



COLLÈGE COOPÉRATIF EN BRETAGNE

DPITH

***Diplôme de Chargé de Projets d'Insertion Professionnelle
des Travailleurs Handicapés***

Certification professionnelle de Niveau II
*délivrée par l'Etablissement Collège Coopératif en Bretagne
(J.O. du 27/08/2008 – Code NSP 332p)*

**Le maintien dans l'emploi
des travailleurs en situation de handicap**

**Place d'une assistante maintien dans l'emploi
en service interentreprises de santé au travail**

Présenté et soutenu publiquement par :

Maud Haqueberge

Promotion DPITH 15

Tuteur :

FERRE François-Marie
Responsable pédagogique du DPITH

RENNES – Juin 2011

Université Rennes 2 - Campus La Harpe
Avenue Charles Tillon - CS 24414
35044 RENNES cedex

Tél. : 02.99.14.14.41 - Fax : 02.99.14.14.44

Email : ccb@uhb.fr - Site Internet : <http://www.ccb-formation.fr>

N° de SIRET : 32712493900056 - N° de déclaration d'existence : 53 35 00693 35 - Code APE : 8559A

Mots-clés

Maintien dans l'emploi

Travailleur handicapé

Médecin du travail

Prévention

Pluridisciplinarité

Santé au travail

Situation de handicap au travail

Synthèse

Mon parcours professionnel de Conseillère en Economie Sociale et Familiale m'a amenée à travailler auprès d'un public en difficultés sociales et plus récemment à travailler dans un service de santé au travail.

L'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap au travail est une préoccupation majeure des médecins du travail et des services de santé au travail qui se voient attribuer de nouvelles missions suite à la loi de modernisation sociale de 2002. Les politiques publiques souhaitent que les services de santé au travail renforcent leurs missions de prévention des risques professionnels en y intégrant la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap.

En ce sens, une cellule maintien dans l'emploi a été créée dans notre service, afin de soutenir et de valoriser les actions des médecins du travail. La création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi, dont le rôle majeur est de permettre la coordination entre le médecin du travail, l'ergonome, l'entreprise et le salarié, devient un atout majeur pour le suivi des dossiers et l'accompagnement individualisé des personnes en situation de handicap.

Le travail en équipe pluridisciplinaire est primordial afin de répondre au mieux aux attentes des salariés et des entreprises en matière de maintien dans l'emploi. Ainsi, la création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi est une réponse pertinente à ce besoin de prise en charge globale des salariés en situation de handicap au travail.

REMERCIEMENTS

Merci à mes collègues de travail, la direction du service de santé au travail, et plus particulièrement au médecin coordinateur du service, qui m'ont soutenu dans cette démarche.

Merci à mes collègues de formation DPITH 15 pour ces moments d'échanges partagés.

Merci à mon tuteur pour son accompagnement et son attention lors de ce parcours.

Merci à mon entourage qui a su m'écouter et me comprendre tout au long de ce travail de recherche.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	3
1 REGARD SUR L'EVOLUTION DE LA SANTE AU TRAVAIL	5
1.1 Evolution des conceptions de la santé	5
1.2 Environnement législatif	12
1.3 De la médecine du travail au service de santé au travail.....	16
1.4 Le public et les prestations du service de santé au travail.....	20
Conclusion.....	32
2 L'ENQUETE.....	33
2.1 Méthodologie	33
2.2 Résultats	35
2.3 Analyse des résultats de l'enquête.....	43
Conclusion.....	47
3 REFERENTIEL EMPLOI D'ASSISTANTE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	48
3.1 L'élaboration du référentiel emploi.....	48
3.2 Les compétences requises pour accéder à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi	50
3.3 Les compétences permettant d'évoluer vers l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi	52
Conclusion.....	57
CONCLUSION	58
TABLE DES MATIERES	59
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	63

GLOSSAIRE

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées

AIMT : Association Interprofessionnelle de Médecine du Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMT : Commission Médico Technique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DRTEFP : Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IPRP : Ingénieur Prévention des Risques Professionnels

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RQTH : Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé

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

SM : Surveillance Médicale

SMR : Surveillance Médicale Renforcée

STSM : Santé au Travail du pays de Saint Malo

INTRODUCTION

Conseillère en Economie Sociale et Familiale¹ depuis 2005, mes diverses expériences professionnelles m'ont amenée à travailler principalement dans le domaine social, notamment au centre social puis au service solidarité du CCAS² de Saint-Malo. Les différents stages furent pour moi l'occasion d'une rencontre avec les usagers du service public, dans un travail d'écoute et d'accompagnement adaptés, au plus proche des problématiques des populations accueillies.

Au sortir de ma formation, l'opportunité d'un poste d'assistante médicale au Service de santé au Travail du pays de Saint-Malo a été pour moi l'occasion d'orienter ma pratique dans le secteur médico professionnel de ma ville.

Depuis la loi de modernisation sociale de 2002³, les actions des services de santé au travail se sont diversifiées et formées à une écoute plus attentive des politiques de santé publique. Avec ces nouvelles orientations, les missions des médecins du travail doivent intégrer la santé publique aux missions d'évaluation et de prévention des risques professionnels. De plus, l'ouverture vers le travail en pluridisciplinarité fait basculer la médecine du travail vers la santé au travail.

Actuellement mes missions d'assistante médicale consistent à accompagner un médecin du travail dans ses activités cliniques et ses déplacements sur le territoire. Cependant, depuis quelques mois, ma pratique professionnelle s'enrichit de missions plus spécifiques aux attributions d'une conseillère ESF, avec la création en cours d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap au travail, qui souhaite répondre aux préoccupations majeures des services de santé au travail.

