.

Au lendemain de la Première Guerre Mondiale de 1914-1918, pour faire face aux besoins de main-d'œuvre, le législateur s'est emparé du sujet afin de permettre aux mutilés de guerre d'obtenir des emplois réservés au sein des administrations. La loi du 26 avril 1924⁷, introduira par la suite la notion de quotas en imposant au sein des entreprises privées un nombre défini de bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Ces textes transformeront la logique d'assistance assurée par l'État providence vers les débuts d'une politique de réadaptation. En 1945, la création du régime général de la Sécurité Sociale offre à tous les salariés et leurs ayants droits, une protection assurantielle qui pourra, le cas échéant, prendre en charge les frais liés à la rééducation fonctionnelle et à la réadaptation professionnelle. Pendant plusieurs décennies, la réadaptation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle, accompagnées par les progrès considérables de la médecine, fonderont les bases de la prise en charge biomédicale des personnes atteintes d'incapacités fonctionnelles. La loi du 23 novembre 1957⁸ sur "le reclassement professionnel des travailleurs handicapés" réaffirme le droit au travail des personnes handicapées. Elle définit comme travailleur handicapé, "toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver son emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales". Au-delà de la question des quotas, ce texte contraindra les entreprises qui n'ont pas leurs quotas de 10% à faire connaître leurs postes vacants auprès du bureau de main-d'œuvre qui pourra, sous certaines conditions, proposer un travailleur handicapé. Un changement de sémantique s'opère alors, le terme de travailleur handicapé vient supplanter le terme d'invalidité. Le Ministère des Affaires Sociales s'empare également du sujet en 1959, en créant "le Conseil Supérieur pour le

⁷ Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre

⁸ Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés

reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés” chargé de s’intéresser notamment aux différentes initiatives dans les domaines de la rééducation, de la réadaptation, du reclassement professionnel et de l’organisation du travail protégé.

En 1967, le rapport Bloch Lainé “Étude du problème général de l’inadaptation des personnes handicapées” sera un des piliers de la loi du 30 juin 1975⁹. Cette loi d’orientation de 1975, en faveur des personnes handicapées, régit les institutions sociales et médico-sociales et affirme le principe d’accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l’ensemble de la population et leur maintien, chaque fois que possible, dans un cadre ordinaire de travail et de vie. Cette loi n’offre pas, en revanche, une définition de la notion de handicap. La reconnaissance administrative du handicap attribuée à l’époque par la COTOREP (Commission Technique d’Orientation et de Reclassement Professionnel) est un préalable indispensable à l’orientation vers le milieu ordinaire ou le milieu protégé de travail.

Peu après la loi de 1975, dans le sillage du mouvement des *disability studies* outre atlantique, le modèle biomédical sur lequel est basée la réadaptation laisse place progressivement au modèle social du handicap. Ce nouveau paradigme rejette l’idée que les rôles assignés aux personnes handicapées sont la conséquence de leur condition corporelle ou mentale, en opposition à l’idée du normal et du pathologique. Désormais les personnes veulent participer de façon effective à la société. Même si on note un accroissement de la qualité de vie et des possibilités des personnes handicapées notamment du fait d’une amélioration des aides techniques (perfectionnement des prothèses ou des fauteuils roulants par exemple), ces dernières se heurtent à des obstacles pouvant autant être environnementaux que sociaux. Pour reprendre les propos de Myriam Winance et Jean-François Ravaud “ces mouvements initiés par les personnes handicapées elles-mêmes, à partir d’expériences concrètes qu’elles ont eues, déboucheront sur une action politique et la formulation de modèles alternatifs de définition du handicap” (Winance M, Ravaud J.F, 2010 – Le handicap, positionnement politique et identité subjective - Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem - 2010/1 vol.4 - p.70).

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, “pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées”, est un texte qui influencera l’ensemble des politiques autour de la question du handicap en France. La priorité de l’emploi en milieu ordinaire y est

⁹ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d’orientation en faveur des handicapés

réaffirmée et le principe de non-discrimination y est clairement inscrit. La prise en compte de l'environnement de travail comme potentiellement facteur de situation de handicap et l'obligation de moyens pour compenser ces situations sont évoquées à plusieurs reprises.

Tout comme la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) et le PPH (Processus de Production du Handicap), deux modèles sociaux du handicap, l'article 2 de la loi de 2005 définit la situation de handicap au regard des interactions entre les facteurs individuels du sujet et les facteurs environnementaux qui lui sont propres. "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."

L'accès aux droits en matière de compensation, notamment en ce qui concerne l'environnement de travail, est souligné dans l'article 11 : " La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse (...) de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie (...)"

L'article 24 évoque les obligations de l'employeur quant à l'accès aux droits énoncés ci-dessus et introduit la notion d'aménagements raisonnables : "Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés (...), les employeurs prennent, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs (...) d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi (...)". À travers cet article, il appartient à l'employeur de prendre les mesures nécessaires afin d'adapter l'environnement professionnel, tant matériel qu'organisationnel, favorisant l'exercice professionnel de toute personne en situation de handicap. Le Défenseur Des Droits précise cependant que ces aménagements ne doivent pas représenter "une charge excessive" que ce soit sur le plan financier ou organisationnel pour l'employeur. La prise en compte de la situation de l'employeur dans l'évaluation de la charge complexifie celle-ci car elle fait appel à des paramètres extérieurs à celui de la situation de handicap.

D'autre part, l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés de 1987¹⁰, dont le taux a été fixé à 6% pour les entreprises privées dont les effectifs sont supérieurs à 20 salariés est élargie au secteur public. La loi de 2005 introduit également l'obligation pour les partenaires sociaux de négocier l'emploi des travailleurs handicapés au niveau des branches tous les trois ans et au niveau des entreprises tous les ans.

La convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (Organisation des Nations Unies) du 13 décembre 2006, ratifiée par la France en 2010, est un texte fondamental aujourd'hui qui trouve ses fondements dans la charte des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales. Il offre une définition du handicap basée sur la participation sociale et sur les interactions entre facteurs environnementaux et facteurs individuels, sur les principes du modèle social. "Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres."¹¹

L'article 5 "Égalité et non-discrimination" fait également référence à la compensation et plus particulièrement aux aménagements raisonnables nécessaires dans un souci d'égalité.

Nous mentionnerons aussi l'article 27 "Travail et emploi" qui à travers plusieurs alinéas fait référence au maintien en emploi. Le travail y est établi comme un droit pour tous. La situation de handicap ne peut être une source de discrimination. Pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et favoriser leur embauche, le maintien en emploi et l'avancement, des mesures adaptées doivent être mises en place pour permettre de répondre ainsi à l'obligation d'aménagements raisonnables".

1.1.2 De la médecine du travail vers la santé au travail

C'est au lendemain de la deuxième guerre mondiale, en 1946, que la loi portant sur "l'organisation des services médicaux" rend obligatoire la médecine du travail pour les entreprises

¹⁰ Loi 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

¹¹ Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées - 13 décembre 2006 – article 1
Sezaltina NADIN – Mémoire de Master Santé Publique, spécialité Situations de Handicap et Participation Sociale de l'École des Hautes Études en Santé Publique de l'Université de Rennes 1 et de l'Université de Rennes 2 – 2018/2019

privées dont il en revient la charge. La loi du 11 octobre 1946¹² définit les missions des “médecins du travail” et pose ainsi les fondements d’une médecine axée sur la prévention : “Leur rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d’hygiène du travail, les risques de contagion et l’état de santé des travailleurs”. Les modalités du suivi sont également définies et s’organisent autour de la visite d’embauche, les examens médicaux périodiques, les visites de reprise après un arrêt de travail de plus de dix jours, les examens complémentaires, les soins au siège de l’entreprise et la surveillance de l’hygiène des entreprises.

Le 20 mars 1979, le décret modifiant “le code du travail et relatif à l’organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail”, introduit le tiers-temps pour les médecins du travail. Le médecin du travail doit ainsi dédier un tiers de son activité à des actions sur le milieu de travail en “observant le travail réel”, et ce dans le but de prévenir les conséquences de certains risques professionnels.

L’arrêté du 29 mai 1989 fixe le modèle de “la fiche d’entreprise et d’établissement” qui doit être réalisée par le médecin du travail pour toute entreprise de plus de dix salariés dont il assure le suivi. La fiche d’entreprise est un tournant dans la prise en charge des risques professionnels. Elle apprécie un ensemble de risques auxquels les salariés peuvent être exposés, recense les conditions de travail et les met en perspective avec des indicateurs de résultats tels que les accidents du travail et les maladies professionnelles. Au-delà du recensement des risques professionnels, les mesures mises en place tendant à les réduire doivent également être identifiées. Cette obligation modifie les prérogatives du médecin du travail car il lui incombe dès lors d’apprécier les mesures préventives mises en place au sein de l’environnement de travail. Sur le plan réglementaire, cette fiche s’impose aujourd’hui à toute entreprise sans restriction d’effectif mais elle peut être déléguée par le médecin du travail à un membre de l’équipe pluridisciplinaire.

Parallèlement à la fiche d’entreprise, le Code du travail impose depuis 2001 aux employeurs la réalisation d’un Document Unique d’Évaluation des Risques Professionnels pour toute entreprise d’au moins un salarié¹³. Ce document retrace “les résultats de l’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l’article L.4121-3. Cette

¹² Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l’organisation des services médicaux du travail

¹³ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d’un document unique à l’évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l’art. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement." Face aux risques identifiés, il appartient à l'employeur de retracer les actions menées afin de les réduire. Sa mise à jour est également réglementée et doit avoir lieu "au moins chaque année, lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, au sens de l'article L.4612-8, lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque est recueillie".

Dans un contexte de pénurie de médecins du travail, d'augmentation des troubles musculo-squelettiques et des troubles psycho-sociaux ainsi que le vieillissement de la population active, la loi de modernisation sociale de 2002 introduit la pluridisciplinarité dans les Services de Santé au Travail. Les actions du médecin sur le milieu de travail sont renforcées et il peut, pour ce faire, s'entourer de spécialistes en prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. Le décret du 28 juillet 2004¹⁴ allégera le suivi annuel obligatoire qui aura lieu dorénavant tous les 2 ans pour les salariés non exposés à des risques professionnels. Une catégorie de salariés demeure sous surveillance médicale renforcée en lien avec l'exposition à certains risques professionnels (risque hyperbare, travail de nuit, ...) ou du fait de caractéristiques individuelles telles que les femmes enceintes, les salariés âgés de moins de 18 ans ou les salariés handicapés. Pour cette catégorie, la périodicité du suivi est alors réduite à un an. Les facteurs de risques professionnels et les facteurs individuels comme le handicap deviennent alors le point de départ du suivi médical en milieu de travail. La santé au travail se substitue alors à la médecine du travail, et au-delà de la question de sémantique, la discipline évolue vers une "culture de la promotion de la santé en milieu de travail" basée sur la prévention des risques professionnels.

La loi du 20 juillet 2011¹⁵, relative à l'organisation de la médecine du travail, réforme profondément la discipline tant sur le plan de l'organisation des services de santé au travail que du suivi des salariés. En effet, ce texte énonce clairement l'objectif des services de santé au travail qu'il définit comme "les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail." Pour y répondre, la loi détaille les différentes missions de ces services. Les actions en milieu de travail, à travers la fiche d'entreprise ou les études de poste notamment, doivent ainsi permettre de mieux identifier les contraintes du travail réel susceptibles d'impacter la santé des salariés. Dans la mesure du possible, il appartiendra au SST

¹⁴ Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail

¹⁵ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

(Service de Santé au Travail) de préconiser les mesures de prévention adaptées afin d'en limiter les conséquences. D'autre part, le rôle de conseil des SST auprès des employeurs en matière de réduction des risques professionnels et des conditions de travail est également réaffirmé. L'approche environnementale, à travers l'impact du travail sur l'état de santé, définit à présent clairement le cadre du suivi des salariés.

Le Code du travail permettait déjà d'engager la responsabilité de l'employeur à qui il revenait de prendre "les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés". Depuis la loi de 2011, les services de santé au travail ont également pour objectif clairement énoncé de prendre en charge les répercussions psychiques du travail, induisant ainsi que le travail peut avoir un impact négatif sur la santé des salariés. La prévention des troubles liés à l'usage de substances fait également partie de leurs nouvelles prérogatives faisant ainsi un lien entre consommation de substances psychoactives et pénibilité au travail. Afin de prévenir les risques d'inaptitudes et la perte d'emploi en lien avec un problème de santé, les services de santé se voient confier la mission de réfléchir aux conditions favorables permettant au salarié de se maintenir au poste autant que possible. L'équipe pluridisciplinaire dans la loi de 2011 introduit les infirmiers en santé au travail au sein de celle-ci. Sous réserve d'une formation en santé au travail, le suivi des salariés, à l'exception de quelques cas très particuliers, peut à présent être assuré pour les visites périodiques par les infirmiers en alternance avec le médecin du travail. Le but de ces visites est d'informer les salariés sur les risques professionnels auxquels ils sont exposés et de les sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre. Les visites de reprise après un arrêt maladie ou un accident du travail de plus de trente jours, quelle qu'en soit la cause, et les visites de pré-reprise, demeurent des prérogatives du médecin du travail. Au-delà des visites de suivi des salariés, les infirmiers peuvent également conduire des actions en milieu de travail comme par exemple les études de poste ou les fiches d'entreprise. Ce changement opéré dans le suivi des salariés fait disparaître la notion d'aptitude pour une grande majorité des postes de travail. L'inaptitude pour raisons médicales demeure cependant et dépend de la responsabilité du médecin du travail.

La loi travail du 8 août 2016¹⁶ modifie la surveillance médicale des salariés, cadrée par la loi de 2011, et constitue le texte qui définit aujourd'hui les modalités de celui-ci. Parmi les changements

¹⁶ Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

apportés, la visite d'embauche se transforme aujourd'hui en visite d'information et de prévention initiale et peut être réalisée par les infirmiers. Elle n'est plus obligatoire si les salariés ont bénéficié d'une visite d'information et de prévention dans les cinq ans avant la prise de poste dans une autre entreprise et que les risques professionnels auxquels ils sont exposés sont identiques au poste précédemment occupé. De façon plus générale, la périodicité des visites s'étend dorénavant à cinq ans, ce qui a pour conséquence que les salariés peuvent ainsi réglementairement rencontrer un médecin du travail tous les dix ans. Il appartient néanmoins au médecin du travail de fixer la périodicité des visites de suivi en tenant compte des conditions de travail. La périodicité des visites pour les salariés exerçant la nuit, les personnes âgées de moins de 18 ans et les salariés disposant d'une reconnaissance administrative du handicap (RQTH ou invalidité), ne peut excéder trois ans. Pour le cas particulier de salariés en situation de handicap, la visite d'information et de prévention initiale doit être réalisée par le médecin du travail. L'aptitude physique pour des postes à risque est du ressort du médecin du travail. Dans ce cas précis, l'examen d'aptitude médicale doit avoir lieu tous les quatre ans et les salariés concernés bénéficient d'une visite intermédiaire tous les deux ans, qui peut être réalisée par un infirmier. Enfin, l'inaptitude médicale, qui exigeait jusqu'alors deux examens médicaux, peut à présent être réalisée en un seul examen.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, à travers la loi du 20 juillet 2011 qui définit les missions des services de santé au travail, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi dépendent clairement du champ de compétence de la santé au travail. Néanmoins, face aux différents enjeux politiques et sociaux, la question se retrouve au cœur de plusieurs plans gouvernementaux dans les domaines des politiques du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la santé et de la protection sociale. À travers quelques exemples, nous aborderons maintenant la place de la désinsertion professionnelle à travers ces plans ou certains rapports qui offrent un éclairage sur les politiques menées sur le sujet.

1.2 Maintien en emploi à travers les plans gouvernementaux

1.2.1 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le rapport de l'IGAS

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) dans son rapport sur "La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés"¹⁷ de décembre 2017 fait référence à un constat chiffré assez préoccupant. "2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap au sens large, c'est-à-dire en incluant ceux dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap. Il y a eu d'autre part en 2012 environ 850 000 avis d'aptitude avec réserve et 160 000 avis d'inaptitude prononcés par les médecins du travail pour les salariés du privé. Sur ces bases, à un moment donné, ce sont vraisemblablement entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle (soit 5 à 10% des salariés). Cette population, mal cernée, est probablement appelée à croître avec le vieillissement de la population active. Les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux et du comportement représentent 75% des pathologies à l'origine des avis d'inaptitude, dont les deux tiers sont d'origine non professionnelle. Les salariés les plus concernés sont globalement moins qualifiés et plus âgés. Les métiers ouvriers sont particulièrement représentés, ainsi que les métiers des secteurs sanitaires et sociaux."

L'IGAS décrit également l'objectif principal du maintien dans l'emploi tout en éclairant deux notions assez proches qui sont le maintien dans l'emploi et le maintien en emploi : "les actions de maintien dans l'emploi ou en emploi ont pour objectif de permettre à des personnes, dont le handicap ou les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle, de rester en activité, ou de la reprendre dès consolidation, soit par aménagement de leur emploi, soit par changement d'activité ou d'emploi. Le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ; le maintien en emploi élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel".

L'IGAS fait apparaître que "faciliter le maintien en poste ou le reclassement peut mobiliser un grand nombre d'acteurs dont la coordination est complexe". Autour des deux principaux protagonistes que sont le salarié et l'employeur, une multitude d'acteurs du champ de la santé, de la protection sociale, de la formation professionnelle, par exemple, peuvent être amenés à intervenir.

¹⁷ Rapport IGAS n°2017-025R

Face à des cultures, des objectifs et des fonctionnements professionnels différents, il est parfois difficile que ces différents acteurs travaillent ensemble.

