HAL
archives-ouvertes.fr

Analyse du système de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé en Normandie

Charles Lendormy

▶ **To cite this version:**

Charles Lendormy. Analyse du système de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé en Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01693756>

HAL Id: dumas-01693756
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01693756

Submitted on 29 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN

UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2017 N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22/09/2017

par

Charles Lendormy

Né(e) le 07/11/1988 à Rouen

Analyse du système de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé en Normandie

Président du jury et

Directeur de thèse: *GEHANNO, Jean-François, Professeur*

Membres du jury : *CAILLARD, Jean-François, Professeur*

COURTOIS, Rosa, Docteur

ROLLIN, Laetitia, Docteur

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

(surnombre)

Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie

Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion

M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN (MCU-PH)**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER**	Statistiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique

Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE-BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Biologie Cellulaire
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET** Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT** Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Hanane **GASMI** Galénique

Mme Benedetta **CORNELIO** Chimie organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med) Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**

Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (phar) Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med) Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Remerciements et dédicaces

Au professeur Jean-François GEHANNO, Chef de service de médecine du travail et de pathologie professionnelle et de l'environnement pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse, m'avoir accompagné au cours de celle-ci et pour sa bienveillance

Au professeur Jean-François CAILLARD pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail

Au Docteur Rosa COURTOIS pour son implication et son accompagnement dans ce travail

Au Docteur Laetitia ROLLIN pour avoir accepté de juger cette thèse, pour sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de mon internat

Aux confrères qui m'ont permis de construire ma vision et ma pratique médicale

Au docteur Antoine GISLARD pour sa passion, son enthousiasme et sa disponibilité

Au docteur Georges JACOB pour m'avoir fait découvrir cette spécialité, me l'avoir fait aimer et pour les valeurs qu'il porte

Au docteur Isabelle LECOULTEUX pour m'avoir fait progresser dans de nombreux domaines

Au docteur MEYER Michelle pour ses valeurs et l'énergie qu'elle met à les défendre

Aux très nombreuses personnes qui ont fait de mon internat un moment inoubliable :

L'équipe des urgences du CHU de Rouen pour ces gardes folles

L'équipe du service d'addictologie Poussin

L'équipe du service de nutrition du CHU de Rouen

Au laboratoire interrégional de toxicologie de la CARSAT Normandie et tout particulièrement à Olivier BARBE pour sa pédagogie envers les néophytes.

Mes co-internes : Cristina, Julie, Julia, Etienne etc …

A mes parents pour leur soutien indéfectible et total tout au long de ces années

A Marie et Simon pour leur écoute attentive et bienveillante

A Elisa qui rend ma vie meilleure et sans qui ce travail serait incompréhensible et illisible.

A mes amis : Jean, Maxence, Louis, François, Mathilde, Pierre, Thomas, Eric etc … Merci pour votre soutien durant toutes ces années

Analyse du système de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé en Normandie

Résumé :

Ce travail a pour but de formuler des propositions d'amélioration du système de maintien dans l'emploi normand. Pour se faire il s'appuie sur une identification des freins et des leviers issus de l'analyse des différents acteurs et de leurs interactions.

Table des matières

Contenu

II - PHARMACIE 7

Résumé : 15

I. Introduction : 17

II. Matériel et méthodes 27

A. Première étape : acteurs institutionnels 27

B. Une deuxième étape : acteurs opérationnels 28

L'objectif principal 28

La méthodologie 28

1. Synthèse des envois 29

2. Synthèse des rencontres 29

III. Résultats 30

A. Phase 1 : Repérage et identification des acteurs institutionnels régionaux. 30

1. Les fiches identités 30

2. L'identification des freins et des leviers dans le maintien dans l'emploi 63

B. Phase 2 : Repérer et identifier les acteurs opérationnels de proximité du territoire œuvrant pour le maintien dans l'emploi, ainsi que les expériences menées en région. 73

1. Taux de réponse 73

2. Résultat du questionnaire en fonction de la structure 73
3. Résultats des rencontres 112
C. Synthèse des résultats 120
IV. Analyse et discussion 121
A. Les limites de l'étude 121
B. Les résultats 122
1. Recueil du signal pour une détection et un accès précoce 122
2. Le parcours 123
3. Les indicateurs d'efficacité 126
V. Conclusion 128
VI. Bibliographie 130
VII. Lexique 133
VIII. Annexes 135
A. Annexe 0 135
B. Annexe 1 137
1. Annexe 1a 137
2. Annexe 1b 143
C. Annexe 2 144
1. Annexe 2a 144
D. Annexe 3 164
E. E. Annexe 4 165
F. F. Annexe 5 166

I. Introduction :

La carrière d'une personne est influencée par son état de santé (1). En effet, celui-ci peut impacter voire compromettre sa capacité à tenir durablement son emploi (2) (3)ou à en trouver (4).

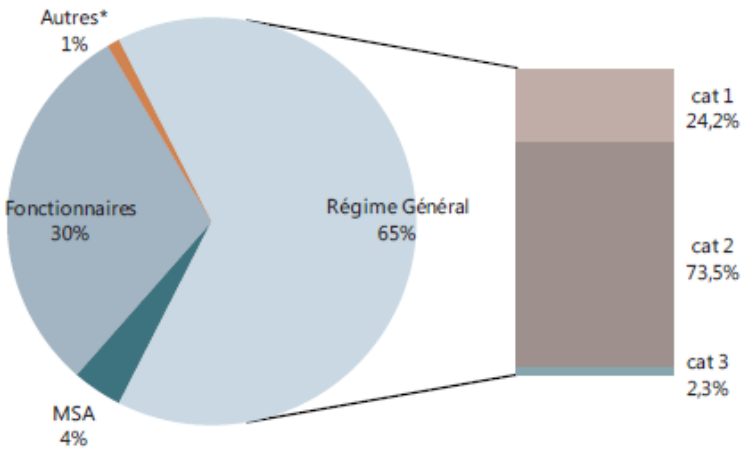
Vingt-huit millions de personnes prennent un traitement au long cours. Quinze millions souffrent d'une maladie chronique évolutive (cancers, troubles psychiques, VIH, hépatites, pathologies articulaires, neurologiques, cardiaques, gastro-intestinales, pulmonaires chroniques, addictions, narcolepsie, anorexie, troubles néphrologiques, fibromyalgies, diabète, maladie auto-immune, drépanocytose, maladies de la peau… et d'autres pluripathologies). Enfin, neuf millions bénéficient d'une ALD (5).
On arrive à la conclusion que dix millions de personnes (6)sont atteintes d'une pathologie chronique et en âge de travailler.

Au moment du diagnostic, 80 % des malades ont un emploi. Deux ans après, ils sont un tiers à l'avoir perdu, à en avoir changé ou à être en arrêt maladie. Le risque pour un actif d'être exclu au bout de quatre ans du marché du travail (chômage, invalidité) est multiplié par 4 pour une personne souffrant, un jour donné, d'une affection de longue durée (ALD30). (3)
Si l'on prend quelques exemples spécifiques comme le cancer, on remarque que deux ans après 77 % des personnes en poste au moment du diagnostic le sont restés, 12 % étaient en arrêt maladie de longue durée et 6 % au chômage. (7)
Autre exemple, on constate que si le taux d'emploi des 25-65 ans est de 80 % pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique ce taux tombe à 58 % chez les patients greffés et 17 % chez les dialysés (8)

De plus il est important de noter que par définition une maladie chronique évolutive va nécessiter l'investissement des professionnels du MDE sur l'ensemble de la carrière et non uniquement sur un moment donné. Le suivi de ces personnes est donc une problématique qui s'inscrit sur une longue durée.

Les maladies chroniques évolutives vont pour la plus grande partie entrainer une répercussion qui pourra rentrer dans la définition du handicap, dont une des reconnaissances administratives est l'invalidité. En 2014, on dénombre 918 000 pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité (au total 65,1% de l'effectif en 2006) sont les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéoarticulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%). (9)
Cet indicateur est d'autant plus important si l'on considère que la majorité des personnes invalides sans emploi ont entre 30 et 44 ans. (Centre européen de recherche en politique sociale, 2008).
Comme le montre le diagramme ci-dessous, on peut constater que la catégorie 1, qui implique le fait de pouvoir exercer une acticité professionnelle, représente 24% de l'effectif. Donc autant de personnes dont l'adaptation de poste doit permettre la poursuite d'une activité professionnelle.

Répartition des pensionnés d'invalidité en 2014, par régime



* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
Source : CCSS septembre 2015, CNAMTS (traitement DSS), DREES (estimation DSS).
Champ : France entière.

Une autre forme de reconnaissance administrative du handicap est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).
2,51 millions de personnes bénéficiant d'une RQTH sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH). Parmi eux :

- **81%** occupent un emploi ordinaire,
- **8%** travaillent au sein d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT),
- **7%** occupent un emploi en entreprise privée avec une aide à l'emploi de travailleurs en situation de handicap,
- **2%** occupent un emploi spécifique dans la Fonction publique,
- **2%** travaillent en entreprise adaptée (EA).

(Sources : Les chiffres clés du handicap 2014, Ministère des affaires sociales et de la santé. Enquête nationale à destination des aidants, Association française des aidants, BVA/Novartis ; INSEE « Le handicap se conjugue au pluriel » ; DARES ; CNAF.)

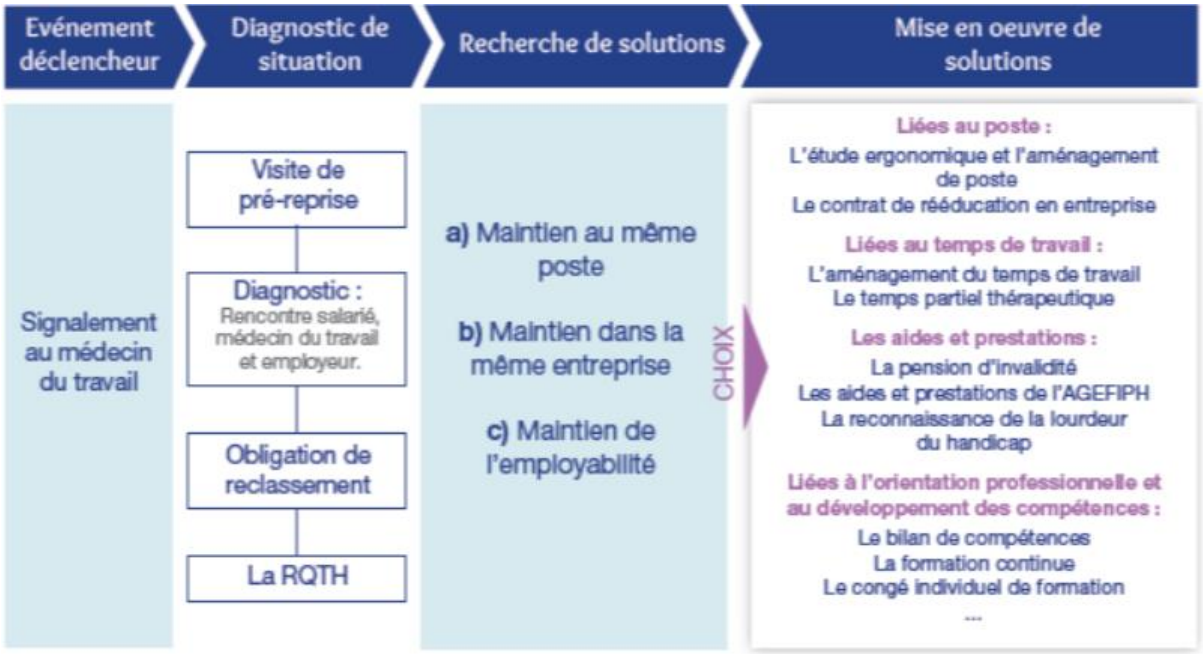
Ces chiffres nous permettent de constater que la plupart des personnes présentant un handicap peuvent travailler en milieu ordinaire. Mais pourtant le taux de chômage des personnes en situation de handicap en France est aujourd'hui estimé à 18%, soit presque le double du taux de chômage de l'ensemble de la population active en France. (10)

On peut noter également que les notions d'accès et de conservation de l'emploi ne sont pas des notions récentes.(11) En effet, dès les années 1920, deux lois imposent aux employeurs le recrutement des mutilés de guerre. Après la seconde guerre mondiale, une nouvelle loi

organise pour la première fois le recrutement de quotas de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 10 salariés.
Et en 1975, une nouvelle loi d'orientation instaure une garantie de ressources pour les personnes handicapées et réaffirme le principe d'obligation d'emploi.
C'est en 1987 que s'opère un tournant décisif car jusqu'à lors il n'y avait pas d'obligation de résultats. Mais à partir de cette date, la loi du 10 juillet oblige toutes les entreprises privées et publiques de 20 salariés et plus à employer au moins 6% de personnes handicapées.
Elle prévoit également le versement d'une contribution pour les entreprises privées qui ne respectent pas ce quota. C'est de cette loi que naît l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fond d'Insertion Professionnelles des Personnes Handicapées).
Elle est complétée par celle du 11 février 2005, portant sur "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" qui entraîne l'extension du principe de contribution au secteur public et crée le Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

On constate donc que la gestion du maintien dans l'emploi n'est pas récente.
Cependant, elle est d'autant plus cruciale actuellement au vue du contexte sociodémographique (12) marqué par le vieillissement de la population, y compris active (13), de l'allongement de la durée du travail (14), de l'augmentation de certaines pathologies chroniques notamment les cancers (15) (5), du contexte économique défavorable(16) et de la mutation du travail(17). C'est pourquoi son importance déjà grande n'a pas fini de croître.

Il est important de faire la distinction entre le maintien dans l'emploi qui consiste à prévenir la perte d'une activité professionnelle pour des raisons de handicap ou de santé et la désinsertion professionnelle définie comme « le fait d'être empêché de travailler, d'être exclu de la société, dans un sentiment d'abandon et une difficulté d'accès au système de soins »(18).



(Tableau extrait de « Accompagnement du dispositif de retour et de maintien dans l'emploi des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives en Basse Normandie » ARACT 2016)

On associe souvent le maintien dans l'emploi au handicap mais il est important de noter que si des dispositifs sont réservés aux personnes bénéficiaires de la loi de 2005 (SAMETH, CAP EMPLOI) la portée du maintien dans l'emploi dépasse ce champ.

La prévention de la désinsertion professionnelle à travers le maintien et le retour dans l'emploi des personnes quel que soit leur état de santé et/ou de handicap est une priorité pour les pouvoirs publics. Les différents plans/projets/actions dans lesquels elle apparaît mettent en lumière d'importants enjeux sociaux et de santé :

- Les dispositifs de 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
- Le Plan Santé au Travail (PST 3)
- Le Plan cancer III : 2014 -2019
- La réforme relative à l'organisation de la médecine du travail (loi du 20/07/2011) et la réforme issue de la loi santé travail de 2016.
- Les dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection sociale, à la santé et à la sécurité au travail,
- La convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés signée le 27/11/2013 et plus particulièrement la section 4 (actions ciblées de maintien dans l'emploi)
- Le protocole national de collaboration institutionnel pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées signé le 13 juillet 2006 par l'Etat, la CNAMTS, la CCMSA et l'Agefiph

Une importante encore réaffirmée récemment dans **la loi du 8 août 2016** relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels à travers les articles **102** L. 4624-1 et **32** 2°bis.

L'article 102 de la loi du 8 août 2016 ancre dans la loi la possibilité pour tout salarié de solliciter une visite médicale le plus en amont possible, dès qu'il anticipe un risque de désinsertion professionnelle, afin de s'engager dans une démarche de maintien en emploi : « Tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi. » (C. trav., art L. 4624-1 nouveau).

L'article 32 **de la loi du 8 août 2016 définit une** nouvelle mission au CHSCT : Contribution à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle. **LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016**

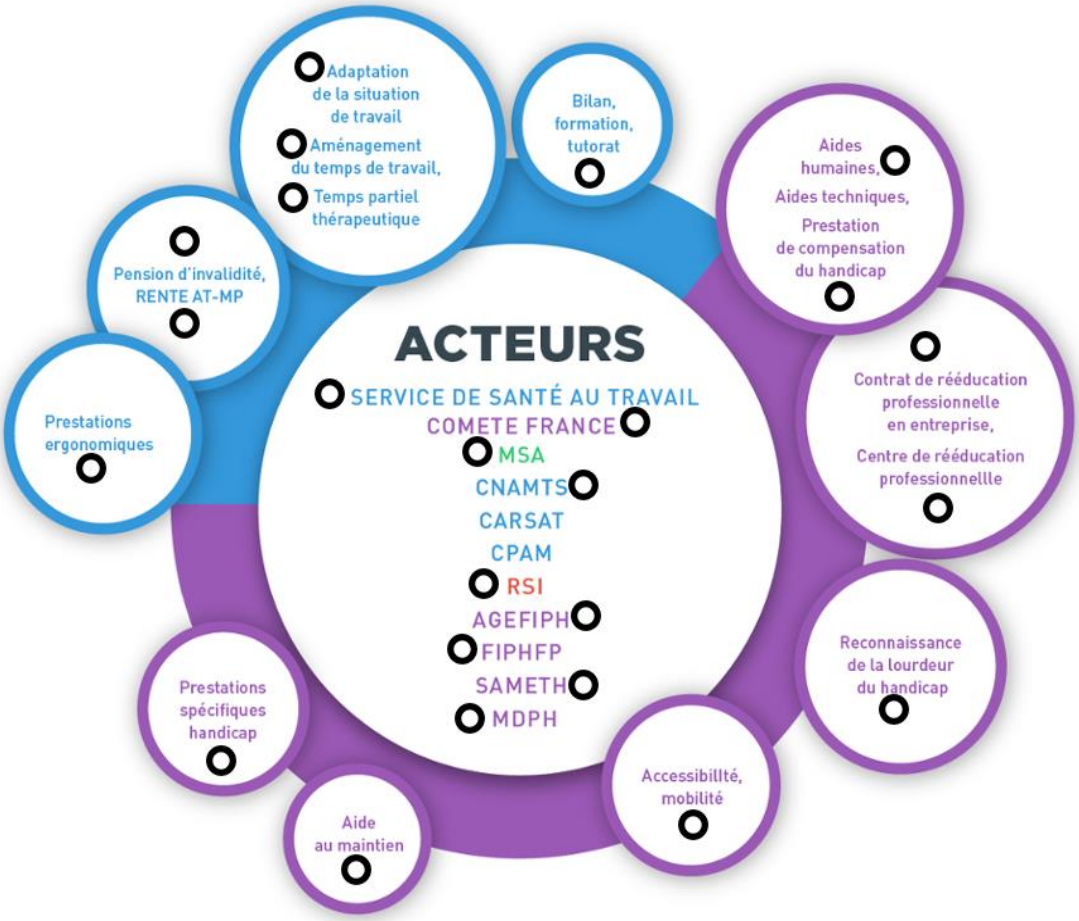
Avant la loi de 2011 le médecin était le seul interlocuteur identifié dans les services de santé au travail pouvant être contacté par les acteurs du maintien dans l'emploi. Maintenant c'est chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire qui peut être sollicité.

La création des CPOM est également un élément positif pour une meilleure intégration des différents acteurs au sein d'une même dynamique.

Il est intéressant de noter l'intérêt de légiférer car depuis la loi établissant le seuil de 6% pour l'OETH, il y a eu une réelle augmentation du pourcentage de TH dans les entreprises(19).

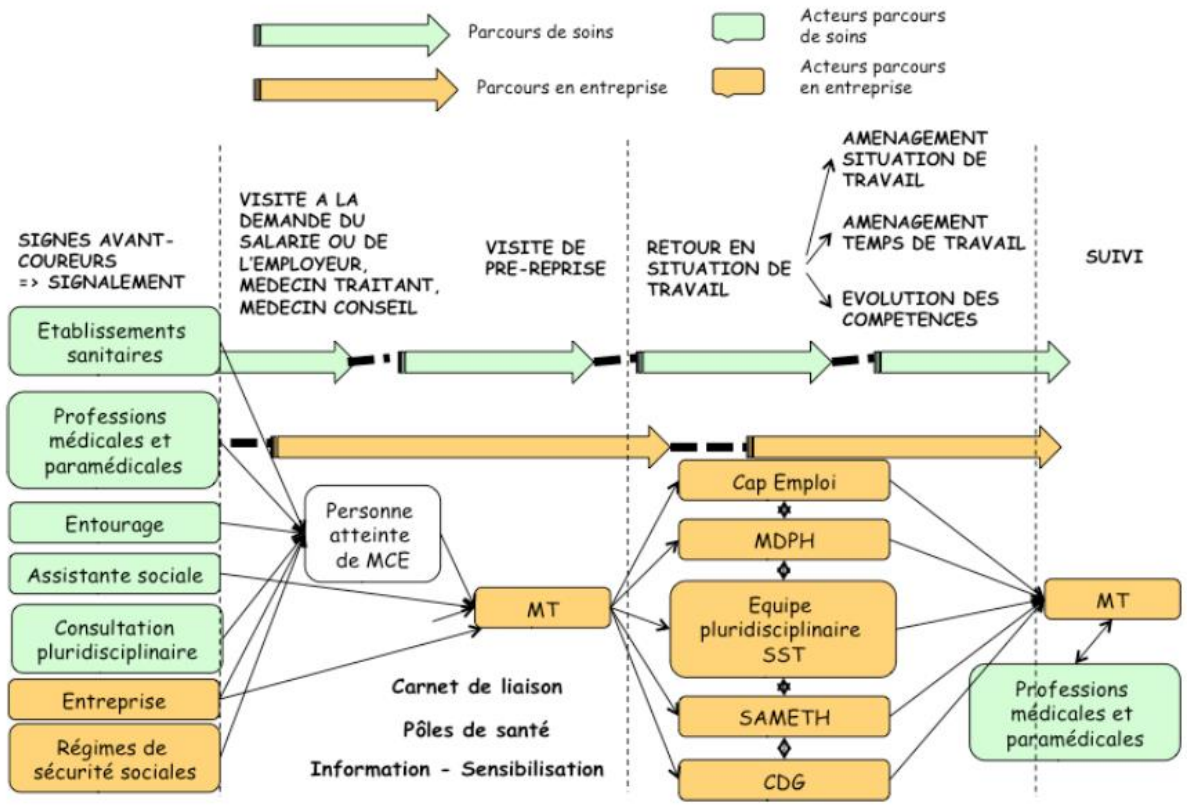
Le maintien dans l'emploi est une problématique complexe car elle nécessite de prendre en compte de nombreux paramètres (le salarié, le travail, le système de soins et celui de l'indemnisation) et de faire converger vers un but commun des logiques différentes (celle de l'entreprise, du salarié, des institutions et celle médicale). La situation est rendue encore plus complexe par les différences entre les divers régimes. En effet, la manière et les acteurs traitant cette problématique varient en fonction du régime du travailleur.

De ce fait, de nombreux acteurs tant institutionnels (AGEFIPH, CARSAT etc…) qu'opérationnels (médecins, ergonomes, assistants sociaux etc..) interviennent dans le processus de maintien et retour dans l'emploi (cf schéma). C'est pourquoi la coordination de tous est indispensable pour éviter les ruptures dans le suivi et pour détecter le plus précocement possible les situations qui peuvent conduire à une exclusion professionnelle.



(Figure extraite du « Parcours de maintien en emploi » http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/maintien-dans-l-emploi/prevention-et-maintien-dans-l-emploi-10705/)

Un autre facteur de complexité est la diversité de formation et de point de vue des acteurs.
En effet, si l'on prend l'exemple des SST, tous les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire peuvent intervenir ce qui nécessite un socle commun pour le raisonnement. Cela n'est pas aisé comme l'illustre l'existence de cabinets privés proposant des formations spécifiques (ALJP conseil et formation).
Mais plus largement le processus de MDE peut faire intervenir le système de soins, le système de santé au travail et l'entreprise. Or il n'existe pas de point de rencontre « obligé » pour ces différentes filières. Le médecin du travail a un rôle important à jouer. Il est le seul à connaitre les éléments médicaux et la situation au poste de travail. De plus d'un point de vue théorique il a un rôle privilégié car il peut joindre directement à la fois avec le médecin traitant, l'entreprise et le patient.
La coordination intra filière est déjà complexe et fait l'objet de nombreuses « études », mais la partie inter filières l'est d'autant plus que généralement ces études sont peu développées car trop sujettes aux dynamiques inters personnelles.

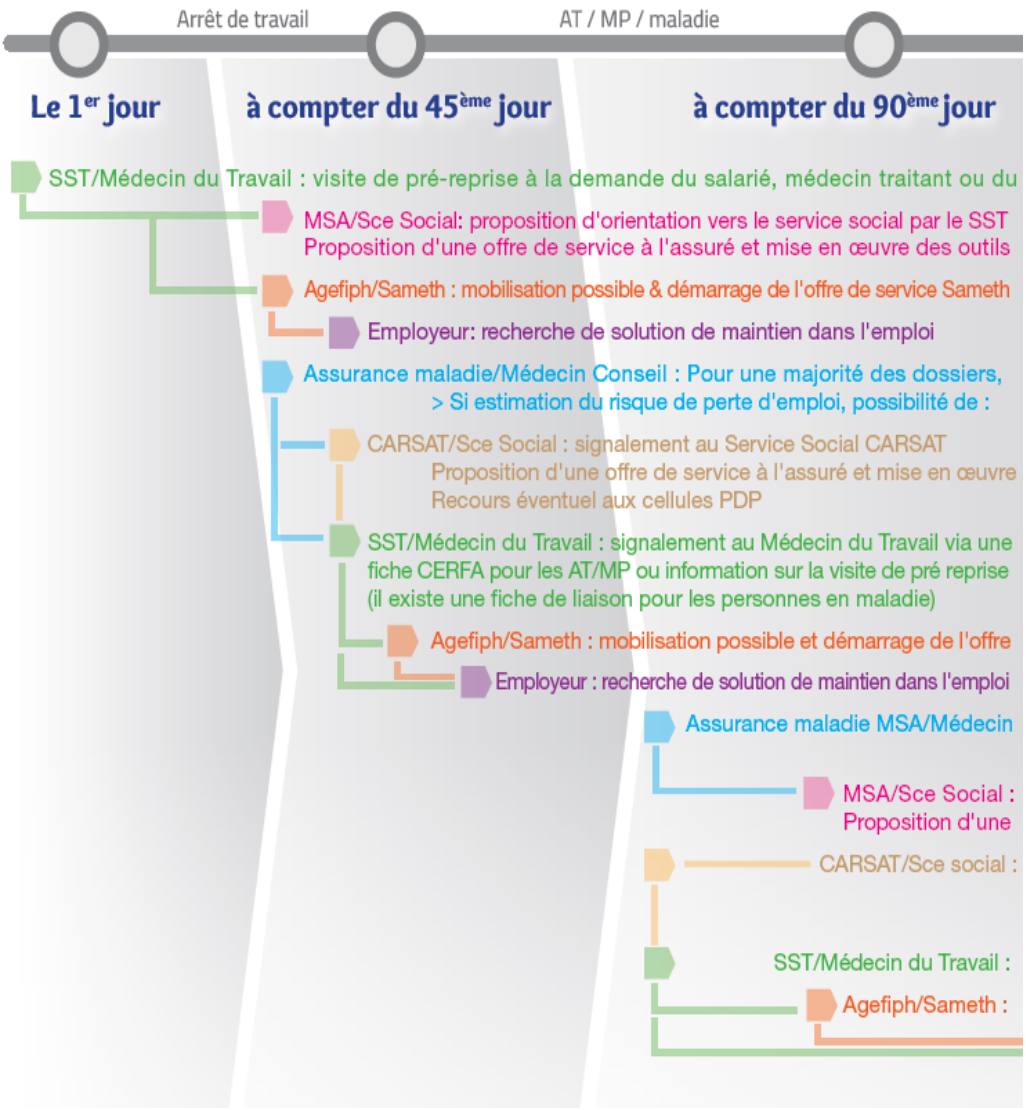


(Tableau extrait de « Accompagnement du dispositif de retour et de maintien dans l'emploi des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives en Basse Normandie » ARACT 2016)

L'échec de la mise en œuvre du modèle de Sherbrooke en France testé en 2007-2008 dans 4 services inter-entreprises (20) est un exemple des effets négatifs du manque de coordination de ces acteurs. Ce premier peut être imputé au manque d'implication des médecins traitants, conseils et du travail.

La temporalité de l'action est lui aussi un point clef du système car il est impératif de mobiliser précocement les différents acteurs. En effet, il est bien établi que plus les arrêts sont longs et plus les chances de retour à l'emploi sont faibles : moins de 50 % dans le cadre d'un arrêt de 3 à 6 mois, moins de 20 % dans le cadre d'un arrêt de plus d'un an et moins de 10 % dans le cadre d'un arrêt de plus de 24 mois.(21) Ces chiffres montrent l'importance de la précocité de la prise en charge.

Champs d'intervention des différents



(Extrait du guide de maintien dans l'emploi DIRECCTE de la région centre)

Le but de ce travail est de proposer des marges d'amélioration des systèmes de maintien dans l'emploi existants en se basant sur la situation normande. On identifiera et on analysera l'offre de service et les dispositifs existants du retour et maintien dans l'emploi des travailleurs Normands en situation de rupture ou de vulnérabilité de perte d'emploi du fait d'un problème de santé ou d'un handicap. Cela nous permettra de repérer les obstacles à la détection des situations pouvant conduire à une désinsertion professionnelle et les éléments qui s'opposent au maintien et au retour dans l'emploi.

II. Matériel et méthodes

Ce travail trouve sa source dans l'étude « Analyse de situation du maintien et retour dans l'emploi des salariés en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé – Région Normandie » co-financée et co-pilotée par l'ARS et la DIRECCTE avec l'appui méthodologique de l'IREPS à laquelle nous avons participé. (Annexe 1)

Afin de répondre à l'objectif général il convient de :

1- Repérer les acteurs et dispositifs intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi (définir l'offre existante)
2- Pour chaque acteur ou/et dispositif, définir une carte d'identité reprenant les éléments suivants : missions/objectifs, modalités d'intervention, publics et territoires bénéficiaires
3- Identifier les points d'articulations, les points potentiels de rupture entre les différents acteurs, les dispositifs (identifier la couverture de l'offre, les réseaux d'acteurs)
4- Identifier et analyser auprès des acteurs de la santé au travail, de l'emploi, du handicap, des représentants des salariés, des entreprises, les freins et leviers existants pour le maintien de l'employabilité

Lors d'une première étape nous nous intéresserons aux acteurs institutionnels. Puis dans un deuxième temps nous aborderons le sujet des acteurs opérationnels.

A. Première étape : acteurs institutionnels

L'objectif principal était de repérer, identifier et rencontrer les acteurs institutionnels régionaux garant et impulsant des démarches en faveur du maintien dans l'emploi.

Ces rencontres ont permis de faciliter le repérage et l'identification de chaque opérateur de proximité du maintien dans l'emploi et des dispositifs existants méritants d'être étudiés, sur l'ensemble du territoire normand.

La méthodologie employée s'est essentiellement appuyée sur la pratique d'entretien semi-directif avec l'ensemble des acteurs institutionnels régionaux. Afin de standardiser l'exploration durant les entretiens, un guide d'entretien (annexe 1) a été conçu. Il est composé de trois dimensions d'exploration :

DIMENSIONS ABORDEES	OBJECTIFS D'EXPLORATION
Identité générale de la structure	L'objectif est d'identifier les missions générales de la structure, son organisation et le public bénéficiaire de ses services.
Maintien dans l'emploi : L'existant	L'objectif est d'aborder avec les personnes les dispositifs portés et les actions menées, à ce jour, dans le maintien dans l'emploi. Le partenariat interne et externe est également identifié.
Maintien dans l'emploi : Les perspectives	L'objectif est d'aborder, en fonction d'une identification des freins et des leviers identifiés à ce jour, les perspectives d'évaluation envisagées ou désirées pour favoriser le maintien dans l'emploi.

B. Une deuxième étape : acteurs opérationnels

L'objectif principal était de repérer et d'identifier les opérateurs régionaux ainsi que leurs dispositifs permettant le retour ou le maintien dans l'emploi. Il s'agissait également de repérer les freins et les leviers présents à chaque étape du processus du maintien dans l'emploi sécurisant les parcours professionnels, et ce en fonction des dynamiques territoriales existantes.

La méthodologie a consisté en une identification des opérateurs que ce soit à partir d'un travail de recherche de novo, à partir des données de l'étape 1, ou encore via des contacts opérateurs fournis par le réseau de partenaires des membres du COPIL. Une création d'un questionnaire en ligne à soumettre aux différents opérateurs identifiés a été mis en place, ainsi qu'une adresse mail dédiée aux relances et aux réponses.

DIMENSIONS ABORDEES	OBJECTIFS D'EXPLORATION
Identité générale de l'opérateur	L'objectif est d'identifier les caractéristiques de l'opérateur, sa profession, son organisation et le public bénéficiaire de ses services.
Identification et caractérisation des Actions	L'objectif est d'identifier les actions mises en place pour permettre le retour ou le maintien dans l'emploi ainsi que leurs freins et leviers.
Identification et caractérisation des interactions entre les différents opérateurs	L'objectif est d'aborder, en fonction des institutions identifiées, les interactions existantes sur le plan de leur fréquence, de leur qualité ainsi que d'évaluer la connaissance des opérateurs vis-à-vis des autres institutions.
Caractérisation des représentations des opérateurs	L'objectif est de caractériser les représentations du handicap et du maintien dans l'emploi chez les opérateurs

Puis nous avons échangé (participations aux réunions, RDV téléphoniques et physiques) avec les acteurs le souhaitant afin d'avoir une perception plus fine. La forme choisie a été l'entretien libre, car la diversité d'organisation entre les différents régimes ainsi qu'au sein d'une même structure n'a pas permis une standardisation des questions.
Le but était de confronter les solutions évoquées et d'intégrer les différents points de vue des acteurs sur le sujet.

Le groupe projet a identifié treize structures opérateurs régionales dans le maintien dans l'emploi :

- Les MDPH (Maison départementales des personnes handicapées)
- Les UTAS (Unité d'Action Territoriales d'Action Sociale)
- Les SST (Services de Santé au Travail)
- Cap Emploi
- La SAMETH
- Les partenaires sociaux
- Les associations (FNATH/CISS/COMETE/LIGUE CONTRE LE CANCER)

- Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- Régime Social des Indépendants (RSI)

1. Synthèse des envois

Au total 99 personnes ont été identifiées et contactées. A noter, dans certains cas, les contacts identifiés ne souhaitaient pas transmettre les adresses mails des opérateurs de leur structure. C'est pour cela qu'un seul contact a été utilisé pour diffuser l'accès au questionnaire. Cette particularité rend donc difficile l'évaluation du taux de réponse au questionnaire.

2. Synthèse des rencontres

Nous avons :

- participé à toutes les cellules PDP animées par la CARSAT en Normandie.

-Rencontrer la référente normande maintien dans l'emploi du RSI

- rencontrer et interroger les référents de plusieurs CDG représentant la diversité de fonctionnement : Présence/absence de médecins, cellule PDP.