Afin d'accomplir ces nouvelles missions, la pratique pluridisciplinaire et la connaissance des politiques de santé concernant le handicap restent des outils privilégiés pour tenter de répondre aux plus proches des difficultés rencontrées par les salariés. Et ce, dans un projet de prise en charge globale.

Ainsi, avoir une meilleure connaissance du handicap et ses conséquences dans le champ professionnel est une donnée primordiale. Une lecture contemporaine du handicap et des

¹ CESF

² CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

³ Loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002.

actions menées dans ce domaine restent nécessaires pour espérer évoluer dans ce secteur d'activité.

La question centrale qui guidera ma recherche est la suivante:

Comment mettre en œuvre la création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi au sein du service de santé au travail ?

Dans un premier temps, nous étudierons la notion de santé au sens large, d'hier à aujourd'hui, puis nous nous recentrerons sur l'évolution de la médecine du travail au service de santé au travail en évoquant : son histoire, son organisation, ses prestations, son public... Ces connaissances sont nécessaires afin de comprendre les évolutions et définir la représentation de la santé pour notre société. Il faut également répondre aux attentes de la société actuelle, à savoir le bien être au travail, quel que soit l'état de santé car ce n'est pas la santé qui engendre un handicap au travail.

Dans un second temps, nous serons au cœur du travail de recherche avec l'étude de l'utilité de la création d'une cellule maintien dans l'emploi et d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi. Par le biais d'hypothèses, que nous aborderons avec les professionnels du service de santé au travail, nous tenterons de connaître leur opinion et ainsi nous analyserons les besoins qui en découlent.

Le troisième temps du mémoire sera consacré à la création de documents permettant de mettre à profit les besoins recensés par les professionnels du service de santé au travail. Ainsi, parmi ces documents, l'élaboration d'un référentiel emploi permettra de recenser les activités de l'assistante maintien dans l'emploi au sein de l'association.

1 REGARD SUR L'EVOLUTION DE LA SANTE AU TRAVAIL

1.1 Evolution des conceptions de la santé

1.1.1 Les évolutions des définitions de la santé

Le mot santé vient du latin *sanus* qui signifie en bonne santé ou encore sensé, raisonnable, intact. Pour la plupart d'entre nous, être en bonne santé est fondamental pour mener à bien sa vie. Etre heureux c'est être en bonne santé ; l'image populaire fait que la santé semble correspondre à l'absence de maladie.

La santé est une notion qui évolue avec le temps, ainsi, en France, l'on peut dire que la préoccupation de la santé des français est entrée dans le droit avec une loi importante instituant l'assistance médicale gratuite. Cette loi du 15 juillet 1893 vient en aide aux personnes ayant besoin de soins et ne pouvant pas les payer. Ces personnes sont à l'époque en grande partie des populations ouvrières ou paysannes.

Avec la fin du dix-neuvième siècle, l'évolution industrielle grandissante entraîne une prise de conscience sur les effets de l'activité industrielle et minière. La première loi sur la responsabilité des accidents de travail apparaît le 9 avril 1898. Cette loi organise la protection des travailleurs accidentés, c'est la première introduction de la notion d'incapacité au travail suite à un accident de travail. Désormais l'incapacité permanente ou partielle de gagner sa vie peut être constatée par un certificat médical. A la même époque, apparaît la première classification des infirmités selon six catégories définies selon la gravité de l'atteinte, le rendement professionnel et l'incapacité de travail. Cette classification permet d'établir les titres de pension en quatre catégories différentes.

La loi du 14 juillet 1905 basée sur la solidarité républicaine est une loi sur l'assistance aux vieillards, infirmes, incurables privés de ressources, avec une obligation d'aide et de réciprocité où il faut aider les plus faibles de la société (après la prise en charge familiale). L'Etat impose une répartition des responsabilités entre lui-même, les départements et les communes. (1905 : année de séparation de l'église et de l'Etat).

Avec la première guerre mondiale 1914-1918, de nombreuses victimes, les mutilés de guerre dont l'image populaire des « gueules cassées » sont au nombre de 388 000 mutilés et 1 million d'invalides, retrouvent leur travail d'avant guerre. Il faut donc songer à les reclasser

professionnellement en tenant compte de leurs pathologies, mais cependant on ne peut pas les traiter comme des indigents. C'est à cette époque qu'apparaissent les premières associations d'anciens combattants, pouvant gérer des structures nouvelles comme les écoles de reclassement professionnel, qui permettent aux travailleurs de tester leurs capacités en tenant compte de leur nouvel état de santé physique. Pour la première fois une organisation est établie par les personnes handicapées elles-mêmes. Il faut attendre mars 1919 pour voir la naissance des pensions de mutilés ainsi que la création du ministère des anciens combattants.

De nos jours, être en bonne santé englobe la notion de bien être physique, psychologique et social. En effet les facteurs sociaux peuvent avoir une influence sur notre santé. Notre mode de vie, souvent influencé par notre éducation, notre famille, détermine fréquemment nos habitudes de vie. Ainsi, on peut recenser dans les facteurs d'influence notre patrimoine génétique, nos conditions d'hygiène, notre logement, notre alimentation... La pression sociale peut être un facteur ayant de lourdes conséquences sur nos décisions. Il est important de pouvoir trouver le soutien nécessaire auprès de notre entourage, famille et amis, afin de nous aider à franchir les étapes importantes de notre existence.

Au fil des siècles, la notion de santé évolue avec le contexte social. Il faut attendre la fin du dix-neuvième siècle pour que la législation prenne en considération les dommages causés par l'activité professionnelle. Après la première guerre mondiale, les premiers centres de reclassement professionnel voient le jour, montrant ainsi l'intérêt porté aux travailleurs handicapés. Aujourd'hui la santé s'exprime par le bien être physique et mental, influencé bien souvent par l'environnement sociétal proche.