D'autre part, l'IGAS relève également un besoin "de sécurisation des parcours professionnels" qui passe par une homogénéisation de l'offre en matière d'accompagnement par les services de santé au travail, pointant ainsi de grandes disparités d'accompagnement, et par la négociation collective en entreprise et un accès à l'information et aux conseils pour les PME (Petites et Moyennes Entreprises). Elle pointe également le besoin de mobiliser les acteurs sur la question le plus précocement possible et propose pour cela que les services de santé au travail soient directement informés des arrêts maladie par les caisses d'assurance maladie. En cas de licenciement pour inaptitude, le rapport propose que l'on réfléchisse au fait que les salariés puissent maintenir, sur une période donnée, un suivi par les services de santé au travail. Il propose également que des expériences soient menées au sein des services hospitaliers sur des collaborations entre services de santé au travail et services de soins pour travailler conjointement l'accompagnement vers le retour à l'emploi.

1.2.2 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le rapport du CNCPH

Le CNCPH (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées) à travers le rapport "Prévention et lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades", rappelle qu'il s'est investi du sujet depuis plusieurs années et "qu'il s'agit là d'un véritable sujet de société". Il réaffirme les enjeux du maintien en emploi pointés dans le rapport de l'IGAS précédemment évoqué. La question du maintien dans l'emploi doit aujourd'hui concerner un public plus large que celui bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap. Il préconise que toute personne malade, susceptible d'être confrontée à un risque d'inaptitude, puisse être accompagnée par des dispositifs de maintien en emploi. Le CNCPH évoque également quelques axes à travailler en vue d'améliorer les dispositifs d'accompagnement existants. Il évoque notamment que la dynamique engagée sur le sujet doit s'accompagner "d'une véritable évolution culturelle dans l'accompagnement des parcours : décloisonnement et fluidification des interventions et de leurs articulations, approche pluridisciplinaire, coopération des acteurs de santé entre eux et avec les autres acteurs, notamment du social, du médico-social et de l'insertion, activation de la

période d'arrêt de travail au moyen de la formation professionnelle ...".¹⁸ Il s'agit ici d'élargir la réflexion sur le sujet à tous les intervenants dont l'action ou la connaissance du sujet pourrait permettre de trouver une réponse la plus adaptée possible aux besoins individuels. Le CNCPH rappelle également que l'accessibilité universelle, et notamment l'accessibilité numérique, demeure un enjeu fondamental qui n'est pas sans conséquence pour le sujet. D'autre part, il rappelle que la désinsertion professionnelle est également un sujet qui appartient à l'entreprise : "la démarche de prévention et de lutte contre la désinsertion professionnelle doit être mieux articulée avec les sujets de la vie de l'entreprise : de prévention des risques professionnels, de qualité de vie au travail (QVT) et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de formation professionnelle notamment. Elle doit être un véritable objet de dialogue social au sein de l'entreprise".

1.2.3 Le maintien en emploi à travers le troisième plan cancer 2014-2019

Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Geneviève FIORASO, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, énoncent clairement dans le préambule du troisième plan cancer qu'un des axes prioritaires de ce plan est le maintien et l'accès à l'emploi : "Lutter contre la maladie, c'est conduire un combat pour la vie. Il nous faut tout mettre en œuvre pour permettre à celles et ceux qui sont frappés par le cancer, de mener une vie normale, de poursuivre leur scolarité, d'accéder aux emprunts et aux assurances, et de disposer d'aménagements dans leur vie professionnelle ou dans leur accès à l'emploi."

L'objectif n°9 "Diminuer l'impact négatif du cancer sur la vie personnelle" souligne les conséquences négatives de la maladie sur la vie sociale, et plus particulièrement la vie professionnelle, qui s'apparentent alors à une "double peine" pour les personnes atteintes d'un cancer. Sur la base du constat que "trois personnes sur dix ont perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après le diagnostic et seuls 30% des personnes au chômage ont retrouvé un emploi deux ans après, versus 43% chez les personnes n'ayant pas eu de cancer", la question de l'emploi à travers "la sécurisation du parcours professionnel" est prioritaire. Une réflexion globale et pluridisciplinaire doit être menée avec l'ensemble des acteurs publics et privés qui interviennent autour de la question afin d'améliorer leur coopération sur le sujet. L'accès aux droits et l'ouverture à de nouveaux droits,

¹⁸ Prévention et lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades – Contribution CNCPH - 15 mars 2018

telles que la formation par exemple, sont des pistes à étudier. L'aménagement du temps de travail, l'accès au temps partiel thérapeutique, et plus globalement tout aménagement de travail susceptible de favoriser un retour à l'emploi, sont également des pistes de travail évoquées. Un état des lieux recensant l'ensemble des initiatives existantes susceptibles d'avoir un impact positif pour les personnes atteintes de cancer est également demandé. D'autre part, des actions doivent être menées au sein des entreprises avec l'ensemble de ses représentants afin "d'évaluer les contraintes qui pèsent sur la réinsertion professionnelle", prévenir la lutte contre les discriminations et favoriser la diffusion de bonnes pratiques en matière de retour à l'emploi pour les personnes atteintes de cancer ou de maladies chroniques.

1.2.4 Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le troisième plan santé travail 2016/2020

Le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, à travers le troisième plan santé travail 2016/2020, fait du maintien en emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle un des deux axes stratégiques de ce plan. Ce plan met au centre de la prévention l'analyse de l'environnement à travers "l'analyse des situations réelles de travail". Il accorde une large place à la prévention des risques professionnels catégorisés en trois groupes : les risques classiques (risque routier, risque chimique, ...), les risques organisationnels en lien avec des problématiques liées à la conception du travail et du management (usure professionnelle, risques psycho-sociaux) et les risques émergents tels que ceux liés aux technologies du numérique. Dans un contexte de vieillissement de la population active, une attention particulière est portée à "l'usure professionnelle" qu'elle soit physiologique, psychique et cognitive, et plus particulièrement aux facteurs qui en sont à l'origine, identifiés comme les suivants : "facteurs professionnels, à des conditions de travail pénibles ou à des organisations de travail inadéquates". Parmi les pistes évoquées, il est préconisé de porter une attention particulière aux actions préventives ciblées sur l'environnement physique et/ou organisationnel des lieux de travail à l'origine notamment des TMS (Troubles Musculo Squelettiques) et des RPS (Risques Psycho-Sociaux). La QVT est définie comme un enjeu essentiel de ce plan santé travail. En effet, "la promotion de la santé et de la sécurité au travail et de l'amélioration des conditions de travail constituent des leviers de performance pour l'entreprise. (...). La démarche QVT fait ainsi clairement le lien entre l'amélioration de conditions de travail et la performance des organisations".

L'objectif opérationnel n°5 "Maintien en emploi - Prévenir la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi" identifie le public concerné par ces préoccupations, telles que les personnes exposées à des risques professionnels, atteintes de pathologies d'origine professionnelle ou non, en situation de handicap ou ayant été victime d'un accident de travail. Sur le constat que 95% des inaptitudes aboutissent à un licenciement, plusieurs axes de travail ont été définis. Un état des lieux de l'offre existante en matière d'accompagnement, et ce afin de favoriser l'accès aux droits, est préconisé. Les acteurs régionaux du maintien en emploi sont invités à collaborer. Une réflexion autour du développement d'une offre de services, en collaboration avec des acteurs locaux ayant pour but de soutenir les entreprises et leur permettant ainsi de proposer des solutions organisationnelles favorisant le maintien en emploi des personnes confrontées à la maladie, doit être menée. Plus globalement, la recherche dans le domaine du maintien en emploi doit être développée.

Afin de promouvoir un environnement de travail favorable à la santé, une approche globale dans l'accompagnement est recommandée et nécessite une fine connaissance des missions et des moyens de chaque intervenant. Dans le même ordre d'idée, il peut être utile "d'articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique" afin de mieux appréhender les risques multifactoriels qu'ils soient d'origine individuelle ou en lien avec l'environnement de travail.

2. Maintien dans l'emploi : un sujet d'entreprise

2.1 Les acteurs concernés par la désinsertion professionnelle au Crédit du Nord

Après avoir établi quelques éléments du contexte politique et social du maintien en emploi, nous aborderons ci-dessous le contexte professionnel dans lequel s'inscrit notre stage. C'est au sein d'un service de santé au travail, et plus particulièrement dans le cadre des missions des services de santé au travail défini préalablement dans la loi du 20/07/2001 du code du travail, que s'inscrit ce mémoire. Avant de détailler le fonctionnement du service de santé au travail, nous définirons quelques éléments du contexte de l'entreprise.

Le Crédit du Nord (CDN) est une des composantes des banques du réseau appartenant au groupe bancaire Société Générale (SG). Le CDN se divise en deux entités distinctes qui sont "Nord de France" dont le siège est à Lille et "Ile-de-France" dont le siège se situe à Paris. D'autre part, le

groupe CDN se compose de huit banques régionales. L'entité qui nous concerne et que nous décrirons ci-dessous est l'entité Ile-de-France du CDN.

Au 31/12/2018, l'effectif comprend 2 350 salariés dont 1 701 cadres. Parmi les cadres, 909 sont des femmes et 792 des hommes. Parmi les techniciens, 446 sont des femmes et 146 des hommes. 2 328 sont des salariés en CDI et 22 en CDD. L'âge moyen est 43.1 ans pour les cadres et 36.8 ans pour les techniciens. La tranche d'âge 45-54 ans concerne 496 salariés ; la tranche 55-62 ans concerne 378 salariés et la tranche 63-68 ans concerne 34 salariés. Pour ce qui est des tranches d'âge, nous avons choisi ce découpage car 45 ans est l'âge à partir duquel un salarié est considéré comme un senior en entreprise. Le découpage 55-62 ans nous apparaît pertinent car il permet de faire un point sur le nombre de salariés qui se situent entre cinq et sept ans d'un départ à la retraite en fonction de leur début de cotisation (carrières longues ou non). Il nous apparaît également intéressant de déterminer le nombre de salariés toujours en activité ayant dépassé l'âge de départ légal à la retraite.

Géographiquement, une grande majorité des salariés exercent dans le 8ème arrondissement de Paris où se situent les trois sièges parisiens, au sein des 116 agences du réseau Ile-de-France ou au sein des huit centres d'affaire dédiés au marché de l'entreprise. Néanmoins, dans le cadre de la mutualisation de certains services, des salariés peuvent être détachés à la Société Générale, c'est notamment le cas des fonctions supports comme le service informatique par exemple.

Depuis 15 ans, les profils professionnels recherchés appartiennent très majoritairement au secteur de la banque et de la finance et ils sont fortement qualifiés (niveau d'étude de niveau 1, soit bac+5).

Depuis 2001, plusieurs textes législatifs ont cadré des obligations en termes de RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises). La RSE peut se définir comme "un concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes sur une base volontaire"¹⁹. La commission européenne définit en 2011 la responsabilité sociétale des entreprises comme "la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société". Pour ce faire le Ministère de la Transition écologique et solidaire définit que les entreprises doivent "respecter la

¹⁹ La responsabilité sociétale des entreprises - Ministère de la Transition écologique et solidaire (écologique-solidaire.gouv.fr)

législation et les conventions collectives” et “engager en collaboration étroite avec les parties prenantes, un processus destiné à intégrer les préoccupations en matière sociale, environnementale, éthique, de droits de l’homme et des consommateurs dans les activités commerciales et la stratégie de base”.

2.2 La prise en compte des obligations en matière de RSE au CDN

La définition de la RSE retenue au CDN est la suivante : “Au regard de la norme ISO26000, la responsabilité d’une organisation (l’entreprise), vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l’environnement, se traduit par un comportement éthique et transparent qui contribue au développement durable. Il prend en compte les attentes des parties prenantes (c’est-à-dire les individus ou groupes ayant un intérêt dans les décisions ou activités passées et présentes de l’entreprise, par exemple les clients, les collaborateurs) et respecte les lois en vigueur tout en étant cohérent avec les normes internationales du comportement (..)”.

Les parties prenantes internes concernées ici sont les collaborateurs, les partenaires sociaux, la Société Générale et les filiales.

Les enjeux de la RSE pour les collaborateurs sont de l’ordre des conditions de travail, de la rémunération, de l’équilibre vie privée / vie professionnelle et de l’évolution de carrière.

Pour communiquer sur le sujet et répondre aux obligations en la matière, le CDN communique un rapport RSE annuel qui recense les bilans quadri-annuels des émissions de gaz à effet de serre, les audits quadri-annuels énergétiques, les actions en matière de tri des déchets à la source, un *reporting* annuel extra-financier pour le compte de la Société Générale et une déclaration de paiements des éco-contributions. D’autre part, le rapport RSE fait également un point sur le contexte social. Il évoque l’emploi et les effectifs, l’organisation du travail (organisation du temps de travail et absentéisme), les relations sociales (organisation du dialogue social, bilan des accords collectifs), la santé et la sécurité (les conditions de santé et de sécurité au travail, le bilan des accords signés avec les organisations syndicales en la matière, les accidents du travail, notamment leur fréquence et leur gravité ainsi que les maladies professionnelles), la formation (les politiques mises en œuvre sur le sujet et le nombre d’heures de formation délivré), la diversité et l’égalité des chances, l’égalité de traitement (les mesures prises en faveur de l’égalité entre les femmes et les hommes,

l'emploi et l'insertion des personnes handicapées, les politiques de lutte contre les discriminations) et la promotion et le respect des stipulations des conventions fondamentales de l'OIT - Organisation Internationale du Travail - (à l'égard de la liberté d'association et du droit de négociation collective et l'élimination des discriminations en matière d'emploi et de profession).

Dans le cadre de la loi PACTE (Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises), qui a notamment pour objet de "repenser la place de l'entreprise dans la société" afin de "renforcer la prise en considération des enjeux sociaux et environnementaux dans la stratégie et l'activité des entreprises"²⁰, le CDN a mis en place le pacte social 2016-2020 qui définit les orientations de la direction en la matière.

Le plan répond à "une légitime attente de protection, dans un contexte économique incertain et repose sur 3 piliers". Le premier pilier est l'emploi qui se déploie à travers la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences ; la démarche de qualité de vie au travail (qui concerne la conciliation vie professionnelle / vie personnelle, une offre dédiée de service et le droit à la déconnexion) ; les nouvelles formes d'organisation du travail (travail sur 4 jours, télétravail et travail en tiers lieu, ...) ; la mobilité géographique et fonctionnelle et l'évolution des métiers. Le deuxième pilier est la santé qui se déploie à travers la mutuelle et la prévoyance ; la prévention des risques psycho-sociaux ; la protection contre les accidents de la vie et le temps de repos. Le troisième pilier est l'aide à la constitution d'un patrimoine pour préparer l'avenir à travers l'acquisition facilitée de la résidence principale grâce à des prêts immobiliers à taux privilégiés et une épargne abondée.

Parmi les services proposés par le pacte social, nous retiendrons notamment Responsage qui est une plateforme d'appui et de soutien afin d'aider les salariés à accompagner un proche fragilisé par la maladie, le handicap ou le grand âge ; Yoopiesatwork qui est une plateforme de service destinée aux problématiques de l'ordre de la garde d'enfant, du soutien scolaire, de la garde d'animaux, du pressing à domicile et du ménage ; Babilou destiné à trouver des places en crèche et Gymlib plateforme d'accès à des salles de sport qui bénéficie d'une prise en charge du CDN à hauteur de 80%.

Pour tenir compte des préoccupations sociales des collaborateurs, le CDN a fait le choix de créer une mission handicap et de salarier en interne une assistante sociale et un médecin du travail.

²⁰ Loi PACTE – gouvernement.fr

2.3 La mission handicap au CDN

En 2008, le CDN signait son premier accord en faveur de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap avec cinq objectifs définis comme suit : le maintien dans l'emploi des collaborateurs en situation de handicap, le soutien aux collaborateurs dont un proche est touché par le handicap, le recrutement, le renforcement des collaborations avec des entreprises du secteur adapté et la sensibilisation de l'ensemble des collaborateurs au handicap. Pour faire face à ces différentes missions, l'entreprise a fait le choix de détacher un spécialiste ressources humaines sur la mission handicap à temps plein. Ses missions couvrent géographiquement l'Île-de-France et la région Nord de France. L'accord a été renouvelé l'année dernière, et pour la première fois en 2018, la DOETH (Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés) dépassait le seuil des 6% en atteignant 6,02% (pour la même année, le taux du secteur Banque-Finance est de 3,7 et celui du privé de 3,4).

Afin d'accompagner au mieux les collaborateurs en situation de handicap, le référent handicap prend en charge les moyens de compensation matérielle préconisés par des ergonomes spécialisés ou le service de santé au travail. Il se tient à la disposition des collaborateurs pour toute information relative à l'accès aux droits. Pour sensibiliser le collectif de travail, il organise plusieurs sessions dans l'année de sensibilisation autour de différentes thématiques sur le handicap. Ces sensibilisations sont adaptées au public à qui elles sont destinées (salariés de manière générale ou manager et spécialistes RH ayant des fonctions d'encadrement). Afin de favoriser l'embauche de nouveaux collaborateurs en situation de handicap, il assure une présence régulière lors de salons spécialisés dédiés au recrutement et développe des partenariats avec des organismes de formation en alternance. Enfin, il gère la partie administrative du dossier de renouvellement d'agrément et échange avec la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, du Travail et de l'Emploi) sur le sujet.

Dans le cadre d'accords signés avec les partenaires sociaux, tout salarié ayant fait valoir sa reconnaissance administrative du handicap auprès de l'entreprise, bénéficie de deux jours de congés supplémentaires appelé "jours de santé" et d'un temps de travail réduit d'une demi-heure par jour.

2.4 Le service social d'entreprise

Le CDN a fait le choix de recruter une assistante sociale à temps plein qui est à la disposition de tous les collaborateurs situés sur la région Ile-de-France et Nord de France. Le service social s'adresse à tous les collaborateurs en activité ou momentanément éloignés de l'entreprise du fait d'une maladie ou d'une maternité, ainsi que les retraités à la recherche d'informations. L'accompagnement proposé est individuel et peut concerner différents domaines du parcours de vie professionnel ou personnel. L'assistante sociale intervient notamment lorsque des difficultés sont rencontrés avec la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) lors d'arrêts maladie ou lors de difficultés en lien avec l'accès aux droits dans le champ de la santé ou du handicap. Ses services peuvent également être mobilisés pour des recherches de logement (logement social ou prêts pour l'accession) ou des problèmes familiaux (séparation, divorce, parents âgés ou en perte d'autonomie).