-rencontrer un médecin du travail MSA.

-Interroger la référente SAMETH de plusieurs départements normands qui possède une vision plus élargie du fait que l'association à laquelle elle appartient coordonne 5 SAMETH en France.

-Echanger avec des médecins traitants.

-Echanger avec le médecin chargé des relations avec les professionnels de santé de la DRSM.

III. Résultats

A. Phase 1 : Repérage et identification des acteurs institutionnels régionaux.

1. Les fiches identités

Les entretiens ont permis la réalisation de fiches identités. Chaque fiche se compose de deux parties (i) la première partie présente l'identité générale de la structure telle que son statut juridique, son organisation régionale, ses missions générales et les publics bénéficiaires de ses actions ; (ii) la deuxième partie précise le rôle de la structure dans le maintien dans l'emploi (les dispositifs portés et actions menées, les interlocuteurs internes et externes à la structure dans le cadre du maintien dans l'emploi).

a) LA DIRECCTE

Nom de la structure :

Direction **R**égionale de l'**E**ntreprise, de la **C**oncurrence, de la **C**onsommation, du **T**ravail et de l'**E**mploi **(DIRECCTE)**

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Administration régionale de l'Etat commune aux ministères des finances et des comptes publics, de l'économie, de l'industrie et du numérique ainsi que du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.
Organisation régionale	**DIRECCTE de Normandie** **14 avenue Aristide Briand** **76108 Rouen CEDEX 1.** Un site régional associé situé au 3, Place Saint-Clair, 14200 Hérouville Saint-Clair. Directeur : Jean-François DUTERTRE. - ORGANISATION INTERNE **L'échelon régional de la DIRECCTE de Normandie se compose de 3 pôles et d'un secrétariat général :** - le Pôle Politique du Travail ; - le Pôle Entreprises, Emploi, Économie ; - le Pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie **L'échelon départemental se compose de 5 unités départementales (UD)** qui comportent chacune des unités de contrôle départementales ou infra départementales : - UD de Seine-Maritime, de l'Eure, du Calvados, de l'Orne et de la Manche Périmètre d'intervention Région Normandie *Note : Insertion en annexe organigramme de la structure*
	- Accompagner le développement des entreprises, de l'emploi et

	des compétences, tout en veillant aux conditions de travail et au respect de la réglementation du travail ; - Assurer la loyauté des marchés et la sécurité des consommateurs. **Pôle Politique du travail** Ce pôle a pour mission : - d'assurer la programmation, la coordination et le suivi des actions du système d'inspection du travail ; - l'animation et l'appui des services d'inspection du travail ; - de favoriser l'amélioration des conditions d'emploi et de travail et la prévention des risques professionnels ; - de mettre en œuvre les politiques de l'Etat en matière de santé au travail ; - d'appuyer le dialogue social territorial et le développement de la représentation du personnel ; - d'assurer la veille et le suivi des relations individuelles et collectives dans les entreprises. **Pôle Entreprises, Emploi, Économie** Ce pôle est chargé : - des actions de développement des entreprises et de l'emploi, notamment dans les domaines de l'innovation et de la compétitivité des entreprises en France et à l'étranger ; - du marché du travail ; - de la formation professionnelle continue ; - de l'industrie, du commerce, de l'artisanat, des professions libérales, des services et du tourisme ; - ainsi que des actions relatives à l'intelligence et à la sécurité économique. Dans le cadre de l'emploi, les publics concernés par ce pôle sont : les jeunes de moins de 26 ans, les demandeurs d'emploi de longue durée, les contrats aidés, les travailleurs handicapés. **Pôle Concurrence et Consommation** Ce pôle est chargé des actions de contrôle du bon fonctionnement des marchés et des relations commerciales entre entreprises, de protection économique et de sécurité des consommateurs ainsi que du contrôle dans le domaine de la métrologie.
Publics cibles / bénéficiaires	Interlocuteur économique et social unique pour les entreprises de droit privé et les acteurs institutionnels du territoire.

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	**Pôle politique du travail :** • Plan régional d'actions du système d'inspection du travail en son volet santé et sécurité du travail ; • Plan Régional Santé au Travail (dont le PRST 2016-2020) ; • **C**ontrats **P**luriannuels d'**O**bjectifs et de **M**oyens **(CPOM)** signés entre la DIRECCTE, la CARSAT et les **S**ervices de **S**anté au **T**ravail interentreprises, définissant des actions prioritaires communes ; • Financement du site internet dédié au maintien en emploi « Bien au travail, bien dans ma vie » • Financement de l'étude ATEMIS sur les « *conditions d'une approche plus collective et précoce de la prévention de la désinsertion professionnelle »* • Participation à des actions interinstitutionnelles en copilotage : o Etude « travail et maladies chroniques évolutives » avec l'ARACT BN et l'Institut National du cancer o Protocole Lombalgies 14 **Unités départementales :** • Mise en œuvre du volet santé-sécurité du programme d'actions du système d'inspection du travail ; • Contrôle du respect des dispositions du code du travail destinées à assurer la sécurité et à protéger la santé physique et mentale des travailleurs. **Pôle Entreprises, Emploi, Économie** • L'unité de gestion et du pilotage du pôle 3E a en charge l'animation du **P**lan **R**égional d'**I**nsertion des **T**ravailleurs **H**andicapés **(PRITH)**, porté par le préfet de Région (durée 5 ans) *Note : Pilotage du PRITH en Ex Haute-Normandie réalisé par la DIRECCTE et en Ex Basse-Normandie par une structure de droit privé (élaboration d'une convention).* • Objectif du PRITH : Fonction de coordination des acteurs et des dispositifs d'insertion en faveur des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, autour des trois axes : 1. le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, 2. la formation professionnelle des personnes en situation de handicap, 3. l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Concrètement, trois outils sont mis en place pour le maintien dans l'emploi à travers le PRITH : • **un carnet de liaison** Favoriser la coordination entre les différents intervenants du parcours du travailleur lors d'un arrêt de travail prolongé *(Ex : rendez-vous avec assistantes sociales, consultations avec médecins-conseils, généralistes, du travail…..)*

	• **site internet : « Bien au travail, bien dans ma vie »** Portail en ligne de clarification du rôle des différents intervenants lors d'une situation de fragilité au travail ; destinés aux travailleurs et aux professionnels • **charte pour le maintien dans l'emploi** Renforcement du partenariat institutionnel à travers un protocole national de collaboration relatif au maintien dans l'emploi conclu le 13 juillet 2006 avec l'ensemble des institutions (Etat, CNAMTS, CCMSA, Agefiph, Fiphfp). Cette charte s'inscrit dans l'axe 1 du PRITH : maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Exemple d'application concrète du PRITH concernant le handicap mental : réseau RéPsyRED 76 - L'équipe du RéPsyRED 76 est constituée de professionnels de santé mentale, experts en réhabilitation. Son rôle est de coordonner les professionnels intervenant auprès de la personne et d'apporter son expertise dans le suivi du projet de réinsertion de la personne tout au long de son parcours. Exemple, pour le maintien dans l'emploi, une personne diagnostiquée avec une maladie mentale peut à tout moment bénéficier des services de l'équipe et anticiper une rechute, et ainsi conserver son emploi. • Création d'une boite mail spécifique à la politique du handicap : norm.handicap@direccte.gouv.fr
Interlocuteurs internes de la structure	□ Pôle T de la DIRECCTE □ Pôle 3E de la DIRECCTE □ Système d'inspection du travail □ Direction Générale du Travail
Interlocuteurs externes de la structure	***(Les croix signifiant présence et les cases présence)*** ***x* Agence Régionale de Santé (ARS)** **x Direction de la Santé Publique** ***x* Direction de l'Autonomie** □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance □ Service social CARSAT ***X* Service Prévention Risques Professionnels CARSAT** ***X* Mutualité Sociale Agricole (MSA)** □ Régime Social des Indépendants (RSI) ***x* Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH)** □ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ***x* Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT)** □ Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) ***x* Services de santé au travail** □ Echelon régional du service médical de la CPAM □ Echelon local du service médical de la CPAM □ Caisse Primaire d'Assurance Maladie □ Association COMETE FRANCE □ Cap Emploi

	□ URML et les médecins généralistes *x* **Consultations spécialisées de pathologies professionnelles des Centres Hospitaliers Universitaires** □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (préciser :) ***x* Partenaires sociaux** □ Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer) □ Autres :
Contacts	**<u>Pôle politique du travail :</u>** • David DELASALLE, Responsable du service Santé-Sécurité au Travail, DIRECCTE de Normandie-Cité administrative, 2 rue Saint-Sever, 76032 ROUEN Cedex, 02 32 18 98 81 david.delasalle@direccte.gouv.fr • Docteur Rosa COURTOIS, Médecin-Inspecteur du Travail, DIRECCTE de Normandie-Inspection médicale du travail, Cité administrative, 2 rue Saint-Sever, 76032 ROUEN Cedex, 02 32 18 98 27 rosa.courtois@direccte.gouv.fr • Docteur Muriel RAOULT-MONESTEL, Médecin-Inspecteur du Travail, DIRECCTE de Normandie-Inspection médicale du travail, 3 place Saint-Clair, 14 200 HEROUVILLE SAINT-CLAIR , 02 31 47 73 47 muriel.raoult-monestel@direccte.gouv.fr **<u>Pôle 3E :</u>** • Delphine BRILLAND, Responsable du service, DIRECCTE de Normandie, Pôle 3E – Unité de gestion et de pilotage, 14 avenue Aristide Briand, 76108 ROUEN Cedex 01 02 32 76 16 28 Delphine.brilland@direccte.gouv.fr • Martine BOUCHER, chargée de mission sur la politique du handicap, DIRECCTE de Normandie, Pôle 3E – Unité de gestion et de pilotage, 14 avenue Aristide Briand, 76108 ROUEN Cedex 01 02 32 76 16 66 martine.boucher@direccte.gouv.fr

b) LA CARSAT

Nom de la structure :

Caisse d'**A**ssurance **R**etraite et de la **SA**nté au **T**ravail **(CARSAT)**

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Structure de droit privé exerçant une mission de service public
Organisation régionale	CARSAT Normandie – 5 avenue du Grand Cours - CS 36028 76028 ROUEN cedex 1 *Territoires d'actions :* Cinq départements (voir cartographie) *Note : Insertion en annexe organigramme de la structure*
Missions générales	• **Service Social :** 1. Contribuer au développement des conditions nécessaires à la santé des assurés sociaux en situation de précarité et des personnes fragilisées par la maladie, le handicap ou un accident, en favorisant l'accès au système de soins. 2. Contribuer à la prévention de la désinsertion professionnelle et de la précarisation des assurés malades ou handicapés, avec un contrat de travail mais qui risquent de le perdre (arrêt de travail prolongé par exemple) 3. Prévenir les risques liés à la perte d'autonomie et à l'isolement social des personnes âgées • **Département des Risques Professionnels (service prévention et service tarification) :** Assurer et prévenir les risques professionnels dans les entreprises Déterminer et notifier les taux de cotisation **A**ccidents du **T**ravail **(AT)** / **M**aladies **P**rofessionnelles **(MP)** Assurer la gestion de l'Allocation pour les Travailleurs de l'Amiante Contribuer au processus de reconnaissance des AT/MP
Publics cibles / bénéficiaires	• **Service Social :** Les salariés du régime général rencontrant des problèmes de santé Les personnes en situation de précarité ayant des problèmes de recours au

	système de soins Les personnes retraitées en situation de fragilité • **Département des Risques Professionnels :** Les personnes salariées relevant du régime général des entreprises de droit privé et public

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	✓ **Service Social :** Réseau d'assistants sociaux recevant les signalements d'assurés sociaux en situation de fragilité, pouvant être signalés par : → Les fiches administratives de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie *(systématique en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours)* → Les médecins conseils de l'Assurance Maladie après une consultation médicale, • Les médecins du travail et les médecins généralistes, au cas par cas. Une fois l'assuré signalé, les assistantes sociales prennent contact avec lui, afin de le rencontrer et de lui apporter un accompagnement personnalisé et global pour son projet de vie. L'accompagnement du projet professionnel est réalisé par des entretiens réguliers d'étapes, ainsi que des mises en relation avec des organismes spécialisés tels que le **S**ervice d'**A**ppui au **M**aintien dans l'**E**mploi des **T**ravailleurs **H**andicapés **(SAMETH)** afin de consolider un projet de maintien ou de retour à l'emploi. Ce dispositif de mise en lien vers le SAMETH ou les services de santé au travail s'intègre dans une cellule de coordination, que le service social pilote. Ainsi, cette cellule permet de faciliter le lien entre les salariés et les employeurs. • Participation à la Cellule de **P**révention de la **D**ésinsertion **P**rofessionnelle **(PDP)**, qui coordonne des services et des compétences, afin de favoriser le maintien dans l'emploi ou le reclassement et anticiper un risque de désinsertion professionnelle. Elle réunit des membres du service Social Carsat (cadres, assistantes sociales), de la CPAM, de l'Echelon Local du Service Médical (responsable ou agent administratif), du service Prévention des Risques Professionnels de la CARSAT (contrôleur ou ingénieur-conseils), du SAMETH, parfois de la **M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes **H**andicapées **(MDPH)**. Elle concerne des assurés en arrêt de travail pour maladie, **A**ccident du **T**ravail **(AT)** ou **M**aladie **P**rofessionnelle **(MP)**, ou en invalidité, pour lesquels la reprise du poste de travail est compromise, mais dont l'état de santé prévisible à la fin de l'arrêt est compatible avec une activité professionnelle. Des dispositifs d'accompagnement, tels qu'un bilan de compétence, une **V**alidation des

	Acquis de l'**E**xpérience **(VAE)**, une formation, la prescription d'une **P**restation **S**pécifique d'**O**rientation **P**rofessionnelle (**PSOP**), d'une **PRE**station d'accompagnement de mise en situation de **S**alariés en **I**ndemnités **J**ournalières (**PRESIJ**), d'un contrat de rééducation en entreprise…peuvent être proposés. ○ *Mise en place du module de suivi et d'accompagnement individualisé de salariés bénéficiaires d'indemnités journalières au cours d'immersion en entreprise, PRESIJ (prestation d'accompagnement de mise en situation de Salariés en Indemnités Journalières).* *Cette mise en place se fait après concertation au sein de la cellule Prévention de la Désinsertion Professionnelle et accord du médecin conseil et du médecin traitant. L'avis du médecin du travail est requis.* Cette prestation vise à **(i)** valider de nouvelles pistes professionnelles au sein de l'entreprise d'origine ou dans un autre projet professionnel, **(ii)** mettre en œuvre les aménagements nécessaires pour favoriser le maintien dans l'emploi. Tout au long de cette action, d'une durée maximale de 160 heures réparties sur 4 mois, l'assuré bénéficie du maintien de ses indemnités journalières. PRESIJ est financé par l'Assurance Maladie. • *Pouvoir de prescription d'une Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle (PSOP), dont le but est la construction d'un plan d'action en faveur d'un salarié qui bénéficie de l'obligation d'emploi ou en attente de l'être, en activité ou en arrêt de travail, avec risque identifié d'inaptitude au poste de travail, ayant besoin d'une prestation spécifique pour :* *-la prise en compte du handicap et de la problématique sociale associée,* *-la mobilisation précoce sur le projet professionnel.* *Le travail consiste en l'élaboration d'un nouveau projet professionnel en évaluant sa faisabilité, en identifiant les acquis, en travaillant sur l'acceptation du handicap et de ses conséquences.* *Le financement de la PSOP est assuré par l'AGEFIPH.* • Convention partenariale avec 80 hôpitaux et cliniques pour favoriser l'orientation des personnes avec un risque de précarisation sur le plan professionnel, dès la sortie d'hospitalisation, vers le service social. • Convention partenariale avec les comités départementaux de la Ligue contre le cancer. Actions menées conjointement afin de proposer un accompagnement individualisé sur un retour ou non à l'emploi. • Actions orientées vers le retour à l'emploi, menées en partenariat avec la Ligue contre le Cancer, les réseaux oncologiques et les établissements sanitaires. *Exemple d'un colloque co-organisé par le Service Social CARSAT et par la Ligue contre le Cancer de Haute-Normandie en janvier 2014, afin de faire connaître les différentes prises en charge médicales, psychologiques et sociales de la maladie et présenter les dispositifs existants pour les patients et leur entourage.*

	Autre exemple : action de communication auprès de dirigeants d'entreprises de la région du Havre en octobre 2015, afin de les sensibiliser au retour à l'emploi d'un salarié atteint ou guéri d'un cancer • Actions de sensibilisation sous forme de rencontres et d'événements de communication envers les médecins libéraux autour du maintien en emploi *(initiatives communes avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et le Service Médical).* L'objectif de ces rencontres est notamment de faire connaître les objectifs et les missions concrètes du Service Social CARSAT et transmettre les coordonnées des assistants sociaux, pour ainsi faciliter l'orientation des patients et leur accès aux services sociaux. *Exemple : dans le département de la Manche.* • Signature de la Charte pour le Maintien dans l'Emploi en Haute-Normandie. ✓ **Département des Risques Professionnels :** • Analyse et prévention des accidents, maladies et arrêts de travail d'origine professionnelle par la prévention collective des risques professionnels dans les entreprises. Il existe des actions nationales ciblées *(ex : prévention des risques de chutes dans le Bâtiment-Travaux Publics, prévention des troubles musculo-squelettiques, protection contre les fumées de soudage….)* **Remarque :** Les inspecteur-contrôleurs du travail de la DIRECCTE se limitent à l'application du Code du Travail et les ingénieurs-contrôleurs de la CARSAT peuvent dépasser la réglementation en demandant toute mesure justifiée de prévention. • Participation à la Cellule Régionale PDP. ✓ Financements aux entreprises innovant dans des projets ayant pour but la prévention des risques professionnels : subventions d'études, participation aux frais d'achats matériels. ✓ Fixation du taux de cotisation d'assurance pour les Accidents du Travail (AT) et les Maladies Professionnelles (MP) : voies d'injonctions possible pour les entreprises à fort taux d'AT et de MP. ✓ Réunion de rencontre et d'échanges entre médecins conseils de l'Assurance Maladie et une centaine de médecins du travail en 2015 animée par monsieur GANTOIS, ingénieur-conseil CARSAT, suite aux Contrats Pluri-Annuels d'Objectifs et de Moyens signés entre la CARSAT, la DIRECCTE et chaque service de santé au travail après avis de l'ARS.
Interlocuteurs internes de la structure	Dialogue et collaboration entre Service Social et Prévention des Risques Professionnels.

Interlocuteurs externes de la structure	***x* Pôle T de la DIRECCTE** ***x* Pôle 3E de la DIRECCTE** ***x* Agence Régionale de Santé (ARS)** ***x* Direction de la Santé Publique** ***x* Direction de l'Autonomie** □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance □ Service social CARSAT □ Service Prévention Risques Professionnels CARSAT □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) □ Régime Social des Indépendants (RSI) □ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH) □ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) □ Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT) ***x* Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH)** ***x* Services de santé au travail** □ Echelon régional du service médical ***x* Echelon local du service médical** ***x* Caisse Primaire d'Assurance Maladie** □ Association COMETE FRANCE □ Cap Emploi □ Médecins généralistes ***x* Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires** □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (préciser :) □ Représentants des entreprises / partenaires sociaux ***x* Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer)**
Contacts	• **Service Social :** Madame FAUVEL Véronique, Responsable régionale du Service Social Carsat Normandie - 5 avenue du Grand Cours - CS 36028 - 76028 ROUEN cedex 1 véronique.fauvel@carsat-normandie.fr • **Département des Risques Professionnels :** Madame DAIGURANDE Christine, Ingénieur-conseil Carsat Normandie - 5 avenue du Grand Cours - CS 36028 - 76028 ROUEN cedex 1 02.35.03.58.17 christine.daigurande@carsat-normandie.fr Monsieur GANTOIS Thierry, Ingénieur-conseil Carsat Normandie - 5 avenue du Grand Cours - CS 36028 – 76028 ROUEN cedex 1 02.35.03.59.26 thierry.gantois@carsat-normandie.fr

c) L'ARS

Nom de la structure :
Agence régionale de santé (ARS)

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Etablissement public administratif de l'État français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans sa région
Organisation régionale	- *Siège social :* Espace Claude Monet 2, place Jean Nouzille - 14050 Caen L'ARS exerce ses missions sur cinq sites, et comporte cinq délégations départementales. Parallèlement, il existe deux sites régionaux, Caen et Rouen, qui accueillent l'ensemble des missions régionales. *Territoires d'actions :* Cinq départements (voir cartographie) *Note : Insertion en annexe organigramme de la structure*
Missions régionales	L'ARS de Normandie est compétente sur l'ensemble des champs de la santé : • **Direction de la stratégie :** Structurée en deux pôles, la Direction de la Stratégie est en charge des études, des statistiques, de l'aide à la décision et de la coordination des projets transverses tels que le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le pilotage de la démarche d'élaboration des contrats locaux de santé ou encore le pilotage du portefeuille de projets « parcours ». Elle favorise la transversalité pour définir, animer, décliner, suivre et évaluer le projet régional de santé en coordination avec les Directions Métiers et en interface avec les Délégations départementales. • **Direction de l'Appui à la performance :**

	C'est une direction transversale structurée en trois pôles. La Direction Appui à la performance a pour mission d'accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé dans le développement de la démarche qualité et sécurité des soins. Elle porte la professionnalisation des acteurs de santé et favorise l'attractivité et la fixation de ceux-ci sur les territoires. Elle apporte son expertise aux autres directions et pôles de l'agence. Le pôle Accompagnement aux organisations innovantes pilotera en particulier les systèmes d'informations en santé. • **Direction de la santé publique :** Répartie en trois pôles, la Direction de la Santé publique répond à des enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et de sécurité sanitaire. Les missions et activités concernent la veille et sécurité sanitaire, la prévention et la promotion de la santé, la santé environnementale. Elle assure de manière transversale le pilotage de la politique régionale de santé publique et l'animation territoriale en lien avec les délégués départementaux. • **Direction de l'autonomie :** Organisée en trois pôles, la Direction de l'Autonomie a été pensée pour répondre à la fois aux défis du vieillissement et à l'évolution de la demande sociale en matière d'accompagnement. Des enjeux qui sont : - Favoriser le bien vieillir en mobilisant des outils qui vont de la prévention à l'accompagnement de la perte de l'autonomie (à domicile ou en institution), - Promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap, - Proposer des solutions adaptées pour toute personne en situation de handicap, - Mettre en place une politique pour les proches aidants. • **Direction de l'offre de soins :** Répartie en trois pôles, la Direction de l'Offre de soins a pour mission d'organiser l'offre de soins, que ce soit en établissement de santé ou en ville, en veillant à la gradation du dispositif (proximité, recours territorial et recours régional), et à la qualité et la sécurité des soins. Elle joue un rôle déterminant dans l'organisation des parcours de soins prévus dans la future loi de santé publique. • **Délégations départementales :** La dynamique territoriale se matérialise par l'existence de

	délégations départementales par département, soit cinq en Normandie, avec la création d'une nouvelle délégation en Seine-Maritime, pour plus de transversalité et de proximité. Le délégué départemental met en œuvre les actions concourant à l'atteinte des objectifs de la politique régionale de santé. Il est garant de la cohérence territoriale et de la transversalité de l'action de l'Agence. Il représente l'Agence au plan départemental, et il est l'interlocuteur des « grands décideurs », Préfets, Président de conseil départemental, Élus, sur les sujets territoriaux. Il anime la démocratie sanitaire au sein du département et des territoires de santé. Dans ce contexte, il a également un rôle de veille permettant de faire remonter les évolutions de son territoire au niveau régional, ce qui permettra d'ajuster la politique régionale aux réalités territoriales.
Publics cibles / bénéficiaires	- *L'ensemble des acteurs de la santé : ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux.*

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	✓ **Le plan cancer III :** L'ARS assure le pilotage et le suivi de la déclinaison du plan cancer III en partenariat avec les acteurs de la région et des territoires. Au printemps 2015, l'ARS a animé les travaux d'élaboration de la feuille de route régionale, basée sur un état des lieux régional et les travaux du plan cancer II. Des priorités d'actions ont été définies par le comité de pilotage en juin et sont présentées actuellement dans les instances de démocratie sanitaire. La survenue d'un cancer se traduit par de fortes répercussions sur la situation professionnelle des personnes atteintes. Parmi les personnes en activités lors du diagnostic, 3 personnes sur 10 ont perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après (enquête VICAN2, 2012). Pour les personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic, le retour à l'emploi est encore plus difficile. Le plan cancer fixe pour cible d'ici 2020, d'augmenter de 50% les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer. Pour les personnes qui conservent leur emploi, les problèmes de santé pèsent souvent sur la vie professionnelle. La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est un objectif essentiel du plan cancer

	Le plan cancer prévoit la mise en place d'actions qui visent à diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle en accordant une priorité au maintien et au retour dans l'emploi (objectifs 9 du plan): • Action 9.4 : parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes d'un cancer • Action 9.5 : responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes • Action 9.6 : renforcer la coordination territoriale des acteurs qui intervienne pour le maintien dans l'emploi • Action 9.7 : faire connaître le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi et le développer ✓ **Plan Régional Santé Travail 3 (PRST):** En décembre 2014, le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail a retenu 7 grandes orientations en vue du prochain Plan Santé au Travail 2015-2019. Parmi ces orientations validées par le Ministre du Travail, la question de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) s'affiche clairement comme une priorité des partenaires sociaux. Cette question de la PDP est traitée par le prisme du maintien dans l'emploi dont les enjeux sont forts compte tenu de l'évolution démographique, l'allongement de la durée de vie professionnelle et l'accroissement des pathologies professionnelles. Les orientations préconisent : - Bien évidemment, d'agir préventivement au niveau des entreprises sur les conditions de travail pour la prévention de l'usure, de l'inaptitude ; - Surtout, de mieux traiter l'accompagnement des situations individuelles : ▪ **En progressant vers plus de précocité en détection** et diagnostic des situations individuelles, facteur clé de réussite (importance de la coordination entre les médecins: du travail, traitant, conseil ; des visites de pré reprise par le médecin du travail ; de la coordination des partenaires de proximité avec désignation d'une institution ou d'un partenaire pilote de la coordination...) ; ▪ **d'organiser une offre coordonnée de services aux personnes confrontées à une restriction d'aptitude pour raison de santé,** afin de favoriser leur maintien dans la dynamique du travail ; ▪ de décliner également une offre de service vis-à-vis des entreprises, notamment les TPE. Le processus d'élaboration du PRST3 à l'échelle normande sera lancé en 2016. A travers son rôle fédérateur et d'impulsion, le PRST devra clairement acter les axes de progrès qui sont attendus pour le maintien dans l'emploi en préconisant un certain nombre d'actions coordonnées des différents acteurs recensés en ce domaine. ✓ **Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH):**

	Le Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés est la déclinaison locale de la convention nationale du 27 novembre 2013. Il permet de donner plus de lisibilité à l'action de l'Etat et de ses partenaires en fédérant les interventions autour d'objectifs et d'un plan d'actions partagés (cf. circulaire de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle du 26 mai 2009) Le PRITH est le plan unique de la politique d'emploi et de formation des travailleurs handicapés et fédère l'ensemble des partenaires autours d'objectifs et d'un plan partagé. La DIRECCTE assure l'animation du plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH). Un comité de pilotage est chargé de s'assurer de sa coordination et de la cohérence de ces actions avec les autres actions mises en place dans la région. (circulaire du 26 mai 2009). Chaque PRITH régional comprend un axe maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.
Interlocuteurs internes de la structure	*Communication au sein des directions en charge des différents plans : Cancer, PRST,PRITH.* C'est-à-dire les pôle santé publique et autonomie
Interlocuteurs externes de la structure	***x* Pôle T de la DIRECCTE** ***x* Pôle 3E de la DIRECCTE** □ Service social CARSAT □ Service Prévention Risques Professionnels CARSAT □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) □ Régime Social des Indépendants (RSI) ***x* Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH)** ***x* Maison Départementales des Personnes handicapées (MDPH)** ***x* Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT)** ***x* Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH)** ***x* Services de santé au travail** □ Echelon régional du service médical ***x* Echelon local du service médical** ***x* Caisse Primaire d'Assurance Maladie** ***x* Association COMETE FRANCE** □ Cap Emploi ***x* Médecins généralistes** ***x* Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires** □ Assistantes sociales □ Représentants des entreprises / partenaires sociaux ***x* Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer)**

Contacts	• **Pôle Santé Environnement – Direction de la Santé Publique :** Madame LUCAS Nathalie, Chargée de Mission ARS Normandie- Délégation de Rouen 31 rue Malouet 76 100 ROUEN nathalie.lucas@ars.sante.fr • **Pôle Médico-Social- Direction de l'Autonomie :** Madame GILLES Martine, Chargée de mission ARS Normandie-Délégation de Rouen 31 rue Malouet 76 100 ROUEN martine.gilles@ars.sante.fr

d) L'Assurance maladie

Nom de la structure :
Assurance Maladie

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Organisme de Sécurité Sociale obligatoire
Organisation régionale	- *Siège social :* Une caisse par département. Le service est hébergé dans chaque caisse mais ne dépend pas hiérarchiquement du directeur de la caisse. - *Localisation en région :* Plusieurs points d'accueil de proximité répartis dans chaque département. - Contrôle Médical : compétence régionale *Note : Insertion en annexe organigramme de la structure*
Missions générales	• **Rôle des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) :** ✓ Assurer le service des prestations des assurances sociales et des accidents du travail et maladies professionnelles. ✓ Gérer les droits de la CMU et de la CMU-C, l'aide complémentaire santé • **Rôle du service du Contrôle Médical :** ✓ Donner un avis sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité. ✓ Constater les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.
Publics cibles / bénéficiaires	Salariés du régime général.

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	• **Services administratifs des CPAM :** ✓ Participation aux Cellules Locales de **P**révention de la **D**ésinsertion **P**rofessionnelle **(PDP)** : instances créées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) : réunion dix fois par an au sein des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, pour examiner, au cas par cas, les dossiers d'assurés en arrêt de travail depuis plus de 90 jours. Cette cellule coordonne des services et des compétences, afin de favoriser le maintien dans l'emploi ou le reclassement et anticiper un risque de désinsertion professionnelle. Elle réunit des membres du service Social CARSAT (cadres, assistantes sociales), de la CPAM, de l'Echelon Local du Service Médical *(responsable ou agent administratif)*, du service Prévention des Risques Professionnels de la CARSAT (contrôleur ou ingénieur-conseils), du SAMETH, parfois de la **M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes **H**andicapées **(MDPH)**. Elle concerne des assurés en arrêt de travail pour maladie, **A**ccident du **T**ravail **(AT)** ou **M**aladie **P**rofessionnelle **(MP)**, ou en invalidité, pour lesquels la reprise du poste de travail est compromise, mais dont l'état de santé prévisible à la fin de l'arrêt est compatible avec une activité professionnelle. Des dispositifs d'accompagnement, tels qu'un bilan de compétence, une **V**alidation des **A**cquis de l'**E**xpérience **(VAE)**, une formation, une prescription d'une **P**restation **S**pécifique d'**O**rientation **P**rofessionnelle (**PSOP**), d'une **PRE**station d'accompagnement de mise en situation de **S**alariés en **I**ndemnités **J**ournalières (**PRESIJ**), d'un contrat de rééducation en entreprise…peuvent être proposés ✓ Revenus de remplacement maladie et accidents du travail • **Service du Contrôle Médical :** ✓ Sollicitation par le médecin conseil du médecin du travail, en lien avec le médecin traitant, pour un salarié en interruption de travail dépassant 45 jours en assurance maladie, afin de préparer et étudier le cas échéant, les conditions et les modalités de reprise du travail, ou envisager des démarches de formation. D'une manière générale, le médecin conseil, dès qu'il apparait qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle est susceptible de rendre inapte le salarié à l'exercice de sa profession, doit prendre contact avec le médecin du travail afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le maintien en emploi. ✓ Réalisation de signalements au service Social CARSAT d'assurés sociaux en arrêt de travail de plus de 90 jours, afin de proposer un accompagnement par un assistant social, et étudier le dossier en Cellules Locales de **P**révention de la **D**ésinsertion **P**rofessionnelle (Cellules Locales **PDP**).