1.1.2 La notion de santé publique

C'est en Angleterre avec John Snow⁴ que les premières études épidémiologiques virent le jour. Il étudia la propagation de l'épidémie de choléra et utilisa une cartographie de la ville de Londres afin d'en déterminer la région la plus touchée. Ses études conclurent qu'un micro-organisme d'origine hydrique pouvait être responsable de la propagation de la maladie. Il fit installer le premier système d'évacuation des eaux usées, de suite, les cas de choléra ont commencé à diminuer.

⁴ John Snow 1813-1858 est un médecin britannique de l'époque victorienne, reconnu comme le père de l'épidémiologie moderne.

En France, l'hygiène publique est un thème qui fut dominant sous l'aire de Pasteur⁵ avec le développement de dépistage d'infections, l'apparition de vaccins et la prise en compte de la nécessité du traitement des eaux usées des grandes villes. Ce consentement des pouvoirs publics à sensibiliser la population à l'hygiène et aux risques qu'entraînent les maladies infectieuses permet de traiter ce problème majeur de l'époque. Le but étant d'avoir des personnes en bonne santé au travail , d'éviter un fort taux d'absentéisme mais aussi de s'assurer de la bonne éducation des enfants en veillant à ce qu'il y ait un minimum d'hygiène.

Ce début du dix-neuvième siècle voit de nombreuses évolutions dans le domaine du travail et de la santé, avec le début de la reconnaissance des accidents de travail et l'intérêt porté aux problèmes de santé des ouvriers, souvent dus au travail industriel ou aux conséquences de la première guerre mondiale.

En 1920, Charles-Edward Winslow⁶ est un des premiers à définir la santé publique dans la revue « Science » : « La santé publique est la science et l'art de prévenir des maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections de la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé ». Le but étant d'amener la population vers un bon niveau d'hygiène et de santé par le biais de la prévention avant l'apparition des premiers signes d'une maladie.

En 1945 l'ONU⁷ crée l'OMS⁸, institution à vocation médicale et humanitaire, ayant pour mission d'améliorer le niveau de santé des nations. Ainsi, dans ses textes, l'OMS définit la santé « comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition met l'accent sur la prise en charge de la personne dans sa globalité. L'OMS affirme ainsi que la santé est un droit fondamental de chaque être humain et qu'il appartient au gouvernement de mettre en place un système de soins efficace.

⁵ Louis Pasteur (1822-1895), un des pères de la microbiologie avec entre autre le vaccin contre la rage.

⁶ Charles Edward Winslow (1877-1957), est un célèbre Américain bactériologiste.

⁷ Organisation des Nations Unies fondée après signature de la charte des 50 pays membres lors de la conférence de San Francisco le 25 avril 1945.

⁸ Organisation Mondiale de la Santé est une institution spécialisée des Nations Unies, fondée le 7 Avril 1948.

En 1952, l'OMS donne sa définition de la santé publique et en décline ses actions. « La santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives » pour :

- Assainir le milieu (hygiène du milieu).
- Lutter contre les épidémies (maladies contagieuses).
- Enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité).
- Organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations).
- Faciliter l'accès aux soins précoces et aux traitements préventifs.

L'OMS engage les gouverneurs à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec sa santé.

A travers cette définition, l'OMS explique que la santé publique est l'affaire de tous. C'est en y contribuant directement ou indirectement que l'on arrivera à sensibiliser l'ensemble de la population. L'objectif étant que chacun d'entre nous puisse tendre vers le bien être donc vers un bon état de santé.

Plus tard, en 1973, l'OMS élargit cette notion de santé publique, qui devient une discipline à part entière s'occupant de l'état sanitaire d'une collectivité et de la santé globale des populations sous différents aspects : préventif, curatif, éducatif et social. L'objectif étant de diminuer le nombre de décès par maladies, de réduire les incapacités évitables (Cf. les accidents de travail, les accidents domestiques, les accidents de la route), de réduire les inégalités face à la santé et améliorer la qualité de la vie.

Une nouvelle notion émerge quelques temps plus tard : celle de la promotion de la santé intervenant dans le domaine de la santé publique. Elle est définie comme un moyen donné aux populations pour améliorer et conserver la santé. L'INPES⁹ la définit ainsi : « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Le terme de promotion de la santé est prononcé pour la première fois lors de la charte d'Ottawa.

La 1^{ère} conférence internationale pour la promotion de la santé a lieu le 21 novembre 1986 lors de la Charte d'Ottawa, ayant pour but la réalisation de divers objectifs de la santé d'ici à l'an 2000. Cette charte établit une description de la promotion à la santé : « La promotion de

⁹ INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, créé suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir s'identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter... L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé ». Ensuite, la charte reprend les éléments indispensables à la santé de l'homme : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute évolution de santé ». Ainsi cette charte tend à la réduction de l'écart actuel de l'état de santé des populations en donnant aux citoyens les moyens nécessaires pour y parvenir.

Dans nos sociétés modernes, personne n'est à égalité face à la santé et au bien être, les systèmes de protection de la santé peuvent varier en fonction des catégories sociales, c'est pour cela que la CMU¹⁰ a été mise en place. Il en est de même pour les mutuelles complémentaires qui peuvent être choisies ou non, selon un niveau de prestations choisies. De plus, les salariés ayant un emploi précaire, travaillant en intérim ou à temps partiel, les chômeurs, sont davantage confrontés à des problèmes de santé que les autres salariés. Il persiste donc des inégalités face aux soins qui peuvent varier selon les catégories socio professionnelles.

