

**HAS - Recommandations de bonne pratique**  
**« Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle**  
**des travailleurs ayant des problèmes de santé »**  
**Synthèse des remarques et propositions transmises**  
**dans le cadre du Groupe de Lecture**

**Contexte**

Produire des recommandations et des outils, et favoriser leur utilisation par les professionnels de santé, constituent une mission de la Haute Autorité de Santé (HAS). Dans ce cadre, l'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Dans le cas présent, les objectifs des recommandations de bonne pratique sur le thème «Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ayant des problèmes de santé» sont :

- d'une part de fournir aux professionnels de santé un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs (en première intention dans l'entreprise d'origine), afin de réduire le nombre d'inaptitudes vectrices de perte d'emploi ;
- et d'autre part, d'améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle.

Dans le cadre de ma participation au Groupe de Lecture pour l'élaboration de ces recommandations de bonne pratique, j'ai pu préalablement avoir des rencontres ou échanges téléphoniques (d'une demi-heure en moyenne) avec 12 intervenants des services de santé au travail, ainsi que des structures participant aux actions de maintien en emploi (SAMETH, service social, service d'appui psychologique,...) et d'une branche professionnelle particulièrement concernée par ce dispositif. Les remarques et propositions présentées ici le sont cependant à titre personnel.

**Prendre en compte ce que représente l'inaptitude**

Il arrive que l'inaptitude soit vécue comme un soulagement ou une opportunité. Mais souvent c'est une décision impliquant pour le salarié l'abandon de son poste de travail et remettant en question son mode de vie, représentant donc un événement potentiellement traumatisant et fragilisant.

Il arrive d'ailleurs dans certains cas que l'inaptitude soit perçue comme une décision injuste ou exagérée, l'aspect médical et donc le médecin du travail étant alors perçus en tant que cautions, suscitant la méfiance.

L'enjeu suite à l'inaptitude est généralement :

- d'accepter la décision (c'est-à-dire d'engager le travail de deuil par rapport à la position antérieure) tout en faisant face au cas échéant à une situation sociale critique,
- d'éviter l'isolement (notamment lorsque l'intégration socio-professionnelle est moins marquée, comme dans le cas des travailleurs intérimaires) et en particulier de ne pas refuser d'être accompagné,
- d'être capable de se remobiliser (par exemple en reconquérant la confiance nécessaire et une image de soi positive),
- de parvenir à la maîtrise des décisions quant à son propre avenir.

L'inaptitude implique la nécessité de rebondir. A ce sujet, le délai d'un mois réglementairement prévu pour le reclassement suite à inaptitude apparaît très court lorsque l'inaptitude n'a pas été anticipée (plus de 80% des inaptitudes conduisent à un licenciement).

L'inaptitude est encore parfois considérée comme la voie normale de traitement de l'incompatibilité entre le poste de travail et l'état de santé. Mais en fait, hormis les cas d'événements soudains et imprévisibles, l'inaptitude constitue plutôt la dernière issue lorsqu'aucune autre solution n'a été trouvée pour faire face à cette incompatibilité.

Anticiper une éventuelle inaptitude et préparer une solution alternative sont des actions déjà mises en pratique concrètement par de nombreux salariés, seuls ou avec l'appui des dispositifs de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle. Cela permet notamment de disposer du temps nécessaire à l'adaptation du poste de travail ou à la reconversion.

Il semble essentiel de développer cette anticipation des problématiques d'inaptitude.

### **Anticiper les risques d'inaptitude le plus en amont possible**

Avec les visites médicales de pré-reprise, l'anticipation, avant l'inaptitude, des risques d'inaptitude et le déclenchement sans attendre des recherches de solutions (aménagement du poste de travail, reconversion) sont prévus réglementairement et effectifs. Le dispositif est bien établi, il reste à mieux le faire connaître et à veiller à ce qu'il ne soit pas utilisé seulement en cas d'arrêt de travail supérieur à 3 mois.

Pour les travailleurs intérimaires, compte tenu des spécificités de la relation contractuelle de travail, la branche professionnelle a mis en place un dispositif spécifique incluant la possibilité de Bilan de compétences et de Congé individuel de formation reconversion (CIFR). L'avis du médecin du travail doit être sollicité et la prise en charge du coût des visites médicales est prévue. Le FASTT (Fonds d'action sociale du travail temporaire - [www.fastt.org](http://www.fastt.org)) est disponible pour tout renseignement à ce sujet.