	✓ Avis décisif avant l'engagement d'un dispositif **PRE**station d'accompagnement de mise en situation de **S**alariés en **I**ndemnités **J**ournalières (PRESIJ) pour un assuré en cours d'indemnisation maladie ou **A**ccident du **T**ravail (**AT**)/**M**aladie **P**rofessionnelle (**MP**). Cette prestation vise à **(i)** valider de nouvelles pistes professionnelles au sein de l'entreprise d'origine ou dans un autre projet professionnel et **(ii)** mettre en œuvre les aménagements nécessaires pour favoriser le maintien dans l'emploi. Tout au long de cette action, d'une durée maximale de 160 heures réparties sur 4 mois, l'assuré bénéficie du maintien de ses indemnités journalières. ✓ Communication et formations auprès des médecins libéraux pour assurer la lisibilité des dispositifs de l'Assurance Maladie, ainsi que les évolutions. *Exemple de soirées d'Enseignements Post-Universitaires (EPU) des médecins conseils vers les médecins traitants (formation professionnelle continue, actualisation des connaissances et visibilité des dispositifs).*
Interlocuteurs internes de la structure	- Par la Cellule Locale PDP : service Social CARSAT, service Prévention des risques professionnels CARSAT, services administratifs CPAM. - Communication entre les directeurs des caisses et les médecins conseils par des lettre-réseau : guide interne de diffusion d'outils et de bonnes pratiques en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. - Communication service Médical/service Social pour le signalement d'assurés sociaux en arrêt de travail de plus de 90 jours.
Interlocuteurs externes de la structure	□ Pôle T de la DIRECCTE □ Pôle 3E de la DIRECCTE □ Agence Régionale de Santé (ARS) □ Direction de la Santé Publique □ Direction de l'Autonomie □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance ***X* Service social CARSAT** □ Service Prévention Risques Professionnels CARSAT □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) □ Régime Social des Indépendants (RSI) □ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH) □ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) □ Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT) □ Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) ***X* Services de santé au travail**

	***X* Echelon régional du service médical** ***X* Echelon local du service médical** ***X* Caisse Primaire d'Assurance Maladie** □ Association COMETE FRANCE □ Cap Emploi ***X* Médecins généralistes** □ Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (préciser :) □ Représentants des entreprises / partenaires sociaux □ Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer) □ Autres :
Contacts	Docteur MARTINI Yvan, Médecin Conseil, Médecin DRSM Assurance Maladie Normandie, CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe, 50 Avenue de Bretagne, 76100 Rouen 02 35 03 64 87 yvan.martini@elsm-rouen-elbeuf-dieppe.cnamts.fr

e) Le RSI

Nom de la structure :

Régime Social des Indépendants (RSI)

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Organisme de Sécurité Sociale obligatoire
Organisation régionale	- *Siège social :* **Haute-Normandie** : 7 avenue du Mont Riboudet, 76007 Rouen Cedex **Basse-Normandie** : 1, rue Ferdinand Buisson, Parc Athéna de Saint-Contest, 14280 Caen - *Localisation en région : antennes, délégations etc…* Points d'accueil Haute-Normandie (planning de présence) : • Le Havre • Dieppe • Evreux (locaux de la Chambre des Métiers) Points d'accueil Basse-Normandie (sur rendez-vous) : • **Cherbourg :** Hôtel Atlantique, boulevard Félix Amiot, 50 108 Cherbourg-Octeville • **Grandville :** 270 rue Ampère, ZA la petite lande, 50 380 Saint-Pair-Sur-Mer • **Saint-Lô :** CCI Agneaux-Saint-Lô • **Alençon :** rue François Arago, 61 250 Valframbert/Alençon • **Flers :** CCI de Flers-Argentan, aéroport Flers-Saint-Paul, 61 103 Flers • **Lisieux :** 100 avenue Guillaume-Le-Conquérant, 14 100 Lisieux - *Territoires d'actions : périmètre d'intervention* Haute-Normandie : départements de Seine-Maritime (76) et de l'Eure (27) Basse-Normandie : départements du Calvados (14), de la Manche (50), et de l'Orne (61)

Missions générales	- Assurer le versement des prestations comprenant les assurances maladie-maternité, vieillesse de base et complémentaire des professions artisanales, industrielles et commerçantes. *(N.B. : il n'existe pas d'indemnisation spécifique au titre de la maladie professionnelle ou des accidents du travail, tout étant pris en charge au titre du risque maladie).* • Assurer le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions personnelles du chef d'entreprise artisan, industriel ou commerçant. • Mener des actions de prévention et accompagner les travailleurs indépendants tout au long de leur vie en tenant compte de leurs spécificités. A noter que le RSI ne dispose pas de service de médecine du travail. • AsSurer le contrôle médical des prestations.
Publics cibles / bénéficiaires	Travailleurs indépendants : commerçants, artisans. (les professions libérales disposent de leur propre caisse RSI). A noter que le statut auto entrepreneur relève des caisses RSI

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	- Prévention des risques professionnels : communication et documentation ciblée par profession ; incitation à consulter son médecin traitant *(pas de service de médecine du travail).* - Signature du Plan Régional des Travailleurs Handicapés (PRITH) avec le parcours **M**aintien dans l'**A**ctivité **P**rofessionnelle des **I**ndépendants **(MAPI)** - Le parcours MAPI : cellule de concertation *(service médical, service d'action sanitaire et sociale, service communication, service recouvrement, direction)* **Objectif** : prévenir la désinsertion professionnelle, en utilisant la détection précoce et mettre en relation le travailleur avec les organismes régionaux spécialisés (SAMETH, Maisons Départementales des Personnes Handicapées) **Déroulement** : Réunion dix fois dans l'année avec environ dix dossiers par réunion *(suivi des dossiers déjà en cours, et examen de nouveaux dossiers, de nouvelles demandes).* - Signalement du service médical (95% des signalements) vers le service d'action sanitaire et sociale d'assurés en difficulté ou en arrêt de travail - Incitation au dépistage chez le médecin traitant, notamment dans le cadre de pathologies professionnelles : envoi d'auto-questionnaires chez l'assuré, et envoi de questionnaires au cabinet du médecin traitant, à remplir au cours d'une consultation médicale avec l'assuré, avec un ciblage par

	profession. Si un risque de désinsertion professionnelle est perçu, au vu des réponses au questionnaire, le RSI propose un bilan et propose d'orienter vers le parcours MAPI avant les difficultés et l'arrêt de travail potentiel. *Note : le RSI rémunère les médecins traitants qui remplissent et renvoient le questionnaire.* • Financements d'aménagement de poste ou de formations professionnelles par le Service Social après accord de la cellule MAPI. • Financement par le RSI Basse-Normandie, à titre d'expérimentation avant généralisation aux autres RSI du dispositif d'**AC**compagnement des **T**ravailleurs **I**ndépendants atteints d'un **CAN**cer **(ACTICAN)** : tous les travailleurs indépendants, dont un cancer a été détecté récemment, sont contactés par téléphone (après accord de leur médecin), ou peuvent eux-mêmes effectuer la démarche. **Déroulement** : Il leur sera proposé • l'accès à une ligne téléphonique et une boîte mail dédiées ; • un accompagnement d'un conseiller en charge de leur dossier ; • la mise en relation avec un référent de la Ligue contre le cancer de leur département ; • une information sur les bienfaits d'une activité physique. Des propositions d'accompagnement pour le retour à l'emploi leur seront faites grâce à une consultation pluridisciplinaire qui existe au CHU de Caen depuis 2013, mais était, jusqu'à présent, destinée aux salariés. Elle associe un médecin du travail, une psychologue et une assistante sociale. *(Initiative du Pr Bénédicte Clin-Godard, du service santé au travail et pathologies professionnelles).* Les assurés RSI pourront bénéficier de cette consultation sans avance de frais, grâce à une convention partenariale passée entre le RSI et le CHU.
Interlocuteurs internes de la structure	Communication permanente des différents services du RSI : Service Médical, Service Social, Recouvrement, Affiliation
Interlocuteurs externes de la structure	□ Pôle T de la DIRECCTE □ Pôle 3E de la DIRECCTE □ Agence Régionale de Santé (ARS) □ Direction de la Santé Publique □ Direction de l'Autonomie □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance □ Service social CARSAT □ Service Prévention Risques Professionnels CARSAT □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) □ Régime Social des Indépendants (RSI) ***x* Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH)** □ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)

	□ Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT) ***x* Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH)** □ Services de santé au travail □ Echelon régional du service médical □ Echelon local du service médical □ Caisse Primaire d'Assurance Maladie ***x* Association COMETE FRANCE** □ Cap Emploi □ Médecins généralistes ***x* Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires** □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (préciser :) □ Représentants des entreprises / partenaires sociaux □ Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer) ***x* Autres : Chambre des Métiers et de l'Artisanat de Seine-Maritime**
Contacts	✓ **Caisse RSI Haute-Normandie, 7 Avenue du Mont Riboudet, 76000 Rouen :** • Monsieur Eric CORNILLOT, Directeur de l'administration générale, des prestations et de la relation clients RSI Haute-Normandie, eric.cornillot@hautenormandie.rsi.fr • Docteur Bruno LE ROCH, Médecin conseil, bruno.leroch@hautenormandie.rsi.fr • Madame Sylvie GEST, Responsable du secteur social, sylvie.gest@hautenormandie.rsi.fr • Madame Liliane DRUAUX, Référente MAPI, cadre du Service médical, liliane.druaux@hautenormandie.rsi.fr Médecin-conseil régional : • Docteur Thierry PREAUX, Directeur santé/médical, thierry.preaux@bassenormandie.le-rsi.fr ✓ **Caisse RSI Basse-Normandie, 1 Rue Ferdinand Buisson, Saint-Contest, 14039 Caen :** • Madame Catherine FERCHAUD, Responsable du service d'Action sanitaire et sociale, catherine.ferchaud@bassenormandie.rsi.fr • Monsieur Jean-Pierre LECHARTIER, Adjoint administratif à la direction santé médicale, jeanpierre.lechartier@bassenormandie.rsi.fr Médecin-conseil régional : • Docteur Thierry PREAUX, Directeur santé/médical, thierry.preaux@bassenormandie.le-rsi.fr

f) La MSA

Nom de la structure :

Mutualité Sociale Agricole (MSA)

santé famille retraite services

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Organisme de Sécurité Sociale obligatoire
Organisation régionale	- Siège social : MSA Haute-Normandie 32 rue Politzer, 27036 EVREUX CEDEX MSA Côtes Normandes 37 rue de Maltot 14026 CAEN CEDEX 9 *Localisation en région : antennes, délégations etc…* - **MSA Haute-Normandie :** Bois-Guillaume (Cité de l'Agriculture, 76236 BOIS GUILLAUME Cedex), Evreux (32 rue Politzer, 27036 EVREUX CEDEX) *Divers points d'accueil de proximité répartis sur les départements de la Seine-Maritime et de la Manche.* - **MSA Côtes Normandes :** -Caen (37 rue de Maltot 14026 CAEN CEDEX 9), -Saint-Lô (9 Place du Champ de Mars 50005 SAINT LO CEDEX) *Diverses structures d'accueil de proximité réparties sur le département du Calvados et de la Manche.* - *Territoires d'actions : périmètre d'intervention* MSA Haute-Normandie : départements de la Seine-Maritime (76) et de l'Eure (27) MSA Côtes Normandes : départements du Calvados (14) et de la Manche (50) *(l'Orne est regroupé avec la Mayenne et la Sarthe)*
Missions générales	- Assurer l'ensemble de la protection sociale du monde rural et agricole : *maladie, famille, vieillesse, accidents du travail, maladies professionnelles, recouvrement* Dans le cadre de son guichet unique, la MSA assure une coordination entre les différents services amenés à intervenir : • Action Sanitaire et Sociale • Santé Sécurité au Travail (conseillers en prévention et médecins du travail) • Contrôle Médical • Service administratif Santé
Publics cibles / bénéficiaires	Salariés et non-salariés du secteur agricole et leurs ayants-droits *(Ex : employés des serres, coopératives, paysagistes, crédit agricole, chambre agricole)*

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	- Pilotage et déclinaison du plan **S**anté et **S**écurité au **T**ravail **(SST)** (2016-2020) défini par la **C**aisse **C**entrale de la **M**utualité **S**ociale Agricole **(CCMSA)**, qui est un plan spécifique au secteur agricole, et contient les axes prioritaires d'actions pour les 35 caisses nationales de MSA ; - Signature du **P**lan **R**égional d'**I**nsertion des **T**ravailleurs Handicapés **(PRITH)** ; - Prévention des risques professionnels : par les Services de Santé au Travail, et par la communication - Cellule pluridisciplinaire de prévention : Etude des situations complexes afin de valider les actions à mener pour permettre un retour à l'emploi durable dans les meilleures conditions - approuve le financement à apporter en fonction du projet *(pas de dispositif de bilan de compétences intrinsèque à la MSA).* • Réseau d'alerte ou dispositif de veille sociale : permet de détecter et de signaler les situations d'assurés en état de fragilité comme un arrêt de travail, une mise en inaptitude, une invalidité…et est alimenté par l'ensemble des salariés de la MSA via des fiches de liaison du service social. • Implication du médecin du travail dans la constitution du dossier pour la **R**econnaissance de la **Q**ualité de **T**ravailleur **H**andicapé **(RQTH)**, délivrée par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), par la mise en pièce jointe d'une lettre de liaison détaillée du projet de l'assuré quand nécessité d'une reconnaissance rapide afin de réaménager le poste. • Contact de l'AGEFIPH par le médecin du travail dès réception du récépissé de dossier de demande de RQTH. • Co-financements par le service d'Action Sanitaire et Sociale avec l'AGEFIPH (d'aménagements de postes, et dans le cadre de bilans de compétences *(participation à un permis de conduire, aides aux dépenses liées aux transports pour une formation…)* • Convention entre le Régime Social des Indépendants (RSI) Haute-Normandie et Basse-Normandie et la Mutualité Sociale Agricole Haute-Normandie et Basse-Normandie afin que les assurés sociaux du RSI bénéficient des consultations des Services de Santé au Travail *(il existe des demandes de la part du RSI Basse-Normandie vers la MSA Côtes-Normandes mais pas de la part du RSI Haute-Normandie).*
Interlocuteurs internes de la	Organisation en guichet unique : communication et réunions de services et interservices régulières, contacts quotidiens. *Exemple de la cellule Pluridisciplinaire de Prévention : formée de représentants des services Santé Sécurité au Travail, du Contrôle Médical, de l'Action Sanitaire et*

structure	*Sociale.* *Exemple de la fiche de liaison au service social : permet le signalement d'assurés en situation de difficulté au Service d'Action Sociale par l'ensemble des salariés de la MSA.*
Interlocuteurs externes de la structure	□ Pôle T de la DIRECCTE □ Pôle 3E de la DIRECCTE □ Agence Régionale de Santé (ARS) □ Direction de la Santé Publique □ Direction de l'Autonomie □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance ***X* Service social CARSAT** □ Service Prévention Risques Professionnels CARSAT □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) ***X* Régime Social des Indépendants (RSI)** ***X* Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH)** ***X* Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)** □ Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT) □ Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) □ Services de santé au travail □ Echelon régional du service médical □ Echelon local du service médical □ Caisse Primaire d'Assurance Maladie □ Association COMETE FRANCE □ Cap Emploi □ Médecins généralistes □ Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (préciser :) □ Représentants des entreprises / partenaires sociaux □ Association institutionnalisée (**ex : Ligue contre le Cancer**) ***X* Autres : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)**
Contacts	• **MSA Haute-Normandie :** Madame Carole Robert, sous-directrice caisse, 02.35.12.70.31, robert.carole@hautenormandie.msa.fr Docteur Dominique André, médecin du travail, responsable du service de santé au travail, andre.dominique@hautenormandie.msa.fr Monsieur Rémi Andrzewjski, responsable du service d'action sanitaire et sociale, andrzejewski.remi@hautenormandie.msa.fr • **MSA Côtes Normandes :** Docteur Philippe Pouzet, médecin chef du service de santé au travail Madame Astrid Morin, directrice du service de santé au travail Madame Nelly Daoudal, responsable du service social

g) L'AGEFIPH

Nom de la structure :

AGEFIPH

Association de **Ge**stion du **F**onds pour l'**I**nsertion **P**rofessionnelle des personnes **H**andicapées

I- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	Association nationale à but non lucratif dédiée à la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
Organisation régionale	- *Siège social :* 192 Avenue Aristide Briand, 92220 Bagneux - 13 Délégations Régionales - L'Agefiph en Normandie : une Délégation Régionale basée à Rouen Délégation Régionale Normandie : immeuble Les Galées Du Roi - 5ème étage 30 Rue Henri Gadeau De Kerville Saint Sever 76107 Rouen cedex 1 - *Périmètre d'intervention :* Les cinq départements normands : Seine-Maritime, Eure, Calvados, Manche et Orne *Un Délégué Régional, un Délégué Régional Adjoint, 7 chargés d'études et de développement et 3 conseillères en prestations*
Missions générales	- Favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées <u>Les missions de l'Agefiph s'incarnent au travers</u> : - d'une connaissance de ses bénéficiaires (personnes handicapées et entreprises) - d'une offre d'intervention élaborée en complémentarité des dispositifs de droit commun - d'actions spécifiques en faveur des politiques de l'emploi des personnes handicapées et des acteurs du monde économique En plus de ces missions, l'Agefiph s'est vu transférer par l'Etat certaines compétences comme : - la gestion de la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) - la gestion et de contrôle de la déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH). **1. Gestion des contributions des entreprises**

	Née avec la loi du 10 juillet 1987, l'AGEFIPH reçoit et gère les contributions versées par les entreprises privées de 20 salariés et plus qui n'atteignent pas le quota de 6% de personnes handicapées parmi leurs salariés. **2. Développement de coopérations** L'Agefiph assure une mission de développement visant à amplifier les politiques publiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées Des Coopérations sont mises en place avec les acteurs en charge de l'emploi (Pôle emploi), de la formation professionnelle (Conseils Régionaux) et de la compensation du handicap (CNSA) par le biais de conventions nationales, régionales ou locales. **3. Financement de services, prestations et d'aides** En complément des aides et dispositifs de droit commun, l'offre d'interventions proposée est composée de services, de prestations et d'aides destinés aux personnes handicapées et aux entreprises. Les services : Sur la base de cahier des charges nationaux, l'Agefiph sélectionne, anime et finance trois type de partenaires-services, composés d'opérateurs dédiés : les CAP EMPLOI sur le champ de l'accompagnement à l'emploi et de l'insertion, les SAMETH sur le maintien dans l'emploi et ALTHER sur le champ de l'information/mobilisation des entreprises. Les prestations : - dans les domaines de la formation et de l'orientation - expertise en fonction de la nature du handicap (visuel, auditif, moteur, mental et psychique) - conseil à l'aménagement/adaptation des situations de travail - conseil à la création/reprise d'activité *nb : les prestataires sont retenus par appel d'offre sur la base d'un cahier des charges* Les aides directes : mobilisables par les personnes handicapées et les entreprises dans des situations d'insertion et/ou de maintien dans l'emploi, elles apportent une réponse financière aux besoins identifiés. Ces aides recouvrent les aides humaines, les aides techniques, les aides à la mobilité et les aides à l'aménagement des situations de travail. *Nb : Certaines aides sont disponibles uniquement sur prescription par les partenaires-services de l'Agefiph.* *Dans le cadre d'une convention de coopération signée avec le FIPHFP, celui-ci cofinance les Cap Emploi et les SAMETH ainsi que certaines prestations*
Publics cibles / bénéficiaires	Les personnes reconnues handicapées (ou en voie de l'être) et les entreprises du secteur privé (et celles du secteur public soumis aux règles de droit privé).

II- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	**<u>Les situations visées par les interventions de l'AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées :</u>** - des salariés handicapés ou dont le handicap survient et qui sont : ▫ soit déclarés inaptes ou en risque d'inaptitude à leur poste de travail, ▫ soit en arrêt de travail nécessitant une reprise adaptée à leur handicap, ▫ soit en situation de handicap aggravé du fait d'une évolution du contexte professionnel. - des travailleurs indépendants handicapés ou dont le handicap survient entraînant un risque d'impossibilité de continuer à exercer leur activité professionnelle. **<u>Les interventions de l'AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi</u> :** ▪ ***Un service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)*** Opérateurs de proximité spécialistes du maintien dans l'emploi des personnes handicapées (financés par l'AGEFIPH et le FIPHFP) ont pour mission, d'agir en complément du médecin du travail afin d'aider les entreprises et les salariés à trouver une solution sur-mesure de maintien dans l'entreprise quand apparaît une inadéquation entre l'état de santé du salarié et la poursuite de la tenue de son poste de travail. Les SAMETH sont présents sur les 5 départements normands, et interviennent en partenariat avec les acteurs des champs médical, social et de l'emploi tels que les services de santé au travail, les Carsat, les services de la MSA, du RSI, les organismes de bilan ou de formation, etc…. Les conseillers SAMETH apportent aides et conseils à toutes les étapes de la démarche, en fonction des besoins rencontrés. Ils mobilisent et prescrivent les aides et les prestations spécifiques ou de droit commun Ils proposent en particulier deux services : - <u>Service ingénierie</u> : intervention dans l'entreprise pour la recherche et la mise en œuvre d'une solution de maintien, - <u>Service facilitation</u> : mise à disposition de leur expertise pour mobiliser les moyens nécessaires au maintien lorsque la solution à mettre en œuvre a été identifiée. ▪ ***Les aides et les prestations destinées aux entreprises et aux salariés*** ▪ <u>Une aide forfaitaire</u> pour l'entreprise, permet de couvrir les

	premières dépenses occasionnées pour engager une recherche de solution de maintien dans l'emploi ▪ L'aide au maintien des salariés en fin de carrière, permet de réduire le temps de travail des salariés handicapés âgés de 52 ans et plus afin de les maintenir dans leur emploi jusqu'à la date prévisionnelle de leur départ à la retraite, en maintenant leur salaire (dispositif en cours d'expérimentation) ▪ Toutes les aides directes et les prestations de l'AGEFIPH aux entreprises privées et/ou aux personnes handicapées nécessaires au maintien dans l'emploi *(Cf chapitre financement d'aides et prestations*
Interlocuteurs internes de la structure	La Délégation Régionale travaille avec les services support basés au siège social
Interlocuteurs externes de la structure	**Une contribution dans le partenariat pour le maintien dans l'emploi** A titre d'exemple en Normandie, l'AGEFIPH intervient dans les dispositifs partenariaux suivants : - PSOP/PRESIJ : en partenariat avec la CARSAT, module d'accompagnement de salariés et de travailleurs indépendants en arrêt de travail, qui présentent un risque identifié d'inaptitude à leur poste, d'élaborer un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un reclassement interne ou externe - COMETE : cofinancement avec l'assurance maladie et le FIPHFP, de 2 équipes pluridisciplinaires : au Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation (CRMPR) Les Herbiers de Bois-Guillaume (76) et à l'établissement SOGENOR Le Normandy à Granville (50) COMETE propose une prise en charge précoce de personnes, pendant la phase de soins, afin de les accompagner au retour à l'emploi - Convention avec les FONGECIF normands (OPACIF) : financement des coûts pédagogiques des Congés Individuels de Formation (CIF) inscrits dans une démarche de maintien dans l'emploi Par ailleurs, l'AGEFIPH inscrit son action pour le maintien dans l'emploi dans le cadre de partenariats conventionnels avec des organismes institutionnels, des organismes de droit privé et les représentants des entreprises et les syndicats de salariés. Le partenariat est également mis en place à travers de l'accompagnement de situations individuelles par les SAMETH □ Agence Régionale de Santé (ARS)

	□ Direction de la Santé Publique □ Direction de l'Autonomie □ Direction de l'Offre de soins □ Direction de l'Appui à la performance *X* Régime Général de l'assurance maladie : CARSAT, CPAM, □ Mutualité Sociale Agricole (MSA) □ Régime Social des Indépendants (RSI) □ Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) *X* Agence Nationale/Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) ***X*** Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) □ Services de santé au travail □ Echelon régional du service médical de la CPAM □ Echelon local du service médical de la CPAM □ Caisse Primaire d'Assurance Maladie □ Association COMETE FRANCE □ Cap Emploi □ Médecins généralistes médecins libéraux, □ Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires □ Assistantes sociales □ Organismes de formation (par l'intermédiaire des OPCA et OPACIF) □ Partenaires sociaux *X* Association institutionnalisée (ex : Ligue contre le Cancer, APF, …) X DIRECCTE X FIPHFP
Contacts	Délégation Régionale Normandie : immeuble Les Galées Du Roi - 5ème étage 30 Rue Henri Gadeau De Kerville Saint Sever 76107 Rouen cedex 1 • Contactdr76@agefiph.asso.fr • Tél : 0800 11 10 09 • Monsieur Christophe CASTAGNET, délégué régional par intérim jusqu'au 1er juin 2016, 06 61 71 49 74, 02 32 81 94 83, c-castagnet@agefiph.asso.fr • Monsieur Vincent DUFOUR, chargé d'études et de développement, 06 66 17 21 52, 02 32 81 94 87, v-dufour@agefiph.asso.fr • Monsieur Emmanuel DAUBE, chargé d'études et de développement, e-daube@agefiph.asso.fr

2. L'identification des freins et des leviers dans le maintien dans l'emploi

a) Acteurs institutionnels et opérationnels

FREINS	LEVIERS
• **Multiplicité des acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi** 1- Manque de visibilité du rôle de chacun *(connaissance et reconnaissance de chaque acteur)* 2- Lien partenarial insuffisant *(manque d'espace de réflexion et de collaboration)* pour envisager des actions communes 3- Manque de coordination et de transversalité entre institutionnels pour le pilotage et l'articulation des dispositifs existants dans le maintien à l'emploi 4- PRITH/Charte pour le maintien dans l'emploi : pas de rencontre depuis la signature en Haute-Normandie, donc aucune visibilité et planification d'actions conjointes régionales • **La communication entre les acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi** 1- Manque de temps de rencontre entre les acteurs institutionnels favorisant une stratégie de communication commune dans le maintien dans l'emploi en région *2-* Multiplicité des caractéristiques des populations bénéficiaires occasionnant des confusions et divergences entre les acteurs institutionnels *(Ex : Travailleurs indépendants, travailleurs salariés, RQTH, inaptitude, invalidité etc...)* *3-* Communication insuffisante de certains acteurs opérationnels sur leurs actions, rendant difficile leur visibilité sur le territoire • **L'harmonisation et mutualisation des pratiques et outils existants dans le maintien dans l'emploi** Beaucoup d'existant en termes d'outils et de	• **Cellules de coordination des régimes de Sécurité Sociale** Réunions le plus souvent mensuelles des représentants des différents services (médical, social, administratif), pour étude conjointe des dossiers d'assurés en difficulté, avec propositions adaptées au cas particulier • **Communication et coordination interne** Dialogue, rencontres, appels téléphoniques et information par fiches informatisées au sein d'une structure de sécurité sociale : guichet unique à la MSA, échanges d'informations quotidiennes entre service médical de l'Assurance maladie et service social CARSAT • **Formation et information entre les acteurs** Formation des assistantes sociales CARSAT par les médecins conseils de l'Assurance maladie sur des sujets médicaux Formation et information des médecins traitants par les médecins conseils de l'Assurance maladie sur l'actualisation des dispositifs Rencontre organisée par la CARSAT en 2015 entre les médecins conseils et les médecins du travail (une centaine de médecins) pour échanger sur leurs pratiques

	pratique mais échange insuffisant entre les institutions pour envisager des pratiques harmonisées et complémentaires *(Quid du carnet de liaison mis en place par la DIRECCTE, CARSAT et SAMETH)* • **Exploitation des données régionales existantes dans le maintien dans l'emploi** Partage insuffisant des données existantes disponibles dans chaque institution, qui permettrait une analyse partagée de la situation régionale, et d'envisager des actions communes • **Mobilisation et implication des acteurs sur la thématique du maintien dans l'emploi** Temps dédiés au maintien dans l'emploi insuffisant des acteurs pour investir correctement la thématique	

b) Le parcours des personnes dans le maintien dans l'emploi

FREINS	LEVIERS
• **Activation des dispositifs et des circuits du maintien dans l'emploi** Manque d'anticipation dans l'activation du dispositif lié à la méconnaissance et à la complexité du maillage autour des cas pris en charge, notamment pour le médecin traitant Mauvais circuits activés et empruntés par les personnes dans le maintien dans l'emploi occasionnant des manquements quant aux demandes d'aides de l'AGEFIPH *(ces aides ne sont disponibles qu'avec la RQTH)* Manque de signalements sur les avis d'inaptitude de certains services de santé au travail au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre d'une part, et aux SAMETH d'autre part Complexité dans l'articulation des parcours selon le statut de la personne (ex : cas des salariés indépendants) • **Identification et repérage des acteurs-clés territoriaux du maintien dans l'emploi** Manquement dans l'identification et le repérage des acteurs clés territoriaux pouvant être sollicités pour signaler et mettre en œuvre un dispositif personnalisé, le plus précocement possible, notamment pour les bénéficiaires du régime général • **Identification d'une coordination de parcours dans le maintien dans l'emploi** Manque d'un fil conducteur opérationnel représenté par une institution missionnant un professionnel-référant connaissant au plus près le dossier de la personne en difficulté.	• **Rencontres et actions communes avec les acteurs locaux à destination du public** Journées de communication à destination du grand public réalisées par le service social CARSAT et par la Ligue contre le Cancer, avec pour thème le retour à l'emploi pendant/après un cancer *(trois rencontres en 2015, département de la Manche très actif)* Sessions d'information collectives auprès des travailleurs handicapés, partagées entre deux conseillers Pôle Emploi et CAP Emploi afin de leur présenter leur offre de service ; une réception individuelle était proposée dans un deuxième temps. Ce dispositif est mis en place dans le département de l'Eure, et aurait montré de bons résultats dans le taux d'emploi des personnes handicapées • **Rôle du travailleur social** Un acteur clé du maintien et du retour dans l'emploi ; ils se placent à la frontière entre les démarches administratives et la globalité du travailleur en difficulté de santé, tout en restant présents dans la continuité du projet ; aident à faire la lumière sur le projet souhaité par le travailleur, sur ses ressorts financiers, matériels, psychologiques, familiaux. Incarnent une personne référente bien au fait des structures et des personnes à contacter selon la situation rencontrée Il est proposé par les cadres de santé aux patients sortant d'hospitalisation en arrêt de travail les coordonnées d'un assistant social ou une proposition d'être contacté par le service

	• **Mobilisation des travailleurs sociaux dans le maintien dans l'emploi** Nécessité de mobiliser davantage de travailleurs sociaux pour faciliter les démarches d'entrée et d'accompagnement auprès des bénéficiaires dans leur parcours – Le travailleur social est un facilitateur (fil rouge) dans le maillage des acteurs locaux • **Appropriation de la notion de « parcours » dans le maintien dans l'emploi** Représentations variées des acteurs sur la notion de « parcours » *(pas de parcours linéaire et pas de parcours-type)*. Chaque problématique sera gérée individuellement, en fonction des compétences inhérentes à chaque structure • **Caractéristiques des personnes bénéficiaires d'un dispositif de maintien dans l'emploi** Diversité des profils des personnes pouvant bénéficier d'un parcours de maintien en/dans l'emploi, le parcours doit s'adapter à ce profil, et pas l'inverse	social, afin d'établir un lien précoce • **Visite de pré-reprise** Identifiée comme un outil efficace dans l'anticipation des difficultés prononcées et prévisibles au poste de travail ; devrait être encouragée et plus répandue • **Le développement d'actions sur la prévention des risques professionnels** • **Consultations spécialisées des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)** • Reconnues comme efficaces avec une compréhension globale et une écoute du travailleur, et un apport d'aides juridiques et d'informations concrètes pour l'éventuelle reprise d'une activité professionnelle

c) Triangle médical : médecins traitants, médecin du travail, médecins conseils

FREINS	LEVIERS
• **Coordination du triangle médical dans le maintien dans l'emploi** Manque de temps de concertation et de coordination commune entre les différents médecins favorisant une démarche commune. La gestion des cas se fait souvent de manière isolée et sans articulation, et la décision médicale reste toujours individuelle, relevant de l'appréciation propre du médecin Existence d'une résistance dans les liens partenariaux envisageables entre les médecins. D'où une communication insuffisante, voire inexistante, entre les médecins présents dans le parcours de la personne • **Suivi des parcours des personnes dans le maintien dans l'emploi** Démographie médicale défavorable en médecine du travail (Services de SST, MIRTMO) Temps insuffisant dans le suivi des parcours par le médecin du travail et le médecin traitant entraînant des ruptures dans le parcours Méconnaissance et complexité dans l'activation et la sollicitation des acteurs locaux clés du maintien dans l'emploi pour le médecin traitant (peu de signalements par les médecins libéraux) En entreprise, grande difficulté du médecin du travail pour décider d'une inaptitude du travail car manque de solutions alternatives à proposer aux salariés • **Complexité de certaines prises de charge** Méconnaissance de certains handicaps entrainant des difficultés d'évaluation et d'orientation vers	• **Formation médicale continue** Journées de visite à l'Assurance Maladie, avec rencontre des médecins conseils, présentation des dispositifs majeurs de la structure et de son fonctionnement, pour les internes en médecine générale Quelques cours sur les thématiques accidents du travail, désinsertion professionnelle • **Le développement de réseaux de soignants** • Exemple : Réseau Lombalgie du Calvados (Lombalgie 14), du docteur SAHPEY ; les médecins du travail sont en lien étroit avec les soignants libéraux (médecins et kinésithérapeutes) et avec les services médical et social de l'Assurance Maladie

	des dispositifs spécifiques (Ex : handicap cognitif comme les traumas crâniens, AVC) Professions (aides à domicile, assistantes maternelles etc…) ne consultant pas les services de santé au travail, si pas d'orientation de la part de leur médecin traitant	

d) Données inhérentes aux personnes

FREINS	LEVIERS
• **Données liées au niveau de formation et qualification** Le faible niveau de qualification d'un travailleur, associé à un métier directement en lien avec une bonne condition physique (métiers du bâtiment), constitue un défi de maintien en emploi : les possibilités de reconversion sont plus limitées que si le niveau de qualification est élevé. Les travailleurs handicapés en fin de carrière sont plus difficiles à reclasser ; d'autant plus que leur niveau de qualification est, encore une fois, faible • **Données liées aux craintes personnelles** Peur du jugement vis-à-vis de l'employeur et des collègues entraînant souvent un isolement dans la gestion des difficultés sur le poste, et provoque un retard au début du signalement et de la prise en charge Crainte de l'inconnu (RQTH, reconversion, reclassement etc..) et une remise en question rendant difficile l'adhésion aux dispositifs Méconnaissance du rôle de chaque professionnel présent dans le parcours et multiplicité des interlocuteurs rendant la démarche compliquée • **Données liées à la complexité des problématiques** Situations limites, complexes et inextricables nécessitant une mobilisation de tous les acteurs concernés Cas particuliers des risques psycho-sociaux (Dépression, Burn-out etc…) ; en effet dans ce cas	• **Rôle du travailleur social** Représente un levier psychologique • **Soins de supports proposés par le Centre Henri Becquerel et la Clinique Mathilde** Temps d'écoute et de soin du patient, avant de proposer un accompagnement pour entamer les démarches administratives pour un retour à l'emploi ; respect des étapes nécessaires après un accident ou une maladie, prendre le temps de se soigner et d'évaluer les ressources globales de la personne ; **centré actuellement sur la pathologie cancéreuse**

	particulier, la meilleure solution n'est pas le maintien dans l'emploi, mais bien l'extraction du salarié de son milieu de travail : pas d'aménagement de poste ni de reclassement dans l'entreprise ; passe par la recherche d'emploi, avec plus de risques de désinsertion professionnelle • **Données liées à la posture des travailleurs indépendants** Les travailleurs indépendants sont identifiés avec une tendance à retarder le moment de la consultation médicale lors d'un début de problème de santé ; leur statut d'indépendant les encourage à ne pas compter leurs heures de travail, et à nier jusqu'au plus tard possible leurs difficultés dans leur travail	

e) Cadre réglementaire et procédural

FREINS	LEVIERS
• **Délais et lourdeurs des procédures** Lourdeur et complexité administrative pour les acteurs et les bénéficiaires (découragement précoce) Longue durée pour l'activation des procédures, associée à un manque de visibilité sur les débouchés entrainant du découragement et une perte de motivation pour la continuité des démarches (abandon) Délai d'attente contraignant pour la réalisation d'un bilan de compétence (un an) entrainant des difficultés à envisager l'avenir Délai d'attente long (six mois minimum) pour la mise en œuvre d'une procédure de maintien dans l'emploi • **Les professionnels indépendants** Inexistence de dispositif similaire au temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants Augmentation des cas déguisés de licenciements : rupture conventionnelle priorisée à la place d'une cause d'inaptitude, qui amène des erreurs d'orientation entre conseillers Pôle Emploi et CAP Emploi et un manque de propositions d'offres d'emploi adaptées à la situation de handicap	• **Dispositif PRESIJ (PREstation d'accompagnement de mise en situation de Salariés en Indemnités Journalières) pour un assuré en cours d'indemnisation maladie ou Accident du Travail (AT)/Maladie Professionnelle (MP)** La mise en situation réelle au sein d'une entreprise permet d'approcher au mieux la réalité et de tester le collectif de travail en prenant en compte la situation nouvelle de handicap • **Dispositif Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle (PSOP)** Peut être proposé à un salarié encore en activité, avec un risque identifié d'inaptitude au poste de travail ; ce dispositif permet un gain de temps dans ces situations, et autorise une ré-orientation anticipée qui tiendra compte des restrictions d'aptitude • La formalisation de la procédure par un dispositif officiel garantit la qualité de la ré-orientation et son pilotage

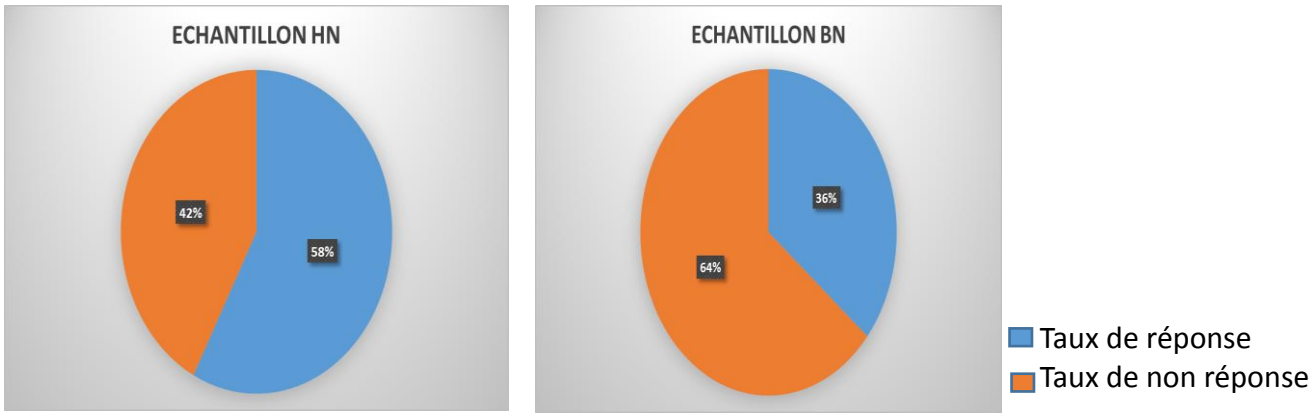
Synthèse

	FREINS	LEVIERS
C 1	• Multiplicité des acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi • L'harmonisation et mutualisation des pratiques et outils existants dans le maintien dans l'emploi • La communication entre les acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi • Exploitation des données régionales existantes dans le maintien dans l'emploi • Mobilisation et implication des acteurs sur la thématique du maintien dans l'emploi	• Cellules de coordination des régimes de Sécurité Sociale • Communication et coordination interne • Formation et information entre les acteurs
C 2	• Activation des dispositifs et des circuits du maintien dans l'emploi • Identification et repérage des acteurs-clés territoriaux du maintien dans l'emploi • Identification d'une coordination de parcours dans le maintien dans l'emploi • Mobilisation des travailleurs sociaux dans le maintien dans l'emploi • Appropriation de la notion de « parcours » dans le maintien dans l'emploi • Caractéristiques des personnes bénéficiaires d'un dispositif de maintien dans l'emploi	• Rencontres et actions communes avec les acteurs locaux à destination du public • Rôle du travailleur social • Visite de pré-reprise • Le développement d'actions sur la prévention des risques professionnels • Consultations spécialisées des CHU
C 3	• Coordination du triangle médical dans le maintien dans l'emploi • Suivi des parcours des personnes dans le maintien dans l'emploi • Complexité de certaines prises de charge	• Formation médicale continue • Le développement de réseaux de soignants
C4	• Données liées au niveau de formation et qualification • Données liées aux craintes personnelles • Données liées à la complexité des problématiques • Données liées à la posture des travailleurs indépendants	• Rôle du travailleur social • Soins de supports proposés par le Centre Henri Becquerel et la Clinique Mathilde
C5	• Délais et lourdeurs des procédures • Les professionnels indépendants	• Dispositif PRESIJ (pour un assuré en cours d'indemnisation maladie ou Accident du Travail (AT)/Maladie Professionnelle (MP) • Dispositif Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle (PSOP)

B. Phase 2 : Repérer et identifier les acteurs opérationnels de proximité du territoire œuvrant pour le maintien dans l'emploi, ainsi que les expériences menées en région.