La déclaration de Jakarta en 1997 reprend les grandes lignes de la Charte d'Ottawa, avec pour objectif la promotion de la santé, en l'adaptant aux nouveaux acteurs de l'ère du vingt-et-unième siècle. Cette charte aborde le thème de la santé comme suit : « un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement économique et social ». Notre mode de vie actuel ne peut plus se passer de l'économique et du social. La charte insiste sur le rôle important des facteurs déterminants que sont la paix, la sécurité, le logement, l'éducation, l'alimentation, les revenus, l'environnement... L'intérêt porte également sur le renforcement des partenariats et la mise en place de réseaux en faveur de la santé.

La charte de l'OMS en vigueur actuellement est la charte de Bangkok¹¹, sixième du nom, qui répond aux enjeux de la santé mondiale. Cette charte reprend l'évolution de la situation de la santé mondiale et aborde les nouveaux objectifs fixés comme la prise en charge des maladies

¹⁰ CMU : Couverture Maladie Universelle mise en place le premier janvier 2000 pour permettre à tous d'accéder aux soins.

¹¹ La charte de Bangkok est consultable sur le site internet de l'OMS.

transmissibles et des maladies chroniques (accident vasculaire cérébral, cancer, diabète...). L'accent est mis sur l'évolution des inégalités à travers le monde, la dégradation de l'environnement et les effets de la mondialisation sur la santé. Celle-ci réclame une cohérence politique en mettant en place des investissements et des formations de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, les sociétés civiles et le secteur privé.

Dans ses quatre engagements fondamentaux, la charte s'engage à :

- Avoir une place centrale dans le développement mondial.
- Intégrer les responsabilités essentielles des gouvernements.
- Etre incluse dans les bonnes pratiques des entreprises.
- Etre le centre d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile.

La charte de Bangkok guide les politiques sanitaires au niveau mondial, national et local. Elle participe ainsi à la réduction des risques.

Au fil des différentes chartes en vigueur, la santé publique tient une place prépondérante, avec un accent porté sur le droit fondamental de l'accès à la santé pour tous. Cette volonté d'impartialité face à la santé montre l'implication à l'échelle mondiale (au travers de l'OMS) de faire valoir ce droit.

1.1.3 L'évolution de la perception de la relation santé/travail

Le 30 mars 1900, Alexandre Millerand¹² crée la loi sur la limitation du temps de travail applicable à l'ensemble de la population avec un maximum de 11 heures de travail par jour. Il instaure également la loi sur le travail des femmes et des enfants, complétant les précédentes : en 1874 est promulguée la loi interdisant le travail des enfants de moins de douze ans et le 2 novembre 1892, la loi limitant et réglementant le travail des femmes et des enfants. Millerand continuera à promulguer des lois à caractère social sur les thématiques de la sécurité, du repos hebdomadaire, de la retraite...

¹² Alexandre Millerand (1859-1943) est avocat et journaliste à Paris. Il sera le 12^{ème} président français de 1920 à 1924. Ces séries de loi furent instaurées quand il fut ministre du commerce, de l'industrie et des postes et télégraphes.

Nos sociétés industrialisées n'ont pris conscience que tardivement de l'importance de l'état de santé des salariés. Même si, à la fin du dix-neuvième siècle, les travailleurs ayant eu un accident de travail sont indemnisés, il faudra attendre l'après première guerre mondiale pour que la société s'inquiète du devenir des mutilés de guerre et de leur reclassement professionnel, avec la loi du 26 avril 1924, relative à l'obligation d'emploi des entreprises de mutilés de guerre.

Le travail des ouvriers est amené à considérablement évoluer avec le développement de l'utilisation des machines dans les usines, entraînant un changement d'accomplissement des tâches par les travailleurs. En effet, ceux-ci étaient habitués à tout confectionner manuellement, c'est-à-dire artisanalement. Cette ère industrielle amène avec elle de nouveaux risques liés aux machines et la mécanisation augmente le risque au travail. Le progrès technique fait émerger de nouveaux maux de société, ainsi de nombreux ouvriers d'usine sont victimes d'accidents de travail.

En avril 1919, l'ONU crée l'Organisation Internationale du Travail (OIT), lors de la conférence internationale de la Paix. Son objectif étant d'améliorer les conditions de travail des salariés, leur niveau de vie et de veiller à la stabilité économique et sociale du pays.

Ce développement accru de l'industrie est à l'origine de la législation du travail et des accidents du travail ; il faut attendre 1949 pour que voit le jour la loi sur les allocations de compensation pour la réinsertion des grands infirmes travailleurs.

Ainsi, au fil des recherches, nous nous rendons compte que le concept de santé ne peut être abordé sans parler de handicap. De cette façon, un travailleur qui n'est pas en parfaite santé souffre d'un handicap, qu'il soit plus ou moins grave, visible ou non.

Avant la réforme de 2004, les médecins du travail axaient leur activité sur l'approche individuelle de l'état de la santé des salariés. En effet la visite d'aptitude était au cœur du mode de fonctionnement de ces médecins avec l'approche clinique individuelle, caractéristique du système de médecine du travail français. La notion de prévention n'est pas prise en considération à cette époque.

Le décret du 28 juillet 2004 modernise l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail dans quatre domaines principaux :

- Les règles de constitution sont modifiées ainsi que le fonctionnement afin d'avoir plus de clarté dans l'exercice de leurs fonctions.
- Les missions des médecins du travail sont axées sur les activités en milieu de travail ainsi qu'une surveillance médicale renforcée pour les salariés exposés à des risques particuliers. Une réévaluation de la charge de travail des médecins est menée afin de mettre en place ces actions.
- L'indépendance du médecin du travail est réaffirmée.
- La transparence est accrue avec la modernisation du contrôle social ainsi que le contrôle administratif qui se trouve facilité par la disponibilité des informations.

