



**Association Galaxie**

---

# **Groupe « maintien dans l'emploi » : enjeux, analyse des difficultés rencontrées et propositions**

*Ce document constitue la synthèse des travaux d'un groupe de travail piloté par Galaxie qui s'est réuni au cours du dernier trimestre 2005.*

*Ce groupe a débouché sur des propositions que nous souhaiterions vous soumettre.*

Février 2006

**Mireille Berbesson**

**p 1 sur 14**

01 64 94 83 37 – [mireille.berbesson@copas.coop](mailto:mireille.berbesson@copas.coop)

Conseil en Pratiques et Analyses Sociales

2bis, rue des Jardins 59800 Lille

SCOT ARL à capital variable – RCS Lille B 329 070 809

Tél. 03 28 04 54 24- Fax. 03 28 04 54 25 - E-mail [guylaine.pre@copas.coop](mailto:guylaine.pre@copas.coop)



# 1. Les enjeux

---

## 1.1 *Un enjeu de société : la souffrance psychique au travail*

De plus en plus de gens semblent supporter mal la situation de travail. On peut formuler quelques hypothèses :

- ❑ L'évolution rapide des métiers : certains métiers disparaissent ou sont bousculés par l'évolution technologique ou la rationalisation de l'organisation ; ils ne correspondent plus à la formation reçue initialement.
- ❑ La restructuration des entreprises – délocalisation, fusions, fermetures, licenciements - qui crée une déstabilisation des salariés, et peut inciter certains par prudence à « tenir » dans leur poste de travail alors que celui-ci ne correspond plus à leur souhait ou devient carrément pénible à occuper.
- ❑ Le vieillissement général de la population salariée, avec l'hypothèse que plus on vieillit, plus on risque de rencontrer des problèmes d'adaptation.

On constate une augmentation des situations de souffrance psychique en milieu de travail ; la question du maintien dans l'emploi de ces personnes constitue donc un réel enjeu de société.

Néanmoins, il faut rester prudent et éviter une exploitation abusive de cette notion de « souffrance psychique » au travail : toute situation de travail n'est pas forcément violente, ni toute entreprise, maltraitante. Cette dérive ne facilite pas le maintien dans l'emploi, ni auprès des salariés, ni auprès des responsables d'entreprises.

C'est d'autant plus dommageable que le maintien dans l'emploi exige de l'entreprise, notamment des collègues, une éthique et un engagement professionnels à la fois subtils et rigoureux, tolérants mais respectueux du cadre de travail mis en place.

## 1.2 *Un enjeu sémantique : de quelles situations parle-t-on ?*

Du coup, la question sémantique importe, de manière à préciser de quelles situations l'on parle :

- ❑ *Le handicap psychique* fait davantage référence aux bénéficiaires de la loi du 11/02/2005, donc à un « estampillage » officiel, avec un poids symbolique négatif.
- ❑ *La souffrance psychique* paraît suffisamment large pour évoquer des personnes non TH, mais qui ont besoin d'aide ; mais cette formulation large peut induire que tous les salariés sont potentiellement susceptibles de tomber dans le handicap psychique, ce qui ne correspond pas à la réalité des situations concrètes.
- ❑ La formulation de « salariés présentant des *troubles psychiques* » permet peut-être mieux de rendre compte du caractère individuel (et non social) de cette souffrance, tout en étant plus large que celle du handicap psychique reconnu.

Les situations de troubles psychiques ne peuvent donc être réduites au seul handicap psychique « reconnu ». En effet, tout un travail préalable est nécessaire autour de et avec le salarié pour l'amener à admettre les effets handicapants de ses troubles.

## 1.3 *Le maintien dans l'emploi n'est pas une fin en soi*

Si l'on peut globalement souhaiter que les personnes concernées conservent un emploi, voire restent dans leur entreprise, il s'agit de ne mettre personne en danger : ni le salarié, ni ses collègues, ni l'entreprise. La démarche

s'apparente donc à véritable négociation, comportant une phase de diagnostic de l'ensemble de la situation, puis d'une analyse de la palette des solutions réalistes, puis d'un choix par les principaux acteurs ; soit la construction d'un équilibre entre les personnes qui vont vivre la situation au quotidien.

En ce sens, le maintien dans l'emploi ne doit pas être recherché « à tout prix », mais seulement quand *chacun* peut y trouver son compte. Cela signifie aussi que sa pertinence doit être réinterrogée régulièrement.

#### **1.4 Un enjeu important pour l'entreprise**

Il est clair que les arrêts de longue maladie, ou la répétition des arrêts porte un préjudice financier à l'entreprise, notamment par la désorganisation produite. En ce sens, la prévention et d'une manière générale, un management soucieux de l'ambiance de travail, peuvent constituer une bonne stratégie pour éviter une dégradation trop importante des situations.