1. Taux de réponse

Le taux de réponse global au questionnaire est de 45% *[99 envois pour 45 réponses]*. L'évaluation d'un taux de réponse en fonction de la région géographique s'est fait par une analyse au niveau des structures (MDPH, UTAS etc…) pouvant être dichotomisées en fonction des ex régions Haute et Basse-Normandie.



2. Résultat du questionnaire en fonction de la structure

Voici les éléments permettant d'interpréter les résultats des interactions entre les structures :

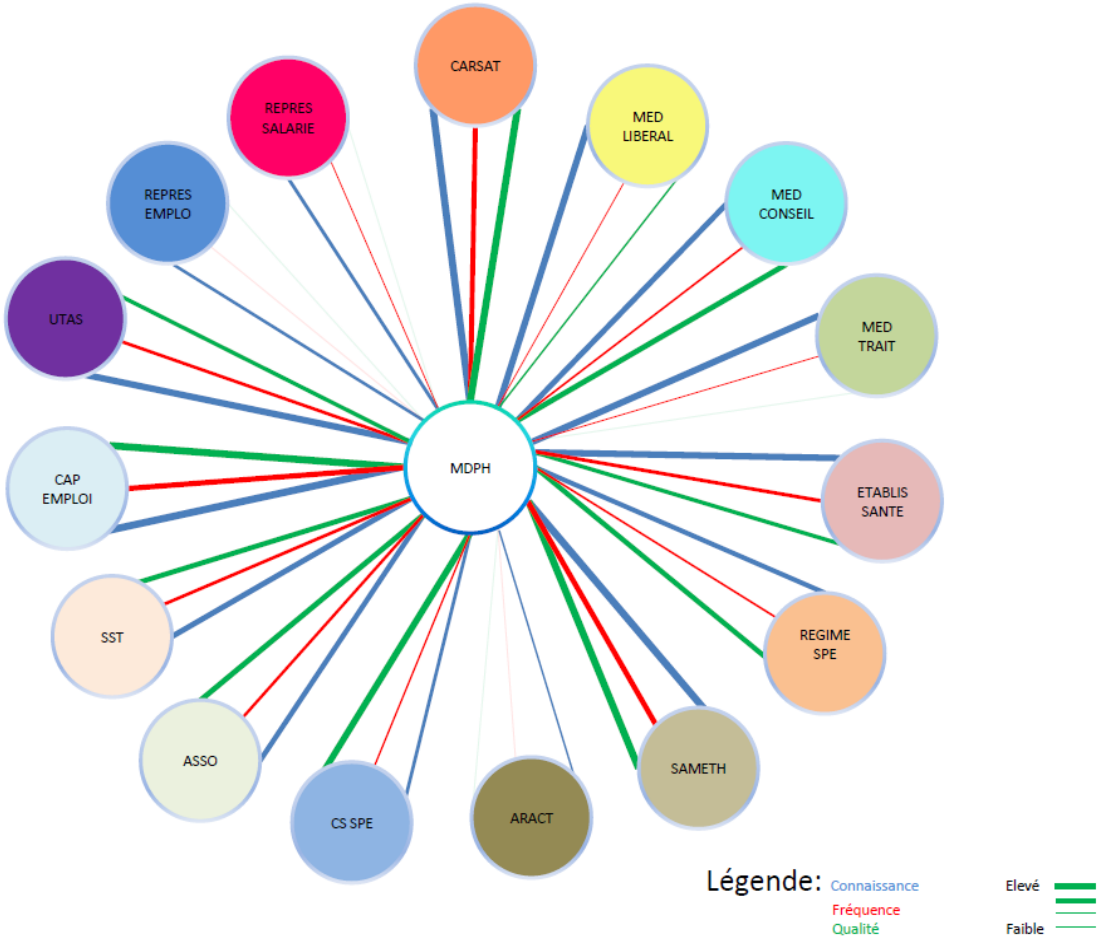
- Connaissance : « Comment évalueriez-vous votre connaissance du partenaire ? » [0-4]
  - « Je ne connais pas » = 0
  - « Je connais la nature de leur travail, le public bénéficiaire de leur prestation et leur méthodes » = 4
- Fréquence : « Vous travaillez avec » [0-3]
  - « Pas du tout » = 0
  - « Quasiment tous les jours dans le cadre de mon travail habituel » = 3
- Qualité : « La qualité de la collaboration avec ce dernier est » [1-4]
  - « Lente et peu productive » = 1
  - « Fluide et rapide » = 4

a) Les MDPH (Maison départementales des personnes handicapées)

Les actions recensées sur le maintien dans l'emploi

- Attribution de la RQTH (Annexe 2a)
- Entretiens individuels (Annexe 2b page 59)
- Cellule prévention de la désinsertion professionnelle (Annexe 1c page 60)

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	2,5	1,25	2,75
Service social de la CARSAT	4	2,75	4
Représentants des salariés et usagers	1,75	0,25	
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	1,5	0	
Services de santé au travail	3	1,75	2,75
CAP emploi	4	3	4
Les consultations spécialisées	1,75	1	3,5
Associations	2,75	1,5	3
ARACT	1	0	0
SAMETH	4	3	4
Etablissements de Santé	3,5	2	2,25
Assistants sociaux HORS CARSAT	3,5	1,75	2,25
Les médecins conseil de la CPAM	3	1,25	3
Les médecins traitants	3,5	0,5	
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	3,5	0,25	1

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Les médecins traitants connaissent peu la MDPH, son fonctionnement, les prestations attribuées... et font parfois des demandes "à côté" ou remplissent mal les certificats médicaux (*peu de détails sur la pathologie et l'autonomie de la personne ce qui ralentit le traitement du dossier MDPH et de la demande de RQTH).* Il semblerait qu'un éclairage, des précisions soient apportés autour des éléments nécessaires et importants à faire figurer dans le certificat médical joint au formulaire de demande MDA (Maisons départementales de l'autonomie).

- Lever la Barrière du secret médical pour une interpellation directe.

Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Ces dispositifs sont assez efficients sur le Calvados car en place depuis longtemps (par ex : module PRESIJ) et les partenaires se connaissent bien.

- Bon réseau dans le privé. Les démarches pour les salariés de fonction publique sont beaucoup plus complexes et poussives. Rôle clé du Médecin du Travail qui est en mesure d'interpeller les partenaires dès repérage de la situation. Une interpellation rapide permet de grandement faciliter le maintien en emploi. Même si l'état de santé n'est pas consolidé, un premier contact avec les partenaires du maintien en emploi permet à la personne d'être rassurée sur de se projeter sur les actions pouvant être mise en place dès que sa situation le permettra.

- Les médecins du travail et le SAMETH me semblent bien mobilisés sur la question du maintien dans l'emploi.

- Certains sont plus connus, "lisibles", réactifs que d'autres

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Une plus grande mobilisation des entreprises et employeurs qui ne connaissent pas tous ces dispositifs et s'impliquent peu dans la question du handicap et du maintien dans l'emploi (mais il s'agit d'un public difficile à mobiliser...).

- Manque un maillon pour les personnes relevant du milieu protégé

- Le SAMETH peut intervenir en Fonction Publique. Toutefois, des actions restent difficiles au sein des Fonctions Publiques. Un service dédié permettrait peut-être de faciliter les échanges avec ces structures?

- Le partenariat et la fluidité des échanges sont indispensables ; bien se connaître : des temps de rencontre, autour de nouveaux dispositifs, pour les uns ou les autres, permettrait de pouvoir interpeller un partenaire plus rapidement, en cas de besoin, de demande précise d'un bénéficiaire. Au regard des demandes évaluées, il apparaît régulièrement le besoin d'accompagnement, de proximité, de réassurance, pour les personnes.
  - Lorsqu'une personne fait une demande auprès de la MDA, elle en attend beaucoup. Or, nous ne pouvons qu'orienter vers le dispositif le plus adapté. Les démarches vers l'emploi, et/ou le maintien dans l'emploi sont longues et compliquées... il me semble nécessaire que le bénéficiaire ne se sente pas seul dans son parcours. Certains, avant un accident, n'ont jamais connu de période d'inactivité. Certains n'ont jamais été en arrêt, jamais rencontré de service social ou ne se seront par exemple jamais inscrit auprès de Pôle Emploi...Le parcours du maintien dans l'emploi et long et beaucoup de services y figurent. En se connaissant tous, en accompagnant au plus près, nous pouvons permettre d'écouter, d'aider à l'"acceptation", d'orienter, en faisant en sorte que le bénéficiaire se sente rassuré dans son parcours.

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

b) Les UTAS (Unité d'Action Territoriales d'Action Sociale)

Nb de sources	7
Territoire intervention	Départemental
Public	Agent des collectivités et bénéficiaire du RSA
Modalité premier contact	Prescripteur et contact direct du public

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Aménagement de poste pour le reclassement professionnel et étude ergonomique (Annexe 2a page 61)
- Constitution de la demande RQTH (Annexe 2b, page 62)
- Animation groupe technique de reclassement (Annexe 2c, page 62)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Mieux faire connaitre le rôle des médecins du travail afin de pouvoir coordonner ses actions avec les autres acteurs (employeurs notamment)

Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Pas assez connu et manque de lien entre les acteurs
- Travail avec le coordinateur handicap permet l'échange et le partage d'expérience avec les autres collectivités publiques. Ceci est utile mais pas décisif pour certaines situations complexes.
- Lourds administrativement, longs délais de réponse et prise en charge
- La coordination entre les acteurs est parfois difficile (problématique du secret médical)

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Organiser des manifestations afin de présenter le rôle de tous les acteurs du maintien dans l'emploi
- Maintien d'une enveloppe financière pour la réalisation d'action pour les aménagements spécifiques de poste. *proposition d'un dispositif de mise en retraite pour invalidité simplifié pour la structure et l'agent.*

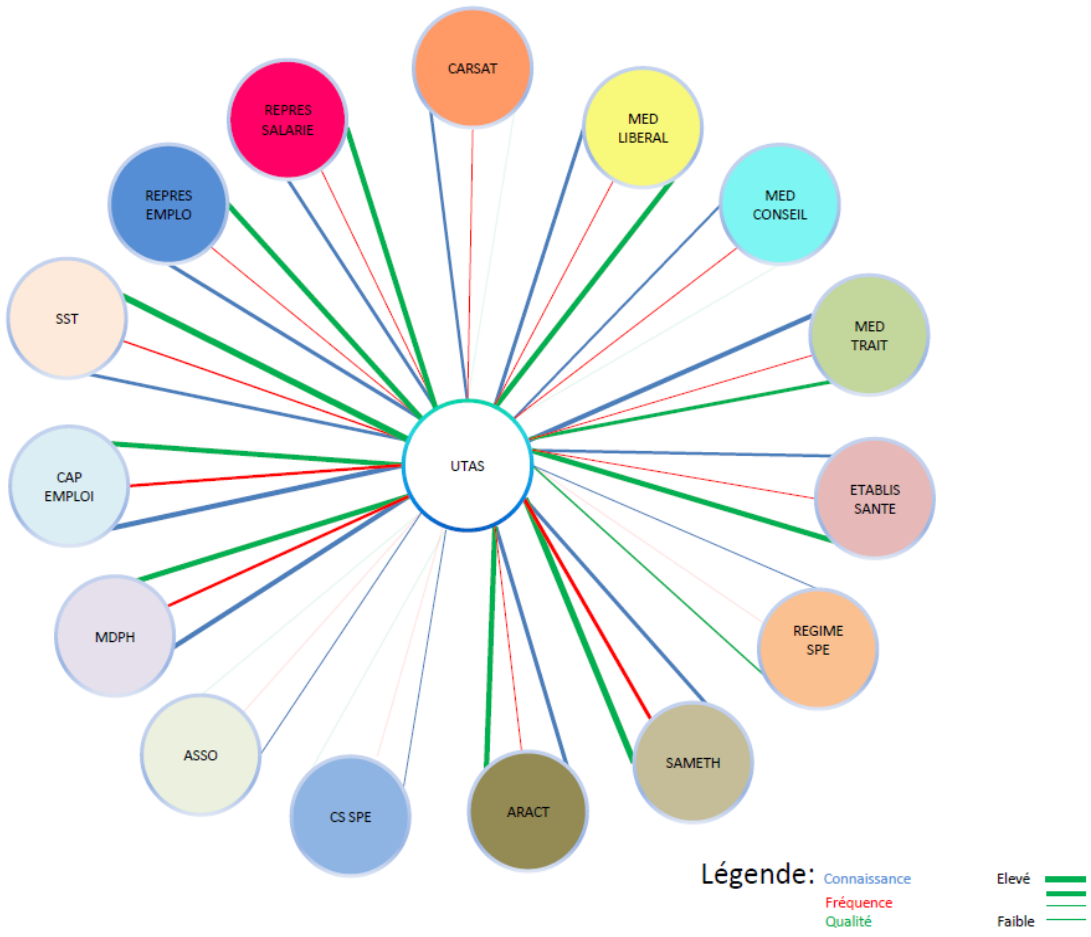
- Favoriser la formation avant les difficultés de santé pour rendre les agents plus polyvalents

- Bourses aux postes permettant plus facilement de reclasser les personnes en situation de désinsertion.

- Plus de moyens humains et financiers. Les prestations à moindre coût ont engendré un travail de moins bonne qualité au fil des années. Les résultats seraient bien meilleurs si on s'en donnait les moyens humains et financiers

- Plus de partenariat et une meilleure connaissance du handicap

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	0,86	0	1
Service social de la CARSAT	1,57	0,2	
Représentants des salariés et usagers	1,86	0,83	3
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	2	0,5	3
Services de santé au travail	1,71	1	3,5
CAP emploi	2,71	1,5	2,75
Maison Départementale des Personnes Handicapées	2,57	1,6	3
Les consultations spécialisées	0,86	0	
Associations	0,14	0	
ARACT	2,14	0,6	3
SAMETH	2	2	3,5
Etablissements de Santé	1,57	0,2	3
Les médecins conseil de la CPAM	1,43	0,2	
Les médecins traitants	2,57	0,6	2
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	2	0,6	3

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

c) La CARSAT

Nb de source	4
Territoire intervention	Régional et départemental
Public	Salariés en arrêt de travail
Modalité premier contact	Orientation par un professionnel ou accueil du public

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Action d'information collective aux assurés en arrêt de travail (Annexe 3a, page 63)
- Atelier prévention de la désinsertion professionnelle (Annexe 3b, page 63)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Une meilleure connaissance des rôles des différents acteurs
- Pas de nécessité de travailler ensemble mais favoriser l'accessibilité en cas de besoin.

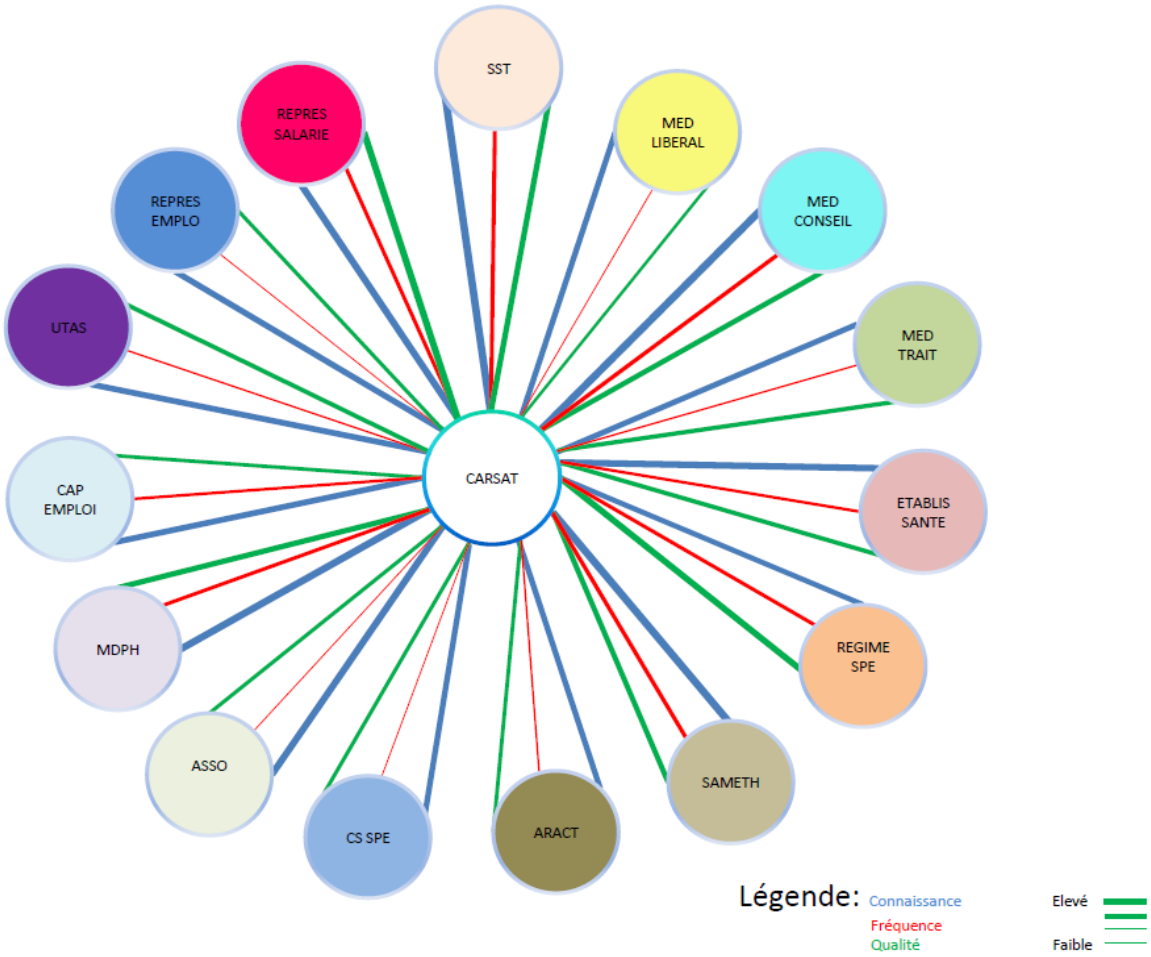
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Coordination qui s'est améliorée mais qui reste très insuffisante
- Utiles mais complexes de par la multiplicité des acteurs.

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Plus d'articulation avec la médecine libérale, stabilité des dispositifs. (Ex : PSOP)
- Clarifier le rôle de chacun dans la foule des acteurs du maintien dans l'emploi. L'assuré est « perdu ».

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	2,75	2	3,33
Représentants des salariés et usagers	3,5	2	3,5
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	3,25	0,75	2
Services de santé au travail	4	2,25	3
CAP emploi	3,25	1,5	2
Maison Départementale des Personnes Handicapées	3,75	2	3
Les consultations spécialisées	3	0,75	2
Associations	3,5	0,75	2
ARACT	3	1	2
SAMETH	4	2,25	2,75
Etablissements de Santé	3,5	1,5	2,33
Assistants sociaux HORS CARSAT	3,25	1	2,33
Les médecins conseil de la CPAM	4	2,25	2,75
Les médecins traitants	3	1	2,33
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	3	0,75	1,5

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

d) Régime Social des Indépendants (RSI)

Nb de source :	1 (RSI)
Territoire intervention	Régional Haute Normandie
Public	Travailleurs indépendants artisanat et commerçant.
Modalité premier contact	Accueil du public, contact téléphonique Orientation par professionnel.

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Maintien dans l'activité professionnelle des indépendants (Annexe 4a, page 65)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Intégration du médecin libéral dans le parcours médico-social ?
- Vive une seule SECU unifiée et un seul parcours

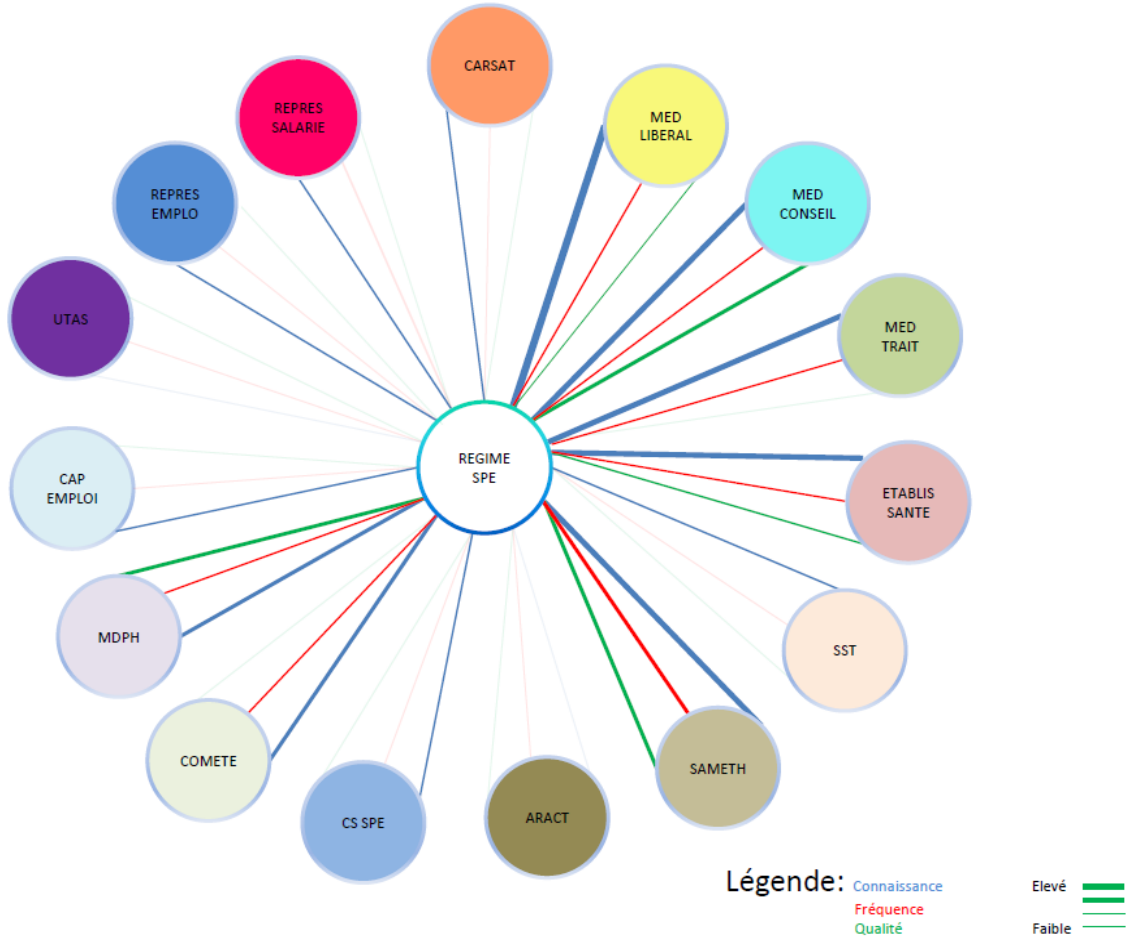
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Débutant

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Réseau unifié fluide

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Service social de la CARSAT	1	0	
Représentants des salariés et usagers	1	0	
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	1	0	
Services de santé au travail	1	0	
CAP emploi	1	0	
Maison Départementale des Personnes Handicapées	2	1	2
Les consultations spécialisées	1	0	
Associations	2	1	
ARACT	0		
SAMETH	3	2	2
Etablissements de Santé	3	1	1
Assistants sociaux HORS CARSAT	0		
Les médecins conseil de la CPAM	3	1	2
Les médecins traitants	3	1	
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	4	1	

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

e) Les SST (Services de Santé au Travail)

Nb de sources	13
Territoire intervention	Centrée sur zone urbaine : Cantonale ou Départementale
Public	Salariés et entreprises du secteur privé
Modalité premier contact	PRINCIPALEMENT ORIENTATION PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE PRESCRIPTEUR OU CONTACT PAR LE PUBLIC

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Etude de poste pour aménagement et reclassement (annexe 5a, page 66)
- Reclassement externe (annexe 5b, page 67)
- Action de sensibilisation aux risques psychosociaux et addictions (annexe 5c, page 67)
- Formalisation d'une demande de RQTH et demande d'intervention d'une Assistante sociale (annexe 5d, page 67)
- Situation conflictuelle : Analyse et médiation avec un accompagnement managérial ; consultation de « mal être » au travail (annexe 5e, page 68)
- Visite de pré-reprise (annexe 5f, page 68)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Inciter les médecins de ville à orienter leurs patients vers le service de santé au travail quand un problème de santé impacte la capacité de travail
- réunion du type de celle de novembre 2015 "médecins du travail et médecins conseil" - développer les échanges avec nos confrères médecins-conseils
- Donner régulièrement aux médecins des infos sur l'évolution de la réglementation, les différentes structures d'aide au maintien dans l'emploi

Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Nombreux. L'efficacité dépend de la mobilisation de chacun, du salarié et de l'employeur en particulier
- Difficultés de coordination entre les acteurs

- Asymétrie de connaissance entre salarié et professionnel.
- Manque une volonté d'être plus en amont dans le maintien / on vient après la bataille travail en réseau notamment soins/CARSAT/SSTI ELSM à améliorer
- maillon positif la relation SAMETH/SSTI

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Mise en place d'un véritable travail de collaboration avec les acteurs. Il me semble que les moyens et ressources existent mais que nous ne travaillons pas ensemble de manière satisfaisante, la collaboration avec CPAM et CARSAT me parait insuffisante avec la médecine du travail.

- Définir les missions de chacun afin d'éviter les doublons et éviter que certains professionnels ne se positionnent à la place de l'autre. La réalisation d'un logigramme détaillé pourrait être utiles.

- Favoriser davantage les bilans de compétences et les formations pendant l'arrêt de travail

- Favoriser une meilleure collaboration entre les différents partenaires avec un salarié coopérant ; pour cela anticiper les rencontres avec le médecin du travail (visite de pré reprise), confier au médecin du travail les divers documents pour un travail consensuel et prévenir la désinsertion professionnelle; et une meilleure connaissance du rôle de chacun et ses limites

- Mise en place de cellules maintien dans l'emploi identifiées régionalement qui pourraient aider au reclassement de salariés lorsque l'entreprise se trouve dans l'impossibilité de le faire.

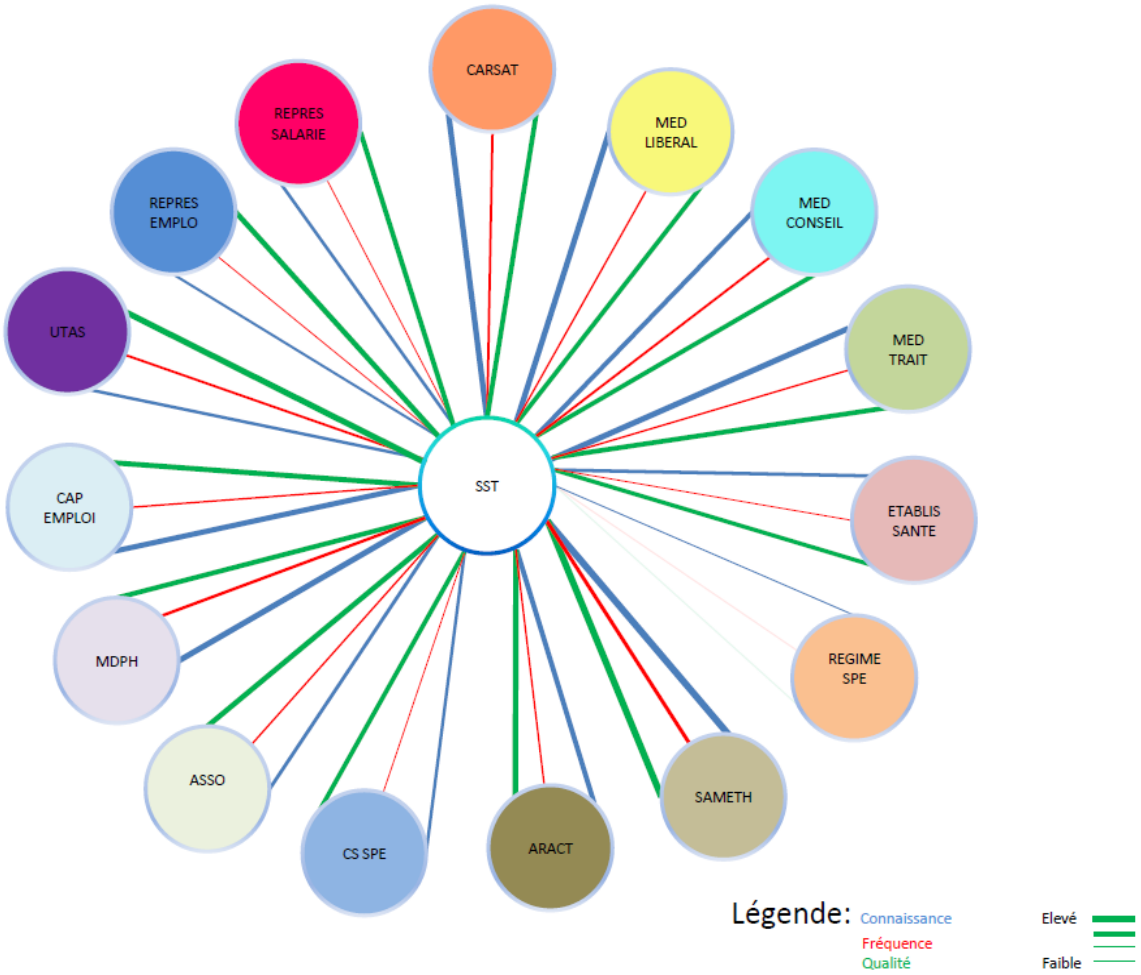
- Mise en place d'un observatoire régional du maintien dans l'emploi, la mise en place d'un système de vigilance précoce dans les entreprises pour prévenir / Impliquer de façon plus active et en amont les employeurs un enjeu pour le vieillissement de la population active qui devra travailler

- Assurer une stabilité et une simplification de la règlementation permettront sûrement un développement de ce dispositif

- Favoriser la concertation entre les professionnels de santé et les structures qui sont en charge du maintien dans l'emploi

- S'assurer de la stabilité des personnes dans les fonctions de services d'aide au maintien à l'emploi.