Il faut attendre le début du vingtième siècle pour qu'un réel intérêt soit porté à l'état de santé des salariés. L'accroissement de l'industrialisation entraîne de nouveaux maux qui ne seront pris en considération qu'avec la création de la législation du travail. En termes de santé au travail, les médecins du travail ne s'adonnent plus seulement à l'aptitude médicale individuelle des salariés mais à leur prise en charge globale. Pour cela, les services de santé au travail voient leurs missions évoluer, avec l'apparition de nouveaux professionnels.

1.2 Environnement législatif

1.2.1 Evolution législative

Une directive européenne de juin 1989 relative à la santé au travail impulse une évolution législative qui sera véritablement confirmée par la loi du 17 janvier 2002 et du décret du 28 juillet 2004. Ce décret concerne les risques professionnels et la préservation de la santé au travail. Les lois promulguées modifient les pratiques de la santé au travail et des services de santé au travail, en élargissant le périmètre d'action à la santé publique, tout en restant dans le domaine des risques professionnels. Le terme de santé est remplacé par celui de santé physique et mentale avec la prise en compte des situations de harcèlement moral ou de stress au travail. L'accent est également porté sur le travail en pluridisciplinarité, notamment avec la collaboration d'IPRP qui intègrent les services de santé au travail.

Un risque professionnel est un risque direct ou indirect lié à l'exercice d'un métier. La législation relative aux maladies professionnelles distingue trois types de risques :

- L'accident du travail survenu par le fait ou à l'occasion du travail.
- L'accident de trajet survenu lors du trajet entre le lieu de travail du salarié et son domicile ou son lieu habituel de repas.
- La maladie professionnelle qui est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Le décret du 20 mars 1979 intègre le tiers temps à l'activité professionnelle des médecins du travail. Ce tiers temps de travail est prévu en entreprise, il doit permettre de réaliser des études de poste, des fiches d'entreprises, des observations de situations de travail en temps réel afin d'évaluer les risques, donner des conseils auprès des représentants de salariés...

La directive européenne du 12 juin 1989, n°89/391, « relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail », est fondée sur le principe d'adaptation du travail à l'homme. Au sein des entreprises, une ou plusieurs personnes sont désignées pour prendre en charge les activités de protection et de prévention des risques professionnels des activités de l'entreprise. En fonction de la taille de l'entreprise il peut s'agir de quelqu'un d'extérieur. Cette directive introduit la notion de pluridisciplinarité et justifie l'expression de « santé au travail ».

Le décret du 28 juillet 2004 concerne l'obligation de travail en équipe pluridisciplinaire avec l'intégration d'un IPRP dans les équipes des services de santé au travail. Ce décret redéfinit le rôle du tiers temps qui doit être consacré à l'action en milieu de travail. La pluridisciplinarité peut être définie comme « une juxtaposition de disciplines qui conservent leur spécificité et leur autonomie mais où se manifeste une volonté de convergence » selon Dominique Pécaud, sociologue. « Dans sa définition générique, la pluridisciplinarité est l'exercice de plusieurs disciplines et compétences complémentaires qui impliquent souvent plusieurs acteurs en vue de réaliser une action globale ». A ne pas confondre avec l'interdisciplinarité qui selon le même auteur est une « méthode qui cherche à construire une représentation commune en confrontant les représentations de chaque discipline, affichant la volonté d'une très forte intégration au sein d'une même démarche commune ».

Ce même décret réaffirme l'indépendance du médecin du travail. Indépendance garantie par la loi, le Code de Déontologie médicale ainsi que par le Code du Travail venant la renforcer. Son but est de protéger le médecin du travail de toute pression, qu'elle soit liée à son activité

clinique ou à son activité en milieu de travail, afin de préserver son action dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs.

La prévention primaire, c'est-à-dire en amont des risques est privilégiée, afin de parvenir à un dépistage précoce des risques professionnels sur la santé mais aussi, et surtout, à éviter leur apparition. Rappelons que selon l'OMS, la prévention se décline en trois catégories : la prévention primaire qui est « l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme », différente de la prévention secondaire qui « vise à la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées ». Quand à la prévention tertiaire, c'est « l'attitude et/ou l'ensemble de mesures à prendre pour éviter qu'une situation ne se dégrade, ou qu'un accident, une épidémie ou une maladie ne survienne ».

1.2.2 Evolution de la mission des médecins du travail

Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Ce rôle « consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé »¹³.

Ainsi, « le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux en ce qui concerne notamment :

- L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- L'hygiène générale de l'établissement ;
- L'hygiène dans les services de restauration ;
- La prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;
- La construction ou les aménagements nouveaux ;
- Les modifications apportées aux équipements ;
- La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

¹³ Article L.4622-3 du Code du Travail

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux. »¹⁴

Ce temps de travail consacré aux entreprises comporte au moins 150 demi-journées de travail chaque année, pour un médecin à temps plein. Le médecin du travail est associé aux actions de l'entreprise telle que l'étude de toute nouvelle technique de production, la formation à la sécurité des salariés et à celles des secouristes. Il doit être tenu informé de la nature et de la composition des produits utilisés par les entreprises. Pour ce faire, l'employeur transmet les fiches de données de sécurité des produits que l'entreprise utilise. Les fournisseurs des produits sont tenus de fournir les fiches de données de sécurité à l'employeur.

Les rapports et études faites par le médecin du travail dans le cadre de ses missions en entreprises sont transmis à l'employeur et celui-ci doit communiquer ces résultats auprès du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) de l'entreprise, si l'entreprise à plus de cinquante salariés ou à défaut auprès du délégué du personnel.