On constate que le facteur humain est prépondérant dès lors que la personne a de l'ancienneté dans l'entreprise ; cette dernière, au travers de la hiérarchie comme des collègues, se sent alors investie d'une plus grande responsabilité à son égard.

Mais on rencontre aussi un certain nombre de situations où les relations très dégradées entre le salarié et le collectif ne facilitent pas la mise en place d'un maintien ; ou encore des situations qui impliquent une forte proportion des salariés, laissant penser plutôt à un dysfonctionnement managérial.

Un enjeu consiste donc à construire un argumentaire valable qui puisse motiver les responsables d'entreprise à développer un management général plus favorable au maintien.

#### **1.5 Une nouvelle légitimité**

Les récentes évolutions législatives permettent de donner aux structures spécialisées une légitimité à intervenir sur l'environnement de travail : la définition du handicap au travail le situe à l'interaction d'un individu et d'une entreprise, et l'on parle de *situation de handicap*. Ce changement de perspective constitue une véritable révolution culturelle, dont on n'a pas encore mesuré tout l'impact, et qui ouvre la porte à un chantier important pour la compensation.

Ajoutons que la définition de la santé par l'OMS a également évolué. L'OMS considère qu'un certain niveau de stress est normal au travail et dans la vie quotidienne : la santé devient une affaire de degré.

#### **1.6 Les enjeux de l'intervention : précocité, rapprochement, coordination, pérennisation**

##### **1. Intervenir le plus précocement possible**

Souvent, le signalement des situations intervient trop tardivement, alors que les relations entre le salarié et l'entreprise ont atteint un point de non-retour, qui pèse sur l'éventualité ou les conditions du maintien.

On peut évoquer les situations d'arrêt maladie prolongé où le salarié n'a plus de contact ni avec l'entreprise, ni avec le médecin du travail s'il n'engage pas lui-même une demande de visite de pré-reprise. Bien souvent, les salariés ne connaissent pas les procédures à suivre ; et *plus la coupure avec la situation de travail est longue, plus le risque de désinsertion professionnelle est important*.

L'enjeu d'une intervention précoce est donc double :

- ❑ *Prévenir* les situations de « rupture psychique » : on peut faire l'hypothèse que plus on intervient tôt, plus on évite les risques de décompensation ;
- ❑ *Préparer* le retour dans l'emploi sans attendre le jour de la reprise, de manière à créer une ergonomie globale favorable au maintien.

*Il est donc impératif de pouvoir intervenir au préalable sans que la personne concernée soit bénéficiaire de la loi du 11/02/2005, la démarche de RQTH devenant un objectif et non un préalable.*

## **2. Rapprocher les points de vue, coordonner les actions**

Les acteurs concernés sont à la fois nombreux, dispersés et très différents – en termes de culture professionnelle – les uns des autres. De plus, a priori, leurs objectifs sont différents, voire divergents<sup>1</sup>.

Le cœur de métier des opérateurs spécialisés – PDITH, cellules départementales de coordination du maintien, opérateurs associatifs – consiste à informer, fournir des occasions d'échanges entre les acteurs, aider à un rapprochement des points de vue, et coordonner l'intervention d'acteurs contraints par des délais administratifs.

## **3. Créer un lien en déconstruisant la dépendance**

L'accompagnement du maintien crée un lien de dépendance des acteurs concernés (entreprise et salarié) vis-à-vis de l'opérateur du maintien. Or cet accompagnement est bien évidemment à durée limitée ; l'opérateur doit donc poser le cadre de travail convenant à tous, tout en préparant son retrait.

## **4. Assurer la pérennité du maintien : veille et réactivité**

Sans tomber là encore dans de l'acharnement, l'objectif est de veiller à conserver durablement un « équilibre de travail » qui ne pèse pas trop lourdement sur les acteurs concernés. Or, les situations de travail évoluent, les collègues changent, l'organisation aussi ; il s'agit donc d'un équilibre à réajuster régulièrement.

L'expérience de certains opérateurs d'instaurer une « veille » légère et réactive auprès de l'entreprise et du salarié a montré qu'une telle prestation est à la fois utile et peu utilisée : le simple fait de savoir que c'est possible rassure tout le monde et contribue à consolider le maintien.

### **1.7 Clarifier le paysage institutionnel et financier du maintien**

#### **5. Une question qui reste ouverte : des organismes spécialisés ou intégrés ?**

Nous avons vu que la demande risquait de s'accroître, compte tenu du contexte social et économique. Par ailleurs, on a pu constater la grande diversité de réponses selon les régions : dans certains territoires, Cap Emploi « soustraite » carrément les situations de maintien, ou encore telle Mission Locale oriente systématiquement les jeunes salariés présentant des troubles psychiques vers un service spécialisé.