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	0,54	0	
Service social de la CARSAT	2,92	1,33	2,6
Représentants des salariés et usagers	1,69	0,36	2,5
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	1,38	0,88	2,75
CAP emploi	2,77	1,08	2,86
Maison Départementale des Personnes Handicapées	3,08	1,58	2,63
Les consultations spécialisées	1,69	0,71	2,4
Associations	1,77	1	2,71
ARACT	2,69	0,91	3
SAMETH	3,54	2	3,64
Etablissements de Santé	1,77	0,56	2,25
Assistants sociaux HORS CARSAT	1,69	1,44	3,17
Les médecins conseil de la CPAM	2,46	1,36	2,44
Les médecins traitants	2,92	1,09	2,5
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	2,92	1,09	2,43

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

f) Les consultations pathologies professionnelles des CHU

Nb de sources :	2
Territoire intervention	Régional
Public	Toute personne en âge de travailler ayant une pathologie
Modalité premier contact	Accueil direct du public contact téléphonique ou orientation par un professionnel

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Demande de RQTH et reconversion professionnelle (Annexe 6a)
- Sensibilisation des professionnels de soins au retour à l'emploi après cancer (Annexe 6b)
- Accompagnement des personnes ayant eu un cancer (Annexe 6c)
- Groupe de paroles pour les patients ayant eu un cancer et souhaitant travailler (Annexe 6d)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Pas besoin

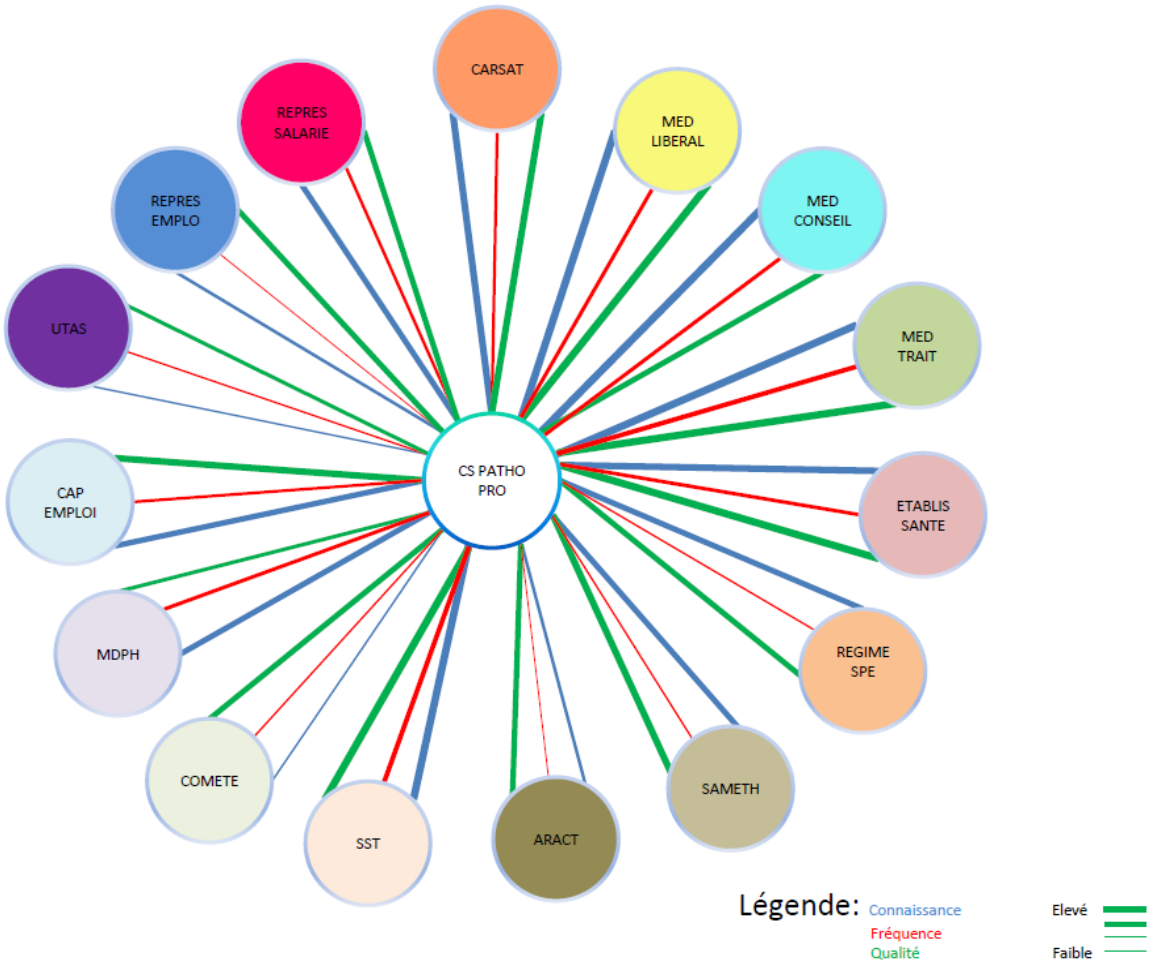
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Efficace mais trop long pour la mise en place

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Plus de rapidité dans la mise en place des dispositifs

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	3	1	3
Service social de la CARSAT	3,5	1,5	3,5
Représentants des salariés et usagers	3	1,5	3
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	1,5	0,5	3
Services de santé au travail	4	2,5	4
CAP emploi	3	1,5	3,5
Maison Départementale des Personnes Handicapées	3	2	2
Associations	1	1	3
ARACT	1,5	0,5	3
SAMETH	3	1	3,5
Etablissements de Santé	3,5	2	4
Assistants sociaux HORS CARSAT	1	1	2
Les médecins conseil de la CPAM	4	2	3
Les médecins traitants	4	2,5	4
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	4	2	4

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

g) Le SAMETH

Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

Nb de source :	1
Territoire intervention	Départemental
Public	salariés tous secteurs, travailleurs non-salariés, agents de la fonction publique
Modalité premier contact	Orientation par un professionnel [prescripteur]

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- La mise en place d'un aménagement de la situation de travail (Annexe 7a)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- RAS

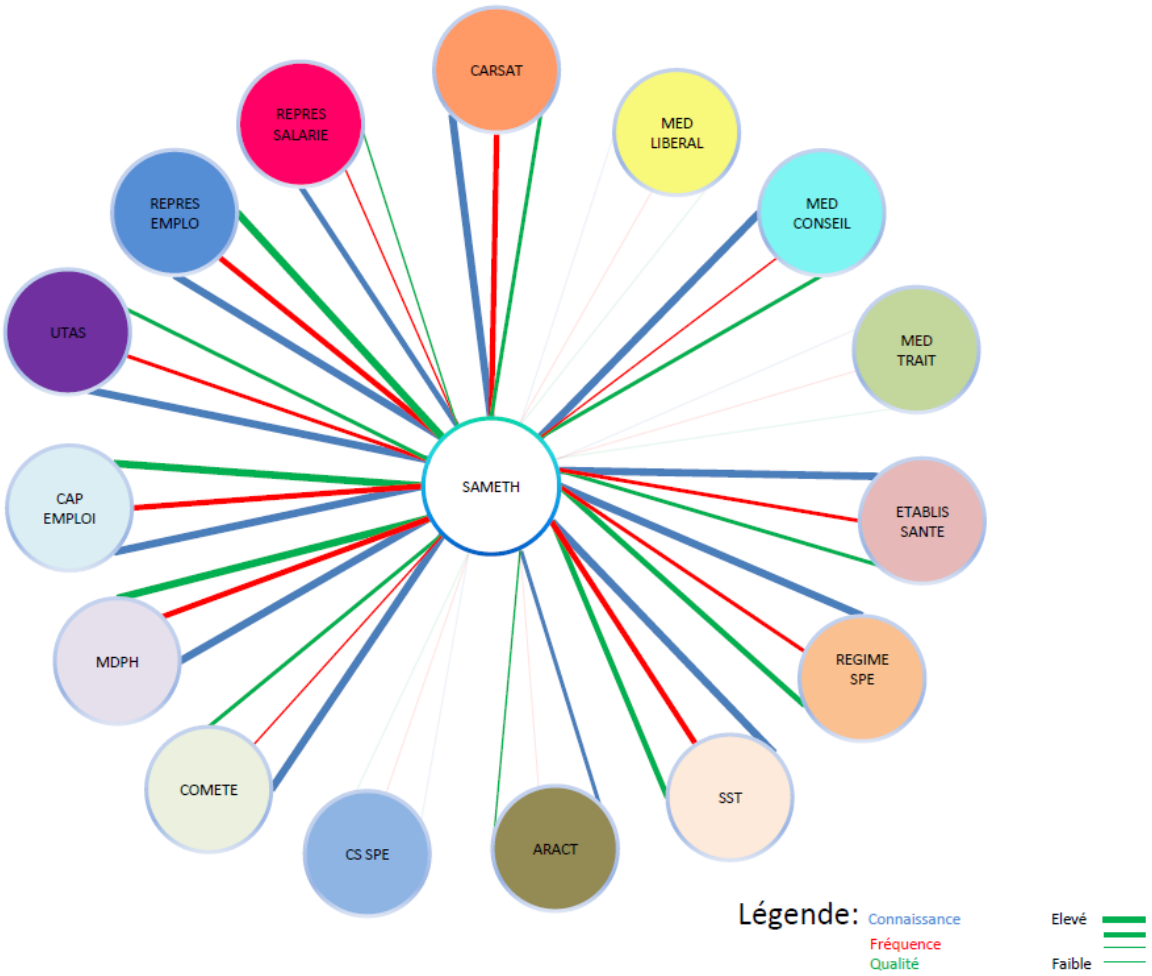
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Ces derniers relèvent d'une offre d'interventions au plan national. Cette offre répond à une grande majorité des situations prises en charge.

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Il serait, sans doute, nécessaire de "régionaliser" certaines aides afin de répondre à des besoins spécifiques. Pour cela, une exploration des attentes est nécessaire. Un exemple qui constitue un problème aigu ces trois dernières années : le maintien dans l'emploi des salariés seniors en situation de handicap.

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	4	2	3
Service social de la CARSAT	4	3	2
Représentants des salariés et usagers	3	1	1
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	4	3	4
Services de santé au travail	4	3	3
CAP emploi	4	3	4
Maison Départementale des Personnes Handicapées	4	3	4
Les consultations spécialisées	0		
Associations	4	1	2
ARACT	2	0	1
Etablissements de Santé	4	2	2
Assistants sociaux HORS CARSAT	4	2	2
Les médecins conseil de la CPAM	4	1	2
Les médecins traitants	0		
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	0		

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

h) Cap Emploi

Nb de sources	2
Territoire intervention	Départemental
Public	Personnes Handicapées au titre de l'article L5212-13 du code du travail + employeurs privés ou publics
Modalité premier contact	Accueil direct du public, Contact téléphonique, Orientation par un professionnel [prescripteur]

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Prestation d'accompagnement de mise en situation de salariés en indemnités journalières (PRESIJ) (Annexe 8a)
- Prestation spécifique d'orientations professionnelles (Annexe 8b)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Invitation des médecins à des manifestations dédiées au maintien

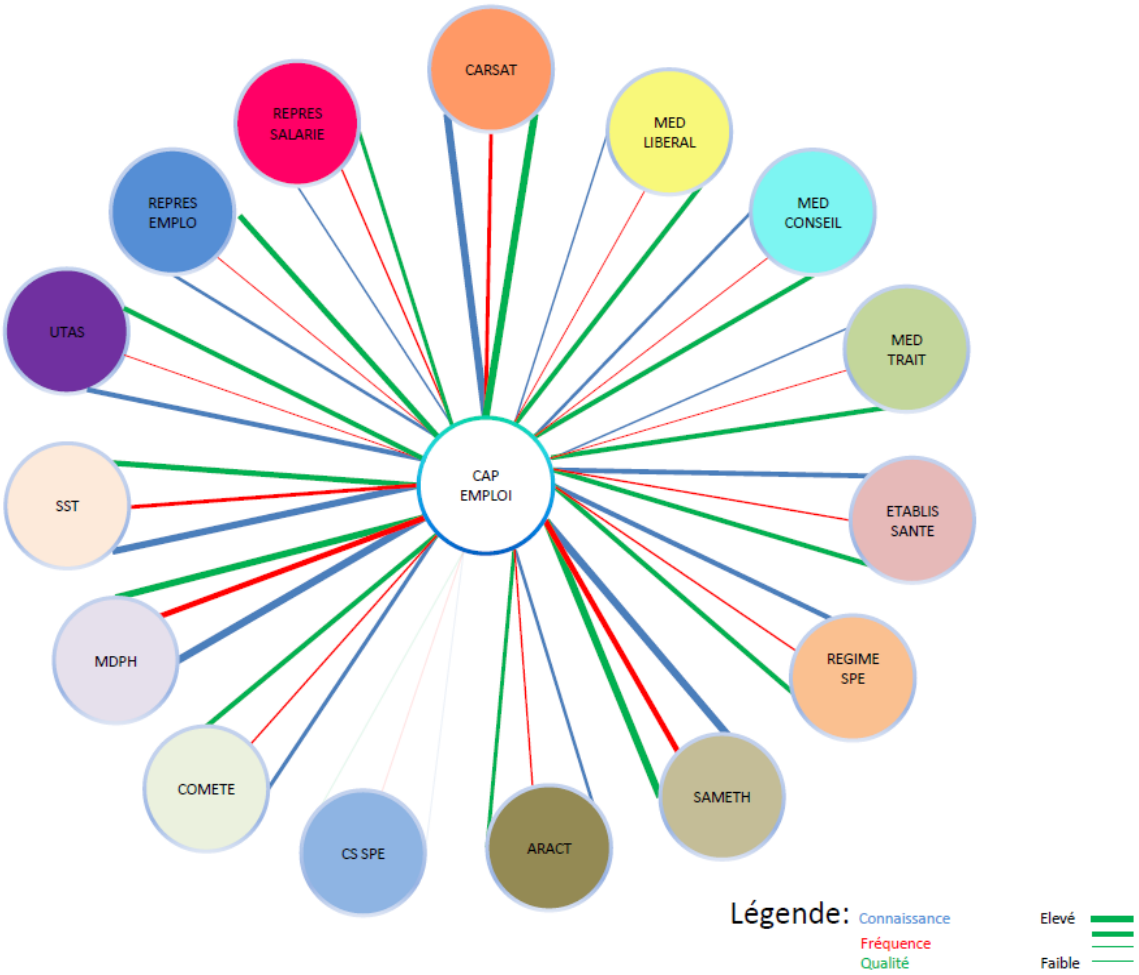
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Pertinent et adapté mais éparpillés

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Rapprochement de Cap emploi et Sameth sous la même enseigne
- Continuer les PRESIJ

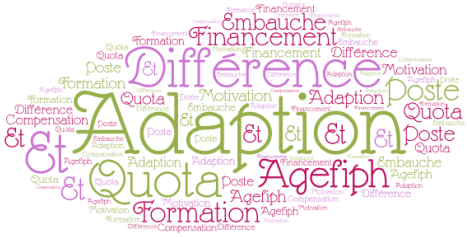
Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	2,5	1	2,5
Service social de la CARSAT	4	2	4
Représentants des salariés et usagers	1	1	2
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	1,5	0,5	3
Services de santé au travail	3,5	2	3
Maison Départementale des Personnes Handicapées	4	3	3,5
Les consultations spécialisées	0		
Associations	2	1	2,5
ARACT	1,5	1	2
SAMETH	4	3	4
Etablissements de Santé	2,5	1	2,5
Assistants sociaux HORS CARSAT	2,5	0,5	2,5
Les médecins conseil de la CPAM	1,5	0,5	2,5
Les médecins traitants	1	0,5	2,5
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	1	0	2,5

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?



Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

i) COMETE

Nb de source :	1
Territoire intervention	Régional
Public	Les personnes en âge de travailler et hospitalisées au CRMPR
Modalité premier contact	Accueil direct du public

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Description et analyse de la situation sociale (Annexe 9a)
- Evaluation médicale (Annexe 9b)
- Connaissance et analyse de la situation scolaire et professionnelle (Annexe 9c)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Aucun

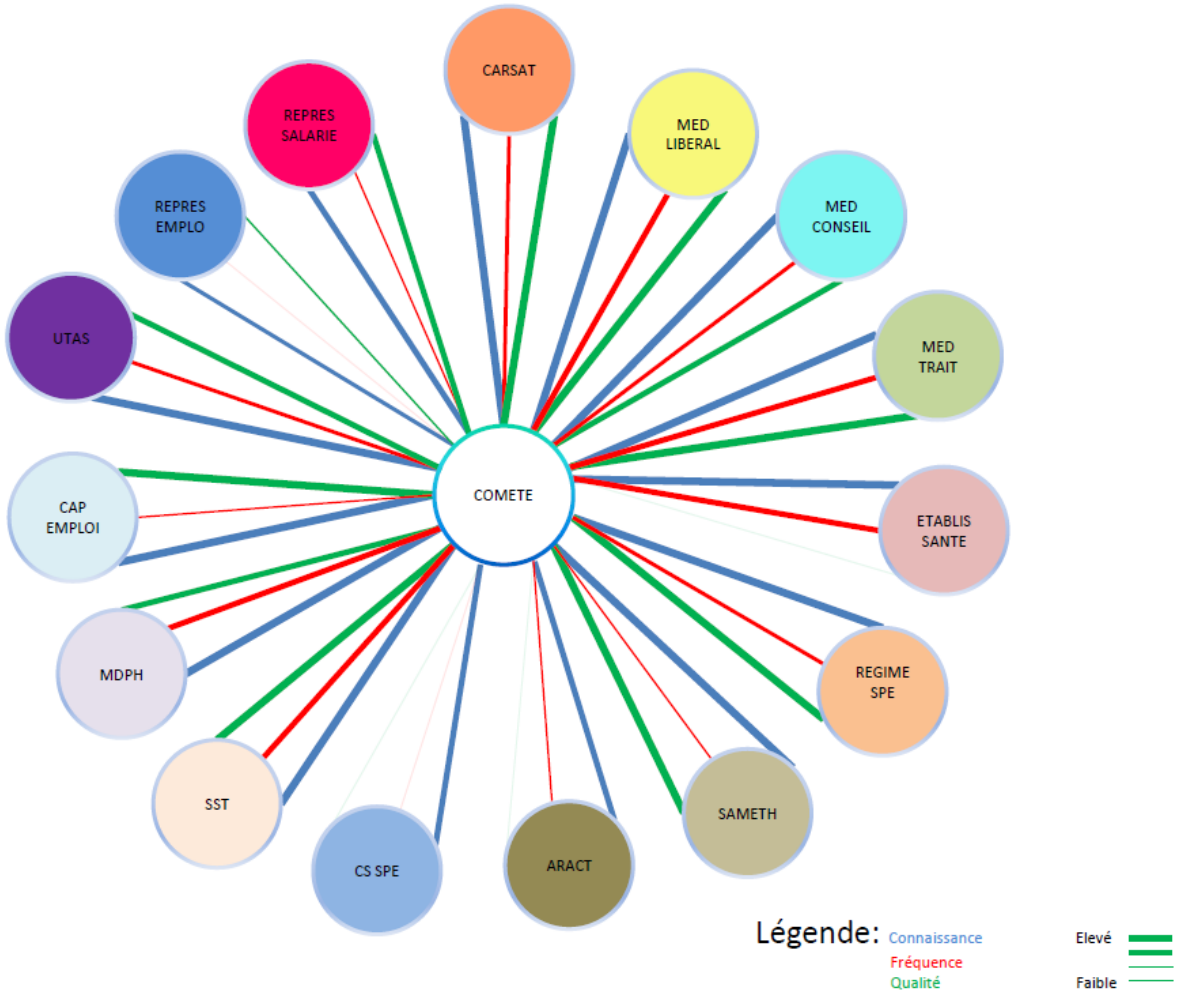
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Complexe pour l'usager

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- UEROS, centre de formation adaptée, places en centre de pré-orientation

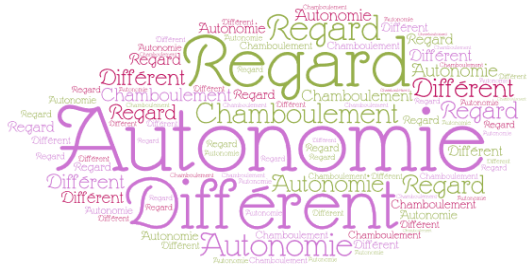
Les interactions



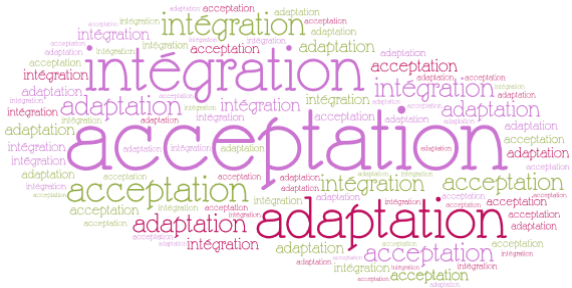
INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	4	2	4
Service social de la CARSAT	4	2	4
Représentants des salariés et usagers	3	1	3
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	2	0	1
Services de santé au travail	4	3	4
CAP emploi	4	1	4
Maison Départementale des Personnes Handicapées	4	3	3
Les consultations spécialisées	3	0	
ARACT	3	1	
SAMETH	4	1	4
Etablissements de Santé	4	3	
Assistants sociaux HORS CARSAT	4	2	3
Les médecins conseil de la CPAM	4	2	3
Les médecins traitants	4	3	4
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	4	3	4

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?



Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?



j) Les associations (FNATH/CISS/COMETE/LIGUE CONTRE LE CANCER/ARACT)

FNATH

Nb de source :	1
Territoire intervention	Régional
Public	Les personnes handicapées
Modalité premier contact	Accueil direct du public

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- Des actions de prévention (annexe 10a)
- Sollicitation des spécialistes du maintien (annexe 10b)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Aucun

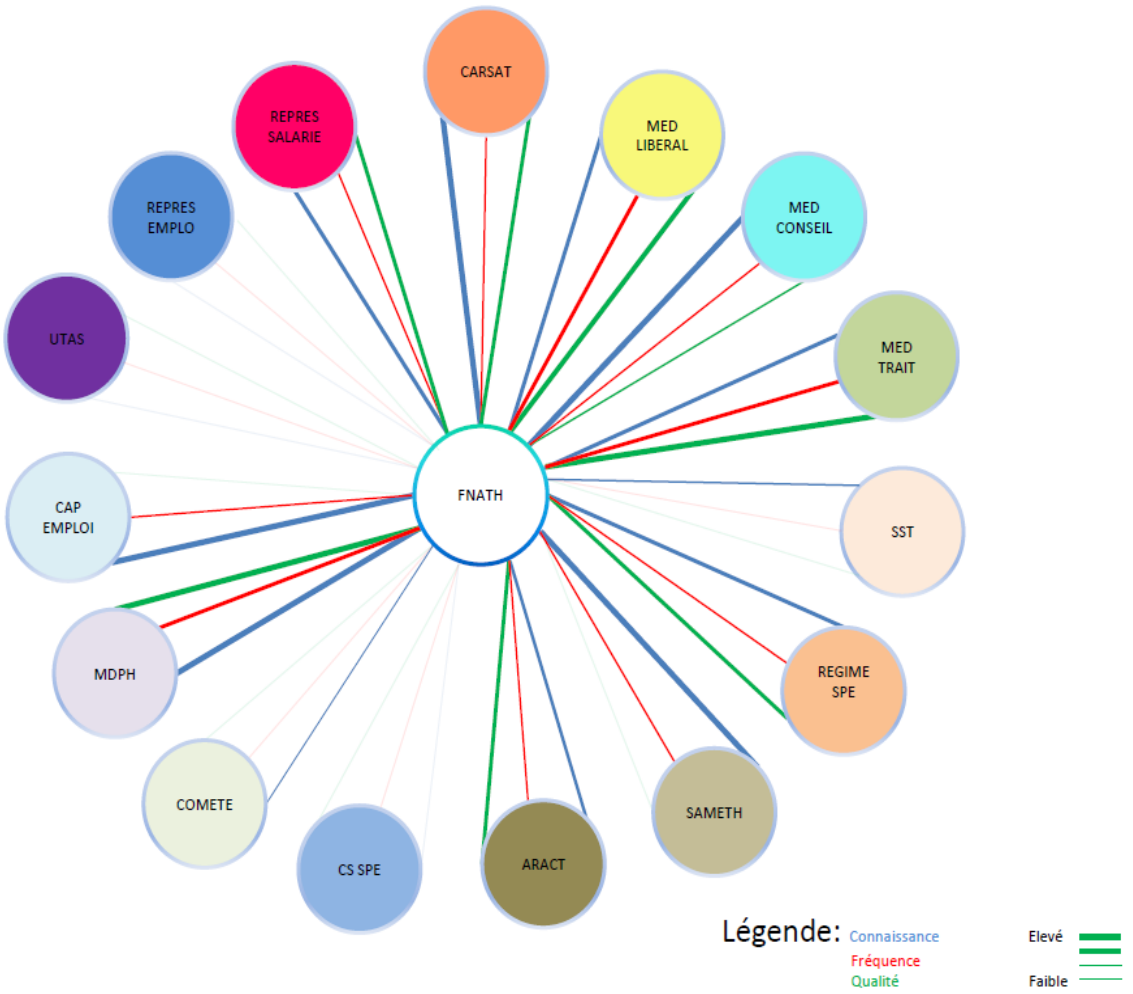
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Les dispositifs sont de qualité, mais il subsiste très clairement des difficultés aux employeurs à rechercher des mesures de reclassement.

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Sensibiliser les employeurs

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	2	1	2
Service social de la CARSAT	3	1	2
Représentants des salariés et usagers	2	1	2
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	0		
Services de santé au travail	1	0	
CAP emploi	3	1	
Maison Départementale des Personnes Handicapées	3	2	3
Les consultations spécialisées	0		
Associations	0		
ARACT	2	1	
SAMETH	3	1	
Etablissements de Santé	2	1	
Assistants sociaux HORS CARSAT	0		
Les médecins conseil de la CPAM	3	1	1
Les médecins traitants	2	2	3
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	2	2	3

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

LIGUE CONTRE LE CANCER

Nb de sources :	2
Territoire intervention	Départemental
Public	Patients atteints de cancer et leurs proches
Modalité premier contact	Accueil direct du public ou téléphone mail.

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- FORUM : accompagner le retour ou le maintien dans l'emploi après un cancer (annexe 11a)

Les propositions

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Relais d'information pour des repérages de patients en difficulté pour bénéficier de l'aide de la Ligue

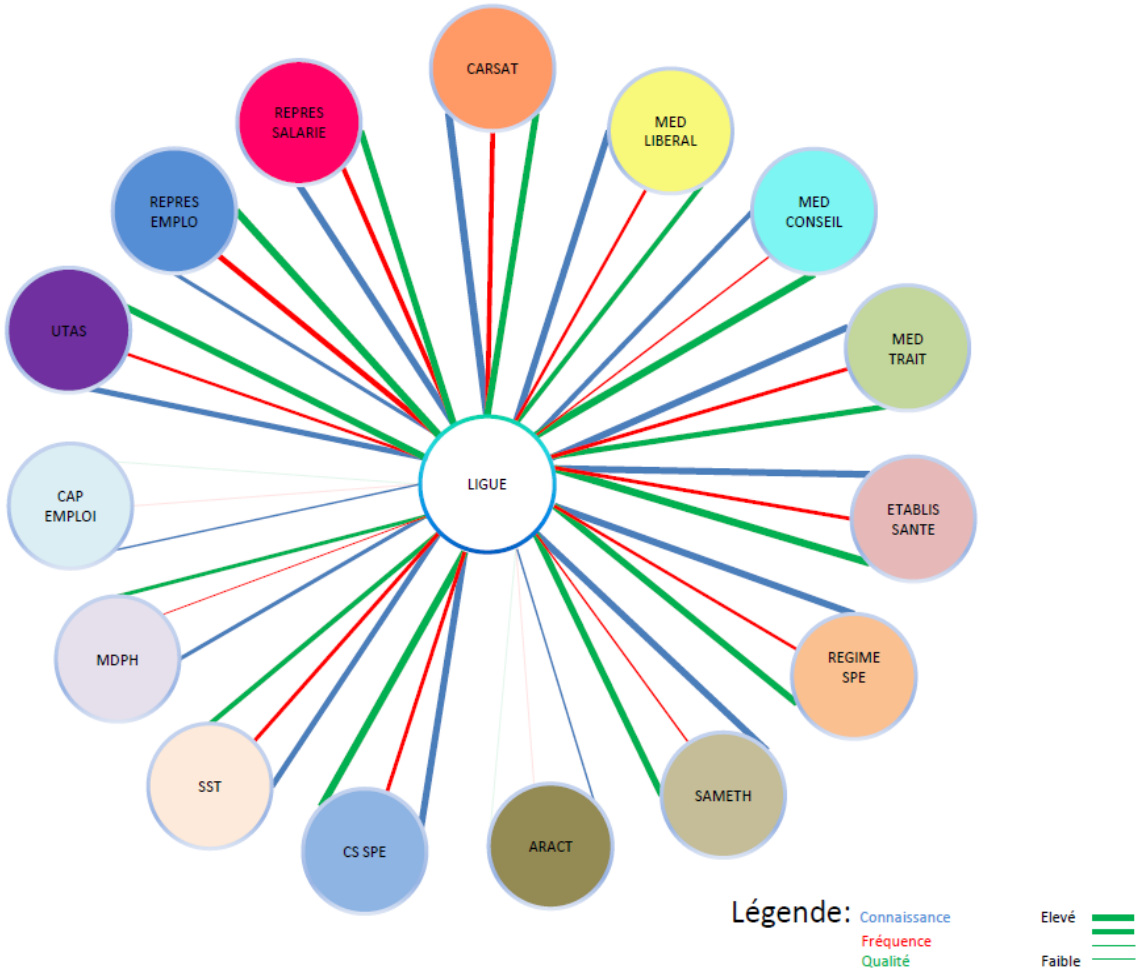
Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

- Les dispositifs multiples et méconnus sont cependant une aide précieuse pour le patient concerné. Cependant encore faut-il que le patient ait connaissance de tout ce qui peut lui être proposé sur ce point. Les dirigeants PME connaissent souvent très mal les dispositifs qui peuvent les aider à accompagner le maintien ou le retour à l'emploi.
- Globalement bon

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Sur cette thématique il faudrait une coordination régionale des dispositifs proposés et des forums d'échanges et d'information entre tous les acteurs pour une meilleure diffusion de l'information

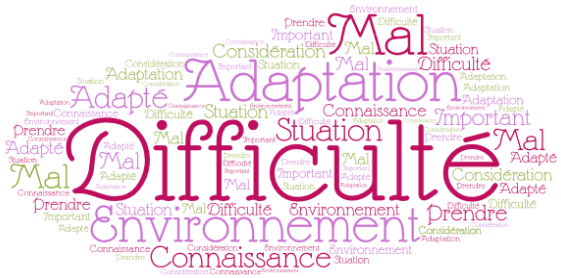
Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	3,5	1,5	3,5
Service social de la CARSAT	4	2,5	3,5
Représentants des salariés et usagers	3,5	2,5	3,5
Représentants des employeurs (ex: syndicats)	2	3	4
Services de santé au travail	3	2	2,5
CAP emploi	1	0	
Maison Départementale des Personnes Handicapées	2	0,5	2
Les consultations spécialisées	3,5	2	4
Associations	0,5	0	1
ARACT	1	0	
SAMETH	3,5	1	3,5
Etablissements de Santé	3,5	2	4
Assistants sociaux HORS CARSAT	3	1,5	3,5
Les médecins conseil de la CPAM	2,5	1	4
Les médecins traitants	3,5	2	3
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	3,5	1,5	2,5

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?



Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

k) Les partenaires sociaux

Nb de sources :	5
Territoire intervention	Départemental et régional
Public	Les employés et entreprises
Modalité premier contact	Contact téléphonique et accueil direct du public

Les actions menées dans le maintien dans l'emploi

- La prévention du handicap (annexe 12a)
- Le dossier AGEFIPH pour demande de financement (annexe 12b)
- Maintien dans l'emploi – temps partiel (annexe 12c)

Selon- vous, quels seraient les moyens permettant d'améliorer la qualité de ces collaborations avec ces derniers pour le maintien dans l'emploi ?

- Tous les acteurs sont les bienvenus

Comment qualifiez-vous les dispositifs du maintien dans l'emploi dont vous avez connaissance ?

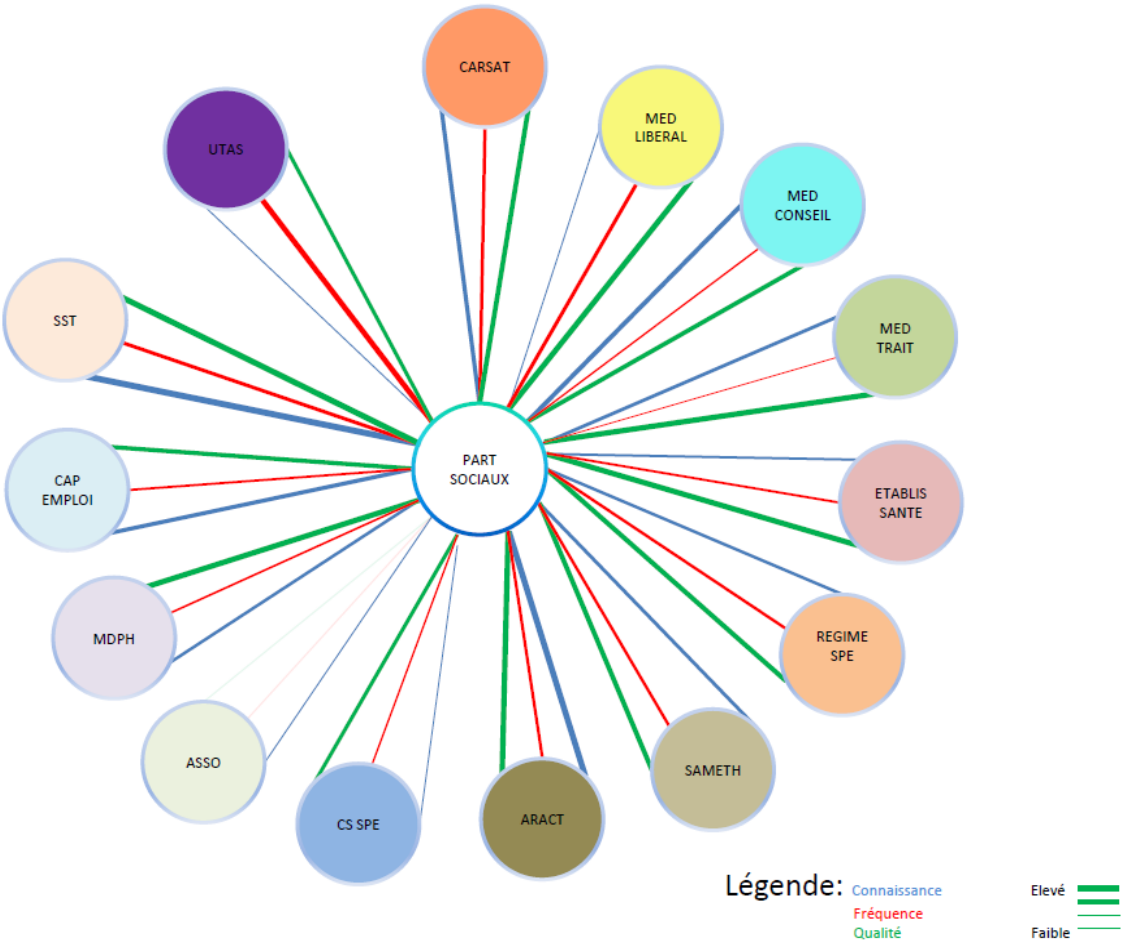
- Pas suffisamment lisible, pour savoir quel est le dispositif le plus adapté

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir se développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Avoir un document de synthèse des dispositifs existants SIMPLIFICATION /SIMPLIFICTAION/SIMPLIFICATION

- la coopération des branches à forte concentration de pénibilité et à risque.