2.5 Le service de santé au travail

Il se compose d'un médecin du travail et de trois infirmières en santé au travail, tous à temps plein. Il suit l'ensemble des effectifs de la région Ile-de-France et les douze salariés du restaurant d'entreprise qui sont rattachés au CE (Comité d'Entreprise). Hormis les salariés du restaurant, tous les collaborateurs exercent une activité de type tertiaire. Les salariés tels que les agents de sécurité, les hôtesse d'accueil, les agents de maintenance et le personnel d'entretien sont des prestataires et ne font pas partie des effectifs suivis.

Le service est un service autonome. Le nombre d'infirmières est en accord avec la réglementation (pour le tertiaire, une infirmière pour 500 à 1 000 salariés et une de plus par tranche de 1 000). L'entreprise a également fait le choix de recruter un médecin autonome alors que l'effectif suivi lui permettait d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises lors du départ en retraite du précédent médecin en 2015.

2.5.1 Organisation et missions du service

De façon générale, le service de santé au travail “a pour mission exclusive d’éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail”. Pour cela, le médecin du travail a décidé de maintenir la périodicité des visites d’information et de prévention, qu’elles soient initiales ou périodiques, tous les 2 ans. Le suivi est réalisé en alternance par le médecin et les infirmières. Les travailleurs ayant une reconnaissance administrative du handicap bénéficient eux d’un suivi annuel. Le suivi questionne les évolutions sur le plan de la santé depuis la précédente visite et les conditions de travail. Il interroge aussi le ressenti quant au travail réel et le travail prescrit et les désirs d’évolution.

D’autre part, que ce soit pour le médecin ou les infirmières, un tiers du temps de l’activité est dédié aux actions en milieu de terrain (AMT). Les AMT concernent majoritairement les études de poste, la mise à jour des fiches d’entreprises et les relevés de métrologie sur certains espaces de travail. Lors de la mise à jour de la fiche d’entreprise, les collaborateurs sont vus individuellement afin d’évaluer les besoins en ergonomie et de permettre de délivrer les messages de prévention qui prennent en compte la situation de chacun.

Sur le plan réglementaire, le médecin du travail réalise également les visites à la demande du salarié, de l’employeur, de l’infirmière, du médecin généraliste et du médecin conseil de la CPAM.

Le médecin du travail est membre de droit de la CSSCT (Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail). Il est invité à toutes les réunions et se fait représenter en cas d’impossibilité d’y participer par une infirmière.

L’ensemble de l’activité fait l’objet d’un rapport annuel transmis au Médecin Inspecteur du Travail à la DIRECCTE.

Dans le cadre du renouvellement d’agrément du service de santé, qui a lieu tous les cinq ans, le Médecin Inspecteur du Travail a réalisé un audit en novembre 2017 où il a interrogé les pratiques du médecin du travail et des infirmières. A cet effet, il a également rencontré le directeur des relations sociales et la présidente du CE. Le médecin inspecteur du travail a donné son accord pour un renouvellement de cinq ans tout en précisant qu’il fallait améliorer l’axe de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) en préconisant la mise en place d’une cellule PDP.

La question du maintien en emploi n’était jusqu’alors pas formalisée. La plupart des échanges avec les ressources humaines se faisaient de façon informelle en fonction des besoins

individuels, très souvent à l'initiative du médecin du travail. C'est dans ce contexte, et sous l'impulsion du médecin du travail et du directeur des ressources humaines, qu'une réflexion autour de la question de la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle a débuté et que s'est inscrit, par la suite, notre inscription en master situations de handicap et participation sociale à l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique).

II – Prévention de la désinsertion professionnelle : quels questionnements ?

Comme évoqué précédemment, le retour à l'emploi après un arrêt maladie dépend évidemment du problème de santé et de son impact sur le poste exercé mais également du contexte individuel et professionnel dans lequel se trouve le collaborateur au moment de la reprise.

Afin de mieux saisir les enjeux du maintien dans l'emploi dans le cadre de la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein du service de santé au travail, nous avons donc choisi de rechercher des éléments de réponse à la question suivante :

Quelles sont les conditions de reprise après un long arrêt maladie des personnes ayant un problème de santé impactant le retour à l'emploi ?

Ainsi, pour apporter une grille de lecture expliquant les enjeux de participation sociale à travers l'emploi des salariés confrontés à un problème de santé, nous avons choisi de nous appuyer sur le PPH (Processus de Production du handicap) et les interactions décrites par celui-ci entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, qui d'après Patrick FOUGEYROLLAS s'appuient sur "un processus dynamique et équilibré dans lequel les dimensions personnelles sont prises en considération au même titre que les variables environnementales"²¹.

D'autre part, le RIPPH (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap) décrit que "les facteurs environnementaux constituent, selon le PPH, un modèle conceptuel d'égale importance à ceux des facteurs personnels et des habitudes de vie. Il devient, de ce fait, impossible d'occulter volontairement ou non l'impact du milieu de vie sur la participation sociale des personnes ayant des incapacités"²².

²¹ Comprendre le processus de production de handicap et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective – giffoch.org

²² www.riph.qc.ca

Deux hypothèses se dégagent alors pour déterminer des éléments de réponse à la problématique citée ci-dessus.

Tout d'abord, les facteurs déterminants conditionnant la reprise sont-ils essentiellement liés à la personne ?

Il nous appartiendra ici de les identifier pour tenter d'en analyser les impacts lors du retour à l'emploi.

D'autre part, les facteurs déterminants conditionnant la reprise sont-ils essentiellement liés à l'environnement ?

Il s'agira là aussi de les identifier, de repérer les acteurs concernés et ce afin de mieux en saisir les impacts.

1. Acteurs du maintien en emploi

Habitué à fonctionner avec des interlocuteurs identifiés, qu'ils soient internes ou externes à l'entreprise, il nous semblait important de clarifier dans un premier temps, les domaines de compétences de chacun et leurs missions. Nous avons donc pour cela sollicité des entretiens avec ces différents acteurs.

En interne, l'ensemble des acteurs sollicités ont facilement accepté de nous rencontrer. Nous avons ainsi fait un point avec le référent handicap, le DRS (Directeur des Relations Sociales) et une spécialiste RH (Ressources Humaines). Ces entretiens ont permis de mieux cerner le champ d'action de chacun de ces acteurs mais également d'identifier leur limite en matière d'accompagnement à travers des situations concrètes évoquées spontanément lors des rencontres. Lors de l'entretien avec la spécialiste RH, les cas concrets ont ainsi permis de pointer certaines difficultés d'accompagnement avec le sentiment exprimé d'être souvent seule pour tenter de répondre de la façon la plus adaptée possible aux besoins de certains collaborateurs lors du retour à l'emploi.

En externe, nous sommes allés à la rencontre de différents acteurs institutionnels du maintien en emploi. Nous avons ainsi sollicité des rencontres soit par mail, soit par téléphone. Très peu de demandes sont restées sans réponse. En revanche, plusieurs acteurs n'ont pu donner une issue

favorable à nos demandes d'entretien évoquant des problèmes d'effectifs (postes vacants temporairement pour cause de congés maternité ou tout simplement actuellement non pourvus). Nous avons cependant pu assister à une cellule PDP en Seine et Marne et rencontrer la référente de la cellule PDP de Seine Saint Denis, la référente en insertion professionnelle de la MDPH des Yvelines, la gestionnaire de projets chargée du maintien en emploi à la CRAMIF à Paris et la chargée de mission responsable du maintien dans l'emploi à Cap Emploi à Paris. L'ensemble de ces rencontres nous ont permis d'éclaircir les modalités d'intervention et les moyens à disposition de ces acteurs pour répondre à leurs différents objectifs. C'est également au décours de ces entretiens qu'il nous est apparu nécessaire de clarifier la notion de maintien dans l'emploi et de maintien en emploi qui revêtent des objectifs différents.

Pour compléter nos recherches, nous avons rencontré d'autres acteurs qui interviennent dans le domaine du handicap. Nous avons ainsi obtenu un entretien avec le référent Handicap de l'entreprise Auchan située dans les Yvelines et une intervenante du cabinet SYNEO RH, expert en matière de handicap qui déploie des formations à destination des services RH et des managers et qui propose des bilans de maintien dans l'emploi.

2. Population cible

Afin de mieux comprendre les conditions de reprise des salariés confrontés à un long arrêt maladie, nous avons choisi de nous intéresser aux collaborateurs ayant eu un problème de santé les ayant conduits à être arrêtés au minimum deux mois et ayant repris au sein de l'entreprise. Nous avons également fait le choix de ne pas prendre comme critère exclusif la reconnaissance administrative du handicap pour suivre ainsi les préconisations du CNCPH en matière d'accompagnement de maintien en emploi qui considère que la désinsertion professionnelle concerne l'ensemble des salariés ayant un problème de santé pouvant impacter leur place dans l'entreprise.

Pour ce faire, il nous a été assez simple de disposer des informations puisque le service paie adresse mensuellement au SST un état des lieux des effectifs où figurent les collaborateurs en arrêt de plus de 90 jours et ceux en situation de reprise. D'autre part, le service de santé au travail tient à jour un agenda où sont programmés les consultations de suivi à la demande du médecin du travail. Ces consultations de suivi à 1, 3, 6 ou 12 mois sont à l'initiative du médecin du travail lorsqu'il

considère que l'état de santé du salarié peut avoir un impact sur le travail ou lorsque le contexte professionnel peut avoir des conséquences sur l'état de santé. Nous avons ainsi croisé le fichier du service paie et l'agenda des consultations à la demande du médecin du travail pour définir un échantillon représentatif.

3. Méthodologie d'enquête

Nous avons contacté par téléphone neuf salariés afin de leur expliquer le contexte de notre demande d'entretien. Tous ont répondu positivement. Néanmoins, deux d'entre eux nous ont demandé que cela ait lieu à l'extérieur de l'entreprise. Ces deux collaboratrices ne souhaitaient pas que cela ait un impact sur leur temps de travail mettant en avant qu'elles étaient à temps partiel, et elles nous ont proposé de nous recevoir chez elles. Pour les sept autres salariés, les entretiens ont eu lieu au sein du service de santé au travail. Hormis deux collaborateurs qui occupent des postes de mandat lourd au sein d'une organisation syndicale, tous nous ont demandé de bien vouloir leur adresser une convocation afin de pouvoir justifier de leur absence, si nécessaire.

Les entretiens ont été réalisés entre mars et juillet 2019. Six ont duré entre 45 minutes et 1 heure. Le septième a duré 1h30 et les deux réalisés à domicile ont duré 2 heures pour l'un et 2h50 pour l'autre.

Une grille d'entretien servant de guide aux entretiens semi-directifs a été préalablement établie. L'objectif de cette grille était d'apporter des éléments de compréhension sur le contexte personnel et professionnel lors de la reprise par des collaborateurs ayant éprouvé cette situation après un long arrêt maladie. Les éléments recherchés ont été catégorisés en 3 groupes : les facteurs individuels, les facteurs liés à l'environnement professionnel (liés au poste de travail) et les facteurs médico-sociaux.

Les facteurs individuels recherchés étaient le sexe, l'âge, le niveau d'étude, les conditions de trajet et la reconnaissance administrative du handicap.

Il nous semblait également intéressant de comprendre le parcours du salarié au sein de l'entreprise. Pour cela, nous avons questionné l'ancienneté et l'évolution au sein de l'entreprise à travers les différents postes occupés. Les modalités d'exercice comme la possibilité d'exercer en

tiers lieu ou en télétravail nous semblaient être des critères pertinents à rechercher dans le sens où ils pouvaient avoir un impact positif sur la reprise.

Les facteurs médico sociaux recherchés étaient de plusieurs natures. Il nous paraissait important de déterminer les modalités de prise en charge sur un plan médical et médico-social lors de l'arrêt et de déterminer ensuite les éventuels changements de prise en charge lors de la reprise. D'autre part, il nous semblait intéressant de savoir si les acteurs extérieurs du maintien en emploi s'étaient rapprochés des collaborateurs en arrêt, et de saisir, le cas échéant, ce qui avait pu être proposé. Enfin, il nous semblait indispensable de faire le point sur les actions du service de santé au travail lors de la reprise. Pour ce faire, nous avons retracé les rencontres avec les collaborateurs et les échanges avec les différents acteurs du maintien dans l'emploi qu'ils soient internes ou externes à l'entreprise. Il nous paraissait également pertinent de faire un bilan des éventuels préconisations ou aménagements mis en place par le médecin du travail afin d'en évaluer l'intérêt à distance.

Afin d'obtenir le sentiment de chacun sur ce moment de la reprise souvent source d'enjeux personnels et/ou professionnels, nous avons conclu les entretiens par une question ouverte qui interrogeait le ressenti sur ce qui était vécu comme des facteurs facilitateurs ou au contraire comme des obstacles lors de la reprise de travail.

4. Limites de la méthodologie

Contraint par le code du travail qui établit que l'arrêt maladie suspend temporairement le contrat de travail, notre méthodologie met à distance les salariés en arrêt qui ne sont pas en capacité de reprendre le travail. D'autre part, les listings du service paie, qui font un état des lieux mensuel des départs, nous permettent de relever des démissions ou des ruptures conventionnelles de certains collaborateurs connus du SST pour des problématiques de santé.

Il aurait été particulièrement intéressant d'interroger des collaborateurs qui ont un problème de santé et qui se trouve en incapacité de reprendre le travail ou qui ont fait le choix de quitter l'entreprise. Cela nous aurait permis de mieux saisir les freins rencontrés lors du retour à l'emploi pour compléter notre travail de recherche.

Après avoir défini le contexte politique et social, ainsi que le contexte professionnel dans lequel s'inscrit notre question de recherche, nous nous intéresserons à présent à l'expérience des collaborateurs confrontés au retour à l'emploi après un long arrêt maladie.

III – Situations de handicap à travers un modèle social

Comme nous l'avons précédemment évoqué, ce travail d'analyse s'appuie sur le modèle conceptuel du PPH qui offre une grille de lecture globale de la situation de handicap. En effet, à la relecture des entretiens réalisés dans le cadre de notre recherche, l'impact des facteurs environnementaux lors de la reprise après un arrêt maladie de plusieurs mois nous est apparu très prégnant et le modèle du PPH un support intéressant pour se distancier des propos recueillis. Ce support nous a également permis de nous détacher du modèle biomédical auquel, nous, professions de santé, sommes habituées à fonctionner. Dans un premier temps, nous avons tenté de déterminer les trois domaines conceptuels qui définissent la situation de handicap au regard du PPH : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. L'habitude de vie que nous définirons ci-dessous concerne la situation de participation sociale à travers l'emploi. Nous avons ensuite tenté d'identifier quel était l'impact des facteurs personnels et des facteurs environnementaux lors de la reprise à travers les expériences individuelles qu'ont bien voulu partager les collaborateurs rencontrés. Nous tenterons enfin d'appréhender les liens entre ces trois domaines conceptuels.

Nous définirons tout d'abord quelques éléments de concept utilisés dans la méthodologie du PPH avant de débiter l'analyse des entretiens réalisés²³.

Facteurs personnels : “un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, ...”

Systèmes organiques : “un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Les systèmes organiques s'apprécient sur une échelle allant de l'intégrité à la déficience importante.”

²³ www.ripph.qc.ca

Facteurs environnementaux : “un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l’organisation et le contexte d’une société. Les facteurs environnementaux s’apprécient sur une échelle allant du facilitateur majeur à l’obstacle majeur”.

Un facilitateur : “un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu’il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles).”

Un obstacle : “un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation de habitudes de vie lorsqu’il entre en action avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles).”

Habitudes de vie : “une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l’âge, le sexe, l’identité socioculturelle, ...). Elle assure la survie et l’épanouissement d’une personne dans sa société tout au long de son existence. Les habitudes de vie s’apprécient sur une échelle allant de la situation de participation sociale optimale à la situation de handicap complète.”

Une situation de participation sociale : “une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l’interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).”

Une situation de handicap : “une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation ou à l’incapacité à réaliser des habitudes de vie, résultant de l’interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).”

1. Analyse des facteurs personnels et de leurs interactions sur le travail

1.1 L’impact de l’âge sur les conditions de reprise

Une bibliographie assez dense traite de l’impact de l’âge sur l’emploi que ce soit sur le plan économique, politique ou social. Le rapport d’octobre 2018, “Les seniors, l’emploi et la retraite” d’Emmanuelle Prouet et Julien Rousselon fait un point sur la situation française en matière d’emploi

des seniors. Le marché de l'emploi "se caractérise encore par un faible taux d'emploi des 60-64 ans, qui reste inférieur à 30% en 2017, contre plus de 42% en moyenne dans l'Union européenne. Ce taux atteint même des niveaux de l'ordre de 60% chez certains de nos voisins comme l'Allemagne et approche 70% dans plusieurs pays scandinaves (...) ²⁴". Concernant la situation des seniors en emploi, le rapport évoque que : "la France n'apparaît pas dans une position très singulière : leur moindre accès à la formation, la sur rémunération apparente comparée aux moins âgés ou leurs conditions d'assurance chômage sont des caractéristiques que l'on retrouve dans certains pays européens à haut taux d'emploi des seniors. Il en va de même des difficultés de retour à l'emploi pour les seniors qui perdent leur poste, avec un risque accru de chômage de longue durée". Le rapport fait également mention des différentes enquêtes menées auprès des employeurs et de la persistance des préjugés négatifs concernant cette catégorie de salariés. A travers ce rapport, l'âge apparaît ainsi comme un facteur personnel pouvant être discriminant mais il est resté difficile à évaluer. En effet, il semble parfois complexe de parvenir à faire la part des choses avec d'autres facteurs discriminants tels que le handicap ou le sexe par exemple.