D'autre part, le médecin du travail effectue le suivi médical individuel des salariés et contribue ainsi à la protection individuelle de la santé du travailleur. Celui-ci constitue le deuxième grand axe de ses missions.

L'aspect démographique est à prendre en considération dans les évolutions des services de santé au travail, car selon le rapport de 2007 sur le bilan de la réforme de la médecine du travail de l'IGAS¹⁵, d'ici 10 ans 3000 médecins du travail sur les 7000 actuels seront en retraite et ne seront pas forcément remplacés. Concernant notre service, les deux tiers des médecins ont plus de 55 ans. Ces chiffres alarmants peuvent permettre d'expliquer les changements d'organisation actuels au sein des services de santé au travail français et notamment le développement de la pluridisciplinarité, avec le travail en collaboration avec les IPRP et l'assistante maintien dans l'emploi. La réforme de la médecine du travail complète ce concept de pluridisciplinarité¹⁶.

Avec le rappel de l'obligation de consacrer le tiers de son temps en milieu de travail ainsi que le développement du travail en équipe pluridisciplinaire, les temps de visites médicales

¹⁴ Article R.4623-1 du code du Travail.

¹⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales créée en 1967 qui produit des rapports dans le cadre de ses missions de contrôle. Elle est compétente sur l'ensemble des institutions du champ social.

¹⁶ Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 : « L'approche collective de l'évolution des risques en milieu professionnel est renforcée par d'autres intervenants en santé au travail (IPRP, ARACT, CARSAT, OPPBPT...) ».

individuelles périodiques longtemps annuelles sont passés à une périodicité de deux ans depuis 2004 et passeront probablement à trois ans dans la réforme à venir. Le renforcement du temps passé en prévention collective selon la réforme actuelle, qui demande en même temps le maintien de la protection individuelle des personnes, semble être une demande difficile car les médecins du travail sont en « voie de disparition ».

1.3 De la médecine du travail au service de santé au travail

1.3.1 Présentation et historique

Le Service de Santé au Travail du Pays de Saint Malo (STSM), est un service interprofessionnel de santé au travail. La France en compte trois cent onze, répartis sur tout le territoire. Il fut créé en 1952 sous le nom de AIMT¹⁷ région malouine, prenant en charge les entreprises du Pays de Saint Malo hors canton de Tinténiac.

Ce service de Santé au Travail est un service interentreprises, c'est-à-dire que les établissements n'ayant pas leur service de santé au travail d'entreprise ou d'établissement, ni de service inter établissement doivent y adhérer. Le rôle exclusif de ce type de service est la pratique de la médecine du travail. La création d'un service de santé au travail est autorisée par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les principes de base de l'exercice de la médecine du travail ont été mis en place par la loi du 11 octobre 1946. L'encadrement de l'activité est défini par le livre II Titre IV du Code du Travail des articles L4621-1. En France, la médecine du travail s'applique à tous les salariés quel que soit leur régime de sécurité sociale (le régime général, les régimes spéciaux des grandes entreprises telles que EDF, La Poste..., le régime de la fonction publique et le régime agricole).

Cette loi oblige le secteur privé à s'organiser et à créer des services de médecine du travail pour les entreprises de petite taille. Dans son premier article, la loi stipule que l'exercice de la médecine du travail sera assuré par plusieurs médecins nommés médecins du travail.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, par son article 193, a transformé les services de médecine du travail en services de santé au travail. Cette nouvelle appellation

¹⁷ AIMT : Association Interprofessionnelle de Médecine du Travail

traduit le souhait de favoriser une évolution de l'organisation de ces services notamment avec la pluridisciplinarité. L'accent est mis sur l'approche globale de la prévention des risques professionnels. Ainsi, le domaine de compétences des services de santé au travail est amené à s'élargir dans le domaine plus vaste de la santé avec une meilleure prise en charge de la santé physique et mentale.

1.3.2 Fonctionnement du service de Santé au Travail du Pays de Saint Malo

1.3.3.1 Organisation institutionnelle

Le service de santé au travail du pays de Saint Malo est une association loi 1901, sous la forme d'organisme à but non lucratif, autonome juridiquement et financièrement. Doté d'un conseil d'administration assurant la gestion et le fonctionnement du service, celui-ci est composé de deux tiers d'employeurs élus soit douze membres et d'un tiers de membres salariés représentants syndicaux soit six membres.

Administré par un président, le service de santé au travail du pays de Saint Malo est placé sous la surveillance de la commission de contrôle qui est composée de deux tiers de membres syndicalistes et d'un tiers d'employeurs. Celle-ci se prononce sur le rapport annuel, le fonctionnement, la gestion du service de santé au travail ainsi que sur les rapports d'activités de chaque médecin du travail du service. Cette commission de contrôle est constituée de membres d'entreprises adhérentes au service mais aussi de représentants des salariés. Le mandat de chacun est d'une durée de 3 ans renouvelable.

Chaque service de santé au travail fait l'objet d'un agrément pour une période de 5 ans, délivré par la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP)¹⁸, après avis du médecin inspecteur du travail.

1.3.3.2 La Commission Médico-Technique (CMT)

Chaque service de santé au travail de plus de 3 médecins doit mettre en place une commission médico-technique. Cette CMT a pour mission d'étudier les propositions relatives aux priorités du service et à ses actions pluridisciplinaires. Celle-ci est constituée du président ou du

¹⁸ DRTEFP devenue au 1^{er} juillet 2010 la DIRECCTE : Direction des entreprises de la consommation de la concurrence du travail et de l'emploi.

directeur du service, de médecins du travail du service et d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

Ses domaines de compétences sont les suivants :

- Organisation des secteurs médicaux.
- Organisation de la pluridisciplinarité.
- Besoins d'équipements du service.
- Programmes d'études.
- Détermination et suivi de l'évaluation.