Les interactions



INTERLOCUTEUR	Connaissance/4	Fréquence/3	Qualité/4
Les régimes spécifiques (RSI-MSA)	1,6	1,67	2,67
Service social de la CARSAT	2,2	1,75	2,67
Services de santé au travail	3,4	2	3,25
CAP emploi	2,2	1,4	2,33
Maison Départementale des Personnes Handicapées	1,6	1,25	3
Les consultations spécialisées	0,6	1	2
Associations	0,2	0	
ARACT	3,2	1,6	3
SAMETH	1,8	1,67	2,5
Etablissements de Santé	1,4	1,33	3
Assistants sociaux HORS CARSAT	0,6	3	2
Les médecins conseil de la CPAM	2,4	1	2,33
Les médecins traitants	1,8	0,67	3
Médecin libéral (généraliste et spécialiste)	0,6	2	3

Les représentations

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé au mot « handicap » ?

Pouvez-vous fournir quelques mots qui vous viennent à l'esprit associé à la formule « maintien dans l'emploi » ?

l) Mutualité Sociale Agricole (MSA)

N'a pas souhaité répondre

m) Synthèse des questionnaires : les points forts

(1) Concernant les liens :

La connaissance des acteurs est plutôt bonne ¾ en moyenne mais la fréquence des interactions est en dessous de la moyenne 1/3 en moyenne. Quant à la qualité elle est trop hétérogène pour être exploitée.

(2) Concernant les propositions

(a) Moyens d'améliorer les collaborations

Améliorer la formation et information des acteurs pour une meilleure adhésion.

(b) Vision du système actuel

Le système est perçu efficace mais insuffisamment coordonné et illisible pour les acteurs n'ayant pas un recours régulier à celui-ci

(c) Eléments que les acteurs aimeraient voir se développer

Les mots les plus utilisés sont « harmonisation » « simplification » « collaboration »et « coordination ».

3. Résultats des rencontres

Nous avons rencontré 25 acteurs via 21 rencontres directes, et 4 rencontres téléphoniques. Nous avons participé à l'intégralité des cellules PDP (6) du régime général, aux réunions du PRST 3 concernant la PDP.

Ces rencontres nous ont permis d'avoir des retours des CARSAT, ELSM, DRSM, MSA, RSI, fonction publique territoriale, SAMETH et médecin traitant.

a) Régime général : les cellules PDP

C'est un modèle robuste bénéficiant d'une expérience plus longue et de moyens plus importants que les autres régimes. Elles sont animées par une coordinatrice CARSAT. En 2010, les cellules PDP (Prévention Désinsertion Professionnelle) ont été crées pour coordonner les acteurs intervenants dans le maintien dans l'emploi au niveau du régime général.

La Composition des cellules est fixée par lettre réseau avec présence obligatoire du service social, du service médical et service administratif (AT/MP ou maladie). Peuvent se rajouter un représentant du SAMETH (présent quasi systématiquement), des MDPH, de la DRP de la CARSAT (contrôleur) et des SST.

Composition des cellules locales

Unités	SSR CARSAT	CPAM	ELSM	DRP CARSAT	SAMETH	MDPH	AUTRE
Calvados	1 cadre 2 AS réf. 1 AU	Serv. adm. Resp. IJ Resp pole accompagnt	Médecin Conseil agent adm.	Contrôleur	Resp. service Conseiller	Conseiller insertion	3 Services de Santé au Travail
Eure	1 cadre 1 AU	Resp . AT/MP Managers Précarité/Prestation	Assist. de direction Resp. adm	Contrôleur sur invitation	Resp service	psycho du travail	-
Manche	1 cadre 2 AS réf. 1 AU	Resp. pole IJ AT, agent administratif	Resp. adm.	A la dde de la Cellule	Présent en 2nde partie de cellule	-	COMETE en 2nde partie + 1 SST (resp. infirmier)
Orne	1 cadre 1 AU 1 AS	Agent adm.	Agent administratif	Irrégulier	Directrice ou chargée de mission	-	-
Le Havre	1 cadre	Responsable ASS conseiller	Agent adm. Ref. PDP	T. Gantois (env. 2 fois/an)	Conseiller	-	-
Rouen-Elbeuf-Dieppe	1 cadre 1 AU	Resp adjt ASS	Resp. cellule Agent admi	-	Présent en 2nde partie de cellule Resp	-	-

L'Assurance Maladie
Service social
Normandie

La Fréquence de rencontre de ces cellules est d'une réunion toutes les quatre semaines.

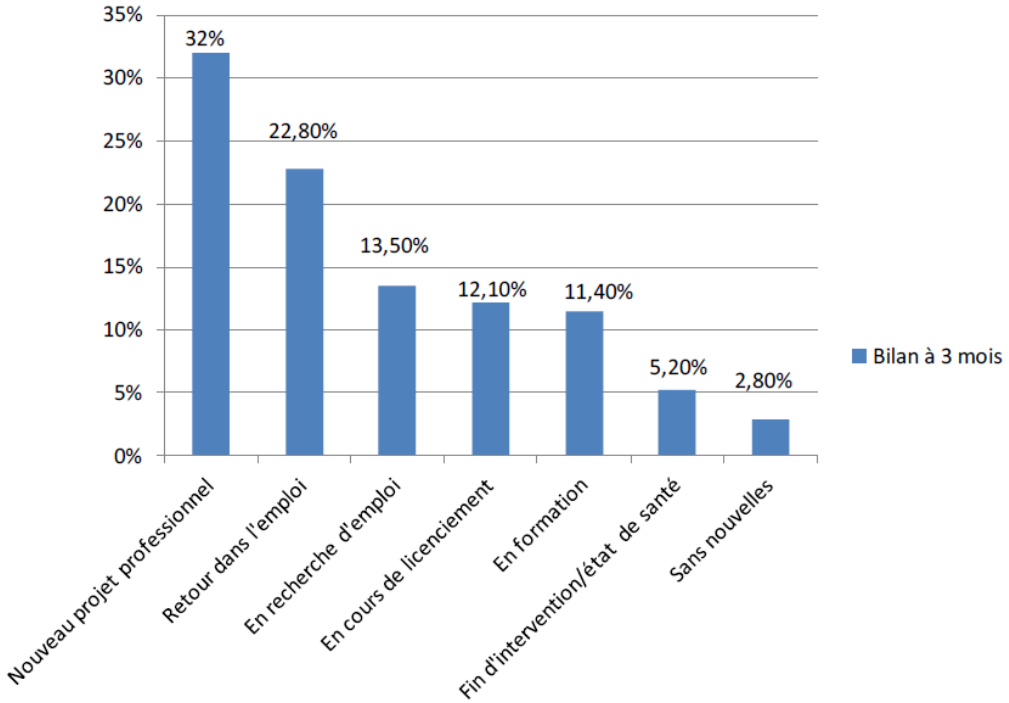
La Coordination est régionale et nationale. Mais malgré cela, il existe encore des disparités en fonction de la dynamique locale concernant les modalités d'attribution des actions de remobilisation, les financements des actions, la communication entre acteurs.

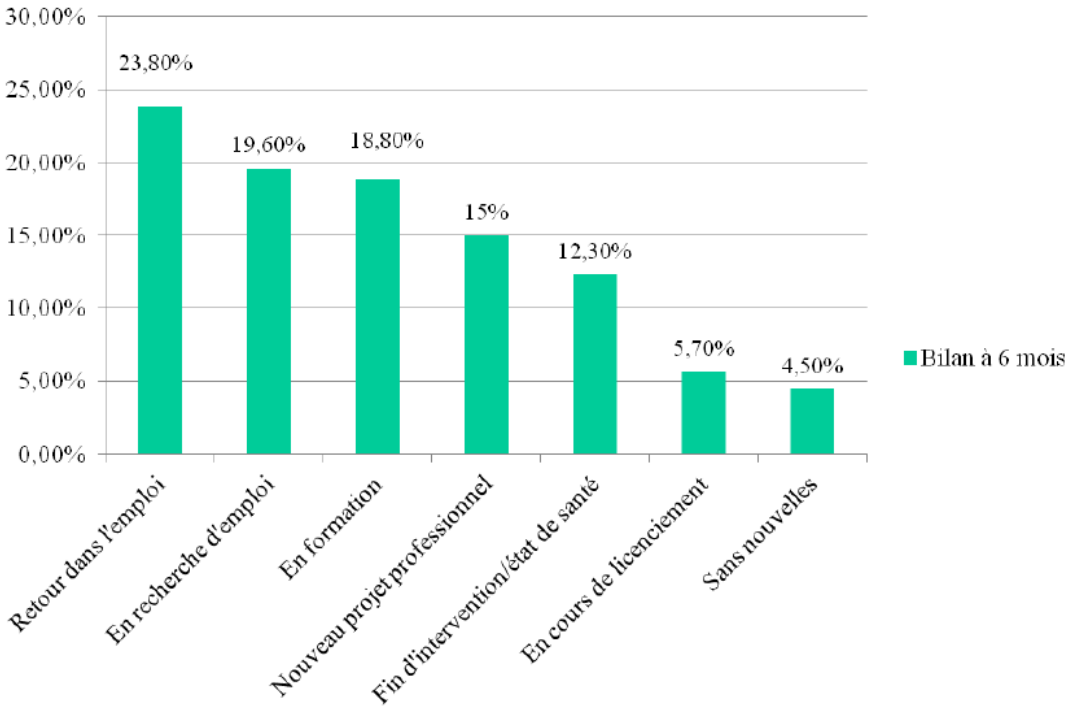
Le contenu des réunions varie en fonction des caisses primaires d'assurance maladie mais le schéma classique est une réunion en 2 temps. Lors de la première partie les problèmes généraux de logistique, d'articulation entre acteurs sont évoqués. Et lors de la deuxième partie les dossiers complexes nécessitant l'interdisciplinarité de la cellule sont étudiés.

Les dossiers étudiés sont, ceux d'assurés en arrêt maladie, signalés par l'ELSM au service social de la CARSAT.

Le volume est de 1405 dossiers traités sur l'année 2016, pour lesquels 1030 actions de remobilisation (PSOP, PRESIJ, BCA, etc…) ont été engagées.

Un bilan pour chaque dossier est réalisé à 3 puis à 6 mois après le déclenchement de ces actions. Pour 2016, lors du bilan des 3 mois 58.45% des assurés n'étaient plus en arrêt maladie et au moment de celui de 6 mois ce pourcentage s'élevait à 75.5%.





Les points forts de ce dispositif sont un réseau structuré dont le fonctionnement dépend donc moins des logiques interpersonnelles des acteurs, une expérience longue comparée aux autres régimes et des partenariats institutionnels forts permettant d'éviter des ruptures dans le traitement des dossiers (exemple dossier transmis directement à CAP emploi en cas de licenciement).

Cependant, la collecte des signalements est perfectible en fonction des caisses. En effet, la qualité des relations entre le service social de la CARSAT et les ELSM est trop dépendante des caisses.

De plus il faut noter que l'absence de médecin conseil ou plutôt la représentation du service par un administratif ne permet pas une prise de décision optimale par la cellule.

On remarque également qu'il existe une véritable fracture entre la gestion basse et haute normande. D'un côté, la Manche s'illustre par une gestion particulièrement efficace en termes d'échanges entre les services de la caisse et le service social de la CARSAT mais aussi entre ce dernier et les autres acteurs de la PDP (autres régimes, médecins). De l'autre côté la caisse RED est décrite par les acteurs participants comme en retard. Les raisons avancées sont un désinvestissement de certains acteurs, une sous dotation des actions de remobilisation, une qualité inégale parmi les prestataires et le fait que les décisionnaires ne sont pas convaincus de l'efficacité du dispositif. Cela entraine des moyens jugés insuffisants par les participants de la cellule. A noter la responsable de la cellule PDP RED a changé en Janvier 2017, des changements sont probablement à attendre.

b) RSI : les cellules MAPI

Les cellules MAPI (maintien dans l'activité professionnelle des indépendants) sont un système nouveau datant de 2014 qui est donc encore méconnu, notamment des médecins traitants.

La composition de ses cellules n'est pas fixée réglementairement. Ces dernières sont composées par des personnes du service social du RSI.

La fréquence de réunion des cellules MAPI est d'une fois toutes les 6 semaines.

Les dossiers étudiés sont ceux d'assurés auprès du RSI en arrêt maladie.
Les demandes peuvent être effectuées par l'assuré, le médecin conseil, le service social, les partenaires (SAMETH, COMETE). Mais 95% des signalements sont issus du service médical. Concrètement il existe une personne référente pour le maintien dans l'emploi qui centralise toutes les situations pouvant conduire à une désinsertion professionnelle : contacts avec les agents d'accueil, appels téléphoniques, demande de RDV médicaux etc…

Le public ciblé sont les assurés ayant un arrêt de plus de 90 jours consécutifs, ou dépassé les 3 ans d'IJ, ou bénéficié d'une dispense de cotisations (recouvrement) ou d'une aide individuelle, ou étant en incapacité au métier ou en invalidité totale au métier, ou reconnu en ALD invalidante ou travailleur handicapé (RQTH), ou présentant des séquelles après consolidation d'un accident,.

Le volume de dossiers étudiés en cellule en 2016 est de 27.

Quand un dossier passe en cellule et qu'il y a une nécessité d'adaptation de poste qui est graduée en 3 niveaux :

1. Simple : demande d'étude ergonomique de poste auprès du SAMETH
2. Moyenne : demande d'une consultation auprès d'un médecin MSA
3. Complexe : demande de consultation au CCPP

Il existe un problème de moyens humains. En effet, le RSI ne possède pas de médecin du travail (situation souvent prise en charge en bout de course), pas d'assistantes sociales dans le service social et la prévention primaire se base sur l'envoi de documents lors de la souscription.

Les problèmes ressentis sont :
-Le contexte de fusion des RSI qui mobilise beaucoup de ressources et ne laisse pas le temps de développer les partenariats.
- le fait qu'il est possible pour une personne jugée inapte par un médecin du travail de devenir indépendant en exerçant la même activité.
-le fait que les chefs d'entreprises ne soient pas suivis par la santé au travail.
-le manque d'outils de détection précoce des situations de maintien en emploi.
-le retard en terme d'outils pour favoriser le maintien en emploi (apparition du TPT en 2017)
-RSI professions libérales uniquement à Paris.

Un des points positifs est le Dispositif ActiCAN qui est une action à destination des assurés atteints de cancer avec pour objectifs d'améliorer le maintien dans l'emploi, la connaissance des droits et la qualité de vie et ce le plus précocement possible après l'annonce du diagnostic.

Le but de ce dispositif est une prise de contact avec chaque assuré concerné (suite à une déclaration d'affection de longue durée), en lien avec le médecin traitant, pour lui proposer de bénéficier selon ses besoins:

- D'un arrêt de travail à temps partiel pour motif thérapeutique (actuellement, la réglementation ne prévoit pas cette prestation pour les assurés du RSI),

- D'une consultation pluridisciplinaire organisée par le Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles (CCPP) avec un médecin du travail, une psychologue et une assistante sociale.

c) Fonction publique

(1) Territoriale

La situation est très hétérogène, il existe 3 cas de figures : les services possédant des médecins et une cellule PDP (exemple du CDG 50), ceux possédant des médecins mais pas de cellule PDP (exemple du CDG 76) et ceux ne possédant ni médecins ni cellule PDP (exemple du CDG 14).

Une autre différence est le financement d'actions pour le maintien dans l'emploi ou non par le FIPHFP. En effet un CDG non conventionné fera appel au SAMETH alors qu'un service conventionné évitera car il perdrait ses financements FIPHFP. Les CDG sollicitant le SAMETH ont en plus de financements une aide humaine.

Ces deux points créent des disparités importantes en terme de prise en charge, car hormis dans le cas de figure où le CDG possède une cellule, il n'existe pas de rencontre formalisée entre les différents acteurs. De plus, les interactions sont donc aléatoires. En effet, pour le cas des CDG possédant des médecins mais pas de cellule, le conseiller n'est pas dans le service médical et il n'existe pas de voie formalisée pour rendre compte d'une situation au médecin. Par conséquent, une aide technique peut être décidée de manière unilatérale. Ces situations amènent à des prises de décisions non concertées diminuant l'efficacité des actions menées pour le maintien dans l'emploi.

Mais le cas le plus complexe en terme de coordination est celui du CDG 14 où les collectivités sont suivies par les SST, car il n'y a pas de voie de communication spécifique entre le CDG et les SST. C'est pourquoi en fonction des affinités des élus, la sollicitation peut atteindre le CDG ou le SST sans que ce choix soit motivé. Cela induit une inégalité de traitement des dossier puisque les moyens du CDG et des SST ne sont pas les mêmes.

Développer les interactions CDG/SST dans ce cas pourrait être bénéfique. En effet, les personnes s'occupant du maintien dans l'emploi du CDG pourraient aider les médecins des SST qui ne maîtrisent pas forcement parfaitement la législation de la fonction publique et qui ne connaissent pas toujours aussi bien les postes des collectivités. Et ces derniers pourraient aider les personnes chargées du MDE des CDG à effectuer une prise en charge plus efficace car elles ont en leur possession les informations médicales des dossiers.

Le lien entre les SST et les CDG est généralement assuré par le SAMETH qui agit dans les CDG non conventionnés et les SST.

d) MSA

Il existe une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle formée de représentants des services Santé Sécurité au Travail, du Contrôle Médical, de l'Action Sanitaire et Sociale.

La composition des cellules est standardisée. Elle comprend un médecin du travail, un médecin conseil, des conseillers en prévention, des travailleurs sociaux et le SAMETH.

Les dossiers étudiés par les cellules sont ceux des salariés et non-salariés dont l'état de santé risque de compromettre la poursuite de l'activité professionnelle au sein de la MSA.

Il n'existe pas de problème de signalement grâce au guichet unique, à la proximité géographique et au logiciel partagé par les différents services. Cela permet une bonne circulation de l'information.

A noter, le problème de démographie médicale concernant les médecins du travail impacte comme pour les autres régimes le temps disponible pour mettre en œuvre le maintien en emploi. (1 seul médecin pour l'Eure)

e) Médecin DRSM

Nous avons rencontré un médecin de la DRSM responsable du pôle RPS (Relations avec les Professionnels de Santé) car comme évoqué précédemment le triangle médical médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil est souvent pointé du doigt.

En préambule, le tour des acteurs nous a permis de mettre en évidence une impression de difficulté d'accès aux médecins conseils plus forte à la CPAM de Rouen Elbeuf Dieppe que dans les autres caisses. A contrario, les relations sont décrites comme plus fluides dans la Manche par exemple.

Une autre notion importante pour la compréhension est celle d'indépendance. En effet l'ELSM n'est pas sous l'autorité du directeur de caisse. L'explication ne trouve donc pas son origine dans une différence d'orientation de la caisse induite par le directeur.

L'éloignement et la multiplicité des acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi nécessitent un effort particulier pour obtenir une bonne communication entre ces derniers. L'explication du défaut de communication ici serait plus le fait de dynamiques locales et de personnes que d'une orientation politique.

Lors du rendez vous avec la médecin de la DRSM, celle insiste sur la méconnaissance qu'on les médecins traitants du fonctionnement et des modalités d'application des dispositifs tels que MP, TPT, visite de pré reprise. Cet état de fait entraîne un défaut de communication entre les différentes médecins traitants, conseils et du travail.

Une expérimentation actuellement en cours au Havre et à Rouen vise d'ailleurs à pallier à cela. Celle-ci implique un facilitateur IJ, personne qui prend contact avec les médecins du travail et traitant quand le médecin conseil n'a pas pu le faire.

Un autre dispositif potentiellement bénéfique pour le maintien dans l'emploi est l'embauche d'IDE par les services médicaux CPAM. Ces IDE auront par exemple pour mission d'appeler les assurés ayant des arrêts pour pathologie cancéreuse afin de coordonner au mieux leur parcours thérapeutique et leur retour dans l'emploi. Les différentes missions de ces IDE permettront aux

médecins conseils, qui souffrent eux aussi d'une démographie défavorable, de se dégager du temps qu'ils pourront par exemple consacrer à la coordination avec les autres praticiens.

Deux effets positifs se dégagent donc de ces emplois IDE : une aide supplémentaire pour les assurés concernant leur maintien dans l'emploi et du temps supplémentaire pour les médecins conseils pouvant être réinvesti dans la communication avec les autres partenaires.

Enfin Caen et Rouen bénéficient d'une expérimentation nationale appelée SMMOP consistant à territorialiser les médecins conseils. Jusqu'alors leur effectif d'assurés était fixé par mois de naissance de ces derniers. Ce changement devrait donc permettre aux médecins conseils de tisser des liens plus forts avec les médecins traitants de leur secteur et ainsi améliorer la communication entre eux.

f) SAMETH

Nous avons jugé pertinent de rencontrer des acteurs SAMETH car ses missions lui donnent la possibilité d'avoir une vision globale sur l'ensemble des régimes.

En effet, concernant le secteur public, le FIPHFP n'ayant pas créé ses SAMETH, un accord permet à la fonction publique de faire appel au SAMETH. L'utilisation du SAMETH par les CDG est limitée à hauteur de la participation financière du FIPHFP. 20% de l'activité du SAMETH est liée à la fonction publique et donc financé par le FIPHFP (12% pour l'Eure et 24% pour le Calvados). Le fait que les CDG ne peuvent utiliser le SAMETH qu'à la hauteur de 20% de leur activité les oblige à trouver des solutions alternatives souvent moins efficientes pour gérer des situations de maintien dans l'emploi.

Concernant la MSA, la personne interrogée porte un regard positif sur leur système de maintien dans l'emploi car les conseillers en prévention assurent le rôle d'ergonome dans leur cellule pluridisciplinaire. Le SAMETH y gère une quarantaine de dossiers à l'année. Le problème de la démographie médicale en médecin du travail est évoqué.

Concernant le RSI, le partenariat avec le SAMETH est récent (2014) et donc pas encore bien établi. De plus, la fusion des RSI ne favorise pas le développement de celui-ci. Le recours aux médecins MSA pour les études de postes, faute de médecins du travail, est vu comme un facteur de complexité supplémentaire. En effet les médecins MSA ne faisant pas parti du même régime que le RSI cela complexifie d'autant plus l'action du SAMETH. La gestion des professions libérales en un centre unique à Paris est aussi vécue comme problématique car les équipes intervenant dans le maintien dans l'emploi sont distantes géographiquement.

Concernant la situation du Calvados, elle est décrite comme particulière pour des raisons historiques. En effet le marché du SAMETH ayant été perdu par l'association qui l'avait jusqu'alors, les membres de celle-ci ont été embauchés par les SST : PST et CMAIC. Ces derniers sont donc très investis dans le domaine du maintien en emploi puisqu'ils ont une expérience dans le domaine par leur ancien emploi au sein du SAMETH.

Grâce à cette situation particulière très peu de personnes échappent au système de maintien d'en l'emploi. Cependant la plupart des acteurs étant financés en fonction du nombre de situations prises en charge cela induit une concurrence entre les différents acteurs. Cela entraîne parfois des parcours incomplets ou une orientation biaisée.

De manière générale, un changement de dynamique est décrit au moment des années 2000, époque où la CARSAT a commencé à jouer un rôle moteur dans la coordination. Ce phénomène a été amplifié avec la création des cellules PDP en 2010. Le SAMETH a donc un rôle moins important de coordination qu'auparavant.

Parmi les points particuliers recueillis au cours de ces entretiens, on notera le côté positif reconnu de l'affection à une structure (par exemple un SST) plutôt qu'à une zone géographique. En effet la complexité des systèmes de MDE engendre de telles différences qu'il est difficilement envisageable qu'un conseiller SAMETH soit expert dans les législations des différents régimes.

Un autre point permet l'explication de la différence de recours à certains dispositifs par exemple PSOP car les prescripteurs rencontrent des difficultés en terme de réalisation et de qualité sur certains départements. De plus certaines prestations portées par le régime général ne sont pas prescrites par le SAMETH du fait d'une maitrise imparfaite par les autres acteurs. Ce qui illustre la nécessité d'une offre plus restreinte mais mieux maitrisée.

g) Médecins généralistes libéraux

Nous avons rencontrés trois médecins : un en centre-ville de Rouen, un dans sa périphérie et un en activité rurale à la frontière de l'Eure et de l'Eure et Loire. Leur âge est compris entre 35 et 55 ans. Ils sont tous les trois maîtres de stage pour les internes de médecine générale.

Ils ont l'impression que le facteur travail est un motif de consultation important. Cela leur pose problème car ils connaissent mal les possibilités d'actions en entreprise pour permettre le maintien dans l'emploi.

Ils partagent le même point de vue concernant le système de maintien dans l'emploi et le rôle qu'ils peuvent y jouer. Ce dernier est perçu comme complexe et instable. Les personnes interrogées affirment devoir faire des choix de formation au cours de leur exercice libéral très prenant et ne pas placer ce domaine parmi leur priorité mais n'y sont pas fermées pour autant. Si un acteur du système venait jusqu'à elles, elles le recevraient avec bienveillance et intérêt.

Ils ne pensent pas savoir correctement orienter leurs patients ayant un problème de maintien dans l'emploi. Ils n'avaient pas connaissance du parcours ni des outils dont peuvent bénéficier leurs patients hormis ceux pour lesquels ils sont directement sollicités c'est-à-dire les actions de remobilisation du régime général. (annexe 3)

Ils souhaiteraient avoir un interlocuteur fixe, facilement identifiable et joignable vers lequel rediriger leurs patients en cas de problèmes.

A noter, un des médecins interrogés étant conseiller au conseil de l'ordre des médecins nous a informé de l'existence d'un système d'aide du CDOM (conseil départemental de l'ordre des médecins) pour les médecins ayant un problème de maintien dans l'emploi. Il est basé sur une aide financière.

C. Synthèse des résultats

Nous pouvons donc dégager quelques résultats principaux :

- Le premier est la détection précoce des situations conduisant à envisager un parcours de MDE/PDP. Ce point pose problème à l'ensemble des acteurs. Une difficulté rapportée est la prise en charge tardive des situations et donc du manque de temps pour les mesures à mettre en place.

- Le second est le parcours. Il est problématique pour 3 raisons :

    1. Le parcours ne peut exister sans l'adhésion du salarié et de l'employeur. Or la complexité du parcours ne permet pas d'envisager la finalité de celui-ci pour ceux-ci.

    2. Le nombre d'acteurs est ressenti par la plupart d'entre eux comme utiles mais trop nombreux et pas assez coordonnés. Ce qui créer un problème d'efficience. Les disparités entre les régimes engendrent un niveau de complexité supplémentaire. Notamment aux acteurs transversaux.

    3. Les actions sont décrites comme trop nombreuses. Ce qui induit deux effets négatifs. Le premier est que les actions ne sont pas toutes connues. Le deuxième est que les actions les moins fréquentes ne sont pas forcément maitrisées par les acteurs devant les mettre en œuvre.

- Le troisième est que les indicateurs d'efficacité ne sont pas créés. Il est donc difficile d'évaluer les actions et les parcours les plus pertinents. Et donc de d'étendre les démarches vertueuses.

IV. Analyse et discussion

Il apparait pertinent de commencer le commentaire de ce travail en traitant de la diversité dans le maintien dans l'emploi, tant en terme d'acteurs, que de situations.

En effet, comme nous avons pu le voir il existe des acteurs institutionnels qui sont nombreux, qui ne partagent pas forcément la même vision, n'ont pas le même territoire d'action, pas les mêmes moyens.

Ils coordonnent certains acteurs opérationnels qui sont eux aussi très divers et qui ont un mode de fonctionnement différent.

Certains éléments ne sont pas standardisables du fait des dynamiques locales. L'exemple des SST normands dont les acteurs de la PDP sont d'anciens salariés de l'association qui portait le sameth auparavant illustre bien l'influence de ces dernières. Le centre de gestion 14 ne possédant pas de médecin et donc ne pouvant fonctionner de la même manière que le CDG 76 qui lui en possède est un autre exemple.

A. Les limites de l'étude

Nous avons dressé une liste d'acteurs qui n'est pas exhaustive cela induit une limite concernant les deux phases. En effet nous n'avons pas consulté les organismes de formations (FONGECIF et autres) dont l'importance dans le maintien dans l'emploi a été soulignée au cours de l'étude.

De plus cette étude s'est focalisée sur le parcours des personnes mais les acteurs connexes comme la mission alther ou handipacte jouent un rôle dans ce système.

Mais les limites résident principalement dans la phase 2, celle concernant les acteurs opérationnels.

En effet, sur la partie questionnaires, le taux de réponses n'est pas très élevé et hétérogène, respectivement 36% en Basse Normandie et 58% en Haute Normandie. Cependant, ce taux de réponse est supérieur à celui de l'étude du « maintien dans l'emploi en questions» de 2000. Mais le point le plus problématique est celui de la représentation des structures. En effet des structures comme la MSA n'ont pas souhaité répondre. On peut probablement trouver un facteur explicatif dans la répétitivité des études sur le sujet (OR2S, PRITH 2014, étude basse normande) et le sentiment de lassitude concernant ces enquêtes comme l'ont évoqué les acteurs. En effet certaines marges de progression données ici sont déjà présentes dans les premiers PRST, PRITH etc…

De plus, nous n'avons pu rencontrer tous les acteurs lors des rencontres ce qui engendre une autre limite. L'objectif d'analyser les dispositifs sur la région normande était ambitieux compte tenu des moyens.

Enfin la limite de la liberté d'expression ressentie dans les questionnaires est flagrante. Les échanges ont été beaucoup plus riches lors des rencontres. Le cadre moins officiel de la réponse et la garantie d'anonymat a permis de faire apparaitre d'autres limites que les acteurs n'avaient pas osé exprimer à l'écrit.

Afin de rendre la discussion plus intelligible nous discuterons des six principaux résultats évoqués en synthèse.

B. Les résultats

1. Recueil du signal pour une détection et un accès précoce

Les retours sont unanimes sur la nécessité de précocité de la prise en charge. Il est intéressant de remarquer l'absence de définition commune de la « précocité de prise en charge ». En effet, pour certains la précocité réside dans la prévention primaire. C'est-à-dire avant même que la cause de la désinsertion professionnelle ne soit présente. Pour d'autres c'est la précocité lors de l'arrêt et donc en prévention secondaire qui importe. Il convient donc de définir ce point avant de proposer des marges d'amélioration. Ce qui pourrait permettre de créer un outil de détection des situations pouvant conduire à un parcours de MDE/PDP car pour l'instant il n'en existe pas.

En effet, si l'on considère la prévention primaire, on peut cibler les populations à risques de santé dégradée et de sortie anticipée du marché de travail afin d'effectuer un suivi plus rapproché.

Ces populations sont bien connues : les mères de famille aux revenus modestes et les hommes ouvriers âgés de plus de 50ans(4) (22), les personnes qui se déclarent en mauvaise santé(3) et les personnes effectuant des horaires irréguliers(23). Population que l'on peut cibler encore plus précisément grâce aux différentes études sur le sujet qui nous apprennent que les personnes se déclarant en mauvaise santé ont un risque de sortie de l'emploi deux fois plus élevé que celles se disant en bonne santé. L'outil de détection précoce pourrait donc être un questionnaire lors des visites initiales de prévention des travailleurs ou l'exploitation des données administratives des caisses de sécurité sociale.

Mais si l'on se concentre sur la prévention secondaire et donc sur les personnes présentant un facteur de désinsertion professionnelle il convient de regarder la trajectoire des travailleurs atteints des maladies les plus génératrices de perte d'emploi, c'est-à-dire les TMS, les pathologies psychiatriques et les pathologies cardiovasculaires.(24)(25)

La littérature est extrêmement riche sur les déterminants des arrêts maladies et la désinsertion professionnelle (26) (27) (28). Elle permet d'analyser l'effet causal des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles.

On note qu'il existe déjà des propositions de facteurs prédictifs de restriction d'aptitude ou d'inaptitude (29) et de détection des situations PDP (30)

Il pourrait être intéressant d'expérimenter le fait que le diagnostique de certaines pathologies déclenche un droit d'entrée dans le système de PDP. Le médecin traitant serait donc le déclencheur du processus. Mais il convient pour rendre cela possible d'obtenir et d'augmenter son adhésion et sa participation au processus du maintien dans l'emploi en l'informant et le formant. Pour l'instant les médecins généralistes ne sont pas assez formés (31) (32) , or la coopération ne se décrète pas elle se construit. Les études qualitatives (33) (34) (35) montrent bien les lacunes à combler sur la santé au travail des médecins généralistes. Le constat se retrouve d'ailleurs dans les études précédentes InCa et ATEMIS. En parallèle, il pourrait être intéressant d'entamer une réflexion sur l'arrêt maladie car il

met souvent le médecin traitant en position délicate. En effet, Il faut qu'il maintienne la relation de confiance, qu'il soigne et qu'il responsabilise simultanément. De plus, il doit juger si le travail du patient auquel il n'a pas accès contribue à sa santé.

Il convient aussi de se pencher sur les spécificités de cet acteur afin d'identifier d'autres obstacles. En effet le fait que le médecin traitant soit dans l'extrême majorité des cas un généraliste libéral incite à se poser la question du temps (36)et de la rémunération. En effet, le MDE est un processus très chronophage et il n'existe pas de cotation par la CNAM pour ce type de consultation.

Un autre acteur de la prévention secondaire est le médecin conseil. Pour l'instant la détection se fait sous forme de signalements issus des visites de contrôles des arrêts supérieurs à 90 jours dans le régime général. Mais cette détection nous semble tardive si l'on considère les chances de reprise après une telle durée d'arrêt maladie(21).

Nous terminerons ce chapitre sur la détection précoce et le recueil du signal en parlant de l'entreprise et de la nécessité de sa participation qui n'a pas été explorée dans cette étude. Cependant on sait que la formation et l'information des employeurs n'est pas suffisante sur ce sujet (37), alors que leur participation est essentielle(38). Les propositions de l'enquête ATEMIS(39) et Inca (40) concernant l'intervention d'acteurs de la PDP lors des rencontres d'employeurs semblent être des pistes intéressantes.

2. Le parcours

a) Les acteurs : le nombre

Nous commencerons ce chapitre en citant les objectifs stratégiques du PST 3 : « Il s'agit de réduire la complexité induite par leur multiplicité »

Comme nous avons pu le constater au cours des différentes phases, les acteurs intervenant dans le domaine du MDE sont nombreux. L'explication en est simple, il n'existe pas d'institution porteuse de ce sujet. Il faut donc agréger les structures qui partagent parmi leurs missions annexes la PDP. En ce qui concerne les acteurs institutionnels, nous avons huit acteurs dont les statuts juridiques, les organisations internes et géographiques sont différents. Leur coordination n'est pas obligatoire et n'est pas définie concernant la PDP. Leur implication dans ce domaine se fait via des voies d'entrées différentes : plan cancer, plan santé travail. Leurs visions et objectifs ne sont donc pas identiques. Il apparait alors évident que plus leur nombre sera important plus les différences vont être nombreuses et plus le dénominateur commun va être faible.