Il est clair que ces situations nécessitent une disponibilité et des compétences spécifiques. Mais on peut se poser la question de la stratégie à adopter : outiller les services ordinaires (dont certains sont déjà spécialisés dans le handicap) ou développer des services spécialisés ? La création des « maisons du handicap » vient raviver cette question et interpellé le positionnement des services spécialisés.

#### **6. Une certaine opacité de la coordination des dispositifs de maintien dans l'emploi**

Les questions de coordination se présentent de manière différente selon les départements. L'organisation du maintien a été élaborée au niveau national, au travers d'un schéma prévoyant un pilotage régional et départemental, le département étant l'échelle opérationnelle retenue pour la coordination. En IDF, une telle organisation n'est pas optimale : certains acteurs changent souvent (médecins du travail, cadres des entreprises de la grande distribution...) et les contours du département ne sont pas forcément ceux de l'activité économique, (bassins d'emploi).

Par ailleurs, tous les départements n'en sont pas au même point de la mise en place de l'organisation du maintien. Les schémas prévus par la loi venant évidemment après des initiatives diverses et éparées centrées sur tel type de public, tel territoire, telle entreprise... l'on est susceptible d'avoir un nombre d'acteurs important, une organisation

---

<sup>1</sup> Par exemple, l'Union des Médecins Libéraux en IDF actuellement focalisée sur la sécurité des médecins dans les quartiers, ou les médecins-conseils SS sous la pression de consignes pour contenir les dépenses.

départementale « désordonnée », des chevauchements de compétences générant des conflits et un paysage général peu lisible.

Entre les coordinateurs des PDITH (qui ont forcément un axe « maintien dans l'emploi »), les coordinateurs départementaux du maintien dans l'emploi, qui s'appuient sur un schéma lui-même régional, les Cap Emploi et les opérateurs spécialisés susceptibles de faire aussi de la coordination, c'est quand même un peu difficile de s'y retrouver.

Or la lisibilité du dispositif est déterminante pour assurer la précocité des signalements : il faut que les personnes-clés puissent repérer les opérateurs auprès de qui orienter et comprendre facilement le fonctionnement de la chaîne d'intervenants.

## 7. Les modalités de financement : la nécessité d'une clarification et d'une simplification

Chaque service négocie avec ses financeurs locaux pour mettre au point ses prestations ; cela aboutit à des situations locales très contrastées, avec une grande diversité dans les prestations (en termes de contenu, de rythme, de financement...).

Il serait important aujourd'hui de pouvoir :

- Inventorier les outils existants, souvent différents d'un département l'autre, ce qui permettrait de définir un dispositif de base commun.
- Préciser le type de prestations utiles pour le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques (bilan, diagnostic, formation, accompagnement, hot line...),
- Avoir des modalités de financement adaptées à ces prestations ainsi décomposées.
- Obtenir une rationalisation du financement public, fixant la part de chaque institution et facilitant la gestion courante des opérateurs, notamment associatifs (délais de versement des subventions FSE...).

## 2. Comment susciter la volonté de faire ?

---

### 2.1 Du côté de l'entreprise

L'engagement de l'entreprise dans une politique favorisant le maintien dans l'emploi représente un **enjeu** important pour l'entreprise, pour trois ordres de raisons :

- Le souci d'avoir des salariés opérationnels : on sait que souvent la question du maintien/licenciement se pose tardivement, alors que la situation au regard des performances ou du climat de travail s'est dégradée depuis longtemps ;
- La nécessité de répondre à des obligations légales : prouver que l'on a « tout fait » pour reclasser les personnes concernées, à l'interne ou à l'externe (obligation de moyens) ;
- L'existence de compensations financières, qui, pour certaines situations et sur des durées courtes, peuvent aider à envisager un maintien (mais tout le monde s'accorde à dire que cette aide financière est trop mince pour être déterminante).

Or, si quelques entreprises ont développé à l'interne une culture d'écoute et d'accompagnement des situations de souffrance, beaucoup de chefs d'entreprise ont une méconnaissance à la fois des problèmes internes (ils ne connaissent pas forcément le climat psycho-social de leur entreprise), des solutions possibles (ils ont souvent en tête du tout ou rien), et des obligations légales (qu'ils surestiment souvent) ; ils peuvent également développer des préjugés contre la médecine du travail, ou encore être découragés d'avance par les aspects administratifs.