Si l'on met en perspective le découpage par tranche d'âge évoqué dans la description du contexte au regard des personnes rencontrées lors de nos entretiens, la proportion de collaborateurs rencontrée appartenant à la tranche d'âge 55-62 ans semble surreprésentée. En effet, alors que cette population ne représente que 16,08% des salariés de l'entreprise, elle concerne un tiers des personnes rencontrées lors de notre enquête.

D'autre part, l'âge n'a jamais été ressenti comme un facteur personnel impactant le retour à l'emploi pour les six salariés âgés de 34 à 47 ans, il n'a même jamais été évoqué en tant que tel lors de notre enquête. En revanche, la perte de l'ancienneté liée à l'âge et au parcours professionnel au sein de l'entreprise semble avoir été un facteur déterminant pour une collaboratrice rencontrée. Madame A., âgée de 47 ans, et arrêtée 4 mois pour un syndrome dépressif en lien avec un contexte professionnel difficile évoque lors de l'entretien : "Je n'ai jamais envisagé de postuler ailleurs. J'ai débuté en 1994 au Crédit du Nord et évoluer progressivement tant sur le plan professionnel que salarial. Je ne pourrai pas me permettre aujourd'hui de voir ma rémunération baissée (...). Lorsque j'ai été représentante syndicale (...), j'ai réalisé que nous n'étions pas trop mal lotis au Crédit du Nord (...)".

²⁴ www.strategie.gouv.fr - Les seniors, l'emploi et la retraite - 2018

En ce qui concerne les trois salariées âgées respectivement de 55, 56 et 58 ans, l'âge est très clairement un facteur personnel déterminant impactant le retour à l'emploi, dans le sens où il leur était impossible d'envisager un retour à l'emploi à l'extérieur de l'entreprise. Alors que pour ces trois situations le motif de l'arrêt est lié à un problème de santé psychique en lien avec une situation de souffrance au travail, deux d'entre elles évoquent une certaine forme de reconnaissance à l'égard de l'entreprise d'avoir obtenu un reclassement professionnel au sein de l'entreprise au vu de leur âge. Lors de nos entretiens, Madame M., âgée de 58 ans et arrêtée quatre mois pour "un état dépressif majeur d'intensité sévère dans un contexte de stress au travail" évoque : "On m'a demandé de renoncer à mon 80%, j'ai accepté de reprendre à 90% mais ce n'est pas très grave. La RH aurait pu me proposer une rupture conventionnelle, mais ils m'ont proposé un poste qui me convient. Il ne me reste quatre ans à faire avant mon départ en retraite, ils auraient pu essayer de me mettre dehors. Dans mon entourage, ma sœur a été licenciée à 56 ans et elle n'arrive pas à retrouver un travail. Aujourd'hui, je peux dire que je m'en sors bien (...)."

1.2 L'impact du sexe sur les conditions de reprise

Les femmes sont très largement surreprésentées dans notre enquête car elles représentent sept salariées sur un échantillon de neuf personnes. Il est cependant très difficile d'en tirer des conclusions et ce pour deux raisons. D'une part, les femmes sont ici très fortement représentées mais elles sont aussi un peu majoritaires au sein de l'effectif global du Crédit du Nord, puisqu'elles représentent 57,6% de l'effectif de l'entreprise. D'autre part, il n'a jamais été évoqué lors de nos entretiens comme un facteur personnel ayant un impact soit positif, soit négatif sur les conditions de reprise.

Pour ce qui est dans l'emploi des femmes, et plus particulièrement encore celles considérées comme séniors, le contexte économique leur est défavorable et leur situation est très inégalitaire à l'égard de celle des hommes. Le rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la séniorité des femmes de juin 2019 fait le constat suivant : "Si la discrimination principale sur le marché de l'emploi paraît bien tenir à l'âge, les femmes séniors se trouvent encore plus pénalisées que les hommes, du fait de caractéristiques qui n'apparaissent pas toujours de manière évidente au simple examen des statistiques du nombre de demandeurs d'emploi. Comme l'a noté Margaret Maruani, sociologue et

directrice de recherches au CNRS, il existe une tolérance sociale au chômage des femmes qui apparaît moins grave que celui des hommes. Outre le chômage, le sous-emploi a fortement augmenté : les femmes, surreprésentées dans l'emploi à temps partiel, ont subi des réductions de la durée du travail et de la rémunération. Or, ce chômage à temps partiel n'apparaît pas dans les statistiques habituellement publiées. Les femmes sont les premières concernées par les bas salaires : elles représentent 62,4% de l'ensemble des salariés payés au SMIC.²⁵ Il nous semblait intéressant de mentionner cet état des lieux car il y apparaît que l'âge exerce une pression sociale ayant un impact direct sur la position singulière des femmes à l'égard du marché de l'emploi.

1.3 L'impact du statut administratif du handicap sur les conditions de reprise

L'impact de la reconnaissance du handicap n'est pas neutre. En effet, cette reconnaissance, prérequis indispensable pour l'accès aux droits, est la base sur laquelle se sont notamment construites les politiques publiques de compensation. Néanmoins, comme nous l'avons précédemment évoqué dans notre méthodologie, nous avons fait le choix de ne pas limiter notre enquête aux collaborateurs bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap en nous appuyant sur les recommandations du CNCPH, qui préconisent que toute personne malade susceptible d'être confrontée un risque d'inaptitude puisse être accompagnée par des dispositifs de maintien en emploi et ce qu'il y ait ou non une reconnaissance administrative du handicap.

Sur neuf salariés interrogés lors de notre enquête, cinq bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap qui se répartit comme suit : trois salariés ont un simple statut RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) et deux bénéficient d'un statut RQTH auquel s'ajoute une invalidité de première catégorie attribuée par la sécurité sociale.

Pour le cas des trois collaborateurs ayant un statut RQTH, il ne semble pas que celui-ci soit un facteur identitaire déterminant au moment de la reprise. Les trois collaborateurs ont tous repris dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, qui ne nécessite pas de reconnaissance administrative du handicap. En revanche, pour les deux collaboratrices bénéficiant d'une invalidité de première catégorie, celui-ci semble avoir permis l'aptitude lors du retour à l'emploi. En effet, dans

²⁵ www.assemblée-nationale.fr - Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la séniorité des femmes – 2019 - Marie-Noëlle Battistel Sophie Panonacle

les deux cas, les situations de handicap vécues par les deux collaboratrices exigeaient une reprise d'activité à temps partiel au long cours, engendrant à terme une forte diminution de salaire puisque le temps partiel thérapeutique est limité dans le temps. La reconnaissance en invalidité première catégorie leur a permis une reprise à temps partiel (40% pour l'une, et 60% pour l'autre) avec un complément de salaire à hauteur de 97% de la part de la Prévoyance en référence au dernier salaire perçu avant la mise en place du temps partiel. Ce système assurantiel complémentaire, pris en charge financièrement en très grande partie par l'employeur, est clairement identifié comme ayant un impact positif lors du retour à l'emploi. Mais il reste néanmoins très difficile à mobiliser. Aucun contact ne peut se faire entre l'assurance elle-même et le salarié car l'employeur est bénéficiaire du contrat d'assurance et non le salarié directement. Seul le service paie peut le mobiliser à la demande du collaborateur. Le manque d'information relatif à ce contrat est très souvent pointé, et c'est d'ailleurs le cas pour les deux collaboratrices de notre enquête pour qui cet aspect a été vécu comme éprouvant. Ce manque d'information pose plus largement la question de l'accès aux droits. En effet, aucune des deux collaboratrices ne sait combien de temps ce dispositif prendra en charge le complément de salaire, ni même l'impact à terme sur leur pension de retraite. Madame B., âgée de 56 ans, et qui a été arrêtée quatre mois pour "un état anxiodépressif réactionnel à une succession d'évènements dont une situation difficile au travail" évoquera à plusieurs reprises la prévoyance lors de notre entretien : "L'invalidité catégorie un me permet de travailler que deux jours par semaine et ça a été un vrai soulagement (...). Mais la prévoyance, il y a de quoi péter un plomb. Il y a une vraie opacité autour de ce régime assurantiel. Il est incroyable de cotiser pendant 30 ans à une assurance tous les mois sur sa fiche de paie pour découvrir qu'on ne sait pas ce pourquoi on cotise. Le contrat appartient au Crédit du Nord, seule l'entreprise peut mobiliser les droits. Tout est fait pour que l'on renonce. Le pire, c'est l'absence de réponse. J'ai rencontré l'inspection du travail. Ils m'ont conseillé de mettre en demeure l'entreprise par courrier recommandé et d'en envoyer une copie à l'inspection du travail. Cela n'a pas été nécessaire car mes droits ont été activés. Mais je n'ai aujourd'hui aucun écrit. J'ai juste une ligne qui s'est ajoutée sur ma fiche de paie. Je pense que je suis bénéficiaire de ces droits pour une période de cinq ans mais je n'en suis pas certaine (...). Le service paie m'a dit que je n'aurai aucun écrit de l'assurance (...)."

1.4 L'impact du parcours de formation sur les conditions de reprise

Huit des collaborateurs rencontrés ont un niveau de formation supérieure à un bac+2 (bac +2 à bac +6). Une collaboratrice dispose d'un brevet professionnel banque, formation de niveau bac. Aucun des collaborateurs rencontrés lors de nos entretiens n'a évoqué son parcours de formation initiale ou professionnelle comme ayant un impact positif ou négatif sur les conditions de reprise. Néanmoins, nous considérons que ce facteur identitaire n'est pas complètement sans incidence dans la mesure où il a offert la possibilité à une collaboratrice, titulaire d'un master 2 finance et banque, de postuler à l'extérieur de l'entreprise lors de son arrêt et d'obtenir ainsi deux propositions d'entretien. Ces deux propositions d'entretien n'ont pas débouché sur un départ de l'entreprise mais elles lui ont permis de se rassurer quant à son employabilité.

1.5 L'impact du lien social à travers l'emploi lors de la reprise

Une bibliographie assez dense tant en psychologie qu'en sociologie, évoque l'impact de la participation sociale à travers le travail sur la vie sociale. Il nous semble que la notion abordée lors des entretiens fait référence à l'impact psychologique de la non-activité et "la perte du rôle social" qu'elle génère décrite par Thomas Barnay et Florence Jusot dans leur ouvrage "Travail et santé" (Barnay T, Jusot F, 2018).

Lors des entretiens réalisés dans le cadre de notre enquête, quatre collaborateurs évoquent avoir eu besoin de "reprendre une vie sociale" comme un facteur déterminant et positif lors de la reprise, leur permettant ainsi de se retrouver en situation de participation sociale. Nous retiendrons ici, le témoignage de Madame T., 39 ans, arrêtée 15 mois pour "une néoplasie du sein / chimiothérapie" : "J'avais besoin de retrouver une vie sociale, sortir du médical et des soins. J'ai été suivie à Curie. Je n'ai rien à dire sur la qualité des soins et de l'accompagnement (...). J'ai créé des liens avec d'autres malades mais j'avais l'impression de tourner en boucle sur mon cancer. J'avais besoin de voir du monde, d'être occupée à autre chose, reprendre des activités normales dans ma vie (...)"

2. Analyse des facteurs environnementaux

2.1 L'impact du télétravail sur les conditions de reprise

A travers l'article L. 1222-9, le code du travail définit le télétravail comme "toute forme d'organisation dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication"²⁶. Sur le plan législatif, les conditions requises pour mettre en place le télétravail se sont considérablement assouplies, et c'est dans ce contexte que le Crédit du Nord a décidé d'introduire cette nouvelle organisation de travail en débutant par une phase test au sein de l'entreprise en janvier 2017. Cette première phase test qui concernait 97 salariés, s'est élargie à 358 salariés début 2018 et se généralise peu à peu en fonction des services depuis le début de l'année 2019. Cette organisation reste cependant très cadrée puisqu'elle n'est accessible qu'une fois par semaine ou une fois tous les 15 jours, et elle est définie sur des jours fixes de la semaine avec l'accord de la hiérarchie afin que des temps de travail commun au sein des équipes soient possibles. Néanmoins, de grandes disparités sont à noter en ce qui concerne l'accès au télétravail dans certains services car il est complètement exclu de certains secteurs d'activité. En effet, pour des raisons de sécurité informatique, ceux qui nécessitent d'avoir accès aux données bancaires des clients mais aussi ceux dont le poste exige de travailler avec des supports papiers ne sont pas éligibles à cette forme d'organisation de travail.

Le télétravail est également un outil mobilisable par le médecin du travail pour favoriser une reprise progressive après un long arrêt maladie. Ce facteur environnemental est facilitateur mais il doit faire néanmoins l'objet d'un échange préalable avec les ressources humaines et la hiérarchie afin d'en évaluer les modalités et définir si le poste de travail est compatible avec cette organisation de l'activité professionnelle.

D'autre part, le télétravail est considéré comme un facteur facilitateur pouvant être mis en place dans le cadre d'aménagements raisonnables prévus par la loi pour les collaborateurs en situation de handicap. Dans son rapport de décembre 2017, "emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable"²⁷, le défenseur des droits rappelle que "les mesures appropriées que l'employeur est tenu de prendre pour permettre au travailleur handicapé d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser s'apprécient en fonction des besoins dans une situation concrète. En effet, l'obligation d'aménagement raisonnable ne vise pas les personnes handicapées en général, considérées de façon abstraite, mais la personne handicapée, prise dans son

²⁶ Code du travail – art. L1222-9 - Modifié par loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 – art.68

²⁷ www.defenseurdesdroits.fr - Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable - 2017
Sezaltina NADIN – Mémoire de Master Santé Publique, spécialité Situations de Handicap et Participation 45
Sociale de l'École des Hautes Études en Santé Publique de l'Université de Rennes 1 et de l'Université de Rennes 2 – 2018/2019

environnement de travail (...). L'égalité de traitement passe ainsi par une forme d'adaptation active et continue aux besoins de la personne handicapée dès lors que son handicap le justifie”.

Le télétravail peut également être instauré en relais d'un temps partiel thérapeutique dès lors que les trajets domicile travail représentent un obstacle susceptible d'avoir un impact négatif sur l'état de santé du salarié ou si cette organisation libère du temps pour des prises en charge qui concernent les soins.

La deuxième et dernière phase test, qui s'est achevée fin 2018, a donné lieu à une évaluation interne de la part des ressources humaines. Cette évaluation s'est avérée très positive puisque 98% des personnes interrogées considéraient que le télétravail avait un impact très positif tant sur le plan professionnel que personnel. Cependant, elle crée parfois chez ceux qui ne peuvent y avoir accès un sentiment d'inégalité. Au-delà de la contrainte de l'accès aux outils de travail, certains considèrent que ce qui fait parfois obstacle à la mise en place de cette forme d'organisation est leur hiérarchie, avec le ressenti que cela tient plus à l'absence de volonté de celle-ci qu'aux freins matériels nécessaires à sa mise en œuvre. Ainsi, sur neuf salariés interrogés, cinq d'entre eux évoquent regretter de ne pas avoir accès aux dispositions de mise en place du télétravail. C'est dans un contexte d'arrêt maladie de quatre mois pour *burn out* que Monsieur P. accepte de répondre à notre demande d'entretien et qu'il déclare lorsqu'il est questionné sur ses modalités d'exercice professionnel : “Non, il n'y pas de télétravail dans le service. Il semble que les applications informatiques ne pourraient pas être mutées sur un poste portable. Je pense qu'avec un peu plus de bonne volonté, ce serait possible”. Dans ce cas précis, l'absence d'accès au télétravail est clairement ressentie comme une marque de défiance de la part de sa hiérarchie et c'est lors d'un entretien avec le médecin du travail dans le cadre de son suivi post retour d'arrêt maladie qu'il évoque “avoir ressenti une mise à l'épreuve de la part de sa hiérarchie”. Le télétravail aurait été un facteur facilitateur lors de sa reprise d'activité professionnelle car Monsieur P. était toujours sous traitement anxiolytique et hypnotique ayant pour effets secondaires des difficultés au réveil et des troubles de la concentration accentués par le travail en *open space*. Afin de limiter les possibles conséquences professionnelles d'éventuelles arrivées tardives, une certaine souplesse horaire a été demandée par le médecin du travail auprès de sa hiérarchie et des ressources humaines qui a été acceptée.

2.2 L'impact de la mise en place du temps partiel thérapeutique dans les conditions de reprise

Cette modalité de reprise progressive est de plus en plus souvent mobilisée lors d'arrêts maladie assez longs et notamment lorsqu'il est jugé nécessaire de libérer du temps pour la poursuite des soins ou permettre une reprise d'activité progressive afin de limiter notamment l'impact des transports.

Le ministère du travail définit clairement les objectifs de la mise en place du temps partiel thérapeutique qu'il établit comme suit "la reprise à temps partiel thérapeutique (...) est prescrite par le médecin traitant lorsqu'il estime que son patient ne peut reprendre son travail à charge pleine, mais qu'il juge que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement.²⁸" Ce facteur facilitateur est prescrit par le médecin traitant par l'intermédiaire du CERFA n°10170*05 nommé avis arrêt de travail, et doit être établi immédiatement après un arrêt maladie à temps complet sauf dans le cas d'une affection de longue durée. L'accord de l'employeur est un prérequis indispensable et lorsque celui-ci l'accepte, les modalités de sa mise en place sont établies par le médecin du travail en accord avec le salarié concerné et l'employeur.

Ces modalités de mise en œuvre sont très souvent établies lors des visites de pré-reprise qui sont à l'initiative des salariés. Le temps de travail non exercé dans ce contexte précis donne alors lieu à des indemnités de la part de la caisse primaire d'assurance maladie. La durée maximale d'indemnisation est de douze mois sauf dans les cas particuliers d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'affection longue durée.