Il nous semble pertinent d'évoquer ici les différences entre les régimes à la suite de ce paragraphe sur les acteurs institutionnels.

Comme nous avons pu le constater la différence de traitement du MDE en fonction des régimes est importante même si tous tendent à adopter un système basé sur une réunion de plusieurs professionnels pour évoquer les situations individuelles complexes et coordonner leur réseau.

Il semble approprié d'avoir des différences entre les régimes car les populations suivies ont des particularités liées à leur activité et donc impactant le MDE. Mais comme nous avons pu le constater si l'on dépasse cette notion de régime et que l'on considère les questions de MDE et de PDP on perçoit des différences dans les modalités de coordination. Chaque régime possède des éléments positifs et négatifs.

En effet nous avons pu apprécier les bénéfices en terme de coordination du guichet unique de la MSA, la coordination régionale et nationale de la PDP par le RG, l'action innovante actican par le RSI. Mais nous avons aussi pu voir que le RSI souffre de problèmes structurels (pas de santé au travail, pas d'assistantes sociales) qui ne sont pas des éléments facilitateurs pour ses adhérents. La convention visant à allouer du temps médical par les médecins de la MSA pour des assurés du RSI illustre cela.

La fonction publique semble être en retard par rapport aux autres régimes car les acteurs interrogés ne nous ont pas rapportés de système de « formation » pendant les arrêts qui peuvent être de longue durée dans ce régime.

Ensuite concernant les acteurs opérationnels, leur nombre est forcément démultiplié par la nécessité de couverture du territoire et d'assurer les différentes missions portées par les institutionnels (exemple de l'agefiph qui porte les SAMETH, CAP EMPLOI et mission alther). C'est pourquoi nous avons plus d'acteurs opérationnels identifiés (12) que d'institutionnels. Leur nombre de ces premiers est si important que comme nous avons pu le voir tous ne se connaissent pas et donc a fortiori ne travaillent pas ensemble. La notion de visibilité des acteurs est donc fondamentale. Il n'est par conséquent pas étonnant de constater au cours de ces dernières années, la multiplication d'études (39) (40) qui ont parmi leur objectif d'établir une cartographie des acteurs et de leurs actions mais qui n'y parviennent pas. Ces sollicitations sont à l'origine de la lassitude des acteurs qui participent aux études sans voir de changements malgré leur réponse. Les exemples des guides des pays de Loire(41) et Centre(42) qui recensent les acteurs et les actions menées sont probablement des instruments qui pourraient servir de modèle. A ce titre le guide à paraitre en Juin fruit du travail CARSAT est à suivre.

Cependant la connaissance n'est pas la finalité car comme nous avons pu le voir en étudiant les relations des acteurs entre eux, certains se connaissent mais ne travaillent pas ensemble. Il convient de se pencher sur la coordination.

b) La coordination

Les résultats recueillis, pointant du doigt une mauvaise voire une absence de coordination sont cohérent avec la littérature(43)

La particularité du MDE et de la PDP réside dans la diversité des situations traitées. Elles différent par les caractéristiques personnelles des personnes (âge, ancienneté, formation, capacités restantes…), par l'environnement de travail (secteur d'activité, taille de la structure, ancienneté), par le régime (RG, MSA,RSI, fonction publique, régime spécial).Il n'existe donc pas de parcours type. Il est par conséquent difficile de donner une visibilité aux personnes de leur parcours. Les acteurs du MDE jouent un rôle d'accompagnement et de pédagogie mais cela ne suffit pas comme le montre à de

nombreuses reprises notre étude. Le bénéficiaire du parcours ne peut donc pas être autonome ce qui nécessite une plus grande coordination des acteurs. De nombreux effets négatifs résultent de cette complexité : parcours tronqué, parcours inefficace car trop long voir même échec de celui-ci.

Voici quatre propositions pour compenser le manque de coordination des acteurs du maintien dans l'emploi :

1. Instituer la présence d'un coordinateur de parcours de MDE comme l'Allemagne et la Suisse (44) . Ce coordinateur est une personne qui permet une approche individuelle du parcours, assure le rôle de personne repère pour le bénéficiaire et permet de créer la coordination entre les acteurs de la PDP. On note une expérimentation en France dont l'analyse reste à faire(45).

2. La mise en place d'un carnet de suivi (46) où les acteurs notent le résumé de leur intervention et tracent l'identité du prochain acteur à consulter est une autre possibilité. Les acteurs interrogés sur le carnet suggéré par le PRITH 2014 rapportent que cette expérimentation n'a pas été faite dans de bonnes conditions. Il n'y aurait pas eu de communication pour accompagner le lancement. De nombreuses personnes ont fait la demande d'un essai en de bonnes conditions.

3. Il pourrait être également intéressant de créer un outil de simulation de parcours. Le travailleur rentrerait ses critères et le logiciel lui donnerait un aperçu de son parcours potentiel. Le site bien dans ma vie bien au travail (47)et la cartographie du maintien en emploi (48)constitue une ébauche intéressante qui pourrait servir de base à cet outil.

4. Enfin une plateforme téléphonique comme celle instituée en région Nord(49) afin de répondre aux questions et de mettre en relations les appelants avec les bons interlocuteurs.

Par ailleurs les parcours souffrent parfois de mauvais relais entre les différentes structures. Il est nécessaire de mettre en œuvre la sécurisation des parcours(50). Si l'on prend l'exemple d'un licenciement précédé d'une action de remobilisation, il est important que les résultats de cette dernière (nouveau projet professionnel, bilan de compétences…) soient transmis à la structure relais, ici Pôle Emploi. Il est nécessaire de penser le parcours dans sa globalité. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle commence notamment par la prévention primaire via la formation. Cependant pour l'instant celle-ci ne concerne principalement que les salariés les plus qualifiés de moins de 50 ans des grandes entreprises (51). La prévention de la désinsertion se poursuit par la prévention secondaire en adaptant l'emploi quand le problème de santé le met en péril. Ce continuum se termine par la prévention tertiaire qui s'ouvre sur un emploi adapté si un licenciement survient.

c) Le nombre des actions

Nous venons d'évoquer le nombre des acteurs opérationnels qui est important. La quantité des actions est elle aussi soumise à un facteur multiplicatif. En effet chaque acteur va proposer plusieurs actions. Il existe plusieurs types d'actions dont la classification est laborieuse car elles varient en fonction de leur nature (droit administratif (RQTH), aménagement de poste (EPAST, étude de poste)), de leur financement (droit commun, financement spécifique) et de la modalité d'attribution (simple RDV pour une étude de poste par le médecin du travail, dossier administratif pour dossier AGEFIPH, réunion collégiale pour les cellules des sécurités sociales). Cela rend la planification du parcours compliquée. De plus, certaines actions sont conditionnelles (52)(conditions de ressources, reconnaissance administrative etc…), et rendent imprévisibles le parcours. En effet, parfois un parcours planifié par les acteurs opérationnels échoue car le financement de l'action proposé n'est pas attribué. Le nombre élevé d'aides n'est pas un élément négatif en lui-même. Au contraire il permet des solutions plus spécifiques à chacun. Mais un des effets négatifs de cette diversité et de ce nombre d'aides est que les acteurs ne maitrisent pas totalement celles qui ne sont prescrites que rarement. Cela peut entraîner des refus d'attribution et donc mettre en échec les parcours concernés. Un autre effet négatif est le manque de visibilité car ces actions sont rarement hiérarchisées. Pourtant certaines comme la visite de pré-reprise sont des mesures de première intention (53) (31). Mais le nombre est bien inférieur (COCT 2013) aux besoins (54)car les personnes pouvant être à l'origine de celle-ci sont encore trop nombreuses à ignorer son existence(55).Des communications ciblées sur les mesures recensées comme les plus importantes pourraient être pertinentes.

Il est à noter que la complexité de ces aides est déjà connue et que certains services comme la mission alther ou handipacte sont chargés entre autres de donner une visibilité et une lisibilité à ces actions pour l'agefiph et le fiphp.

De plus, concernant le régime général certaines régions organisent des réunions d'informations pour les employeurs via la CPAM ou la CARSAT (56).

Là encore une documentation commune qui donnerait une vision exhaustive de l'offre de service avec le prescripteur et les conditions d'obtentions pourrait s'avérer utile.

3. Les indicateurs d'efficacité

Le contexte économique actuel pousse les décideurs politiques à se poser la question de l'efficience dans tous les domaines, y compris ceux de la santé (57). Il convient donc de donner les outils aux professionnels de la santé pour évaluer eux-mêmes l'efficience de leur démarche et ceci afin de préserver leur autonomie(58).
Il nous apparait important d'adopter une démarche d'évaluation de l'efficacité des actions de la PDP et MDE. Cela permettrait de justifier l'utilité des actions mises en place ce qui n'est pas reconnu par tous. De plus cette évaluation permettrait de sélectionner les actions les plus pertinentes et de les faire évoluer pour les rendre plus efficientes. On peut citer l'étude de l'OPPBTP (59)sur la rentabilité

de la prévention des risques professionnels qui a convaincu les personnes jusqu'alors sceptiques des bienfaits de celle-ci.
Actuellement, il existe des indicateurs de suivis : le temps d'arrêt maladie avant action de remobilisation, la durée moyenne des arrêts etc… Cependant il n'existe pas d'indicateurs d'efficacité. Ainsi nous ne savons pas quel est le meilleur moment pour engager une action, sa durée optimale etc…

Il pourrait être judicieux d'utiliser les données du RG, de la MSA et des SST concernant la PDP et la MDE. En effet, Ils ont suffisamment de données pour obtenir une bonne puissance statistique ce qui permettrait de dégager des indicateurs d'efficacité des actions.
Il serait intéressant de mener des études comparant les parcours avec un passage par le système de maintien dans l'emploi et ceux avec une sortie de l'emploi pour savoir lesquels sont les plus efficaces.

V. Conclusion

Cette analyse du système de maintien en emploi normand illustre bien la complexité de celui. Ce d'autant plus à l'échelle d'une région récemment unifiée dont les pratiques sont différentes dans les deux anciennes entités la composant. Les marges d'améliorations possibles sont donc multiples. La difficulté n'est pas d'en proposer, mais de trouver un axe autour duquel les agréger pour sélectionner celles qui sont les plus pertinentes.

En effet, il est primordial de raisonner par objectif : la détection précoce, fournir un parcours complet et adapté au bénéficiaire, mesurer l'efficacité des mesures proposées.

Nous avons essayé de procéder ainsi afin de ne pas proposer un catalogue de mesures qui ne seraient pas liées entre elles, qui manqueraient de cohérence et donc d'efficacité. En effet, on peut penser que celui-ci n'est pas pertinent car les interactions entre les acteurs sont très nombreuses et hétérogènes. C'est pourquoi une suite de propositions impliquerait que les premières actions menées entraineraient des modifications du système qui rendraient les suivantes impertinentes.

Les marges d'améliorations concernant le recueil des situations et donc la prise en charge précoce sont :

1. Augmenter l'adhésion et donc la participation des acteurs fondamentaux, c'est-à-dire les médecins traitants et le monde de l'entreprise. En effet la prévention primaire ne peut s'envisager sans ces acteurs. Les résultats sont clairs sur la vacuité d'entreprendre une démarche si ces acteurs ne sont pas partie prenante.

2. Faciliter l'accès aux dispositifs spécifiques de maintien en emploi pour améliorer la précocité de la prise en charge. En effet les conditions d'entrée : RQTH, Invalidité et IPP>10% dans le cadre des AT/MP sont autant de freins qui retardent la prise en charge.

Les marges d'amélioration concernant les parcours au sein de ce système sont :

1. Réduire le nombre des acteurs en opérant des rapprochements cohérent avec la notion de continuum et non de parcours distincts qui s'enchainent. On peut citer l'exemple du rapprochement des SAMETH et des CAP EMPLOI.

2. Augmenter la lisibilité du système pour les acteurs et les utilisateurs. Plusieurs solutions sont envisageables comme production d'un guide des acteurs et des actions comme dans d'autres régions afin d'augmenter la connaissance mutuelle ou la création d'un site permettant des simulations de parcours ou un nouvel essai du carnet de suivi.

3. Mettre en place des coordinateurs de parcours via des rendez-vous physiques ou une plateforme téléphonique afin de créer des personnes repères pour les bénéficiaires.

Concernant l'efficience du système :

1. Mise en place d'indicateurs d'efficacité des parcours et des actions proposés par les acteurs institutionnels.

2. Mettre en place des rencontres régulières des acteurs afin d'analyser les indicateurs relevés.

Nous tenons à proposer en conclusion de ce travail d'autres propositions. Celles-ci sont sans doute moins concrètes et moins réalistes mais il nous semblerait dommage de ne pas exploiter certaines informations recueillies. Tout d'abord concernant les régimes de sécurité sociale, le RSI nous semble proposer des prestations inférieures pour l'instant à tous les autres en termes de PDP. Il nous semblerait pertinent que celui-ci continue ses efforts pour atteindre un niveau équivalent à celui de ses homologues tout en conservant ses spécificités de prestations pour les indépendants. En effet la problématique du maintien en emploi est d'autant plus cruciale pour les indépendants. Ensuite, il nous apparait que la manière d'envisager les parcours de PDP de façon séquentielle est dommageable. En effet établir un continuum ou une approche intégrée (60)démarrant de la formation professionnelle et allant jusqu'à la recherche d'emploi nous semblerait plus pertinent. De plus, cela éviterait les ruptures de suivi et la peur qu'elles engendrent pour les bénéficiaires lors des transitions. Nous citerons l'exemple des parcours comprenant des actions de remobilisations lors des arrêts maladies qui échouent. De plus cela entraine une transition vers les pôle emploi qui est généralement mal vécue.

Enfin un changement de culture permettant de ne pas raisonner sur le handicap du patient mais sur ses capacités serait bénéfique. Ceci sera sans doute long mais plus le début sera tardif plus la concrétisation le sera aussi.

VI. Bibliographie

1. Barnay T, Favrot J, Pollak C. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. Etudes Résultats DREES

2. Dray-Spira, R. (2013). Maladies chroniques et emploi: impact en termes d'inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *61*, S146-S151.

3. Jusot F, Khlat M, Rochereau T, Sermet C. Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi. Données Soc Société Fr. 2006;533–542.

4. Barnay T, Coutrot T, de Saint Pol T. Introduction. Santé et itinéraire professionnel: contexte et genèse d'une enquête. Econ Stat. 2016;486(1):5–15.

5. Haut Conseil de la Santé Publique. Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Maladies chroniques. Doc Fr Adsp, 72, 11-53. 6. LHUILIER D. Que font les 10 millions de malades ?

7. Colomb, C. (2014). La vie, deux ans après un diagnostic de cancer Colloque INCa, 10 juin 2014. Bulletin Infirmier du Cancer, 14(3), 71-72.

8. Baudelot C, Caillé Y, Mercier S. Activités professionnelles et ressources des personnes en insuffisance rénale chronique terminale en France en 2011. Néphrologie Thérapeutique. sept 2015;11(5):267‑8.

9. Anne Cuerq, Michel Païta, Philippe Ricordeau (CNAMTS), Les causes médicales de l'invalidité en 2006, Points de repères n°16

10. Rapport d'activité 2015 AGEFIPH

11. Bartel A, Taubman P. Health and labor market success: The role of various diseases. Rev Econ Stat. 1979;1–8.

12. Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population: FRANCE: ANNEE ZERO!. Rapport à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

13. Levasseur S. Vieillissement de la population active. Rev OFCE. 2015;(6):339–370.

14. Méda, D. (2015). L'avenir du travail (Vol. 5, pp. 83-116). Presses Universitaires de France. [Internet]. Vol. 5. Presses Universitaires de France; 2015

15. Leone, N., Voirin, N., Roche, L., Binder-Foucard, F., Woronoff, A. S., Delafosse, P., ... & Uhry, Z. (2015). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire.

16. Beck, S., & Vidalenc, J. (2016). Une photographie du marché du travail en 2015. Insee première, (1602).

17. Stroobants M. Sociologie du travail - 4e éd. Armand Colin; 2016. 166 p.

18. Czuba C, Fantoni-Quinton S. Maintien dans l'emploi après la réforme de la santé au travail : un effort renouvelé. Arch Mal Prof Environ. nov 2013;74(5):515‑8.

19. Dares analyses, L'obLigation d'empLoi des travaiLLeurs handicapés en 2013: Un taux d'emploi en hausse, NOVEMBRE 2015 • N° 083

20. PICHENE-HOUARD A. The research-action meeting on occupational exclusion in the health at work congress, June 2nd and 3rd, 2014, Lille (France). Réf En Santé Au Trav. décembre 2014;(140):95‑102.

21. Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeylen, G. (2007). Fourth European survey on working conditions 2005. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

22. Barnay T. Relations causales entre santé et travail - Le regard des économistes. médecine/sciences. 1 oct 2016;32(10):889‑94.

23. Afsa C, Givord P. Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie: le cas des horaires irréguliers. Économie Prévision. 2009;(1):83–103.

24. Inspection Médicale du Travail et de la Main d'Oeuvre, Observatoire Régional de l'Emploi des Personnes Handicapées en Basse-Normandie: enquête Inadequation Sante - Travail_2005-depliant.pdf

25. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Haute-Normandie: Les inaptitudes médicales : un enjeu pour le maintien dans l'emploi Résultats de l'enquête «CASIM 1 » 2008, n° 54 - Septembre 2009

26. DARES. Document d'études direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques Numéro 197 Janvier 2016 Enquête sip statistique « Santé et itinéraire professionnel »

27. Devaux M, Juso F, Trannoy A, Tubeuf S. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. Quest Déconomie Santé. 2007;(118):1‑6.

28. Ben Halima MA, Debrand T. Durée d'arrêt de travail, salaire et Assurance maladie: application microéconométrique à partir de la base Hygie

29. C. Pélissier 1 , F. Chauvin 2 , L. Fontana 1: Facteurs prédictifs d'une restriction d'aptitude ou d'une inaptitude au poste de travail antérieur en visite de reprise : élaboration d'un score, INRS, TF 234

30. CNAMTS: LR-DDO-139-2015 Annexe 5_CriteresDetectionServiceMedical.pdf (cf annexe 4).

31. Saliba M-L, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2007;55(5):376‑81.

32. Ménard, C., & Beck, F. (Eds.). (2012). Médecins du travail, médecins généralistes: regards croisés. Inpes Editions.

33. Begue C, Delaborde A, Huez J-F, Tessier-Cazeneuve C, Mener É, Roquelaure Y, et al. Troubles musculo-squelettiques : rôles des médecins-conseils et relations interprofessionnelles, Musculoskeletal disorders: Role of medical advisers and inter-professional relations. Santé Publique. 8 juin 2016;28(2):197‑206.

34. Kergresse, M., Fanello, S., Delahaye, I., Durand-Moreau, Q., Pellé-Duporté, D., & Roquelaure, Y. (2013). Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 74(6), 630-637.

35. Saliba, M. L., Arnaud, S., Souville, M., Viau, A., François, G., & Verger, P. (2013). Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi: étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 61(2), 172-179.

36. Jakoubovitch, S., Bournot, M. C., Cercier, E., & Tuffreau, F. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats, (797).

37. Dab W. Dab, W. (2008). Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail. La documentation française. Doc Fr

38. Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., & Pajot, A. (2000). Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

39. Olivier Blandin, Thierry Debuc (ATEMIS):PLAN REGIONAL SANTE TRAVAIL 2 Prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi, ETUDE DES CONDITIONS D ' UNE APPROCHE PLUS CO LLECTIVE ET PRECOCE DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE, Rapport final 19 février 2015.

40. ARACT Normandie, Proposition d'accompagnement du dispositif de retour et de maintien dans l'emploi des personnes atteintes de maladies chroniq ues évolutives, Rapport de synthèse, Décembre 2016.

41. Direccte PAYS DE LA LOIRE: GuideMaintienEmploi: Les outils et dispositifs Les acteurs en Loire - Atlantiquenovembre 2011.

42. DIRECCTE Centre: guide du maintien CENTRE Juin 2013.pdf.

43. Bondéelle A et Brasseur G La réinsertion professionnelle. Trav Secur. 2014; 753: 15-29

44. EUROGIP, Prévention de la désinsertion professionnelle: l'exemple de 6 pays, Juin 2010,Rèf.Eurogip-52/F.

45. Pichene-Houard, A. (2014). Regards croisés France–Belgique–Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. Séminaire de recherche action dans le cadre du congrès Santé Travail de Lille, 2 et 3 juin 2014. Références en santé au travail, (140), 95-102.

46. CARSAT Normandie: Livret PRITH - carnet de liaison_mai 2014.pdf (cf annexe 5).

47. Accueil | Bien Au Travail Bien Dans Ma Vie [Internet]. Disponible sur: http://bienautravailbiendansmavie.fr/

48. Prévention et maintien dans l'emploi - Maintien dans l'emploi - Ministère du Travail [Internet]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/maintien-dans-l-emploi/prevention-et-maintien-dans-l-emploi-10705/

49. Fantoni-Quinton S, Frimat P. Maintien au travail et maladie : un exemple d'accompagnement individualisé en région Nord, Summary. Santé Publique. 5 sept 2011;23(3):251‑9.

50. Dominique MEDA Bertrand MINAULT, LA SÉCURISATION DES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES, DARES, documents d'études N° 107 Octobre 2005.

51. Cahuc P, Zylberberg A. La formation professionnelle des adultes: un système à la dérive. Rapp Au COE CCIP. 2006

52. AGEFIPH, FIPHFP: guide les prestations ponctuelles specidifiques du fip et de l'agefiph, Janvier 2015 .pdf.

53. Fassier J-B, Petit A, Yven C, Sappey P, Bernieri F, Soyeux E, et al. Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi.

54. Rollin, L., De Blasi, G., Boucher, L., & Gehanno, J. F. (2015). Intérêts d'une consultation spécialisée d'aide à la reprise du travail après cancer. *Bulletin du Cancer*, *102*(2), 182-189.

55. Pires, S., Tone, F., Wloch, K., & Quinton, S. F. (2016). Utilisation et intérêt de la visite de préreprise: enquête réalisée auprès de médecins du travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *77*(6), 949-960.

56. CARSAT Aquitaine: Des matinées d'information pour les employeurs [Internet].. Disponible sur: http://www.carsat-aquitaine.fr/879-actualites/246-des-matinees-dinformation-pour-les-employeurs.html

57. Philippe Askenazy a , Brigitte Dormont b , Pierre-Yves Geoff ard c et Valérie Paris d, Pour un système de santé plus efficace, conseil d'analyse économique, Les notes du conseil d'analyse économique, n° 8, juillet 2013.

58. Derumeaux-Burel, H., Derancourt, C., Rambhojan, C., Branchard, O., Hayes, N., & Bénard, A. (2017). Principes de l'évaluation médico-économique à l'usage des soignants. La Presse Médicale, 46(1), 36-41.

59. BTP O. OPPBTP, Prévention et performance - Une approche économique de la prévention Ouvrages - Ref. A0 G 03 16

60. Roquelaure Y. Roquelaure, Y. (2016). Maintien dans l'emploi et prévention durable: nécessité d'une approche intégrée de la prévention. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 77(3), 363-364.

VII. Lexique

ACTICAN : Accompagner le Travailleur Indépendant Touché par le Cancer

AGEFIPH : Association de Gestion du Fond d'Insertion Professionnelles des Personnes Handicapées.

ALTHER : Organismes de mobilisation, d'information et d'accompagnement des entreprises pour satisfaire leur obligation d'emploi de personnes handicapées

AM: Arrêt Maladie

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration de Conditions de travail.

AT/MP : Accident du Travail / Maladie Professionnelle

BOETH : Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi de travailleurs handicapés.

CAP emploi : Organismes de placement spécialisés assurant une mission de service public, dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail (ex-CRAM).

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (depuis 2006, a remplacé la COTOREP et la CDES).

CHSCT : Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail.

CIF : Congé Individuel de Formation.

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CRE ou CRPE : Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (ou chez l'Employeur).

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

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (nouvelle entité 2010 regroupant 8 anciennes directions régionales dont la DRTEFP).

DOETH : Déclaration annuelle Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés

DRH : Direction des Ressources Humaines.

EA : Entreprise Adaptée (ex-Atelier Protégé).

EPAAST : L'Etude Préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail

ESAT : Établissement ou Service d'Aide par le Travail (ex-CAT).

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publiqu

FNATH : Fédération Nationale des Accidents du Travail et des Handicapés

FONGECIF : Fonds paritaire interprofessionnel de Gestion du Congé Individuel de Formation

ITI : Indemnité Temporaire d'Inaptitude.

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

LADAPT : Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique du Travail

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

MP : Maladie Professionnelle.

MSA : Mutualité Sociale Agricole.

OETH : Obligation d'Emploi de Travailleur Handicapé

OPACIF : Organisme Paritaire Agréé au titre du CIF.

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé.

PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés.

PRESIJ : PREstation d'accompagnement de mise en situation de Salariés en Indemnités Journalières

PSOP : Prestation spécifique d'orientation professionnelle

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé.

RLH : Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap

SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés.

SST : Services de Santé au Travail.

TH : Travailleur Handicapé

TMS : Trouble Musculo-Squelletique

UT de la DIRECCTE : Unité Territoriale (ex-DDTEFP, Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle).

UTAS : *Unités* territoriales d'*action sociale*

VIII. Annexes

A. Annexe 0

Agence Régionale de Santé Normandie

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de Santé Publique

DIRECCTE de Normandie
Pôle politique du travail

Affaire suivie par : N.Lucas
Courriel : nathalie.lucas@ars.sante.fr

D. Delasalle
david.delasalle@direccte.gouv.fr
Dr R. Courtois
rosa.courtois@direccte.gouv.fr

Date :

Madame, Monsieur,

La carrière d'un(e) salarié(e) peut être jalonnée d'évènements divers, notamment de santé, qui peuvent impacter voire compromettre sa capacité à tenir durablement son emploi. Ces évènements s'inscrivent aujourd'hui dans un contexte socio-démographique aggravant marqué par le vieillissement de la population, y compris active, l'allongement de la durée du travail et l'augmentation de certaines pathologies chroniques notamment les cancers.

Au regard des enjeux sociaux et de santé qui afférent à cette problématique, la prévention de la désinsertion professionnelle à travers le maintien et le retour dans l'emploi des personnes quel que soit leur état de santé et/ou de handicap est une priorité. Celle-ci est inscrite dans les plans cancer 2016-2019 et santé au travail 2016-2020.

De nombreux acteurs interviennent dans le processus de maintien et retour dans l'emploi et la coordination de tous est indispensable pour détecter le plus précocement possible les situations qui peuvent conduire à une exclusion professionnelle. A titre d'exemple, on estime que 95% des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement. Autre exemple, parmi les personnes qui étaient en activité lors d'un diagnostic de cancer, 3 sur 10 ont par suite perdu leur emploi ou l'ont quitté dans les 2 ans (Etude VICAN 2, 2012).

Des actions de prévention sont d'ores et déjà mises en place, toutefois des inégalités persistent dans les territoires et dans l'accompagnement des salariés.

C'est pourquoi, l'ARS et la DIRECCTE ont décidé de s'engager conjointement dès 2015 sur ce sujet pour réaliser, en 2016, une analyse de la situation régionale du maintien et du retour dans l'emploi des salariés en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé.

Celle-ci contribuera à :

- la déclinaison régionale du plan santé au travail 2016-2020 dont la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi sont un des objectifs prioritaires ;
- la mise en œuvre des actions régionales du plan cancer validées en 2015 ;
- partager une vision commune de la santé au travail ;
- réduire les inégalités sociales de santé.

ARS de Normandie
Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035
14050 CAEN Cedex 4
Tél. : 02 31 70 96 96
www.ars.normandie.sante.fr

Direccte de Normandie
14, avenue A.Briand
76 000 Rouen
Tél : 02 32 76 16 20

L'étude a pour objectifs d'une part, d'identifier et d'analyser l'offre de service du retour et maintien dans l'emploi disponible pour les salariés de Normandie en situation de rupture ou de vulnérabilité de perte d'emploi du fait d'un problème de santé ou d'un handicap. D'autre part, elle vise à repérer les freins, les leviers et points potentiels de rupture à la détection la plus précoce possible des éléments qui s'opposent au maintien et retour dans l'emploi.

Le travail d'identification des acteurs, de leurs missions et de leurs partenariats en ce domaine, s'effectue par le bais d'une double enquête.

La première a conduit à interroger, au cours du premier semestre, les acteurs institutionnels concernés au niveau régional (CARSAT, MSA, DIRECCTE, ARS, RSI, Assurance Maladie AGEFIPH).

La seconde qui va être menée jusqu'à la fin de l'année, conduira à questionner les acteurs opérationnels du maintien dans l'emploi dont vous faites partie.

C'est pourquoi, nous vous transmettons ci-joint le lien pour accéder au questionnaire d'enquête en ligne que nous vous prions de bien vouloir renseigner avant le 15 juillet.

M. Aurélien Soubise, interne de santé publique à l'ARS, Mme Anne Fratissier, interne de santé au travail au CHU de Caen et M. Charles Lendormy, interne de santé au travail au CHU de Rouen, en charge de l'enquête, avec l'appui méthodologique de l'IREPS, pourront être amenés à prendre contact avec vous pour des précisions éventuelles dans l'analyse des réponses au questionnaire. Nous souhaitons que vous puissiez leur réserver le meilleur accueil possible.

Nous vous remercions d'avance de votre contribution, essentielle au bon déroulement de l'analyse régionale dont il s'agit, et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les plus respectueuses.

Pour la directrice générale de l'ARS,
la directrice de santé publique,

Nathalie VIARD

Pour le DIRECCTE de Normandie
Le directeur régional adjoint,

Johann GOURDIN

B. Annexe 1

1. Annexe 1a

Grille d'entretien acteurs institutionnels

Date :

Personne interrogée/Fonction :

I-FICHE IDENTITE

Nom de l'institution :

Statut juridique : fonction publique hospitalière, d'Etat, territoriale ?

De quelle(s) façon(s) la structure est **financée** ? (fonds publics , privés. Si publics, nationaux, régionaux, européens…si privé, fédérations, entreprises, syndicats pros…)

ORGANISATION DE LA STRUCTURE :

-en **interne** : pôles ? ➔organigramme

-en **région :** lieu du siège social ? antennes régionales ?

Les **missions** de l'institution en terme de grands **objectifs** ? dans quel(s) **cadre(s) réglementaire(s) ?**

Qui est **bénéficiaire des missions** :

→en terme de **public s, de structure(s)** ?

→en terme de **territoire(s)** ?

--Quels sont les **liens** entre **votre structure et les autres acteurs institutionnels** comme l'ARS, la CARSAT, la CPAM, la DIRECCTE, l'AGEFIPH… (réunion inter- institution, projets communs si oui lesquels etc…)➔ nom des réunions

Percevez-vous une **complémentarité** entre les institutionnels ? **Laquelle ? Sur quels sujets ?**

II-MAINTIEN DANS L'EMPLOI – L'EXISTANT

Comment la thématique *« maintien et retour dans l'emploi »* est **assurée dans l'institution** ?
(politique régionale, projet stratégique, textes de référence…)

Y-a-t-il des **échanges**, un **partenariat**, des contacts, rencontres, projets….**avec les autres institutionnels sur le thème du maintien dans l'emploi** ? Quels sont les liens exacts ? (réunions inter-institutions, projets communs,…) => **nom des réunions, fréquence**

Quels sont les **opérateurs actifs dans le maintien dans l'emploi** que vous identifiez sur le territoire ? **Pourquoi, et sur quelles actions** ?

Il y a-t-il des actions « phares » que vous financez, et qui mériteraient d'être transférées sur un autre territoire ?

Analyse de l'existant :

--les freins identifiés ?

--les leviers potentiels identifiés ?

--les éléments manquants permettant de favoriser le travail actuel ?

--les recommandations potentielles ?

Quels sont les éléments que vous aimeriez développer ou voir développer, sur le territoire normand, dans les années à venir, pour favoriser le travail :

→avec les **institutionnels** (ARS, CARSAT, DIRECCTE……) ?

-
-
-
-
-
-
-

→et avec les **opérationnels** (SAMETH, médecins traitants, médecins du W, SST, MDPH…) ?

IV-CONTACTS

Parmi les opérateurs dont nous avons parlé, avez-vous des contacts à me donner ?

2. Annexe 1b

Nom de la structure :

III- IDENTITE DE LA STRUCTURE

Statut juridique	
Organisation régionale	- *Siège social (Adresse…)* - *Organigramme pour connaître la structuration interne* - *Localisation en région : antennes, délégations etc…* - *Territoires d'actions : périmètre d'intervention* *Note : Insertion en annexe organigramme de la structure*
Missions régionales	- *Objectifs d'intervention de la structure*
Publics cibles / bénéficiaires	- *Publics bénéficiant des interventions de la structure*

IV- RÔLE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Dispositifs portés et les actions menées	- *Pilotage et/ou réalisations effectives*

	- *Pour chaque action décrire l'intitulé, les objectifs, le public cible*
Interlocuteurs internes de la structure	- *Collaboration entre les services de la structure* - *Identification de l'interlocuteur principal par service*
Interlocuteurs externes de la structure	□ Services de santé au travail □ Médecins traitants □ MDPH □ SAMETH □ AGEFIPH □ Autres (à compléter): …… *Liste à compléter par la DIRECCTE*
Contacts	- *Personnes ressources du maintien dans l'emploi (Nom, Prénom, fonction, service et coordonnées).*

C. Annexe 2

1. Annexe 2a

a) ACTIONS MDPH

NOM	Attribution de la RQTH
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Attribuer le statut de travailleur handicapé pour faciliter les démarches de maintien en emploi et/ou de reclassement
PROFESSIONNEL	médecin MDPH, psychologue MDPH, référent insertion professionnelle MDPH ...
PRESCRIPTEUR	assistante sociale CARSAT, médecine du travail, SAMETH
BENEFICIAIRE DIRECT	l'usager
DESTINATAIRE	l'usager
TERRITOIRE	Département de résidence de l'usager
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	de quelques semaines à plusieurs mois en fonction de l'urgence de la situation -généralement 15 Jours-
FREIN	-manque d'éléments précis (notamment médicaux) dans les dossiers. -manque d'informations actualisées (mais du aussi à nos délais)

LEVIER	- Renforcer l'articulation entre les différents acteurs (ex : réponse rapide MDPH permet au SAMETH de poursuivre son action)
AUTRE	

NOM	Entretiens individuels
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	- Création d'un projet individualisé (fonction aspirations individuelles). - Permet d'orienter les démarches (SAMETH, OETH, passage en cellule PDP, mise en place d'action de formation, conseils pour ré-orientation etc.). - Remise d'un document qui est joint à toute décision de RQTH pour les salariés pour les informer des différents acteurs.
PROFESSIONNEL	Psychologue du Travail MDPH
PRESCRIPTEUR	Pas de prescription formalisée. Repère des situations variées: par les Médecins MDPH en amont suite au dépôt du dossier, sur demande de l'usager qui fait part de sa situation à notre accueil, sur interpellation de la Cellule PDP, sur repère des partenaires etc.
BENEFICIAIRE DIRECT	L'usager lui-même
DESTINATAIRE	Usager uniquement, puis orientation vers les structures pertinentes
TERRITOIRE	Pour tous les usagers du Département de l'Eure, quel que soit leur lieu de travail.
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	L'entretien lui-même se fait sur 1 à 2h. Le situations de maintien en emploi engagent par la suite un suivi auprès des partenaires ou de l'usager, selon les besoins.
FREIN	les délais: Frein et Levier: s'agissant de situations souvent complexes faisant appels à de nombreux intervenants (Personne concernée, Employeur (responsable direct, direction, RH), Médecin du Travail, structure extérieure (SAMETH par exemple)), chacun ayant son propre rapport au temps, il convient d'intervenir au plus vite sur ces situations afin d'ouvrir la porte à l'ensemble des possibles. Plus les actions tardent à être mises en place, plus les chances de maintien en emploi sont faibles. Pour exemple, une action mise en place assez tôt peu éviter un sentiment d'abandon de la part du salarié, et pourra éviter une dégradation des relations entre les différents intervenants. A l'inverse, il est difficile d'engager les démarches vers un maintien en emploi si le salarié, après quelques mois voir années d'arrêts sans action se retrouve déjà engagé dans une démarche de licenciement pour inaptitude.
LEVIER	Une vision large: Levier Le maintien en emploi ne se réduit pas à l'aménagement physique du poste. Il peut s'agir d'aménagement d'organisation, des missions, mais également d'un changement de poste au sein de la structure et/ou d'une montée en compétences. La formation doit aussi être vue comme un outil de maintien en emploi. En ce sens, il est nécessaire de développer des passerelles entre les services, notamment dans les grandes structures (dont fonctions publiques)."
AUTRE	Le dialogue: Frein si absent, Levier si présent L'employeur tout comme le salarié n'ont pas toujours un visuel sur les enjeux de chacun. Une réflexion commune permet de prendre conscience de ces enjeux et d'engager des actions répondant aux besoins des uns et des autres. L'interpellation d'une structure

	extérieure (comme le SAMETH) peut-être aidante, car la neutralité et la bienveillance sont assurés.