Les **propositions** sont donc d'ordre informatif :

1. Élaborer avec les fédérations, unions patronales, syndicats, branches, une *politique de communication* mettant en évidence :
  - L'importance des enjeux – sociaux, et pour l'entreprise - que représente le maintien dans l'emploi
  - Une information sur les nouvelles dispositions légales, insistant sur les « nouveautés », et permettant de lever les craintes des PME et très petites entreprises (obligation de moyens, pas de résultats)
  - L'importance que ces situations soient prises en compte tôt, en orientant les personnes vers des personnes-ressources variées (chacun pouvant alors aller vers celui en qui il a confiance), qui auront elles-mêmes fait l'objet d'une communication les alertant sur ces situations : médecins du travail, contremaîtres ou cadres intermédiaires, élus du personnel (plus spécifiquement le CHSCT), DRH...
  - L'importance de sensibiliser les salariés eux-mêmes pour qu'ils ne « subissent » pas ces situations.
  - En se basant sur des exemples de réussite de maintien.
2. Repérer localement les réseaux d'appartenance des chefs de petites entreprises et des travailleurs indépendants : par branche, secteur d'activité, caisses de cotisations...pour utiliser le bon canal d'information.
3. Contacter les caisses de prévoyance, les principales mutuelles, pour construire une campagne d'information auprès des entreprises.

## 2.2 Du côté du salarié concerné par les troubles psychiques

Les principaux obstacles à la « volonté de faire » tournent autour de la question du déni, et de celle de la crainte d'être stigmatisé, voire mis en danger dans son maintien en poste. D'où la difficulté pour l'entreprise ou le médecin du travail de mettre le salarié suffisamment en confiance pour l'orienter vers un appui extérieur.

D'autre part, on constate une méconnaissance des salariés des ressources et des aides mobilisables dans ces situations.

### Propositions

1. Élaborer un dépliant informatif à glisser une fois par an avec le bulletin de salaire, expliquant ces situations et donnant les coordonnées des personnes-ressources variées, dans et hors de l'entreprise, auxquelles le salarié peut s'adresser.  
  
Les médecins du travail pourraient aussi le distribuer au cours de leurs visites systématiques (plutôt que de le mettre sur un présentoir en salle d'attente, où il se perd parmi d'autres).
2. Banaliser le nom des prestations proposées : « coaching » ou « redynamisation » pour l'accompagnement, « gestion du stress », « s'organiser dans son travail » sont des dénominations générales, sachant qu'on ne proposera pas le même produit à un cadre stressé et à une personne souffrant de troubles psychiques. Parallèlement, ces mots parlent à l'entreprise mieux qu'un vocabulaire spécialisé, et leur flou permet au salarié concerné de s'en saisir « comme il l'entend ». Cela permet d'enclencher le travail, et donc de faire évoluer la situation et le positionnement du salarié.

## 2.3 Du côté des médecins

### 8. Lever des préjugés à l'encontre des médecins du travail

En fait, l'exercice de la médecine du travail est souvent incompris :

- De certains chefs d'entreprise – qui ne sollicitent pas le médecin du travail par crainte que celui-ci leur impose « automatiquement » le maintien ;
- De certains salariés qui le vivent comme un « médecin-maison » payé par et au service de l'employeur.

- De certains médecins traitants – notamment les psychiatres – qui les estiment incapables de respecter le secret professionnel, compte tenu de leur positionnement par rapport aux entreprises.
- Des médecins-conseil de la S.S., qui ne tiennent pas compte de leurs demandes lors des consolidations d'arrêt-maladie.

### **9. Développer une stratégie vis-à-vis des caisses de SS**

Il y a une contradiction actuellement entre des directives officielles qui incitent les médecins-conseils à systématiser les visites de pré-reprise, la faiblesse des moyens des médecins du travail dans certaines régions (IDF...), et enfin les consignes concrètes des caisses aux médecins-conseil de « durcir » leurs décisions quant à la prolongation des arrêts-maladie,

On pourrait donc soulever cette contradiction auprès des Caisses pour construire des réponses mieux adaptées.

### **10. Informer les médecins libéraux**

Une proportion importante de salariés souffrant de troubles psychiques est suivie par le médecin traitant généraliste ou spécialiste.

Or, il est plus difficile de toucher les médecins libéraux (psychiatres ou généralistes), à la fois plus « individualistes », plus strictement centrés sur le tête-à-tête avec le patient que sur le réseau, et de plus, peu disponibles.

### **11. L'intérêt des consultations spécialisées dans la psychopathologie professionnelle**

Il existe dans certains hôpitaux (en région parisienne, Lyon, Grenoble) un service gratuit de psychopathologie professionnelle.

Le recours à ces services est particulièrement intéressant dans les situations d'urgence et d'expertise, et constitue un relais pour les médecins du travail.

#### **Propositions**

1. Solliciter les organisations de médecins du travail pour qu'ils fassent une campagne de communication auprès des salariés et des autres médecins, communication qui prenne en compte les malentendus sur leur positionnement et s'attache à les dissiper.
2. Solliciter les Unions Départementales des Médecins Libéraux pour qu'ils relaient l'information.
3. Sensibiliser les médecins-traitants à l'intérêt de la visite de pré-reprise.
4. Proposer des séminaires sur le repérage des troubles psychiques en lien avec la situation de travail.
5. Construire avec la CNAM et les CRAM une procédure d'intervention plus coordonnée avec les autres médecins (du travail et traitant).
6. Sensibiliser les consultations hospitalières de psychopathologie professionnelle sur la collaboration avec les médecins du travail.