Mais bien en amont, l'anticipation avant toute manifestation pathologique est également envisageable, notamment auprès des jeunes salariés. Il existe pour certains métiers (maçon, aide-soignante) ou pour certaines conditions de travail (travail posté par exemple) des probabilités élevées que le salarié ne puisse pas conserver son métier durant toute sa vie professionnelle. Pourtant, il est fréquent que des salariés exerçant dans ces conditions, attendent le dernier moment, c'est-à-dire l'inaptitude, pour se confronter à la problématique de la reconversion.

Cette logique d'anticipation implique pour le salarié d'acquérir de l'autonomie dans son parcours professionnel, de travailler sa capacité à s'adapter et à se projeter, et d'être lui-même acteur du repérage précoce des risques d'inaptitude. Les visites d'information et de prévention ou celles organisées dans le cadre du suivi individuel renforcé peuvent permettre de faire passer le message ou d'alerter le salarié sur la possibilité d'une inaptitude à terme, sur l'intérêt d'anticiper les reconversions et sur son propre rôle dans la détection des signes avant-coureurs.

Au niveau de l'entreprise, l'employeur peut participer à ce renforcement de l'employabilité des salariés. En complément des actions d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels, l'analyse des retours d'expérience d'inaptitude, le repérage des alertes (arrêts de travail récurrents, par exemple), l'identification des métiers ou des postes de travail à risque sont des actions de prévention du risque d'inaptitude, relevant souvent de la prévention primaire.

→ A titre indicatif, quelques indicateurs d'activité de l'AIST89 en 2017 (*NB : certaines informations, en italique, sont issues de recoupements ou de décomptes qui ne bénéficient pas à ce jour d'une méthodologie stabilisée*)

Salariés suivis	50.000
Inaptitudes prononcées	413
<i>Taux de licenciement après inaptitude</i>	79%
<i>Inaptitudes avec maintien en emploi dans l'entreprise</i>	87
« Aptitudes » avec restriction, aménagement,...	1.404
<i>Salariés identifiés en risque d'inaptitude (inaptitude non prononcée)</i>	401
Reclassements réussis avant qu'une inaptitude soit prononcée	177
<i>Interventions du SAMETH (cas complexes)</i>	55
<i>Reclassements/reconversions réussies avec intervention du SAMETH</i>	40
Visites de pré-reprise	1.092
Orientations vers le service social (convention AIST89 ou CARSAT)	165
Orientations vers le service d'appui psychologique	85

## **Les expérimentations d'accompagnement individualisé en vue d'un reclassement ou d'une reconversion avant l'inaptitude**

Si le salarié est travailleur handicapé, plusieurs possibilités d'accompagnement individualisé existent (SAMETH, dispositif d'emploi accompagné) et peuvent être mobilisées.

A contrario, hors reconnaissance d'un handicap, hors inaptitude et hors arrêt de travail prolongé, il existe relativement peu de dispositif prévoyant un accompagnement médico-social et un soutien à la reconversion professionnelle. Pourtant, ceci semble capital pour permettre aux salariés disposant a priori d'une faible mobilité professionnelle de rebondir professionnellement.

Les services de santé au travail ont dans plusieurs cas développé des appuis sociaux ou psychologiques, complémentaires de l'intervention médicale et technique. Mais ils n'interviennent pas stricto sensu sur la problématique spécifique de la reconversion professionnelle, qui ne relève pas de leur cœur de métier.

Une expérimentation a été proposée dans l'Allier. Des psychologues du travail en assurent le pivot, dans un objectif de travail sur la motivation et les compétences, et d'interventions de partenaires en fonction des besoins (bilan de compétences, assistante sociale, psychiatre, orthophoniste,...). Le principe en est « le bon partenaire au bon moment », sachant que dans certains cas un simple déclic suffit, alors que dans d'autres un appui sur une certaine durée est nécessaire, l'objectif étant en tout état de cause à terme l'autonomie.

Des expérimentations sont également actuellement en cours dans la région Bourgogne Franche-Comté. Elles bénéficient d'un financement de la part d'OPCALIA et, soit de la DIRECCTE, soit du Service de santé au travail lui-même. Elles sont basées sur un accompagnement individuel par un consultant (19 heures) et la participation à une formation. Le médecin du travail assure la toute première information du salarié, le contact étant ensuite maintenu avec lui, notamment pour apprécier la validité des projets de reconversion envisagés. Il n'y a pas de préalable quant à la solution qui sera retenue (maintien dans l'entreprise, reconversion,...). Les salariés qui en bénéficient sont en situation de fragilité et sont souvent employés dans des industries de main d'œuvre. Les résultats à ce jour sont positifs, les employeurs sont intéressés, l'évaluation se poursuit.