Le temps partiel thérapeutique est accepté sans difficulté par les services des ressources humaines du Crédit du Nord dès lors que l'activité professionnelle des collaborateurs le permet. Cette organisation du travail à temps partiel est cependant jugée incompatible avec toute activité commerciale nécessitant un lien direct avec la clientèle. Afin de ne pas exclure les collaborateurs concernés et leur permettre d'avoir le bénéfice de ce facteur facilitateur, les services RH proposent alors un reclassement professionnel temporaire correspondant à la durée de prescription du temps partiel thérapeutique.

²⁸ www.travail-emploi.gouv.fr - Temps partiel thérapeutique - la reprise d'un travail léger

Lors des entretiens réalisés, quatre collaborateurs disent avoir eu recours au temps partiel thérapeutique et tous jugent cette reprise progressive d'activité bénéfique lors du retour à l'emploi. Deux autres collaboratrices n'ont pas mobilisé ce dispositif mais ont repris leur activité à temps partiel dans le cadre d'une reconnaissance d'invalidité donnant droit à une compensation prise en charge par la prévoyance de l'entreprise. Ces deux collaboratrices ont également jugé que cela était un facteur facilitateur lors du retour à l'emploi. D'autre part, trois collaboratrices n'ont mobilisé aucun de ces dispositifs, mais deux d'entre elles considéraient que cela n'était pas nécessaire car elles avaient fait le choix de travailler à temps partiel avant leur arrêt maladie. Réduire à nouveau le temps d'activité ne semble pas faire sens dans ce contexte car il leur semble nécessaire qu'un minimum de temps de présence soit requis pour éprouver le sentiment d'être partie prenante d'un collectif de travail. En effet, lors de l'entretien de Madame M., arrêtée 6 mois pour "stress professionnel" et qui occupe un poste à 0,6 ETP depuis 2001, celle-ci considère qu'"une demande de temps partiel thérapeutique n'était pas adaptée car travailler moins n'aurait pas eu de sens. Il faut un minimum de temps de présence pour s'intégrer à une équipe (...)".

En revanche, les entretiens ont émis certaines réserves sur cette reprise à temps partiel. La limite la plus souvent évoquée, et vécue comme un obstacle, est celle relative à la charge de travail jugée inadaptée car excessive en rapport avec le temps de présence au sein de l'entreprise. Cette limite semble particulièrement présente dès lors que le collaborateur reprend au même poste que celui qu'il occupait avant son départ en arrêt maladie. Le médecin traitant de Madame A., a saisi ce dispositif de reprise après qu'elle ait été arrêtée 4 mois pour "un syndrome dépressif" en lien avec une situation professionnelle compliquée. Après un congé maternité, Madame A. a repris son activité à 0,8 ETP (Equivalent Temps Plein) en janvier 2018. Le médecin du travail a ainsi considéré, lors de la visite de pré-reprise, qu'il était préférable que Madame A. reprenne dans un premier temps à 50% de son temps de présence avant l'arrêt, soit 0.4 ETP, organisé autour de 2 jours fixes par semaine afin de limiter l'impact des transports (3 heures de temps de trajet aller-retour quotidien). Madame A. a cependant renoncé à son temps partiel après 4 mois de mise en place considérant que : "La charge de travail n'était pas adaptée à mon temps de travail. Je n'ai eu aucune diminution de mes tâches entre le 0,8 et le 0,4. J'ai même eu le sentiment qu'on me surchargeait encore plus, qu'on me faisait payer mon arrêt. (...). J'ai convenu avec le médecin du travail d'augmenter mon temps de travail à 0,6, mais là aussi je n'y arrivais pas. J'ai donc préféré reprendre à 0,8. Si la charge

de travail avait été cohérente, je me serais maintenue encore un peu en temps partiel thérapeutique, mais là, ça n'avait plus d'intérêt (...).”

La deuxième limite repérée et identifiée comme un obstacle, dans la mise en place de ce dispositif, est le versement des indemnités journalières (IJ). Le Crédit du Nord n'a pas mis en place un régime de subrogation, ce qui signifie qu'il n'y a donc pas d'avance d'IJ et que celles-ci sont directement versées au salarié par la caisse primaire d'assurance maladie. Lorsqu'une difficulté survient dans le versement de ses indemnités, il y a rapidement un risque de précarisation de la situation du collaborateur pouvant amener celui-ci à renoncer à son temps partiel thérapeutique. Lors des entretiens réalisés, Monsieur G., arrêté 3 mois ½ pour “un syndrome anxiodépressif” et dont le médecin traitant a jugé utile qu'il reprenne son activité professionnelle à temps partiel évoque ses difficultés à l'égard de l'administration. “A 50%, je reprends doucement, c'est la première fois, même s'il y a des contraintes au niveau de l'activité, je ne peux pas assister à toutes les réunions, mais c'est beaucoup moins fatigant (...). Mes indemnités pour le mi-temps sont suspendues depuis avril. C'est compliqué financièrement, j'ai encore un peu de côté, mais si la situation ne se débloque pas, je serai obligé de reprendre à temps plein. J'ai contacté la sécu mais les personnes que j'ai eu au téléphone sont dans l'incapacité de me répondre. Ils n'ont toujours pas répondu à mes mails (...).”

Globalement, ce dispositif est vécu comme un facteur facilitateur qui favorise un retour progressif à l'emploi. Cependant, il semble qu'il faille rester vigilant tant sur l'évaluation de la charge de travail que les conséquences sociales du non-versement des indemnités journalières qui peuvent être des obstacles non sans conséquence.

2.3 L'impact du changement de poste dans les conditions de reprise

Nous n'aborderons pas ici le cas particulier du reclassement professionnel dans le cadre d'un avis d'inaptitude médicale rédigée par le médecin du travail puisqu'il ne concerne pas les collaborateurs rencontrés, et qu'il est assez peu mobilisé au vu du contexte de l'entreprise. En effet, Il semble important de préciser que le Crédit du Nord offre de nombreuses possibilités de poste et ce pour diverses raisons. D'une part, l'effectif global de l'entreprise est particulièrement important puisqu'il est composé de 2350 salariés. Cette offre de poste s'accroît considérablement si on prend en compte les filiales du Crédit du Nord et le groupe Société Générale dont l'effectif en France

s'élève à plus de 20 000 salariés. D'autre part, l'entreprise a mis en place une politique d'évolution interne qui fait en sorte que les collaborateurs évoluent en moyenne tous les quatre ans sur un poste différent, offrant ainsi des possibilités de mobilité interne importantes. Cependant, cette politique d'évolution exclut certains secteurs d'activité, notamment les activités supports qui exigent une très grande spécificité des profils professionnels recrutés comme par exemple les services informatiques ou les services juridiques.

Lors des entretiens menés dans le cadre de notre recherche, sur sept salariés exerçant dans différents secteurs d'activité de la banque, six ont eu recours à changement de poste lors de leur retour à l'emploi. Nous excluons ici de notre décompte, les cas de deux collaborateurs qui occupent un poste de mandat lourd au sein d'organisations syndicales. Les contraintes et les exigences professionnelles nous semblent très différentes de celles des collaborateurs soumis à des objectifs de productivité attendus dans les différents secteurs bancaires.

Pour l'ensemble des six salariés concernés par les préconisations de changement de poste demandés par le médecin du travail, le reclassement professionnel semble avoir été une condition *sine qua non* ayant permis le retour à l'emploi. Les reclassements professionnels sont à mettre en lien avec les problèmes de santé à l'origine des arrêts maladie. Parmi les diagnostics posés par les différents médecins traitants, nous avons ainsi relevé : syndrome dépressif, stress professionnel, état anxiodépressif réactionnel à une succession d'évènements dont une situation difficile au travail, épisode dépressif majeur d'intensité sévère dans un contexte de stress au travail, souffrance au travail et *burn out*. Dès lors qu'un médecin traitant établit que le travail a un impact psychique sur la santé d'un collaborateur, le médecin du travail évalue conjointement avec le collaborateur si un retour sur le poste de travail est envisageable. Lorsque le médecin du travail considère que le maintien au poste demeure un risque pour l'état de santé du salarié, il est alors envisagé avec celui-ci un autre poste professionnel. Avec l'accord du salarié, le médecin du travail se rapproche alors du spécialiste ressources humaines concerné afin de discuter de ses préconisations et des possibilités de reclassement, tout en préservant le secret professionnel lié au problème de santé. Des alternatives sont très souvent proposées aux collaborateurs mais certains profils professionnels, de par leur formation et/ou la très grande spécificité du poste occupé requièrent parfois une période de recherche assez longue de la part des spécialistes RH. Les propositions de reclassement sont faites lors d'entretien avec le collaborateur et le spécialiste RH et sont ensuite discutées avec le médecin du travail. La décision appartient au collaborateur mais les propositions faites sont

acceptées dans une grande majorité des cas, et c'est d'ailleurs le cas pour les six salariés de notre étude pour qui une préconisation de changement de poste a été demandée par le médecin du travail. Il semble que toute proposition d'alternative professionnelle permettant d'échapper au contexte professionnel antérieur soit un facteur environnemental facilitateur dont se saisissent les collaborateurs.

Le parcours de Madame M. rencontrée dans le cadre de notre recherche, évoque assez bien tant l'impact psychique de la situation professionnelle à l'origine de son arrêt maladie de 6 mois, que les enjeux de la reprise autour de son reclassement professionnel. Madame M., âgée de 55 ans, détaille tout d'abord le contexte professionnel à l'origine de son arrêt pour "stress professionnel" : "J'ai été convoquée à un entretien de recadrage par mon N+1 particulièrement violent et injuste. Il m'a reproché d'être intervenue dans une réunion où j'ai demandé quelle était la marche à suivre pour obtenir une mobilité. Il s'en est alors suivi un échange assez vif entre ma hiérarchie et le responsable des ressources humaines. J'ai compris à ce moment-là que j'avais soulevé un sujet délicat sans savoir qu'il était source d'enjeux hiérarchiques." Madame M. évoque également avoir été soulagée par la proposition de poste qui lui a été faite lors de son retour à l'emploi : "J'ai été soulagée de savoir que je ne retournais pas dans le même service. Le fait de changer de bâtiment m'a également rassuré car je n'allais plus être amenée à croiser mes ex-collègues". Pour ce qui est de l'impact de la situation professionnelle sur sa santé, elle évoquera aussi : "Tout s'est passé en même temps. Tout le monde est parti, mon responsable et un collègue sont partis à la retraite, une autre collègue est partie en arrêt maladie. J'ai été seule face à des gens qui prenaient leur poste, certains n'avaient pas la fibre administrative car ils venaient d'agence. En 2015/2016, ma N+2 a changé. J'ai dû encadrer la responsable et la N+2 et former mes collègues qui arrivaient dans un contexte où il y avait énormément de travail dû à la réglementation et à la conjoncture économique (liquidations, redressements). J'ai contacté à plusieurs reprises la DRH pour un changement de poste. Elle m'a demandé de faire jouer mes relations. Lors de la réunion de service où je suis intervenue, j'ai juste pris la parole pour demander comment on devait faire pour trouver un poste. Je n'imaginais pas que je serai blâmée pour cela. Ma première demande de changement de poste remonte à 2012. Il y avait beaucoup d'injustices, certains se permettaient de faire 10h/17h et on refilait donc le boulot toujours aux mêmes. Ce qui m'est arrivé est quelque chose d'insidieux et progressif. On est tellement dedans qu'on est mal. Cela me fait penser à une machine à laver. Le temps partiel me permettait de me reposer pour réattaquer le travail (...). J'étais prête à n'importe

quoi pour échapper à la situation. Mais ce qui m'est arrivé est un mal pour un bien. La thérapie m'a fait travailler sur les émotions et m'a permis de comprendre les manifestations physiques. J'ai travaillé sur la méthode TIPI (Techniques d'Identification des Peurs Inconscientes). Il faut au moins que cela serve de leçon (...).”

Dans l'ouvrage, "Travail et santé" de Thomas Barnay et Florence Jusot, l'impact psychique du travail y est décrit comme suit : "D'après la littérature psychosociale internationale, les travailleurs qui subissent une forte pression psychologique tout en disposant d'une faible latitude décisionnelle (*job strain*) sont nettement plus exposés que les autres aux risques d'accidents cardiovasculaires, de troubles musculo-squelettiques, de dépression et de maladie coronarienne. La santé mentale est aussi potentiellement affectée par de telles expositions. Sur cette base, Laaksonen et al. explique que le stress au travail, le degré élevé d'exigence, la faible latitude de décision, l'absence de justice et de soutien social sont liés à un plus mauvais état de santé, Bildt et Michelsen établissent une corrélation entre l'exposition à divers facteurs de stress professionnel, tels qu'un faible soutien social et le manque de fierté au travail, et un plus mauvais état de santé mental (...)." (Barnay T, Jusot F, 2018 *Travail et santé*, Science Po Les Presses, p.30,31)

2.4 L'impact de l'encadrement de proximité lors de la reprise

Pour les sept collaborateurs dont le motif de travail est en lien avec le contexte professionnel, tous considèrent que l'encadrement de proximité joue un rôle lors du retour à l'emploi. Dans ce contexte d'arrêt maladie en lien avec des tensions professionnelles, six des collaborateurs concernés ont fait ainsi l'objet d'un changement de poste.

En revanche, le ressenti par rapport à l'encadrement de proximité est partagé. D'une part, nous avons rencontré des collaborateurs rassurés par la neutralité bienveillante de l'encadrement et le rôle de soutien offert dans la prise de nouvelles fonctions. L'encadrement de proximité est alors vécu comme un facteur environnemental facilitateur. Madame M., âgée de 34 et arrêtée dix mois pour un syndrome dépressif en lien avec le contexte professionnel, dira : "Ma nouvelle responsable m'a beaucoup rassuré. J'ai été surprise par l'environnement professionnel. Mais il est juste sain et professionnel. La RH m'avait dit qu'il fallait que je reparte sur une page blanche avec le Crédit du Nord, elle a essayé de me rassurer sur l'équipe. Elle avait raison. Mais j'avais des appréhensions par rapport à ce qui s'était passé. J'ai clairement été soulagée (...).”

D'autres ont, au contraire, ressenti de la part de la hiérarchie directe une période de mise à l'épreuve, parfois un peu éprouvante. L'encadrement de proximité est ici vécu comme un obstacle. Madame L., âgée de 46 et arrêtée deux mois pour "souffrance au travail", évoquera notamment à ce sujet : "Professionnellement, j'ai eu l'impression d'être partie la veille, mais il se méfie beaucoup de moi. Ma N+2 a demandé à ma N+1 de programmer un point avec-moi tous les 15 jours. Cela ne présente aucun intérêt, je n'ai rien à lui dire. Je maîtrise le travail, je l'ai fait pendant des années. Elle et moi, on perd notre temps. Mais cela lui a été imposé, alors on le fait".

2.5 L'impact des échanges entre les services de santé au travail et les professionnels investis dans l'accompagnement du collaborateur

Dans son rapport de 2017, intitulé "la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés"²⁹, l'IGAS pointe les difficultés d'échange entre les différents acteurs de la prise en charge des salariés. Elle évoque " Autour du salarié et son employeur, trois médecins et leurs environnements jouent un rôle clef dans le succès ou au contraire l'échec des actions de prévention de la désinsertion professionnelle : le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil. Or, les échanges concernant les situations individuelles entre ces professionnels sont rares et encore plus rarement directs : c'est le salarié qui relaie le plus souvent les informations entre eux. Il peut en outre être confronté à des opinions ou conseils contradictoires. Cette situation découle en partie du cadre législatif et réglementaire relatif au secret médical, base de la confiance entre le patient et son médecin (...). Ces freins règlementaires, sociologiques et pratiques à l'échange d'information sont une source majeure de dysfonctionnement, car pour nombre de situations, une bonne connaissance réciproque des acteurs et un état d'esprit coopératif appuyé sur quelques outils facilitants pourraient suffire à trouver des solutions."

Dans le cas des salariés rencontrés pour notre recherche, sept d'entre eux ont donné lieu à des échanges entre le médecin du travail et le médecin traitant. Cependant, de grandes disparités sont à noter dans la qualité des échanges. Deux collaboratrices arrêtées dans des contextes de souffrance psychique en lien avec le travail, ont donné lieu à des échanges téléphoniques réguliers entre le médecin psychiatre et le médecin du travail. L'objectif principal de ces échanges était de

²⁹ IGAS – 2017 – Rapport Tome 1 – n°2017-025R – p.66

faire un point tant sur la situation professionnelle que médicale afin de mobiliser les outils nécessaires pour un retour à l'emploi, ici un changement de poste, et évaluer conjointement le moment le plus opportun de la reprise. Il nous semble cependant important de préciser que le médecin psychiatre à l'origine des divers échanges est le même pour les deux collaboratrices et qu'un lien s'est créé depuis trois ans avec le médecin du travail car elle suit plusieurs salariés du Crédit du Nord (son installation géographique est à proximité des trois sièges de l'entreprise).

Pour trois collaborateurs, à l'issue d'une visite de pré-reprise ou de suivi post reprise, le médecin du travail a réorienté les collaborateurs vers leur médecin traitant avec des préconisations écrites et motivées d'arrêt maladie. L'ensemble de ces préconisations d'arrêt maladie ont été suivies par les médecins traitants. En revanche, aucun d'entre eux n'a tenté d'échanger avec le médecin du travail que ce soit par écrit ou par téléphone afin d'en savoir un peu plus sur ces demandes. Cette absence d'échange bilatérale est peut-être à mettre en perspective avec le rapport de l'IGAS cité ci-dessus qui pointe les difficultés d'échange entre les différents acteurs de la prise en charge des salariés.