## **2.4 Du côté des coordinations et opérateurs spécialisés**

Il s'agit de repérer, clarifier puis optimiser le fonctionnement des acteurs spécialisés dans le maintien.

Le rôle des coordinations pourrait aussi se concentrer sur l'aspect « information continue » des acteurs.

## Propositions

1. Sur chaque département, procéder à un « audit » de l'existant avant d'organiser la coordination d'un dispositif « rationalisé », repositionnant chaque acteur dans le dispositif (en évitant doublons et chevauchements) et permettant de repérer les opérateurs de maintien.
2. Adapter l'organisation de la coordination et du dispositif aux spécificités territoriales : par exemple, en IDF, s'appuyer pour les rôles-clés sur les fonctions stables et prendre en compte la dynamique des territoires plutôt que le découpage administratif.
3. Élaborer un outil de communication (dépliant) listant :
  - Les dispositions nouvelles de la loi du 11/2/2005
  - Les outils techniques et financiers
  - Les personnes ressources et leurs coordonnées sur le territoire local
 Cet outil serait transmis aux DRH et aux secteurs psychiatriques.

## 3. Intervenir en amont : prévention et préparation

### 3.1 Du côté de l'entreprise

L'objectif est donc double : instaurer un climat d'entreprise et une organisation du travail permettant de réduire le stress et de repérer et traiter les situations de difficulté psychique avant qu'elles ne se dégradent.

A ce jour, il paraît inadéquat de parler de compensation pour l'entreprise ; le sentiment est plutôt qu'il est demandé un effort à l'entreprise, sans réelle contrepartie.

Cependant, tout le monde gagne à instaurer un climat de travail satisfaisant. Pour cela :

- ❑ Il est important **d'intégrer** la stratégie de maintien dans l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques dans la politique sociale globale de l'entreprise, en sensibilisant le management et les instances déjà existantes au titre de la sécurité (CHSCT, commissions, responsables de la sécurité), de la santé (médecin, infirmière), voire de la solidarité au travail (représentants du personnel, CE, cadres intermédiaires...). Cela permet de banaliser le signalement des situations de souffrance, en évitant la délation, la culpabilité, la stigmatisation.
- ❑ Les **cadres intermédiaires** sont particulièrement concernés : c'est grâce à eux qu'une politique décidée par la hiérarchie peut réellement se mettre en place. Sans leur accord et leur sensibilisation, cette politique risque d'être seulement à usage externe, pour entretenir la bonne image de l'entreprise, mais sans réelle traduction concrète à l'interne.
- ❑ Cela nécessite aussi une formation/information **continue** des personnes-clés et des salariés eux-mêmes, compte tenu que le sujet est sensible.
- ❑ Il est souvent difficile d'obtenir de l'entreprise des **fiches de poste** décrivant la fonction dans le détail. Toutes les entreprises n'ont pas formalisé ou actualisé les différents postes de travail,
- ❑ Certaines entreprises sont carrément **maltraitantes**, soit volontairement, soit involontairement.
- ❑ S'appuyer sur le « **Document Unique** ». Il s'agit d'une obligation des employeurs, quelle que soit la taille de l'entreprise, de tenir à jour un état des lieux sur les risques liés au travail dans l'entreprise<sup>2</sup>. Ce document se

<sup>2</sup> Décret du 5 novembre 2001 sur l'élaboration du « document unique » relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des salariés.

révèle un outil très performant pour mettre à plat l'organisation du travail et fournir des indications pour l'améliorer.

### Propositions

1. Inciter les entreprises à créer une dynamique collective autour du « document unique » à remplir puis à réactualiser.
2. Développer un argumentaire autour du management général de l'entreprise, du savoir-faire qu'elle a intérêt à développer autour d'une bonne ambiance de travail.
3. Proposer aux sites Internet généraux des DRH une page sur la question, et organiser les sites spécialisés de manière à ce qu'ils soient facilement et utilement consultables par les acteurs de l'entreprise.
4. Développer les interventions de « coaching » à titre de prévention.
5. Dans les PME, sensibiliser les services comptables aux aides mobilisables dans les situations de maintien.
6. Sensibiliser les grandes entreprises à l'intérêt d'une cellule interne « handicap »
7. Former le management. Dans les grandes et moyennes unités de travail, le management intermédiaire est le maillon stratégique ; c'est vers lui qu'il faut porter l'effort de formation et de sensibilisation, pour l'aider à repérer, analyser puis accompagner les situations. Il serait intéressant de pouvoir aussi, dès leur formation initiale, sensibiliser les managers à la question du maintien, y compris dans les situations de souffrance psychique, et d'une manière générale, à la notion de « bonne ambiance de travail ».
8. Conseiller les décideurs
9. Mettre à jour le fonctionnement « réel » de l'entreprise