NOM	Cellule PDP (Prévention de la Désinsertion Professionnelle)
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Repérage des situations pouvant présenter un risque de désinsertion professionnelle et mise en place d'actions adaptées.
PROFESSIONNEL	Assistantes sociales, Psychologues du Travail, Médecins, Cadres CPAM, Cadres CARSAT, Cadres ELSM
PRESCRIPTEUR	Service Sociale CARSAT
BENEFICIAIRE DIRECT	Assuré Sécurité Sociale présentant un risque de désinsertion professionnelle
DESTINATAIRE	Professionnels du Maintien en Emploi
TERRITOIRE	Département de l'Eure
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	1 cellule toutes les 6 semaines
FREIN	Certaines actions sont à destination de la personne uniquement (notamment Bilan de Compétences), sans prendre en compte la situation dans son ensemble (notamment possibilités offertes au sein de la même structure, ou restrictions médicales). Ainsi, certains projets peuvent ne pas être pertinents."
LEVIER	Cette cellule permet un repérage rapide des situations à risque. Cette alerte permet la mise en place d'actions le plus souvent financées CPAM, AGEFIPH ou OPCA (Bilans de Compétences, PSOP, PRESIJ, Pré-Orientation, CRE, Formation etc.). Elle permet également le lien entre divers professionnels du Maintien en Emploi et facilite ainsi le dialogue et les interpellations sur ces situations.
AUTRE	

b) UTAS

ACTIONS UTAS

NOM	Aménagement de poste pour reclassement professionnel et étude ergonomique
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	adapter les conditions d'activité pour favoriser le maintien dans l'emploi aménagement matériel et organisationnel du poste de travail Permettre à l'agent de continuer à travailler au sein du département mais sur des missions différentes de celles de son recrutement permettre à un agent en inaptitude définitive sur son poste, d'être affecté sur cette cellule t donc libérer son poste budgétaire afin d'être remplacé au profit du fonctionnement de l'équipe. L'agent a ainsi moins de "pression" de temps pour découvrir d'autres activités, développer de nouvelles compétences dans la perspective d'un

	reclassement.
PROFESSIONNEL	médecin de prévention, conseiller en prévention des risques professionnels, encadrement opérationnel, agent concerné référent handicap emploi
PRESCRIPTEUR	le service "environnement du travail" de la DRH médecin de prévention
BENEFICIAIRE DIRECT	agent
DESTINATAIRE	agent
TERRITOIRE	étude sur site, majoritairement reclassement dans le domaine administratif
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	entre 3 a 12 mois généralement mais pouvant aller jusqu'à 36 mois pour des aménagements très spécifique.
FREIN	- la réticence ou la difficulté organisationnelle parfois des responsables à accueillir un agent "moins performant" - en cas de reclassement nécessaire, trouver un poste sur un secteur géographique du département proche du domicile et compatible avec les compétences professionnelles et les capacités médicales restantes. disponibilité des différents acteurs, possibilité d'adaptation des horaires ou des tâches lourdes dans un petit collectif de travail (3 à 4 personnes) Limite de l'agent, et nombre de poste vacants - identifier et renouveler régulièrement des tuteurs pour les stages d'insertion
LEVIER	-la collectivité dispose de 2 conseillers prévention dans ses effectifs donc disponibilité; 6 ans de travail avec le SAMETH; encadrement participatif, convention avec le FIPHFP - la reconnaissance RQTH qui par le biais du FIPHFP, permet à l'employeur un financement plus facile des aménagements nécessaires - la mise en place en interne d'une "commission d'études des situations individuelles" (RH-med prev-référent handicap-référent mobilité-service formation) qui permet d'anticiper le retour au travail, puis de suivre ce retour
AUTRE	

NOM	constitution demande de RQTH
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Faire valoir les droits de l'agent
PROFESSIONNEL	Référent handicap et emploi, médecin de prévention
PRESCRIPTEUR	médecin de prévention
BENEFICIAIRE DIRECT	agent
DESTINATAIRE	agent
TERRITOIRE	conseil départemental
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	1à 2 h

FREIN	l'agent : acceptation du handicap
LEVIER	
AUTRE	

NOM	groupe technique reclassement
REALISATION	Collective
OBJECTIF	échanges pluridisciplinaires pour accompagner en préventif ou en opérationnel la réorientation professionnelle d'un agent suite à inaptitude physique au poste
PROFESSIONNEL	plusieurs professionnels RH (environnement du travail, mobilité, formation, affaires médicales), médecin, serive RH délégués dans les métiers
PRESCRIPTEUR	DRH
BENEFICIAIRE DIRECT	tout agent sujet à restriction d'aptitude ou avis d'inaptitude à la fonction
DESTINATAIRE	tout agent
TERRITOIRE	maison du département
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	10 réunions de 2h30 par an pour arrêter des actions à conduire et décider les suites à donner
FREIN	présence des postes "doux" sur le bassin de St Lô et distance géographique importante avec l'affectation de certains agents pour des stages découvertes d'autres métiers et des affectations pérennes, niveau de compétences attendu sur les postes de plus en plus exigeant (difficulté pour un agent technique de s'adapter à une fonction administrative)
LEVIER	
AUTRE	

c) CARSAT

NOM	action d'information collective aux assurés en arrêt de travail
REALISATION	Collective
OBJECTIF	informer, se faire connaître et proposer nos services en individuel ou collectif
PROFESSIONNEL	assistant social et animateur expert

PRESCRIPTEUR	service, assistants sociaux...
BENEFICIAIRE DIRECT	les assurés en arrêt de travail
DESTINATAIRE	les assurés en arrêt de travail
TERRITOIRE	plusieurs actions chaque mois sur l'ensemble du territoire du service
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Séances de 2 à 3 heures
FREIN	-Problèmes inhérents aux actions collectives (crainte de la prise de parole, …) -Lieu (personne à mobilité santé/véhicule) réduite. -Hétérogéinité des personnes présentes aux réunions. -Temporalité : caractère trop tardif des réunions (vers la fin de l'arrêt)
LEVIER	-Orientation individuelle - Agréger des assurés ayant des problématiques similaires - Précocité ++de la prise en charge/donc du signalement. *La qualité du travail en réseau sur l'orne est un élément positif qui s'est amélioré (cellule maintien en emploi et au comité TH 61)*
AUTRE	

NOM	Atelier PDP
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Favoriser la remobilisation des assurés en arrêt de travail avec risque d'inaptitude
PROFESSIONNEL	Assistantes de service social et partenaires (médecins du travail, SAMETH...)
PRESCRIPTEUR	Partenariat interne et externe
BENEFICIAIRE DIRECT	assurés en arrêt maladie
DESTINATAIRE	idem
TERRITOIRE	Département (3 à 4 ateliers par an)
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	1 mois environ
FREIN	recrutement des participants sur 5 à 6 séance, participation des partenaires
LEVIER	
AUTRE	

d) RSI

ACTIONS REGIMES SPECIAUX

NOM	Maintien dans l'Activité Professionnelle des Indépendants
REALISATION	Collective
OBJECTIF	pallier au problème de santé pour le maintien en activité
PROFESSIONNEL	action sociale,médecins,mdph,SST,sameth...
PRESCRIPTEUR	cellule MAPI interne au RSI
BENEFICIAIRE DIRECT	l'assuré actif
DESTINATAIRE	
TERRITOIRE	haute normandie
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	plusieurs mois
FREIN	multiplicité des acteurs et sensibilisation du public cible
LEVIER	
AUTRE	

e) SST

ACTIONS SST

NOM	etude de poste (pour aménagement et reclassement)
REALISATION	Collective
OBJECTIF	-étudier les contraintes du poste et essayer d'y apporter des aménagements afin de permettre le maintien du salarié à son poste. -Etudier le travail réel, mettre en lien les capacités résiduelles de la personne avec les sollicitations au poste et proposer des aménagements techniques et organisationnels.
PROFESSIONNEL	médecin travail,infirmière santé travail,ergonome,assistante sociale , conseiller du sameth
PRESCRIPTEUR	médecin du travail, médecin traitant, médecin conseil
BENEFICIAIRE DIRECT	le salarié
DESTINATAIRE	le salarié et parfois l'employeur
TERRITOIRE	Même que le territoire d'intervention : au sein de l'entreprise

DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Très variable généralement 1à3 mois mais peut aller jusqu'à une année.
FREIN	-méconnaissance des dispositifs existants -délai d'intervention des intervenants -médiation auprès des différents financiers pour la prise en charge des financements en respectant les délais du dépôt du dossier pour la formation -coordination très compliquée avec assistant(e) social CARSAT -disponibilité des différents acteurs -conflit employeur/salarié. -Etat de santé trop dégradé -temps nécessaire pour l'achat du matériel qui permettra la reprise (attente d'acceptation du devis du matériel ergo nécessaire par l'AGEFIPH, qui conditionne aussi l'acceptation ou pas par l'employeur de financer en partie le matériel s'il n'est pas totalement financé) employeur peu motivé pour dépenser de l'argent suite à un AT jugé bénin. -Relationnel peu favorable entre salariée et employeur -salarié peu coopérant / un poste compatible vacant -l'acceptation de la maladie par la salariée (maladie évolutive...) peur, liberté de parole contrainte
LEVIER	-le succès repose sur l'engagement tri partite médecin du travail/employeur/salarié. -l'existence de réseaux d'échange d'expériences -la motivation première de l'employeur pour adapter le poste, son estime pour sa salariée et sa sensibilité à cette maladie. -Coordination de l'action par le SAMETH, qui revient vers le médecin du travail selon besoin. -L'intervention de l'agefiph (via le sameth) peut être un facteur débloquant en cas d'investissement important coordination par le SAMETH. Travail collectif SAMETH + AMSN (médecin du travail et ergonome) pour impliquer l'employeur. Prise en charge financière par l'AGEFIPH rapidité de réaction du SAMETH
AUTRE	

NOM	Reclassement externe
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Reconversion professionnelle via une formation
PROFESSIONNEL	centre de bilan de compétences Cellule PDP CARSAT centre de formation OPCA OPACIF
PRESCRIPTEUR	Conseillère sociale du travail Médecin du travail ,Chargée du maintien dans l'emploi

BENEFICIAIRE DIRECT	Salariés
DESTINATAIRE	salariés
TERRITOIRE	Même que le territoire d'intervention : au sein de l'entreprise
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	entre 5 et 12 mois
FREIN	Freins : -STOP IJ brutal du médecin conseil. -Manque de réactivité de la cellule PDP CARSAT - Deuil santé/travail, population non autonome…
LEVIER	
AUTRE	

NOM	Action de sensibilisation aux risques psychosociaux addiction et travail sensibilisation et conduite à tenir
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Prévention des RPS? informer sur ces risques, éviter toute atteinte à la santé, favoriser le maintien dans l'emploi amener chacun à évaluer son propre risque/ lever les taboos alcool , drogues ...Conseiller l'entreprise sur les conduites à tenir
PROFESSIONNEL	Psychologue du travail, préventeur
PRESCRIPTEUR	Médecin du travail, employeur
BENEFICIAIRE DIRECT	Les salariés ou les agents
DESTINATAIRE	Tous les salariés de l'entreprise
TERRITOIRE	en entreprise ou dans les locaux du SSTI
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	plusieurs semaines, voire mois ou années
FREIN	les employeurs qui ne sont pas prêts à anticiper les RPS et faire de la prévention
LEVIER	
AUTRE	

NOM	demande de RQTH, demande intervention AS
REALISATION	Collective
OBJECTIF	pouvoir bénéficier de mesures spécifiques aux TH aider le salarié à faire une demande de RQTH, de BC; faire une évaluation de sa situation psychosociale

PROFESSIONNEL	médecin du travail, autre médecin, AS
PRESCRIPTEUR	médecin traitant, travail, conseil..., AS
BENEFICIAIRE DIRECT	le salarié
DESTINATAIRE	la MDPH L'AS
TERRITOIRE	le département
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	rapide si intervention du SAMETH
FREIN	crainte d'être "étiqueté" Travailleur Handicapé
LEVIER	quand connaissance des aides possibles
AUTRE	

NOM	situation conflictuelle / analyse et médiation avec Accompagnement managérial consultation de "mal être" au travail
REALISATION	Individuelle, Collective
OBJECTIF	rechercher une issue favorable à un conflit. Se recentrer sur le travail. Prévenir les RPS, favoriser le bien-être au travail Eviter toute atteinte à la santé, maintenir dans l'emploi Reconcilier santé, bien -être et efficacité au travail.
PROFESSIONNEL	Psychologue du travail
PRESCRIPTEUR	médecin du travail parfais chef d'entreprise
BENEFICIAIRE DIRECT	personnes concernées selon le cas (deux salariés, salarié/ encadrant,..)
DESTINATAIRE	entreprise
TERRITOIRE	Dans les entreprises Les managers et leurs équipes
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	deux ou trois rencontres rencontre bi mensuelle de 2h 3 rdv maximum pour les consultations mal être au travail
FREIN	Décision de hiérarchie supérieure Si les bénéficiaires ne souhaitent pas que la situation évolue positivement pour tous. Si l'entreprise n'adhère pas pleinement à l'action: implication du salarié
LEVIER	prescrit par le médecin du travail / rdv sur temps de travail ou pas /confidentialité assurée en cabinet isophonique dans nos centres.
AUTRE	L'implication des personnes concernées est le principal facteur

NOM	Visite de pré-reprise
REALISATION	Collective
OBJECTIF	préparer la reprise du travail d'un salarié TH
PROFESSIONNEL	médecin du travail
PRESCRIPTEUR	médecin traitant, conseil; salarié
BENEFICIAIRE DIRECT	le salarié
DESTINATAIRE	le médecin du travail
TERRITOIRE	compétence géographique du SST
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	rapide
FREIN	méconnaissance de cette action, salarié en IJ ayant du mal à se projeter cers une reprise du travail;
LEVIER	Facilité d'organisation de ce type d'action
AUTRE	

f) Consultations spécialisées

ACTIONS CONSULTATION SPECIALISEES

NOM	Demande RQTH +/- reconversion professionnelle
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Retour dans l'emploi ou dans l'entreprise de la personne ou la reconversion si besoin
PROFESSIONNEL	nous même, MDPH, CAP emploi, SAMETH, médecin du travail, AS de CPAM
PRESCRIPTEUR	Nous même ou médecin du travail
BENEFICIAIRE DIRECT	patient
DESTINATAIRE	
TERRITOIRE	Départements 14, 50, 61 ...
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Très variable mais souvent plusieurs mois.
FREIN	Durée de reconnaissance MDPH et facteurs facilitants

LEVIER	La chance de pouvoir échanger en direct avec certains interlocuteurs
AUTRE	

NOM	Sensibilisation des professionnels de soins au retour à l'emploi après cancer
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Sensibilisation des professionnels de soins au retour à l'emploi après cancer
PROFESSIONNEL	Equipe pluridisicplinaire (médecin du travail, assistante sociale, psychologue)
PRESCRIPTEUR	demande des professionnels de soins pour réaliser des conférences sur le sujet une à 2 fois par an environ
BENEFICIAIRE DIRECT	Professsionnels de soins
DESTINATAIRE	Objectif de meilleure orientation du patient par les professionnels de soins
TERRITOIRE	Haute Normandie
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	une dizaine d'heures par an
FREIN	
LEVIER	
AUTRE	

NOM	accompagnement des personnes ayant eu un cancer
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	information des patients, accompagnement dans les démarches, soutien psychologique
PROFESSIONNEL	Equipe pluridisciplinaire (médecin du travail, assistante sociale, psychologue
PRESCRIPTEUR	tout est possible
BENEFICIAIRE DIRECT	Le patient (salarié ou chercheur d'emploi ou indépendant)
DESTINATAIRE	Patient (salarié ou non)
TERRITOIRE	Région Haute Normandie
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	une heure par consultation. Parfois plusieurs consultations sont réalisées

FREIN	
LEVIER	
AUTRE	la consultation a 3 intérêts : (1) lieu indépendant d'informations du patient, (2) lien entre milieu de soins (équipe de soins) et milieu du travail (professionnels intervenant dans le retour au travail) , (3) rencontre d'un médecin du travail pour des patients n'en bénéficiant pas (indépendants, sans emploi)

NOM	Groupes de paroles pour les patients ayant eu un cancer et souhaitant travailler
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Groupe de paroles
PROFESSIONNEL	Médecin du travail et psychologue
PRESCRIPTEUR	Médecin du travail de la consultation d'aide à la reprise du travail après cancer
BENEFICIAIRE DIRECT	Patient
DESTINATAIRE	Patient
TERRITOIRE	
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Haute Normandie
FREIN	une moyenne de 4h par mois pour le médecin et idem pour le psychologue, 1 heure par mois pour la secrétaire
LEVIER	la démarche d'inscription à un groupe de paroles n'est pas simple pour les patients. Il y a souvent une crainte de se "reprolonger dans la maladie" et d'entendre les difficultés des autres (risque de rechute dans cette pathologie)
AUTRE	

g) SAMETH

ACTIONS SAMETH

NOM	mise en place d'un aménagement de la situation de travail
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	maintenir le salarié dans son emploi
PROFESSIONNEL	consultant SAMETH 76
PRESCRIPTEUR	L'employeur et le médecin du travail
BENEFICIAIRE DIRECT	La salariée

DESTINATAIRE	Le même bénéficiaire
TERRITOIRE	L'entreprise
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	1 à 3 mois
FREIN	Le délai de mise en place et de réalisation d'une prestation d'expertise concernant le handicap auditif (prestation AGEFIPH).
LEVIER	L'employeur a été fortement mobilisé pour faire en sorte que les étapes soient franchies les unes derrière les autres dans un délai assez rapide.
AUTRE	

h) CAP emploi

ACTIONS CAP EMPLOI

NOM	PRESIJ
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	faciliter la reprise du salarié sur un poste adapté dans son entreprise d'origine
PROFESSIONNEL	Conseiller prestations
PRESCRIPTEUR	Sameth avec accord CPAM
BENEFICIAIRE DIRECT	le salarié et l'employeur
DESTINATAIRE	pas différent
TERRITOIRE	l'Eure
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	4 mois maximum
FREIN	organisation interne à l'entreprise- aggravation problème santé de la personne
LEVIER	
AUTRE	

NOM	PSOP
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	identifier les pistes de repositionnement en reclassement interne
PROFESSIONNEL	conseiller en prestation

PRESCRIPTEUR	Sameth, Assistante sociale,
BENEFICIAIRE DIRECT	la personne handicapée
DESTINATAIRE	employeur, assistante sociale
TERRITOIRE	eure
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	4 mois maximum
FREIN	
LEVIER	
AUTRE	

i) COMETE

ACTIONS COMETE

NOM	Description et analyse de la situation sociale
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	cerner les freins et les éléments facilitateurs sur le plan social
PROFESSIONNEL	Assistante de Service Social
PRESCRIPTEUR	L'équipe de l'UISP
BENEFICIAIRE DIRECT	la personne, sa famille, son entourage
DESTINATAIRE	idem
TERRITOIRE	Le CRMPR
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	De 1 à plusieurs heures
FREIN	les troubles cognitifs, les possibilités de communication de la personne, la connaissance de sa propre situation, les méandres administratifs, l'environnement social.
LEVIER	Un entourage présent, les ressources de la personne, l'environnement social...
AUTRE	

NOM	évaluation médicale
REALISATION	Individuelle

OBJECTIF	étudier le retentissement de la déficience sur l'employabilité
PROFESSIONNEL	Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation
PRESCRIPTEUR	l'équipe UISP
BENEFICIAIRE DIRECT	La personne
DESTINATAIRE	l'équipe UISP
TERRITOIRE	Le CRMPR
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Plusieurs heures à différents moments de l'accompagnement.
FREIN	Le déni, la méconnaissance ou la non acceptation de la pathologie
LEVIER	La connaissance et le partage de toutes les informations issues des actions des différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.
AUTRE	

NOM	Connaissance et analyse de la situation scolaire et professionnelle
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Connaissance de l'environnement de travail, des compétences, des connaissances de la personne. Prendre les premiers contacts nécessaires. Connaitre les souhaits de la personne. Permettre aux différents intervenants de réadaptation d'axer leurs actions en relation avec les activités antérieures.
PROFESSIONNEL	Ergonome, Chargé d'Insertion
PRESCRIPTEUR	l'équipe UISP
BENEFICIAIRE DIRECT	La personne
DESTINATAIRE	l'équipe pluridisciplinaire, le milieu de travail, le Médecin du travail
TERRITOIRE	CRMPR, l'entreprise
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	Variable en fonction des situations de quelques heures à plusieurs jours.
FREIN	La participation de la personne, la volonté de l'entreprise, la complexité de la situation de travail, la situation sociale, de santé, l'environnement familial et professionnel.
LEVIER	La connaissance et le partage de toutes les informations issues des actions des différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.

AUTRE	

j) Associations

(1) ACTIONS FNATH

NOM	Prévention
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Inviter la personne en risque d'inaptitude à solliciter un rendez-vous auprès de la médecine du travail dans le cadre d'une visite de pré-reprise au cours de son arrêt de travail
PROFESSIONNEL	Le Secrétaire Général
PRESCRIPTEUR	Le salarié
BENEFICIAIRE DIRECT	Le salarié
DESTINATAIRE	
TERRITOIRE	L'employeur
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	la région Haute-Normandie
FREIN	Pas de réponse en particulier
LEVIER	La difficulté du salarié à analyser un risque d'inaptitude
AUTRE	

NOM	Faire appel à des spécialistes
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Faire appel au SAMETH
PROFESSIONNEL	Secrétaire Général
PRESCRIPTEUR	Secrétaire Général
BENEFICIAIRE DIRECT	Le salarié
DESTINATAIRE	L'employeur
TERRITOIRE	Région de Haute-Normandie
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	
FREIN	
LEVIER	
AUTRE	

(2) ACTIONS LIGUE CONTRE LE CANCER

NOM	FORUM : Accompagner le retour ou le maintien dans l'emploi après un cancer
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Sensibiliser et informer les Chefs d'entreprises des PME
PROFESSIONNEL	Médecins Santé au travail - Travailleurs sociaux -
PRESCRIPTEUR	Suite à une convention signée entre la Ligue et la CARSAT - Le thème correspondait à un des axes à travailler ensemble
BENEFICIAIRE DIRECT	Les patients
DESTINATAIRE	Les chefs d'entreprises PME
TERRITOIRE	Territoire du Havre
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	6 mois
FREIN	Le témoignage est un acte difficile pour les patients.
LEVIER	
AUTRE	

k) Partenaires sociaux

ACTIONS PARTENAIRES SOCIAUX

NOM	Prévention du handicap
REALISATION	Collective
OBJECTIF	Informer et sensibiliser les élus et adhérent(e)s
PROFESSIONNEL	chargé de mission
PRESCRIPTEUR	convention CFDT / AGEFIPH / DIRECCTE
BENEFICIAIRE DIRECT	salariés, demandeurs d'emploi , adhérent(e)s
DESTINATAIRE	employeur
TERRITOIRE	Manche / Orne / Calvados

DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	convention annuelle
FREIN	freins : crise de l'emploi , repli sur soi , peur d'être licencié , méconnaissance des dispositifs , complexité.
LEVIER	Formation, sensibilisation , le Handicap s'ouvre (sport) , les réseaux professionnels travaillent de plus en plus ensemble.
AUTRE	

NOM	dossier AGEFIPH pour financements
REALISATION	Individuelle
OBJECTIF	Prise en charge matériel spécifique pour maintien dans l'emploi
PROFESSIONNEL	AGEFIPH / SAMETH
PRESCRIPTEUR	Médecin du travail et entreprise
BENEFICIAIRE DIRECT	la personne en difficulté
DESTINATAIRE	employeur
TERRITOIRE	Société
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	plusieurs mois
FREIN	Formalités trop complexe et trop d'interlocuteurs
LEVIER	
AUTRE	

NOM	Maintien dans l'emploi MI-temps thérapeutique
REALISATION	Collective
OBJECTIF	maintenir en emploi le salarié ayant une RQTH ou subissant des problèmes de santé retour au travail progressif
PROFESSIONNEL	Formateur, CHSCT , Chargé de mission Médecin du Travail/CPAM/employeur
PRESCRIPTEUR	Convention CFDT / AGEFIPH / DIRECCTE
BENEFICIAIRE DIRECT	Salarié rencontrant des problèmes de santé pouvant avoir des conséquences sur son maintien dans l'emploi
DESTINATAIRE	salarié

TERRITOIRE	Manche / Orne / Calvados
DELAIS DE MISE EN ŒUVRE	s'adapte en fonction de la difficulté de la situation
FREIN	Freins : poste adapté difficile a trouver au sein de l'entreprise, surcharge de travail des collègues, mauvaise volonté de l'employeur
LEVIER	volontarisme et preuve de l'exemple réussi, volonté de l'employeur et du CHSCT
AUTRE	

D. Annexe 3

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
SEINE-ET-MARNE

FORMULAIRE D'ACCORD PREALABLE DU MEDECIN TRAITANT

Pour une action de prévention de la désinsertion professionnelle

(L.323-3-1 et L. 433-1 du code de SS)

Prévention de la Désinsertion Professionnelle

Les assurés qui le souhaitent et dont l'état de santé l'autorise, peuvent accéder pendant la durée de leur arrêt de travail, médicalement justifié, à des actions de remobilisation précoce en vue de préparer leur retour à l'emploi. Ces actions proposées par la CPAM sont soumises à l'accord du médecin traitant.

A REMPLIR PAR LA CAISSE AVEC L'ASSURE(E)

L'assuré(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de sécurité sociale : .....

Entreprise : .....

Date : ..... / ..... / ..... Signature de l'assuré :

L'action de remobilisation précoce :

Action proposée : .....

.....

Date de début de session : .....

Durée de l'action : .....

Lieu de l'action : .....

Point de contact du médecin traitant (référent service médical, service social ou administratif) **:**

Nom du contact : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Avis médical : FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE ☐

Date : ..... / ..... / ..... Signature et cachet :

FORMULAIRE A RETOURNER A :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

B10121162 – C. 08/12

E. E. Annexe 4

Prévention de la Désinsertion Professionnelle

Critères de détection des situations PDP
service médical

EN LES BONNES PRATIQUES PDP

Contrôle à 45 jours ou tout autre contrôle / suivi de l'arrêt

Lors du traitement du dossier AT/MP (reconnaissance, arrêt de travail, etc.)

Signalements du
- **médecin traitant**
- **médecin du travail**

CRITÈRES D'ALERTE

PATHOLOGIES À RISQUE

- **Ostéo articulaires** (code M) :
  a. lombalgies chroniques
  b. rachis cervical
  c. coiffe des rotateurs (tendinopathie de l'épaule)
  d. genoux (prothèse arthrose)
  e. polytraumatismes
  f. rhumatologie, polyarthrite rhumatoïde, SPA (code M49)
- **Traumatismes crâniens**, etc. (code S) (hors AT graves)
- **Hémiplégie, infarctus du myocarde, séquelles AVC, artériopathie** (code I)
- **Cancer** (code C)
- **Pathologies psychologiques et psychiatriques** (code F) (ex. : dépression, troubles bipolaires, RPS, réaction aigüe face à un facteur de stress...)
- **Sclérose en plaque, parkinson, épilepsie** (code G)

DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE OU D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL*

PROFESSION / SECTEUR D'ACTIVITÉ À RISQUE

- **BTP**
- **Manutention**
- **Aide à la personne** (auxiliaire de vie sociale, aide soignante, agent d'entretien, agent de service hospitalier, assistante maternelle, etc.)
- **Téléopérateurs**
- **Hôtesses de caisse**
- **Travail à la chaîne**
- **Routiers / VRP**
- **Restauration et métiers de bouche** (boulanger, plongeur, etc.)

FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

- Expression de l'assuré de ses inquiétudes quant à sa reprise d'activité (conséquences du handicap, risque d'inaptitude, etc.)
- RPS : conflit dans l'entreprise
- Temps de transport important
- Assurés exerçant une profession où la médecine du travail n'est pas identifiée
- Faible niveau de qualification
- Inaptitude au poste pressentie ou avérée

Ces critères ne sont donnés qu'à titre indicatif. Toute autre pathologie, profession, facteur psycho-social, selon son niveau d'impact sur la situation de l'assuré, peut engendrer un risque de désinsertion professionnelle, laissé à l'appréciation du médecin conseil.

SIGNALEMENT DE LA SITUATION
AVEC ACCORD DE L'ASSURÉ

Vers service social de l'Assurance Maladie

Vers médecin du travail

Vers CPAM (service reclassement...)

Le signalement peut se faire vers un ou plusieurs acteurs de manière simultanée, selon l'appréciation du médecin conseil.

Chants / Juin 2015

* Sauf les AT pris en charge dans le cadre de l'expérimentation du service « Accompagnement après un accident du travail » dans les CPAM pilotes (Melun, Versailles, Lille-Douai, Artois, Nice).

F. F. Annexe 5

CARNET
de
LIAISON

Nom :

Prénom :

Ce document permet de faire **le lien** entre les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de mes démarches **de maintien dans l'emploi**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Carsat Retraite & Santé au travail Normandie

sameth Handicap & Entreprises : solutions actives pour le maintien dans l'emploi

CARSAT Normandie - 05-2014

Qui peut m'aider dans la démarche ?

Interlocuteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Interlocuteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Le médecin du travail :

- est le lien entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt
- propose des aménagements
- décide de l'aptitude ou de l'inaptitude au poste

Le médecin traitant :

- coordonne mon parcours de soin
- prescrit les arrêts de travail et les mesures médicales : formation pendant l'arrêt, temps partiel thérapeutique
- intervient dans mes démarches

L'assistant social :

- informe sur les droits sociaux
- oriente vers les services compétents
- facilite mes démarches

Le médecin conseil :

- valide les prescriptions liées à l'emploi : arrêt de travail, temps partiel thérapeutique...
- alerte le médecin du travail et les services sociaux sur les conditions de reprises
- sollicite l'avis du médecin du travail sur les conditions de reprise

Le SAMETH (*) :

- intervient dans l'entreprise
- met en oeuvre les solutions adaptées au retour à l'emploi
- mobilise les aides et les financements nécessaires

(*) *service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés*

Mes informations personnelles

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Fixe : _____

Portable : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Les références de l'entreprise : _____

Interlocuteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Interlocuteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

J'ai rencontré...

Interlocuteur : _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

LENDORMY Charles

Analyse du système de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou de vulnérabilité du fait d'un problème de santé en Normandie

Th. D. Med., Rouen, 2017, 169 p.

RESUME

Introduction L'état de santé influence la carrière des travailleurs. Il existe en France plusieurs dispositifs visant à aider les travailleurs à conserver leur emploi ou à continuer à travailler sur d'autres postes adaptés. Ces dispositifs forment un ensemble appelé système de maintien dans l'emploi ou plusieurs acteurs cohabitent.

L'objectif de ce travail est de proposer des marges d'améliorations de ce système en Normandie en interrogeant les différents acteurs institutionnels et opérationnels de ce système.

Résultats Une première phase concernant les acteurs institutionnels a conduit à la production 7 fiches identités issues de rencontres avec les 7 acteurs institutionnels du maintien dans l'emploi (DIRECCTE , *CARSAT*, ARS, Assurance Maladie, RSI, MSA, AGEFIPH) en Normandie. Une première liste de freins et de leviers ont étés identifiés et classés en 5 catégories : les acteurs, le parcours des personnes, le triangle médical (médecins conseils, traitants et du travail), les données inhérentes aux personnes et le cadre réglementaire.

Une deuxième phase concernant 12 acteurs opérationnels (MDPH, UTAS, *CARSAT*, RSI, Services de Santé au Travail, consultations de pathologies professionnelles, SAMETH, Cap Emploi, association comète, associations d'usagers (FNATH…), les partenaires sociaux) a permis d'identifier elle aussi des freins et des leviers via 45 réponses aux questionnaires, 21 rencontres et 4 entretiens téléphoniques.

Conclusion Les propositions d'améliorations concernent trois champs : la précocité de la prise en charge pour laquelle il est nécessaire d'augmenter la participation et l'adhésion des médecins traitants et du monde de l'entreprise. Le second champ est le parcours, son amélioration peut se faire grâce à la réduction du nombre d'acteurs, à l'augmentation de sa lisibilité pour les acteurs et les utilisateurs et enfin l'instauration de coordinateurs de parcours. Le dernier champ est celui de l'efficience, il convient de mettre en place des indicateurs d'efficacité des actions et des parcours.

MOTS CLES : Maintien dans l'emploi – Prévention de la désinsertion professionnelle – Normandie – Santé au travail – Handicap

---

JURY

Président : Mr GEHANNO Jean François, Professeur

Membres : Mr CALLIARD Jean François, Professeur

Mme COURTOIS Rosa, Docteur en Médecine

Mme ROLLIN Laetitia, Docteur en Médecine

DATE DE SOUTENANCE : 22 septembre 2017