Nous évoquerons ici le cas de Madame M., qui dans le cadre d'une visite de pré-reprise lors d'un arrêt pour un "syndrome dépressif", le médecin du travail a jugé son état de santé très préoccupant. Il a été particulièrement compliqué d'obtenir un échange avec le médecin psychiatre qui la suivait sur le CMP (Centre Médico psychologique). Plusieurs appels téléphoniques ont été nécessaires afin de localiser son psychiatre, qui exerçait ce jour sur l'hôpital. Néanmoins, l'échange avec le médecin du travail a été de bonne qualité puisqu'il a accepté de recevoir Madame M. dès le lendemain sur une consultation surchargée alors que le secrétariat du CMP n'offrait un rendez-vous à Madame M. que sept semaines plus tard. Ce premier contact a ensuite donné lieu à d'autres échanges lorsqu'il a été envisagé la reprise.

En dehors des échanges téléphoniques évoqués ci-dessus, l'ensemble des communications par courrier ont été transmises par les salariés comme il l'est évoqué dans le rapport de l'IGAS. Le médecin du travail considère sur le sujet, que les échanges téléphoniques sont bien plus pertinents et efficaces que les écrits transmis par les collaborateurs. En effet, le partage d'information, qu'il soit d'ordre professionnel ou médical, permettent une réflexion conjointe bien plus efficace lorsqu'il y a un risque de désinsertion professionnelle pour le collaborateur. Il permet d'évaluer au mieux le moment le plus favorable de la reprise, et permet une réflexion sur les éventuels moyens à mobiliser pour éviter le risque de rechute.

Les échanges de qualité directs entre les services de santé au travail et les professionnels extérieurs investis dans l'accompagnement des collaborateurs semblent être ici des facteurs environnementaux facilitateurs.

2.6 L'impact des sollicitations des acteurs extérieurs du maintien en emploi dans les conditions de reprise

Lors des entretiens réalisés, les sollicitations des organismes extérieurs du maintien en emploi évoqués par les collaborateurs semblent être de deux natures différentes. Le premier, exercé par le médecin conseil de la CPAM, a pour objectif de constater un abus en matière d'arrêt de travail. Le deuxième, à l'initiative des services sociaux de la CPAM, a pour mission d'informer les salariés considérés comme étant susceptibles de courir un risque de désinsertion professionnelles sur leurs accès aux droits.

Nous n'aborderons pas ici la mission de contrôle des médecins conseils de la CPAM, bien qu'elle ait concerné quatre salariés lors de notre étude, car l'objectif de ses convocations nous semble être extérieur au champ du maintien en emploi.

Nous évoquerons en revanche, les réunions d'information mises en place par les différentes caisses primaires d'assurance maladie qui font partie prenante des dispositifs extérieurs de maintien en emploi. Lors de notre rencontre avec la gestionnaire de projets chargée du maintien en emploi de la CRAMIF à Paris, celle-ci nous a détaillé les actions déployées par leur service pour prévenir les risques de désinsertion professionnelle lors d'un arrêt maladie de longue durée. Dans le cadre de ces actions, des rencontres sont organisées au sein des différents centres des caisses primaires d'assurance maladie, afin de réunir des salariés en arrêt maladie depuis trois mois et ce quel que soit l'origine de l'arrêt. L'objectif de ce dispositif est de présenter les moyens mobilisables par l'assurance maladie ou d'autres partenaires susceptibles d'avoir une action favorisant le maintien en emploi mais également d'informer de façon générale sur l'accès aux droits. La plaquette mise en ligne par l'assurance maladie informe sur l'objectif de ces rencontres de la façon suivante : "Ce que le service social de l'assurance maladie fait pour moi : je suis en arrêt de travail depuis trois mois, le service social m'invite à participer à une réunion d'information collective. Lors de cette réunion, je bénéficie d'informations sur mes droits et les démarches que je dois effectuer pour faire face aux difficultés que je rencontre. L'assistante sociale peut me recevoir individuellement et en toute

confidentialité, si j'en ressens le besoin. Il recherche avec moi des solutions adaptées et devient mon interlocuteur privilégié."³⁰

Ces propositions ont été faites à trois collaboratrices dont deux ont décliné la proposition. Nous évoquerons ici le ressenti de Madame M. qui a participé à l'une de ces réunions en Seine et Marne, CPAM de rattachement de son lieu de domiciliation. Madame M. a reçu une proposition écrite de rencontre alors qu'elle était en arrêt maladie depuis trois mois et dont le motif de l'arrêt était "stress professionnel". Madame M. considère que cette réunion n'était pas adaptée à la situation personnelle et professionnelle qu'elle traversait alors et s'en explique. Elle dit de cette réunion collective : "J'ai été très surprise par la précarité de certaines personnes. J'ai pris conscience du statut protecteur du Crédit du Nord. Nous avons quand même des alternatives au Crédit du Nord, on peut nous proposer des postes quand on traverse un problème de santé. Ce n'était pas le cas d'une grande partie des gens qui étaient présents ce jour-là. Je croyais aussi que la prévoyance était une obligation de l'employeur mais j'ai découvert que ce n'était pas le cas. Cette réunion m'a fait prendre conscience que ma situation n'était pas si catastrophique que ça. J'avoue que j'ai été rassurée de savoir qu'il y avait des situations bien plus compliquées que la mienne (...)"

En ce qui concerne les deux salariées qui ne se sont pas présentées à la réunion d'information de la CPAM, l'une d'elle explique qu'elle avait envisagé une date de reprise avec son médecin traitant et qu'au vu de ce contexte, cela ne semblait pas présenter d'intérêt pour elle. L'autre salariée dira qu'elle n'envisageait pas de quitter l'entreprise et qu'elle était en lien avec les services ressources humaines pour une proposition de poste, et que là aussi, cette réunion d'information semblait sans intérêt.

2.7 L'impact du trajet à travers le temps de transport et les modes utilisés

Le temps de trajet et les modes de transport entre le domicile et le travail sont systématiquement questionnés lors des visites d'information et de prévention. Le contexte parisien très particulier de par la complexité générée par les transports desservant Paris et sa banlieue ont souvent un impact négatif sur les conditions de travail. La DARES, dans une publication de 2015 intitulée "le temps de déplacement entre domicile et travail", s'est saisie du sujet et décrit que "la

³⁰ www.ameli.fr Service social de l'assurance maladie

durée du trajet, ainsi que les modes de transport à disposition, sont des enjeux importants pour les personnes car ils peuvent constituer un obstacle à la mobilité et à l'accès à l'emploi et constituer une source de fatigue. En 2010, les actifs en emploi ont consacré en moyenne 50 minutes par jour travaillé pour aller et revenir de leur domicile à leur lieu de travail (...).” La DARES évoque aussi la spécificité du contexte parisien où le temps de transport est en moyenne deux fois plus long en comparaison autres pôles urbains. “Ainsi, à partir d'une heure de trajet quotidien, les actifs déclarent plus souvent être fatigués. Et c'est là où les temps de trajet sont les plus longs, à Paris et dans sa région, que les personnes se déclarent le plus souvent fatiguées par les trajets.”³¹ Sur neuf collaborateurs interrogés, sept considèrent que le temps de transport a un impact lors de la reprise après un long arrêt maladie. Lorsque la durée est inférieure à 90 minutes par jour, le trajet est vécu comme un facteur environnemental facilitateur. En revanche, pour quatre collaborateurs dont le temps de transport est supérieur à 120 minutes par jour (plus précisément entre 120 et 180 minutes par jour), le trajet domicile travail est vécu comme un obstacle à la reprise. Cet élément a été évoqué spontanément lors de la dernière question ouverte du questionnaire mais il a également été spontanément abordé lorsque nous interrogeons sur les modalités d'exercice professionnel et notamment l'accès au télétravail. Quatre collaborateurs ont ainsi jugé que la mise en place du télétravail dans leurs services avait plus ou moins d'intérêt au regard de leur temps de trajet. Madame T., une collaboratrice dont le temps de trajet est de 20 minutes aller, a refusé la mise en place d'une journée de télétravail alors que son poste de travail le lui permettait : “Je n'en ai pas fait la demande. Le poste le permet mais j'habite à 20 minutes à pied, alors je considère que ce n'est pas justifié (...).”

Au-delà de la question de l'obstacle à la mobilité et à la fatigue que peut générer les temps de trajet, une collaboratrice, Mme J., a fait part de sa grande difficulté à envisager une reprise de crainte d'avoir à prendre certains modes de transport. Lors de sa onzième semaine d'arrêt maladie pour un “épisode dépressif majeur d'intensité sévère dans un contexte de stress au travail” ayant conduit le médecin du travail à rédiger une demande de changement de poste auprès des ressources humaines, il a été proposé à Mme J. un poste répondant à ses attentes et son parcours professionnel. Le poste, situé dans le 19ème arrondissement de Paris, était d'un temps de parcours jugé raisonnable (30 minutes de temps de trajet) mais imposait à Mme J. de prendre le métro pour se rendre sur ce nouveau lieu de travail. Mme J., après une réflexion de quelques jours, a renoncé

³¹ DARES Analyses – novembre 2015 – N°081 – Le temps de déplacement entre domicile et travail

à ce nouveau poste qui répondait néanmoins à un grand nombre de ses attentes professionnelles car elle se trouvait dans l'incapacité de prendre tout moyen ferré de crainte d'un geste suicidaire dans un moment de raptus anxieux : "Je n'avais pas confiance en moi. J'ai eu des idées suicidaires au moment où mon médecin a décidé de m'arrêter mais j'allais mieux. Lorsque j'ai réalisé que je ne pouvais pas prendre le bus pour aller dans le 19ème, j'ai eu très peur de passer sous les rails. J'en ai parlé avec le Docteur B. et le Docteur G., et toutes deux m'ont conseillé de refuser cette proposition de poste. J'étais gênée, je ne savais comment la RH allait réagir car je ne pouvais pas lui dire ce pourquoi je refusais ce poste."

2.8 L'impact de l'entourage familial sur les conditions de reprise

Le soutien familial a été évoqué par plusieurs collaborateurs comme ayant un impact positif tant lors de la période d'arrêt maladie que lors du moment de la reprise. La présence des conjoints et/ou des enfants jeunes adultes offrent une écoute jugée soutenante pour sept des salariés rencontrés lors de notre enquête. Il nous semble important de noter que l'ensemble des collaborateurs l'ayant mentionné ont tous été arrêtés plusieurs mois pour des raisons médicales en lien avec des contextes professionnels compliqués. Madame M, âgée de 55 ans, et arrêtée 6 mois pour "stress professionnel" évoquera le soutien de son époux et de ses trois enfants : "Heureusement que je n'avais plus d'enfant en bas âge. Je ne sais pas si j'aurai pu m'en occuper. Ils ont quitté la maison mais je les avais régulièrement au téléphone. J'ai essayé de ne pas trop les inquiéter. Mon mari aussi a été très présent. Je trouve que c'est important lorsque l'on traverse des moments pareils de ne pas être seule. Il m'a aidé à rechercher sur internet ce vers quoi je pouvais me tourner pour trouver de l'aide (...)".

D'autre part, pour une des collaboratrices ayant des enfants en bas âge (une fille née en 2013, et en situation de handicap et un fils né en 2015), la charge familiale à travers la responsabilité qu'elle implique, est perçue comme une source de motivation à la reprise. Madame M., âgée de 34 ans et arrêtée dix mois pour un "syndrome dépressif" en lien avec un contexte professionnel difficile, évoquera : "j'ai été licencié deux fois à cause de mes problèmes de santé dans le passé. Je n'avais pas de statut RQTH à l'époque. Je voulais reprendre car j'appréhendais à nouveau de perdre mon emploi. Je suis seule avec mes deux enfants, je n'ai pas le choix. C'était indispensable que je reprenne (...)".

Dans les deux situations personnelles évoquées ci-dessus, l'entourage familial est une ressource personnelle qui facilite le retour à l'emploi.

3. Synthèse

A travers l'expérience des collaborateurs, nous avons tenté de déterminer quel était l'impact des facteurs personnels et environnementaux dans les conditions de reprise après un long arrêt maladie des personnes ayant un problème de santé.

Bien qu'il nous soit apparu assez simple au décours des entretiens d'identifier les ressources personnelles, les facteurs facilitateurs et les obstacles environnementaux, il nous semble compliqué de répondre de façon affirmative ou négative aux deux hypothèses que nous avons formulées. La mise en perspective de l'impact de ces différents facteurs à travers le PPH fait apparaître des interactions entre ces deux domaines conceptuels qui sont propres à chacun des collaborateurs. Les entretiens nous ont ainsi éclairé sur ce que ce moment a mobilisé pour chacun d'eux, tant sur le plan personnel que professionnel, à distance de la reprise.

Nous allons à présent reprendre les deux hypothèses telles que nous les avons formulées et y apporter quelques éléments de réponse.

Les facteurs déterminants conditionnant la reprise sont essentiellement liés à la personne.

La question de l'âge, qui n'a pas été clairement identifiée par les collaborateurs comme un facteur déterminant conditionnant la reprise, ne nous semble pas neutre lors du retour à l'emploi. En effet, le contexte social et économique des seniors à l'égard de l'emploi ne leur permet pas d'envisager un poste en dehors de l'entreprise, contraignant ainsi considérablement leur possibilité de faire des choix. Bien que cela n'apparaisse dans notre méthodologie d'étude, le listing des effectifs met en évidence que les collaborateurs ayant évoqué des situations de souffrance au travail auprès du service de santé au travail font massivement le choix de quitter l'entreprise lorsqu'ils sont âgés de moins de 35 ans. Ce constat nous semble révélateur des contraintes liées à l'employabilité des seniors.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé semble également avoir un impact limité sur les conditions de reprise. En revanche, l'accès aux droits que permet une reconnaissance en invalidité de catégorie un, notamment en termes de compensation financière lorsqu'un temps partiel est jugé nécessaire, impacte très favorablement le retour à l'emploi et favorise très clairement la participation sociale.

Le lien social à travers l'emploi, et notamment le besoin de "retrouver une vie sociale" très souvent exprimé lors des entretiens témoigne de l'importance accordée au rôle social que représente le travail. Ce facteur, qui fait référence aux habitudes de vie, est décrit comme un enjeu personnel prioritaire. L'ouvrage, de Marie-Renée Guével, "Inclure sans stigmatiser" évoque notamment les enjeux du travail : "D'un point de vue social, le travail a une place prégnante ; être sans emploi peut potentiellement impacter la perception qu'une personne a de sa qualité de vie (Lanctot, Corbière et Durand, 2012). Différents travaux soulignent ainsi l'importance du travail pour préserver les liens sociaux, rompre avec la précarité et l'isolement potentiels liés au handicap (Vornholt, Uitdewilligen, 2013), ainsi que contribuer au maintien des conditions de vie satisfaisantes d'un point de vue matériel (Kirsh et al., 2009)." (Guével M-R, 2018, p 198)

Il semble difficile d'interpréter l'impact du sexe et notamment la surreprésentation des femmes dans notre étude dans la mesure où ils n'ont jamais été identifiés lors de nos entretiens comme impactant le retour à l'emploi. Cependant, la parentalité, de par les contraintes que celles-ci peuvent générer en termes d'organisation de vie familiale, ne semble pas sans incidence lors du retour à l'emploi et mériterait par la suite d'être pris en compte.

Les facteurs déterminants les conditions de reprise sont essentiellement liés à l'environnement.

Nous évoquerons ici plus particulièrement les facteurs favorisant le retour à l'emploi qui dépendent des aménagements mis en place par l'employeur et qui favorisent le retour à l'emploi.

Dès lors que l'origine du problème de santé est en lien avec une situation de souffrance au travail, les préconisations de changement de poste apparaissent très clairement comme un facteur environnemental indispensable qui conditionne la reprise de travail pour une majorité des collaborateurs rencontrés. En effet, un retour sur le poste antérieur devient alors inenvisageable. A distance, le nouveau poste semble complètement investi et ce même s'il ne correspond pas au parcours professionnel antérieur des collaborateurs.

Le mise en place d'un temps partiel thérapeutique, soumis à l'accord de l'employeur, est un dispositif qui permet une reprise de poste progressive, vécue très positivement par les collaborateurs l'ayant éprouvé. Les entretiens ont cependant fait apparaître certaines limites qu'il semble important de questionner dans le suivi post retour à l'emploi par le service de santé au travail. La mise en place de ce dispositif requière d'une part que la charge de travail soit adaptée au temps de présence passé au sein de l'entreprise. D'autre part, elle est conditionnée au versement des indemnités journalières qui peut entraîner un risque de précarité lorsque celles-ci ne sont pas versées correctement.

Le télétravail est un dispositif qui favorise le retour à l'emploi lorsque les collaborateurs ont notamment des temps de trajet domicile travail supérieur à une heure. Il est cependant peu mobilisé dans ce contexte car très dépendant de l'activité professionnelle. L'exercice professionnel crée ainsi de fait une inégalité sur l'accès à ce dispositif.

Conclusion

Les limites de cette étude

Plusieurs limites ont été repérées au décours de ce travail. Nous évoquerons ici les limites de l'échantillonnage, le contexte de l'entreprise, les limites du service de santé au travail et la question du statut de travailleur handicapé.

Tout d'abord, il convient de rappeler que cette étude ne repose que sur neuf entretiens réalisés. La question de la représentativité peut dès lors être légitimement questionnée et les pistes de préconisation remises en question. Cependant, il apparaît que la surreprésentativité des collaborateurs ayant été arrêtés pour des raisons de souffrance au travail soit représentative des demandes de visite de pré-reprise. Ces visites ont pour objet notamment de réfléchir aux aménagements nécessaires lorsqu'une reprise est envisagée à court ou moyen terme. Elles permettent ainsi en amont un temps d'échange et de réflexion entre le collaborateur, les ressources humaines et le service de santé au travail pour la mise en œuvre de ces préconisations.

L'échantillonnage pointe également une autre limite. Les personnes rencontrées ont toutes été en capacité de reprendre leur activité professionnelle et ce travail exclut les collaborateurs qui demeurent en arrêt depuis plusieurs mois. L'analyse essaye de saisir l'impact et les interactions des différents facteurs personnels et environnementaux pour ceux qui sont aujourd'hui en situation de participation sociale, mais il ne permet pas de comprendre, à ce stade, l'impact de ces facteurs pour ceux qui demeurent en situation de handicap.