## 3.2 Du côté du salarié

### 12. La nécessité d'une évaluation réaliste, partagée, dicible :

- Réaliste : il ne faut leurrer ni le salarié, ni ses collègues, ni le chef d'entreprise, sur les capacités réelles du salarié, et donc sur sa perte de compétences.
- Partagée : il peut y avoir des distorsions de l'évaluation de la situation selon les acteurs, il faut donc parvenir à un rapprochement des évaluations. Quand le salarié a donné son accord, il est important d'avoir le maximum de renseignements sur la situation globale de travail (fiche de poste, ambiance...). Le travail de l'opérateur pourra consister à faire évoluer la position du salarié par rapport à l'implication de son environnement de travail dans la préparation du retour.
- Dicible : L'acceptation de la nouvelle situation doit être construite, pour cela il faut à la fois jouer sur l'écoute de la souffrance et sur l'épreuve de réalité, avec douceur, fermeté et ténacité !

L'évaluation doit aussi permettre de construire le cadre du maintien, en proposant *d'abord* une écoute de la souffrance (qui se traduit souvent par le déni de la perte des compétences). Ce n'est que dans un second temps qu'on peut construire un bilan réaliste, puis éventuellement des actions de formation/réentraînement.

### 13. Il n'existe pas de réponse standard

Il est important de repérer avec la personne les tâches qu'elle souhaite conserver « ce à quoi elle tient » dans son travail, et qui ne correspond pas automatiquement à ce dont l'entreprise a besoin.

Par ailleurs, il faut tenir compte des difficultés du salarié (fatigabilité, perte de compétences, difficultés de concentration) mais aussi de ses préférences personnelles pour construire le cadre du maintien ; il peut préférer conserver un temps de transport important ou un poste contraignant.

---

On peut consulter les sites des ARACT et inrs.fr

**Propositions :**

1. Construire une dynamique d'intervention alternant soutien psychologique et mise au point « réaliste ». La mise en œuvre de cette dynamique nécessite une pluridisciplinarité dans l'équipe de maintien.
2. Former et soutenir les opérateurs qui procèdent à l'évaluation. En termes de pratique professionnelle, vérifier régulièrement que l'on est en phase avec le salarié, ne rien tenter d'imposer, au nom du « bon sens ».
3. La souplesse du temps de travail à promouvoir : utilisation du temps partiel thérapeutique...

**3.3 Du côté des médecins****14. Des visites de pré-reprise et de reprise en nombre insuffisant et parfois tardives**

La question est complexe. On ne peut savoir à l'avance si tel arrêt de travail de plus de trois semaines présente un caractère de stress ou le signe d'une souffrance psychique. Or leur nombre est important et dépasse souvent la capacité des médecins en place.

C'est encore le salarié lui-même qui est le mieux placé pour savoir si ça pourrait être intéressant pour lui de rencontrer le médecin du travail. Or la plupart du temps, les salariés ne connaissent pas leur droit sur ce plan-là, ni a fortiori les avantages qu'ils pourraient tirer d'un soutien au maintien dans l'emploi.

**15. L'intérêt d'une reprise progressive du travail**

Il est difficile de reprendre à temps plein son travail après un long arrêt, et l'on sait que les difficultés de concentration et la fatigabilité sont des caractéristiques fréquentes du handicap psychique. Il serait donc intéressant de pouvoir bénéficier d'une souplesse du temps de travail, notamment à la reprise, sous forme d'un temps partiel sur deux mois renouvelable (notion « d'apte à revoir » en médecine du travail).

**16. La politique des Caisses de Sécurité Sociale****Propositions**

1. Sensibiliser la CNAM à l'intérêt de proposer des visites-conseil systématiques pendant les arrêts maladie pour troubles psychiques et les médecins-traitants aux enjeux des visites de pré-reprise liées à ces situations.
2. Sensibiliser la SS à l'intérêt d'une reprise progressive du travail, et encourager la possibilité de cumuler invalidité et travail à temps partiel.
3. Proposer à la SS de construire une fiche technique sensibilisant les salariés à l'enjeu de la visite de pré-reprise et de reprise, fiche qui pourrait être remise avec le bulletin de prolongation d'arrêt, ou une fois par an avec le bulletin de salaire.

**3.4 Du côté de la coordination****Propositions**

1. Former systématiquement les coordinateurs à l'animation de réseau.
2. Insuffler et stimuler les collaborations entre les différents médecins.

3. Servir de tiers entre partenaires pour reformuler, trouver les mots qui font passerelle, permettre à chacun de comprendre la situation dans son ensemble.
4. Intégrer les assistantes sociales – de secteur, des caisses de SS, des entreprises – au réseau.