Il semble en tout état de cause que ce type d'expérimentation corresponde bien aux problématiques de réorientation ou reconversion professionnelle pour des publics ne disposant pas des ressources propres leur permettant de gérer cette phase sans un accompagnement adapté, dans des bassins d'emploi où les opportunités offertes en l'absence de qualification particulière restent limitées. Le coût de l'accompagnement, y compris en intégrant sa part individualisée, semble raisonnable, comparé à celui des arrêts de travail et des licenciements suite à inaptitude.

## **La pluridisciplinarité dans les interventions pour le maintien en emploi**

Les interventions de maintien en emploi font intervenir nécessairement un ensemble d'intervenants. La coordination et à la communication entre eux sont essentiels, mais ne sont pas toujours totalement optimisés.

Certains intervenants tels que les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) pourraient par exemple être davantage associés à la coopération entre les acteurs du maintien en emploi.

De même, le Bilan de compétences est un outil bien adapté sur le principe pour identifier les compétences, les motivations et permettre le projet de reconversion éventuel sur lequel s'engager. Egalement, dans de nombreux cas, la réalisation d'une formation permettra de donner corps à un projet professionnel.

Mais ceci doit être le résultat d'une démarche choisie par le salarié et doit être compatible avec son état de santé, ce dont le médecin du travail peut juger. Or il arrive parfois en cas d'arrêt de travail prolongé que le salarié se retrouve de fait dans un « parcours inversé » (Arrêt de travail – Bilan de compétences – Formation – Inaptitude), le salarié étant orienté en fin de parcours vers le médecin du travail pour valider l'inaptitude (avec d'ailleurs parfois le constat que la formation débouche sur un métier que le salarié ne pourra pas exercer). Le diagnostic par le médecin du travail doit rester la porte d'entrée sur le dispositif de maintien en emploi, le maintien dans l'emploi occupé devant rester la première solution à envisager.

Sur un autre plan, pour ce qui est des services de santé au travail, la structuration de leurs équipes pluridisciplinaires assurant les missions de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle est très variable. Cela dépend de la taille des services de santé au travail, de l'étendue et de la densité des territoires où ils interviennent, des compétences dont ils disposent en interne, par conventionnement ou en partenariat,... Une organisation-type n'est certainement pas envisageable, mais il est par contre utile de se poser la question de l'organisation la plus adaptée. Ceci permet d'éviter les situations extrêmes (chaque médecin du travail développe son réseau et ses méthodes propres, ou au contraire une cellule PDP assure la totalité des missions), et d'assurer un partage et une harmonisation des pratiques, ainsi qu'une gestion adaptée des problématiques polyvalence-expertise. Cette analyse est en particulier essentielle dans les territoires de désertification médicale, où le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle représentent une proportion grandissante de l'activité des médecins du travail et où les problématiques de temps médical et de délégation se posent avec acuité.

Concernant la coordination et la communication avec les partenaires extérieurs au Service de santé au travail, il est parfois préconisé la mise en place de cellules de désinsertion professionnelle, regroupant à date fixe tous les intervenants et traitant les dossiers sensibles. Ceci ne fonctionne pas dans toutes les configurations, notamment lorsque le nombre d'intervenants opérationnels (médecins du travail, conseillers SAMETH, assistantes sociales, médecins-conseils, consultants en accompagnement, psychologues,...) est important, en raison du temps à y consacrer que cela implique ainsi que des questions de maîtrise et de gestion de la confidentialité des informations. Un fonctionnement efficace peut certainement reposer davantage sur la connaissance et la compréhension des acteurs entre eux, et sur des procédures de traitement et de communication appropriées. Pour cela, les acteurs institutionnels concernés (services de santé au travail, CARSAT et Assurance Maladie, SAMETH, partenaires sociaux,...) peuvent jouer un rôle d'impulsion. Ils peuvent ainsi déterminer au niveau adapté (région, département, bassin d'emploi,...) les objectifs et l'organisation générale du dispositif de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle, et en assurer l'évaluation.