Le contexte de l'entreprise Crédit du Nord décrit précédemment et l'analyse des facteurs environnementaux semblent offrir un contexte professionnel plutôt favorable lors de la reprise après un long arrêt maladie. Les alternatives offertes, notamment en matière de changement de poste de par ses effectifs et sa politique de mobilité interne, sont très spécifiques à l'entreprise. Notre rencontre auprès de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle de Seine et Marne nous a permis de prendre conscience qu'un grand nombre de TPE (Très Petites Entreprises) et PME (Petites et Moyennes Entreprises) n'étaient pas en capacité de proposer de tels aménagements. Les préconisations que nous évoquerons par la suite sont pour beaucoup dépendantes du contexte de l'entreprise et non transposables à des entreprises de taille inférieure.

Il apparaît également essentiel d'évoquer les limites du service de santé au travail et notamment la question du secret médical. L'article R.4127-4³² du code de la santé publique énonce : " Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris". Le secret médical, qui s'impose dès lors bien évidemment à tous les professionnels de santé des services de santé au travail, rend les échanges sensibles entre le SST et les ressources humaines lorsqu'il s'agit de souffrance au travail. Bien que la teneur des éléments évoqués soit strictement de l'ordre des préconisations, car il n'est en aucun possible de transmettre d'information sur le problème de santé à l'origine de l'arrêt, la reprise conditionnée à un changement de poste et de collectif de travail sous-entend clairement qu'il s'agit d'un problème en lien avec la souffrance au travail. Il est assez rare que plus de détails soient demandés au médecin du travail. En revanche, lorsque le spécialiste RH reçoit le collaborateur pour lui soumettre des propositions de poste, il lui est très souvent demandé de s'expliquer sur ce qui est arrivé avant l'arrêt maladie.

D'autre part, les services de santé au travail sont encore trop souvent perçus comme des acteurs au service de l'employeur laissant ainsi place au doute sur l'usage des informations qui pourraient être données par les acteurs extérieurs du médical et du social qui interviennent dans l'accompagnement des collaborateurs. Ces réticences n'ont pas été explorées dans notre étude bien qu'elles nous semblent impacter directement les préconisations faites dans le cadre de la reprise. Ces réticences entravent encore très souvent le partage d'information entre acteurs extérieurs de l'accompagnement et SST. Lorsque des échanges peuvent avoir lieu, ceux-ci permettent une réflexion concertée impactant favorablement la reprise.

La dernière limite évoquée sera la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Bien que nous ayons justifié sur la base des recommandations du CNCPH ce pourquoi nous ne limitons pas ce travail aux bénéficiaires de cette reconnaissance, il apparaît que lorsque l'entreprise est en partie à l'origine du problème de santé, une demande de RQTH ne soit pas envisagée. Plusieurs questions peuvent alors se poser pour ceux qui nécessitent un suivi régulier au long court en lien avec une situation de souffrance au travail. La situation de handicap, dès lors qu'il est établi qu'elle est dépendante du contexte professionnel, ne justifie pas de reconnaissance administrative

³² Code de la santé publique – Article R4127-4 – 8 août 2004

du handicap et ce malgré son impact sur la santé psychique du collaborateur ? Les droits spécifiques octroyés par un statut RQTH ne sont pas adaptés aux besoins des personnes dont les incapacités sont en lien avec la souffrance au travail ? La temporalité des démarches pour cette reconnaissance est-elle inadaptée aux situations de handicap dans un contexte de souffrance au travail ?

Apports personnels de ce cette étude

Tout d'abord, le PPH offre une grille de compréhension de la situation de handicap très éloignée des outils utilisés par les professionnels de santé, et notamment ceux utilisés par les infirmiers,

Les articles R 4311-1 à R 4311-10 du Code de la santé publique, qui cadrent les modalités d'exercice infirmier, placent le soin au centre de leurs missions professionnelles. Il en est de même si l'on reprend le référentiel de compétences pour le diplôme d'État d'infirmier. Les dix compétences attendues sont exclusivement centrées sur les soins, les diagnostiques et les thérapeutiques. Il ne s'agit pas ici de porter un avis sur l'approche exclusivement biomédicale sur laquelle repose la fonction d'infirmier. Néanmoins, au-delà de la question de sémantique, passer d'une approche basée sur les situations cliniques à celle basée sur les situations de handicap offre une compréhension très différente et bien plus globale sur l'impact du handicap.

Ce travail nous a également permis de mieux saisir quelles étaient les ressources mobilisables et les limites de l'entreprise. Les différentes rencontres nous ont permis de définir les missions de chacun, permettant ainsi à terme de mobiliser les différents acteurs de façon plus adaptée et d'orienter plus efficacement le cas échéant.

Les différentes rencontres avec les acteurs extérieurs du maintien en emploi ont été également d'une grande richesse. Elles nous ont permis d'éclaircir le domaine de compétence de chacun et comprendre dans quelles situations ces acteurs extérieurs pourraient être sollicités. Cet éclairage sur les dispositifs existants permet d'informer et d'orienter au mieux les collaborateurs en situation de handicap sur leurs accès aux droits et sur les moyens de compensation, dans la mesure où face à la multitude d'acteurs, il n'est pas toujours aisé de définir quel est l'interlocuteur à interpeller. Ces rencontres ont également permis de créer un lien qui a abouti aujourd'hui à un partage d'information notamment avec la CRAMIF sur l'évolution des dispositifs existants.

Recueillir l'expérience de ceux qui éprouvent les situations de handicap a été riche d'enseignement. Il nous a permis de saisir l'impact de l'environnement de travail, au centre de nombreuses situations de handicap, et d'appréhender l'impact des aménagements organisationnels et des dispositifs de compensation saisis par certains collaborateurs. Ces expériences nous ont également permis de mettre en évidence certains points de vigilance qui mériteront d'être interrogés lors du suivi post reprise. Certains obstacles, comme par exemple l'accès aux droits du système assurantiel de la prévoyance, nécessiteront d'être éclaircis à l'avenir.

S'interroger sur la question du retour à l'emploi après un long arrêt maladie à travers le contexte politique et social, nous a permis de saisir les enjeux que représentent ce sujet du handicap et de l'emploi et la pression que représente la nécessité d'être en situation d'emploi qui dépassent le cadre de la santé au travail. L'ouvrage "Travail et santé" de Thomas Barnay et Florence Jusot décrit notamment l'impact de la perte d'emploi : "De façon générale, la perte d'emploi est associée à une dégradation du bien-être et de la santé à court et long terme. Cet effet transite par plusieurs canaux tels que la diminution des revenus, la perte de l'assurance santé et les coûts psychologiques du chômage"³³.

Pour conclure, l'ensemble des entretiens et des recherches menés doivent permettre à court terme, de formaliser la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein du Crédit du Nord sur la base des recommandations du médecin inspecteur du travail. Les objectifs de cette cellule sont d'anticiper les situations à risque de désinsertion professionnelle, mais également d'améliorer l'accompagnement par le service de santé au travail et l'entreprise des collaborateurs en situation de handicap. Bien que les modalités pratiques de fonctionnement de cette cellule n'aient pas encore été formalisées, ce travail basé sur la prise en compte des situations de handicap à travers le modèle social et une connaissance approfondie des dispositifs mobilisables et de leurs limites, offrent, au service de santé au travail, une base qui favorise la qualité de l'accompagnement des salariés en situation de handicap.

³³ Barnay T., Jusot F. – 2018 – Travail et santé – SciencesPo Les Presses – p.33

Quelques pistes de préconisation

L'accompagnement des collaborateurs en situation de handicap, notamment dans les cas de souffrance au travail, intervient très majoritairement lors du retour à l'emploi après un arrêt maladie assez long. Le service de santé au travail est encore très peu identifié comme pouvant être une ressource mobilisable en amont. La question de l'amélioration de l'identification des missions du SST se pose alors. Ces missions sont exposées lors des visites d'information et de prévention initiales réalisées peu après l'embauche. Une réflexion collective mériterait d'être menée afin de réfléchir au contenu de ce message. Afin de laisser une trace, un support de type plaquette de présentation des différentes missions pourrait être formalisé et remis lors de cette visite. D'autre part, l'ensemble des collaborateurs bénéficient d'une formation sur la sécurité obligatoire dès l'embauche. Dans la continuité de cette formation, une intervention du service de santé au travail présentant ses missions et notamment celles en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap pourraient également permettre une meilleure identification du service.

Les entretiens ont mis en évidence des difficultés lors du retour à l'emploi lors d'un changement de poste à l'égard de l'encadrement de proximité. Les attentes à l'égard de cet accompagnement sont très personnelles et le ressenti semble dépendant de la relation qui s'établit entre le collaborateur et sa nouvelle hiérarchie. Ce moment conditionne très nettement le succès ou l'échec de la reprise notamment dans des contextes de souffrance de travail. A ce stade, il semble difficile d'identifier ce qui pourrait être concrètement mis en place mais une réflexion sur les modalités de cet accompagnement de proximité semble une piste qui mériterait, à notre sens, d'être réfléchi. Un entretien préalable qui définirait les besoins et les éventuelles appréhensions du collaborateur pourrait servir de base et permettre un accompagnement qui réponde aux besoins individualisés des collaborateurs qui en éprouvent le besoin. Cet accompagnement pourrait éventuellement faire intervenir un tiers dont le rôle serait d'assurer une médiation entre le collaborateur et sa nouvelle hiérarchie, voir même plus globalement le nouveau collectif de travail. La position dans l'entreprise de cet interlocuteur reste à définir. Cette réflexion nécessite que l'ensemble des acteurs qui interviennent sur le sujet, soit le service de santé au travail, les ressources humaines et la direction des relations sociales puissent réfléchir ensemble aux modalités pratiques de cet accompagnement.

Bibliographie

Ouvrages :

- BARNAY T., JUSOT F., 2018, "Travail et santé", SciencesPo Les Presses
- GUEVEL M-R, 2018, "Inclure sans stigmatiser", Presses de l'EHESP
- REVILLARD A., 2019, "Handicap et travail", SciencesPo Les Presses

Articles spécialisés :

- DARES Analyses, « – Le temps de déplacement entre domicile et travail », novembre 2015, N°081
- DELEVOYE JP, « Un système universel de retraite, plus simple, plus juste, pour tous », *Dossier de Presse*
- INRS, *Dossier risques psychosociaux*, 2018

Rapports :

- BATTISTEL M.-N., PANONACLE S., « Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la séniorité des femmes », Assemblée Nationale, 2019
- CNCPH, « Prévention et lutte contre la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou malades », 15 mars 2018
- ABELLEA P., du MESNIL du BUISSON M.A., décembre 2017, IGAS - "La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés" - Rapport – Tome 1 n°2017-025R
- FOUGEYROLLAS P., 2005, GIFFOCH, « Comprendre le processus de production de handicap et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective », giffoch.org
- Winance M, Ravaud J.F, 2010, "Le handicap, positionnement politique et identité subjective" - Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem - 2010/1 vol.4

Textes juridiques :

- Code du travail, Art. L4622-2 – art.1 Modifié par ordonnance de 20 décembre 2017
- Code du travail – Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail
- Code de la santé publique – Article R4127-4 – 8 août 2004
- Code du travail – art. L1222-9 - Modifié par loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 – art.68
- Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées - 13 décembre 2006
- Code du Travail - Décret n°79-228 du 20 mars 1979 relatif aux comités d'hygiène et de sécurité et à la formation à la sécurité
- Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document unique à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'art. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail
- Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail
- Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels
- Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre
- Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés
- Loi 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
- Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail
- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail
- Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels
- Loi PACTE – 2019 - gouvernement.fr

- Arrêté du 29 mai 1989 pris en application de l'art. R 241-41-3 du code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail

Sitographies :

- Défenseur des Droits, 2017, « Emploi des personnes en situation de handicap et aménagement raisonnable », www.defenseurdesdroits.fr
- Ministère de la Transition écologique et solidaire, 2019, « La responsabilité sociétale des entreprises », www.ecologie-solidaire.gouv.fr
- Réseau International sur Processus de Production de Handicap, “Mieux comprendre la différence pour changer le monde”, www.ripph.qc.ca
- PROUET E., ROUSSELON J., 2018, « Les seniors, l'emploi et la retraite », 2018 www.strategie.gouv.fr
- Ministère du travail, 2016, « Temps partiel thérapeutique – la reprise d'un travail léger », www.travail-emploi.gouv.fr
- AMELI, 2017, « Service social de l'assurance maladie », www.ameli.fr
- TOURAINE M, FIORASO G, Plan cancer 2014-2019 – “Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France”, www.solidarités-santé.gouv.fr
- Plan santé au travail 2016-2020 www.travail-emploi.gouv.fr

Liste des annexes

- **Compte-rendu d'entretien Madame B. (p.72)**
- **Compte rendu d'entretien Monsieur G. (p.79)**

Questionnaire Mme B

(FI) Sexe : F

(FI) Année de naissance : 1962 (56 ans)

(PdT) Poste de travail occupé : chef de projet technique

(FI) Niveau d'étude : Bac + 6

(FI) Temps de trajet : 45' x 2

(FI) Mode de trajet utilisé : transport en commun – RER + marche

(PdT) Télétravail : non – impossible car en poste à 0.4 ETP

(PdT) Si, oui modalités et fréquences (figées ou libres) : /

(PdT) 1/3 lieu : non

(PdT) Si oui, modalités et fréquences : /

(PdT) Ancienneté dans l'entreprise : 1987

(PdT) Évolution au sein de l'entreprise :

- 1987 : intègre le service informatique au sein du service de la BCC (base contrat client).
- 09/1990 : réorganisation du service. Mme B. se voit confier des responsabilités. On lui propose un poste de responsable qui sera attribué 1 mois plus tard à quelqu'un d'autre. Elle revendique son mécontentement et obtient une augmentation de salaire.
Mme B. intègre alors la direction de l'architecture. Elle a pour mission de mettre en place les moyens pour permettre aux applications d'être développées plus facilement.
- 09/1991 : naissance de sa fille. Congés maternité jusqu'en juillet 1992.
- 07/1992 à 1997 : toujours au service architecture. A pour mission de développer des outils informatiques pour le service formation.
1994 : toute la hiérarchie de l'architecture informatique a démissionné « guerre des chefs ».
09/1995 : Le CDN va mal. Afin de réduire les charges, il est demandé aux salariés qui le souhaitent et qui le peuvent de passer à 0.8 ETP.
1997 : Le CDN a été vendu à la SG. Tous les prestataires ont été remerciés. « Il a fallu rhabiller la mariée afin de coûter le moins cher possible ».
- 1997/1999 : responsable d'un département de support et d'aide au développement.
- 1999 /2000 : service informatique – application titres.
Migration des applications – mission : réécriture des applications financières.
Clash avec sa N+1 après une réunion où Mme B. a le sentiment de ne pas avoir été soutenue. « Je me suis fait jeter ».
- 2000/2010 : service informatique - mise en production des applications. Fusion de 4 applications existantes sur le même thème. Objectif : que les collaborateurs en agence disposent d'une vue

d'ensemble de l'état financier des clients en agence. Travaille sur l'architecture et le développement de cette application avec un prestataire.

- 2002 : le chef a été limogé = plus de chef
- 2000/2010 : sur cette période, a eu 4/5 « chefs » différents.
- 10/2010 : opération de rapprochement entre la Société Générale et le Crédit du Nord. Mme B. intègre seule une équipe informatique de la Société Générale sur Val de Fontenay (les autres informaticiens CDN restent à leurs postes). La société Générale souhaite développer les outils mis en place par le Crédit du Nord et intégrer l'équipe des informaticiens CDN à la SG.
- 01/2011 : Mme B. est convoquée par la RH qui lui propose un contrat de détachement SG, elle refuse de le signer sans un délai de réflexion. L'objectif est d'intégrer les 300 informaticiens CDN aux 900 informaticiens SG.
03/2011 : Mme B. vit mal l'absence d'augmentation. J'ai accepté de travailler à temps plein sur une période de 8 mois puis j'ai récupéré les jours car j'étais à 0.8. J'étais, dans les débuts, rattachée à un chef SG avec qui cela se passait très bien (10/2010 à 06/2012).
06/2012 : arrivée d'un nouveau N+1 (il n'y connaissait rien et ne voulait rien y connaître).
09/2012 : Mme B. part en vacances. A son retour, elle est accusée de ne pas avoir posé ses congés sur le logiciel RH. Elle est alors convoquée par sa N+2 et sa N+3 qui lui demandent de s'expliquer. Mme B. explique être détachée à la SG mais dépendre des ressources humaines du CDN et présente lors de cette réunion de recadrage l'accusé de réception de sa demande de congés réalisée auprès du service RH du CDN. Mme B. dit que les relations entre collaborateurs SG et CDN se détériorent sur cette période.
10/2012 : Arrêt 21 jours et introduction d'un traitement antidépresseur.
01/2013 : sa N+2 est licenciée et remplacée par un collaborateur CDN "mon calvaire est terminé".
07/2013 : arrêt des antidépresseurs.
- 01/2013 à 01/2015 : tout va bien, le travail est intéressant et l'ambiance agréable.
- 01/2015 : changement de hiérarchie N+1 et N+2. A été baptisée "la vieille" par certains collègues. Mme B. recadre ses collègues et demande à être appelée par son prénom ou son nom de famille. Sur le plan de l'activité professionnelle, Mme B. met en place des sessions de formation qu'elle anime. Elle effectue pour cela de nombreux déplacements en Ile de France et en province.
- 04/2015 : problème de santé. Victime de 3 accidents ischémiques transitoires ayant entraîné des troubles de la mémoire et des troubles auditifs. Mme B. a dissimulé ses difficultés (crainte d'éventuelles répercussions au travail) et a continué à travailler. Était seule dans un bureau individuel, "ça allait".
- 09/2015 : travaille à présent dans un bureau collectif (8 personnes). Ses problèmes auditifs rendent les choses insupportables.
- 24/11/2015 : RDV avec le médecin du travail. Le médecin lui recommande de faire une demande RQTH afin que ses problèmes de santé soient reconnus et qu'il puisse préconiser des aménagements "pour que je puisse vous aider, il faut que vous ayez une RQTH".
Préconisations médecin du travail : "Apte au poste actuel avec installation si possible dans un environnement sonore calme".
- 12/2015 : Son N+1 et son N+2 lui disent qu'elle les "pipote".
- 04/2016 : reconnaissance RQTH applicable depuis janvier 2016.