## 4. Maintien et pérennisation du maintien

---

### 4.1 *Un équilibre à construire*

#### 17. L'importance de l'ambiance au travail

L'accueil du salarié au retour, puis l'entretien d'une bonne ambiance autour de lui sont déterminants pour la réussite du maintien. Le management est donc la clé de la réussite, dans la phase de retour comme à plus long terme. On note que bien souvent, « à côté » de la politique handicap de l'entreprise et de l'organisation qu'elle a mise en place, c'est au niveau des services ou des petites unités de production que telle situation est maintenue, grâce à l'effort de l'équipe autour du salarié, et donc sur la base d'un volontariat discret. Ce « bénévolat » montre aussi la fragilité de certains maintiens : le départ d'un collègue particulièrement investi, des contraintes nouvelles qui alourdissent encore la charge...

Il faut souligner la lourdeur et la subtilité de ce qui est demandé à l'entreprise : conserver un salarié, qui

- Est très différent de la personne que les collègues ont connue avant (avec toutes les conséquences déstabilisantes que cela peut avoir) ;
- A des performances en dents de scie ;
- Présente des troubles du comportement ;
- Ne fournit pas spontanément des clés de compréhension de sa situation, et peut en plus dénier ses difficultés.

#### 18. Une « hot line » proposée à l'entreprise

C'est souvent l'entreprise elle-même qui sollicite une prestation et se montre inquiète de la fin de l'intervention. Les entreprises sont donc globalement demandeuses d'un suivi, d'une veille, d'un opérateur qu'elles puissent solliciter en cas de problème.

La réactivité de l'opérateur est alors un gage de réussite, en maintenant la confiance de l'entreprise et le sentiment pour le salarié d'avoir un « filet ».

#### 19. Les difficultés de la fonction de tutorat

Le tutorat n'est pas simple à mettre en place :

- Il arrive que le TH lui-même n'en veuille pas, estimant que cela constitue une stigmatisation (notamment dans les petites unités) ;
- Les tuteurs ne sont pas volontaires, et souffrent parfois d'une non-reconnaissance dans leur travail ;
- Les tuteurs ne sont la plupart du temps ni préparés ni formés à cette fonction.

#### 20. Une fonction-clé : l'encadrement intermédiaire

L'encadrement intermédiaire occupe une place stratégique :

- Il est susceptible de jouer un rôle plus ou moins actif dans la situation de mal-être des personnes ;
- Il peut être un obstacle au maintien ;
- Il est aussi le levier, en tant que tuteur officiel ou simple responsable hiérarchique, de la pérennisation du maintien.

## 21. Un principe : la souplesse du temps de travail

C'est vraiment un message fort sur lequel insistent les médecins du travail :

- réinterroger *régulièrement* le temps de travail, pour s'adapter aux évolutions de la situation – l'état du salarié, la mobilité de l'organisation du travail, etc. - ;
- pouvoir jouer sur le temps de travail de manière *souple* : revenir à un mi-temps, proposer un 3/4 de temps, tenter le temps plein...

### Propositions

1. Éviter que ce soit les mêmes collègues qui se retrouvent durablement à gérer ce type de situations ;
2. Éviter de concentrer dans les mêmes équipes plusieurs situations de handicap psychique ;
3. Proposer des actions de régulation au sein des équipes et/ou au responsable, pour s'assurer que « le contrat » de maintien est bien suivi par chacun et procéder aux réajustements.
4. Renforcer la fonction de tuteur. Il est donc important de pouvoir valoriser et reconnaître cette fonction :
  - En intégrant la fonction de tutorat dans la fonction managériale, de manière formalisée pour assurer notamment que le départ des tuteurs soit relayé
  - En l'élargissant aux stagiaires, à l'accueil des nouveaux arrivants, aux périodes d'essai...
  - En permettant d'en rendre compte lors des entretiens annuels d'évaluation, avec un impact sur la note et/ou une reconnaissance financière
5. Systématiser les bilans intermédiaires : on ne peut pas s'en tenir à l'entretien d'évaluation annuel (quand il existe) pour recadrer une situation qui part silencieusement à la dérive. Il faut mettre en place une procédure plus régulière.
6. Former et sensibiliser l'encadrement intermédiaire à la gestion des salariés ayant des troubles psychiques.
7. Mettre à disposition des entreprises un recours en cas de crise (« veille » auprès de l'entreprise).
8. Sensibiliser les acteurs concernés – médecins SS et du travail, médecins traitants, entreprises – à l'intérêt de la souplesse du temps de travail.

## 4.2 Le rôle des coordinations et opérateurs spécialisés

### 22. Au moment de la fin de l'accompagnement, trois précautions

Il importe de **formaliser** la fin de l'accompagnement de façon à ce qu'un changement, une mutation des acteurs (de l'entreprise, de la médecine du travail...) ne remette pas en question un équilibre, et permette le cas échéant et sous certaines conditions une veille, une nouvelle intervention.