- 14/06/2016 : préconisations du médecin du travail :
 “Apte au poste de travail aménagé comme tel :
 - doit travailler dans un bureau individuel fermé, avec fenêtre, stores réglables et intensité de l’éclairage adaptable de façon autonome au bureau.
 - Mettre à disposition une chaise ERGONOMIQUE et repose pieds.
 - Mettre à disposition un écran grande taille 27 pouces.
 - Moins 30 minutes de travail / jour (accord handicap)”.
- 07/2016 : demande un entretien RH où elle exprime le souhait de réintégrer le CDN. Il n’y a plus d’informaticien au CDN et cela parait compliqué.
- 04/2017 à 07/2017 : arrêt maladie.
- 08/2017 à 11/2017 : Mise à disposition (sans activité, payée à domicile)
- 10/2017 : la RH lui a proposé une négociation pour un départ. Mme B. a informatisé la convention collective sous forme d’un tableau excel. Elle a dans la foulée de cet entretien pris contact avec un avocat mis à la disposition du personnel par le comité d’entreprise qu’elle a rencontré en novembre 2017. Réponse de l’avocat : “ce que l’on vous propose, c’est n’importe quoi”.
- 12/2017 : affectation provisoire : Chef de projet technique au siège de la rue d’Anjou du CDN. Temps de travail 0.4 ETP. A obtenu également un changement de classe et une augmentation salariale.
- 09/2018 : affectation définitive sur le poste que Mme B. occupe depuis décembre 2017. “je me sens super bien”.

(PdT) Baux de 4 ans au sein de l’entreprise (politique d’évolution de l’entreprise) : non – impossible à cause de la spécificité du poste.

(PdT) Ancienneté au niveau du poste de travail : décembre 2017

(PdT) Salarié Crédit du Nord ou détaché au niveau du groupe : oui, depuis décembre 2017. Postes antérieurs détachés à la SG (2010/2017).

(FI) RQTH avant l’arrêt : 12/2015

(FI) Demande RQTH à l’issu de l’arrêt : non

(FI) Autre reconnaissance administrative du handicap : Demande de pension invalidité catégorie 1, à l’issu de l’arrêt, le 28/11/2017.

- Demande motivée par :
 - Hypertension artérielle traitée (LERCAN 20, ERNELAPRIL 20)
 - Accidents ischémiques transitoires (3)
 - Acouphènes sévères et permanents
 - Surdité oreille droite
 - Strabisme divergent œil gauche
 - Absence de vision binoculaire
 - Perte d’équilibre
 - Rhizarthrose aux 2 poignets et aux 2 mains

- Cervicalgies chroniques
- Céphalées
- Allergies alimentaires et médicamenteuses ayant été à l'origine de plusieurs œdèmes de Quincke
- Syndrome dépressif

(FSMS) Durée de l'arrêt : 31/03/2017 au 30/07/2017 puis dispense d'activité de l'employeur du 31/07/2017 au 30/11/2017 (sans activité, payée à domicile).

(FSMS) Motif supposé de l'arrêt : état anxiodépressif réactionnel à une succession d'évènements dont une situation difficile à son travail.

(FSMS) Spécialité du prescripteur (généraliste, psychiatre) : généraliste et psychiatre

(FSMS) Suivi médical pendant l'arrêt (fréquence) :

- Généraliste : 1 x / mois
- Psychiatre : 1 x / mois
- Association spécialisée en souffrance au travail : 1 à 2x / mois

(FSMS) Traitement prescrit (depuis quand ? Toujours prescrit au moment de la reprise ?) : introduction d'un traitement antidépresseur au début de l'arrêt (EFFEXOR).

Traitement quotidien pour son hypertension et plusieurs traitements si besoin.

(FSMS) Modification du traitement sur la reprise : non, "il n'y a pas eu de modification du traitement antidépresseur au moment de la reprise car j'allais mieux en partie car le traitement me convenait bien. Je suis toujours sous antidépresseurs mais j'ai diminué les doses et je pense arrêter cet été".

(FSMS) Rencontres avec des intervenants extérieurs du maintien en emploi lors de l'arrêt (CRAMIF, cellule PDP de la CPAM, médecin conseil) : oui

Si oui, à l'initiative de qui :

- Assistante sociale de la CRAMIF : à l'initiative de Mme BAUDIN qui souhaitait avoir des informations sur l'invalidité catégorie 1.
- Médecin conseil : Mme B. a été convoquée dans le cadre de la demande d'invalidité catégorie 1.

(FSMS) Visite de pré-reprise : oui

- 01/06/2017 : le médecin du travail considère que l'état de santé de Mme B. nécessite une prolongation de son arrêt maladie.
- 24/07/2017

(FSMS) Modalités de la reprise : avec aménagements.

(FSMS) Aménagements préconisés par le médecin du travail : oui

Si oui, lesquels :

- Apte à la reprise sur poste de chef de projets, direction DATAWAREHOUSE avec aménagements de poste :
 - Siège ergonomique
 - Écran PC 27 pouces
 - Souris verticale
 - Repose pieds
 - Casque téléphonique
 - Bureau individuel
 - Faire essai logiciel synthèse vocale
 - 30 minutes de travail en moins /jour (RQTH)

A revoir en janvier 2018.

(FSMS) Temps partiel thérapeutique prescrit : non

Si oui, durée et % de temps travaillé : /

Invalidité catégorie 1 reconnue. Travaille 50% du temps de travail initial qui équivaut à 0.8 ETP soit 0.4 ETP depuis la reprise (01/12/2017)

(PdT) Charge de travail /organisation du travail ressenti par le salarié par rapport au temps partiel prescrit (concentration de 100 % de la charge de travail sur le temps partiel prescrit ? / désorganisation ressentie ?) : "aucun souci sur ce point, je ne me laisse pas faire".

Service médical :

- Rencontres pendant l'arrêt : oui
 - 04/04/2017 : consultation à la demande du salarié.
 - 01/06/2017 : visite de pré-reprise.
 - 24/06/2017 : visite de pré-reprise.
 - 24/07/2017 : visite de reprise. A l'issue de cette visite, le médecin du travail rédige un courrier afin que son médecin généraliste lui prescrive un arrêt supplémentaire de travail d'une semaine.
 - 31/07/2017 : visite de reprise mais Mme B. est mise en disponibilité, payée, sans travailler à compter de cette date.
 - 10/10/2017 : consultation à la demande du salarié.
- Contacts pris (téléphone, mail, courrier) entre les professionnels prenant en charge le salarié et son médecin du travail : courrier adressé par le médecin psychiatre au médecin du travail. Il considère que Mme B. ne sera plus apte à occuper son poste de travail et il demande un reclassement professionnel.
- Contacts pris entre le médecin conseil de la CPAM et/ou le médecin inspecteur du travail et le médecin du travail : non

- Contacts pris avec le service RH (propositions de poste) : oui
 - 01/06/2017 : le médecin du travail a contacté la spécialiste RH de Mme B. par téléphone. Un retour sur le poste de travail ne sera pas possible. Quelles sont les possibilités de reclassement envisageables ?
 - 24/07/2017 : le médecin du travail a contacté par téléphone le directeur des relations sociales. Mme B. arrive en fin d'arrêt, quelles sont les possibilités de reclassement ?
 - 31/07/2017 : Mme P. spécialiste RH informe le médecin du travail qu'en attendant une solution de reclassement, Mme B. sera mise à disposition à domicile, payée par l'employeur jusqu'à décision finale du poste de travail.
 - 31/08/2017 : Mme P. spécialiste RH n'a pas de poste à proposer. Une négociation sera proposée.
 - 22/11/2017 : Contact téléphonique. Mme P, spécialiste RH. Mme B. a un poste et est attendue le 04/12/2017
 - 23/11/2017 : contact téléphonique ce jour du service juridique qui souhaite une modification de la fiche d'aptitude : refus du médecin du travail.
 - 04/12/2017 : contact téléphonique avec Mme P., spécialiste RH, qui lui confirme que Mme B. est apte au poste proposé tel que définit sur la fiche de poste "chef de projets" avec les aménagements de poste. Attestation scannée ce jour à Mme P.

Outils mobilisés pendant l'arrêt (réalisation d'un bilan de compétence à l'instar du salarié, formations, essais encadrés) : non

Pouvez-vous me décrire ce qui a été source de motivation ou au contraire un frein à la reprise :

- Facilitateurs :
 - Invalidité catégorie 1. "Travailler 2 jours / semaine a été un vrai soulagement".
 - Soutien de mon époux, je n'étais pas seule.
 - Les assistantes sociales qui m'ont orienté.
 - L'association de souffrance au travail que j'ai rencontré.
- Freins :
 - Prévoyance : "il y a de quoi peter un plomb". Il y a une vraie opacité d'accès aux droits de ce régime assurantiel.

Mots sur l'accès aux droits :

"Il est incroyable de cotiser pendant 30 ans à une assurance tous les mois sur sa fiche de paye et de découvrir qu'on ne sait pas ce pourquoi on cotise".

"Le contrat appartient au Crédit du Nord, seule l'entreprise peut mobiliser les droits".

"Tout est fait pour que l'on renonce".

“Ce qu’il y a de pire, c’est l’absence de réponse”.

“J’ai rencontré l’inspection du travail. Ils m’ont conseillé de mettre en demeure l’entreprise par courrier recommandé et d’en envoyer une copie à l’inspection du travail. Cela n’a pas été nécessaire car mes droits ont été activés. Mais je n’ai aujourd’hui aucun écrit. Je pense que je suis bénéficiaire de ces droits pour une période de 5 ans mais je n’en suis même pas certaine. Le service paie m’a dit que je n’aurai aucun écrit de l’assurance”.

Questionnaire Mr G.

(FI) Sexe : H

(FI) Année de naissance : 1980

(PdT) Poste de travail occupé : délégué syndical. Mandat lourd. Président de la commission REBSAMEN (formation – emploi - égalité professionnelle). Membre de la commission logement, de la commission économique, membre du CSE et du CSEC (comité social économique et central).

(FI) Niveau d'étude : Bac + 2 BP banque

(FI) Temps de trajet : 45 x 2

(FI) Mode de trajet utilisé : RER + marche

(PdT) Télétravail : non – cela ne m'a jamais été proposé

- Si oui, modalités et fréquences (figées ou libres) : /

(PdT) Tiers lieu : non

- Si oui, modalités et fréquence : /

(PdT) Ancienneté dans l'entreprise : 1999

(PdT) Évolution au sein de l'entreprise :

- 1999 : agence Cortambert – ASC (attaché service clientèle)
- 2002 : agence Boulogne Rhin Danube – ASC
- 2004 (4 mois) : agence Boulogne Marcel Sembat – conseiller clientèle particulier
- 2004 : Paris Trinité - conseiller clientèle puis conseiller clientèle particulier.
- 2008 : Pole service bancaire Neuilly – assistant.
Travaille en open space. “Ça s’est très mal passé. J’ai été arrêté plusieurs mois. Ma N+1 voulait connaître le motif de mon arrêt. Je lui ai dit que c’était personnel, je ne voulais pas lui dire que j’avais eu une crise de schizophrénie”.
- 2010 : pole service bancaire Sébastopol. Gestionnaire. La directrice était une amie de la directrice de Neuilly. Il y a eu de l’acharnement à mon égard.
- 2014 : Caumartin – SCR (Service Client Régional). Gestionnaire
- 2015 : mandat lourd. Délégué syndical.

(PdT) Bail de poste de 4 ans au sein de l'entreprise (politique d'évolution de l'entreprise) : Oui. L'activité occupée entre 2008 et 2015 est sensiblement la même.

(PdT) Ancienneté au niveau du poste de travail : 09/2015

(PdT) Salarié Crédit du Nord ou détaché au niveau du groupe : CDN

(FI) RQTH avant l'arrêt : oui

Demande RQTH à l'issu du l'arrêt : /

(FSMS) Durée de l'arrêt : 3 ½ mois

(FSMS) Spécialité du médecin prescripteur (généraliste, psychiatre, ...) : arrêt initié par le médecin généraliste puis prolongations faites par le médecin psychiatre.

(FSMS) Motif énoncé de l'arrêt : syndrome anxio-dépressif

(FSMS) Traitement prescrit (depuis quand ? Toujours prescrit au moment de la reprise ?) : "je prends le même traitement depuis 20 ans. Ma psychiatre a voulu changer de molécules et cela ne m'a pas convenu. J'ai repris le traitement que j'avais avant, et les choses sont tranquillement rentrées dans l'ordre".

(FSMS) Suivi médical pendant l'arrêt (modalités ?) :

- Médecin généraliste : 1fois. Il a initié l'arrêt. La psychiatre ne me connaissait pas suffisamment et elle n'a pas voulu m'arrêter. Mon généraliste a lui très vite compris qu'il fallait m'arrêter car il me connaît depuis des années.
- Médecin psychiatre : 1 x / 15 jours à 3 semaines

(FSMS) Modification du traitement pour la reprise : (changement de molécule / modification posologie) traitement idem pour la reprise (c'est le traitement que je prends depuis des années).

(FSMS) Rencontres avec des intervenants extérieurs du maintien en emploi lors de l'arrêt : CRAMIF, cellule PDP de la CPAM, médecin conseil) : oui

- Si oui, à l'initiative de qui :
 - "j'ai été contacté par téléphone le jour de ma reprise par une assistante sociale de la CPAM. Elle voulait savoir comment j'allais faire pour la reprise. Je lui ai répondu que j'avais repris mon poste. Elle m'a dit très bien et elle a raccroché.
 - J'ai contacté la CPAM car je n'ai toujours pas reçu mes indemnités dans le cadre de mon temps partiel thérapeutique. Impossible de comprendre ce qui se passe. Au téléphone, ils ne savent et ils ne répondent pas aux mails que je leur adresse.

(FSMS) Visite de pré-reprise : non

(FSMS) Aménagements préconisés par le médecin du travail :

- Si oui, lesquels (ergo ou organisationnels) : organisationnels dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique.

(FSMS) Temps partiel thérapeutique prescrit : oui

- Si oui, durée et % du temps travail contractuel : 0.5

(PdT) Charge de travail /organisation du travail ressenti par le salarié par rapport au temps partiel prescrit (concentration de 100 % de la charge de travail sur le temps partiel prescrit ? / désorganisation ressentie ?) : ce n'est pas tant la charge de travail qui est compliqué mais cela pose parfois des problèmes d'organisation. Il m'est difficile d'aller à toutes les réunions, des informations m'échappent. Les réunions demandent de la préparation. Je lis les comptes rendus.

Service de santé au travail :

- Rencontres pendant l'arrêt : non
- Suivi post arrêt :
 - 16/04/2019 : Viste de reprise ½ temps.
Arrêt de janvier 2019 jusqu'au 11/04/2019.
Motif : troubles thymiques.
Psychiatre ALD.
Juste avant arrêt baisse des traitements anti productifs car fatigué le matin.
Reprise du traitement initial.
Se sent mieux.
Horaires : 8h45/16h40.
Temps de trajet 30 à 60' / RER.
Symptômes : paranoïa et anxiété
Marche +++
Reprise à temps partiel thérapeutique. 1 semaine 3 jours / 1 semaine 2 jours.
A revoir dans 4 mois.
- Contacts pris (téléphone, mail, courrier) entre les professionnels prenant en charge le salarié et le médecin du travail : non
- Contacts pris entre le médecin conseil de la CPAM et/ou le médecin inspecteur du travail et le médecin du travail : non
- Contacts pris avec le service RH (propositions de poste) : non

Outils mobilisés pendant l'arrêt (réalisation d'un bilan de compétence à l'instar du salarié, formations, essais encadrés) /

Pouvez-vous me décrire ce qui a été source de motivation ou au contraire ce qui a été ressenti comme un frein à la reprise :

Facilitateurs :

- Temps partiel thérapeutique "je reprends doucement, c'est la 1ère fois, même s'il y a des contraintes au niveau de l'activité, c'est moins fatigant".

- Reprendre une vie sociale.

Freins :

- Gestion de l'activité par rapport au temps partiel thérapeutique.
- Reprendre un rythme de travail (se lever, fatigue en fin de journée).
- Sentiment d'avoir moins de liberté.
- "Mes IJ pour le mi-temps sont suspendues depuis avril. C'est compliqué financièrement, j'ai encore un peu de côté. J'ai contacté la CPAM mais les personnes que j'ai eu au téléphone sont dans l'incapacité de me répondre. Ils n'ont toujours pas répondu à mes mails".

NOTE D'OBSERVATION

Liste des annexes

AMBROSIO-NADIN	Sézaltina	Septembre 2019
Master 2		
Situations de Handicap et Participation Sociale		
Maintien dans l'emploi : enjeux du retour à l'emploi après un long arrêt maladie		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>La prévention de la désinsertion professionnelle est un enjeu au centre de plusieurs politiques économiques et sociales. La participation sociale, à travers l'emploi des personnes atteintes de handicap ou de longues maladies, est ici interrogée au regard d'un contexte professionnel qui est celui des missions de maintien en emploi des services de santé au travail. L'expérience de ceux qui éprouvent les situations de handicap nous a ainsi permis de saisir l'impact de l'environnement de travail au centre de nombreuses situations de handicap et d'appréhender l'impact des aménagements organisationnels et des dispositifs de compensation saisis par les salariés.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Maintien en emploi, participation sociale, facteurs individuels, facteurs environnementaux, PPH</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		