A ce titre, il est donc pertinent de distinguer :

- La veille auprès de l'entreprise, qui pourrait continuer, sans clôture ;
- La fin de l'accompagnement auprès du salarié (accompagnement qui pourrait être repris si nécessaire).

Il est important durant l'accompagnement de la reprise d'emploi de mentionner à tous les acteurs **l'échéance de fin**, de manière à ce que tout le monde puisse l'intégrer et mettre à plat les difficultés éventuelles. En effet, il ne faut pas installer une dépendance.

Enfin, il semble intéressant :

1. Qu'à la fin de l'accompagnement des TH, un **tuteur** interne soit identifié systématiquement : c'est à lui qu'une « hot line » pourra être proposée concrètement.
2. Que soit construite à son intention une check-list d'indicateurs de déstabilisation (liés au salarié – arrêt maladie, absences, dégradation de la qualité du travail, ou à l'environnement de travail - mécontentement des collègues, conflits, changement dans l'équipe, déménagement, modifications même infimes de l'organisation ou du contenu des tâches).
3. Que le tuteur s'il quitte son poste de travail, puisse sensibiliser sa hiérarchie sur le relais à mettre en place.

## 5. Annexes

---

### 5.1 Les structures et personnes participantes

#### ❑ Club ARIHM (Paris) :

- Docteur Gisèle Birck, psychiatre, fondatrice du Club Arihm, [gisele.birck@arihm.com](mailto:gisele.birck@arihm.com)
- Benoît Fruchard, vice-président du Club Arihm, chargé de mission handicap dans le groupe « Lafarge », [benoit.fruchard@lafarge.com](mailto:benoit.fruchard@lafarge.com)
- Laurence Bernard, directrice administrative et pédagogique, [laurence.bernard@arihm.com](mailto:laurence.bernard@arihm.com)
- Timy Cassereau, formatrice, [timy.cassereau@arihm.com](mailto:timy.cassereau@arihm.com)
- Mélanie Landier, psychologue, [melanie.landier@arihm.com](mailto:melanie.landier@arihm.com)

#### ❑ ORSAC Insertion (Ain) :

- Frédéric Dewulf, directeur, [fdewulforsacinsertion@wanadoo.fr](mailto:fdewulforsacinsertion@wanadoo.fr)
- Françoise Anelli, chargée de développement, [orsacinsertion@wanadoo.fr](mailto:orsacinsertion@wanadoo.fr)
- Jacqueline Michelard, assistante sociale au Centre psychothérapique de l'Ain, [jacotte-cm@wanadoo.fr](mailto:jacotte-cm@wanadoo.fr)

#### ❑ Médecine du travail 73 (Savoie) :

- Catherine Ponson, coordonnatrice départementale du maintien dans l'emploi, [dispositif.maintien73@wanadoo.fr](mailto:dispositif.maintien73@wanadoo.fr)

#### ❑ L'ADAPT 69

- Nathalie Chanut, [nathaliechanut@yahoo.fr](mailto:nathaliechanut@yahoo.fr)

#### ❑ Le PDITH 91

- Bernard Vogel, chargé de mission, [pdith91.maintien-b@wanadoo.fr](mailto:pdith91.maintien-b@wanadoo.fr)

#### ❑ La mission handicap du groupe « Crédit Agricole »

- Marie-Claire Verstraete, chargée de mission IPH, [marie-claire.verstraete@lcl.fr](mailto:marie-claire.verstraete@lcl.fr)

#### ❑ La médecine du travail de la Réunion des Musées Nationaux

- Docteur Monique Petit, [monique.petit@rmn.fr](mailto:monique.petit@rmn.fr)

#### ❑ Médecine EDF

- Docteur François Rossignol (médecin du travail), [francois.rossignol@edfgdf.fr](mailto:francois.rossignol@edfgdf.fr)
- Docteur Bernadette Michelin (médecin-conseil régime spécial IEG), [bernadette.michelin@edfgdf.fr](mailto:bernadette.michelin@edfgdf.fr)

#### ❑ Sanofi-Aventis

- Dr Élodie Causse, médecin du travail, [elodie-cl.causse@sanofi-aventis.com](mailto:elodie-cl.causse@sanofi-aventis.com)

#### ❑ Médecin du travail inter-entreprises

- Docteur Thierry Verrier, [thierry.verrier@libertysurf.fr](mailto:thierry.verrier@libertysurf.fr)

#### ❑ La société CAIFASTNET

- Fabienne Hogrel, responsable des moyens généraux, [Fabienne.hogrel@ca-is-fastnet.com](mailto:Fabienne.hogrel@ca-is-fastnet.com)

#### ❑ Animation par COPAS

- Mireille Berbesson, consultante, [mireille.berbesson@copas.coop](mailto:mireille.berbesson@copas.coop)