Ainsi, la CMT définit les priorités du service, élabore les actions et outils d'évaluation. Elle suit la mise en place de ces actions, leurs résultats et repère s'il y a lieu, les dysfonctionnements. La commission se réunit au moins 3 fois par an et ses conclusions sont communiquées à la commission de contrôle et au conseil d'administration.

1.3.3.3 Organisation du service (Cf. Organigramme en annexe 1)

Le service de santé au travail du pays de Saint Malo est composé :

- d'un service administratif comprenant un directeur et trois secrétaires administratives.
- d'un service médical composé d'un médecin coordinateur, de onze médecins du travail (dont 2 médecins pour le secteur du Bâtiment et Travaux Publics), ainsi que douze assistantes médicales.
- d'un service pluridisciplinaire comprenant deux ingénieurs prévention¹⁹ ainsi qu'une assistante maintien dans l'emploi.

Le service comprend un site principal basé à Saint Malo et deux centres annexes : Dinard et Dol de Bretagne (Cf. annexe 2 : compétence géographique STSM).

Pour exercer ses missions, le médecin du travail collabore avec un ingénieur prévention et une assistante médicale.

¹⁹ IPRP : Ingénieur Prévention des Risques Professionnels.

L'intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)

L'intervenant en Prévention des Risques Professionnels a pour mission également de travailler « dans un objectif exclusif de prévention, de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail²⁰ ». Le cadre d'intervention de l'IPRP est défini dans une convention interne au service qui précise les activités et modalités de son exercice. Cette convention définit également les moyens mis à sa disposition, l'accès aux lieux de travail de son champ d'action. De plus, ce cadre lui garantit la présentation de ses propositions et son indépendance.

L'IPRP a accès aux données relatives aux risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ainsi qu'aux mesures et activités de protection et de prévention nécessaires à l'exercice de ses fonctions. L'intervenant est tenu de transmettre au médecin du travail toute information relative à la santé des travailleurs qu'il a pu recueillir. Ainsi ce travail en pluridisciplinarité permet d'obtenir l'association de compétences médicales, techniques et organisationnelles qui assurent l'évaluation des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés ainsi que l'amélioration de leurs conditions de travail.

La secrétaire médicale

Chaque médecin du travail est assisté dans ses activités cliniques par une secrétaire médicale qui effectue diverses tâches. Elle gère la prise de rendez-vous, c'est-à-dire les demandes de visites des employeurs (visites d'embauches, de reprise du travail...). Elle accueille et assure la prise en charge des salariés en instruisant la partie administrative du dossier médical des salariés. De plus, avant la consultation avec le médecin du travail, la secrétaire médicale se charge d'effectuer les premiers examens biométriques (contrôle de la vision, analyse d'urines, audiogramme tonal...) Elle peut être également amenée à se déplacer en entreprise sur demande du médecin du travail afin de faire de la prévention sur les actions mises en œuvre par le service de santé au travail. Ainsi, les actions actuellement menées sur le terrain par les assistantes du service de santé au travail du Pays de Saint Malo sont : l'action liée au travail sur écran, qui consiste à étudier et conseiller les salariés sur l'aménagement ergonomique de leur poste de travail informatique ainsi que l'action menée sur les produits de nettoyage, afin de sensibiliser les salariés concernés à utiliser des gants et à savoir lire une étiquette de produit d'entretien pour en connaître les dangers et veiller à en prendre garde.

²⁰ Référence à l'article R.4623-27 du Code du Travail.

1.4 Le public et les prestations du service de santé au travail

1.4.1 L'entreprise

Le responsable de l'entreprise doit comprendre le rôle du médecin du travail, lui faciliter son action au sein de l'entreprise et doit coopérer afin d'organiser les convocations aux visites médicales.

Chaque entreprise adhérente d'un service de santé au travail interentreprises est suivie par un médecin du travail. L'entreprise ne peut pas choisir son médecin du travail, de même pour les salariés. Ceux-ci sont vus par le médecin du travail à une périodicité différente selon leur classement en surveillance médicale simple ou en surveillance médicale renforcée. Chaque année, le médecin du travail établit un plan d'activité en milieu de travail en fonction de l'état de santé et des besoins des salariés. Celui-ci porte sur les risques de l'établissement, les postes et conditions de travail. Le plan définit les études à effectuer et prévoit le nombre et la fréquence des visites des lieux de travail que le médecin doit accomplir²¹.

De plus, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise dans laquelle figurent les risques professionnels (physiques, chimiques, biologiques, infectieux, accidents...) ainsi que le nombre de salariés qui y sont exposés. Des indicateurs d'accidents du travail (taux de fréquence et de gravité), de maladies professionnelles et à caractère professionnel sont également présents. Cette fiche d'entreprise indique également les conditions d'hygiène, les locaux sociaux (vestiaires, restaurant d'entreprise ...), les moyens de premiers secours. Elle est transmise à l'employeur qui la soumet au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail quand il y en a un, ou bien aux représentants du personnel ou délégués du personnel. La fiche d'entreprise est tenue à disposition de l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail. Elle peut aussi être consultée par les services de la CARSAT²² (ex CRAM²³).

Le bassin d'emploi du Pays de Saint Malo est très diversifié et compte 3800 entreprises adhérentes au Service de Santé au Travail du Pays de Saint Malo. La majorité de ces entreprises sont des Petites et Moyennes Industries (PMI), des Petites et Moyennes

²¹ Cf. Article D4624-33 et suivants du Code du Travail.

²² CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail, nouvelle appellation entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2010.

²³ CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Entreprises (PME) voire des Très Petites Entreprises (TPE). Le tissu économique du Pays Malouin est composé de secteurs d'activités très variés, à savoir :

- Aéronautique.
- Agro-alimentaire.
- Bâtiment et Travaux Publics (BTP).
- Commerce et grande distribution.
- Transport.
- Secteur tertiaire.

Selon les sources de Saint Malo agglomération (Cf. Annexe 3), la répartition des entreprises du territoire par secteur d'activité se décline ainsi :

- Services 61%.
- Commerces 23%.
- Construction 9%.
- Industrie 7%.

Les entreprises adhérentes au Service de Santé au Travail du Pays de Saint Malo sont réparties de manière suivante :

- 62% sur le centre fixe de Saint Malo.
- 19% sur le centre annexe de Dinard.
- 19% sur le centre annexe de Dol de Bretagne.

La répartition des entreprises en fonction du nombre de salariés est la suivante :

- 2% des entreprises ont plus de 50 salariés.
- 24% des entreprises ont entre 6 et 50 salariés.
- 27% des entreprises ont 1 salarié.
- 47% des entreprises ont de 1 à 5 salariés.

La répartition des salariés par entreprise s'effectue ainsi :

- 38% des salariés travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés.
- 42% des salariés travaillent dans des entreprises de 6 et 50 salariés.
- 17% des salariés travaillent dans les entreprises de 1 à 5 salariés.

Le bassin d'emploi du Pays de Saint Malo est très hétérogène, avec principalement des petites et moyennes entreprises/industries (PMI et PME) de services et des commerces. Ainsi, 74% des entreprises de ce bassin d'activité emploient moins de 6 salariés et, à contrario, 38% des salariés sont concentrés dans les entreprises de plus de 50 salariés, soit 2% des entreprises totales.

1.4.2 Suivi médical des salariés

1.4.2.1 La surveillance médicale simple (SM)

La surveillance médicale simple consiste en une visite périodique du salarié au moins tous les 24 mois par le médecin du travail afin que ce dernier s'assure du maintien de l'aptitude médicale au poste de travail occupé. Cette surveillance médicale simple correspond aux deux tiers des salariés suivis en médecine du travail.

1.4.2.2 La surveillance médicale renforcée (SMR)

Les salariés soumis à la surveillance médicale renforcée²⁴ relèvent de décrets spéciaux, ils bénéficient d'examens médicaux au moins tous les 12 mois et ce sont :

- Les salariés effectuant des travaux comportant des risques ou des exigences qui sont déterminés par des dispositions particulières.
- Les salariés qui changent de type d'activité ou les nouveaux venus en France et ce, pendant une période de 18 mois.
- Les travailleurs handicapés.
- Les femmes enceintes et les mères dans les 6 mois qui suivent leur accouchement et pendant toute la durée de leur allaitement.
- Les travailleurs âgés de moins de 18 ans.

Le médecin du travail détermine la fréquence ainsi que la nature des examens que comporte cette SMR, sauf dans les cas où cette fréquence est déjà spécifiée dans un décret (amiante, silice, plomb). La responsabilité de déterminer les salariés qui bénéficient de la SMR revient à l'employeur après l'avis du médecin du travail. Au cours de l'année 2010, près de dix mille salariés ont été suivis en surveillance médicale renforcée (SMR), soit 30% de l'effectif total.

²⁴ Cf. Articles R.4624-19 et L.4111-6 du Code du Travail.

1.4.3 Les différents types de visites médicales

1.4.3.1 La visite d'embauche

Le médecin du travail effectue les visites médicales d'embauche²⁵ des salariés de l'entreprise au plus tard avant la fin du délai d'expiration de la période d'essai, sauf pour les salariés soumis à la réglementation SMR où la visite d'embauche doit être effectuée avec la prise de poste²⁶. Cet examen d'embauche a pour but de s'assurer de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail pour lequel il est employé au sein de l'entreprise, voir s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs. Le médecin, durant cet examen, doit définir si le poste est correctement adapté à la santé du salarié, si ce n'est pas le cas, il doit proposer des adaptations voire un changement d'affectation de poste de travail. A la fin de la visite, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude médicale en double exemplaire. Il en remet une au salarié et transmet l'autre à l'employeur, qui la conserve pour être présentée à tout moment, sur leur demande, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail²⁷. En 2010, 5288 visites d'embauches ont été effectuées au sein du service de santé au travail de Saint Malo.

1.4.3.2 L'examen de reprise du travail

Cet examen de reprise du travail²⁸ a pour objectif de vérifier l'aptitude médicale du salarié à reprendre son ancien emploi et si nécessaire d'adapter les conditions de travail ou de proposer une réadaptation du salarié à son poste. Cet examen a lieu à la reprise du travail et au plus tard dans un délai de 8 jours. Ces visites de reprise du travail ont représenté 1856 visites médicales durant l'année 2010.

Les situations où les salariés sont soumis à cet examen de reprise du travail sont :

- Après un arrêt pour cause d'accident de travail d'au moins 8 jours.
- Après un arrêt pour cause de maladie non professionnelle d'au moins 21 jours.
- Après une absence pour maladie professionnelle quelle qu'en soit la durée.
- Après un congé maternité.
- En cas d'absences répétées pour raison de santé.

²⁵ Cf. Article R.4624-10 du Code du Travail.

²⁶ Cf. Article R.4624-19 du Code du Travail.

²⁷ Cf. Article D.4624-47 du code du Travail.

²⁸ Cf. Article R.4624-21

1.4.3.3 La visite à la demande de l'employeur ou du salarié

En dehors des visites médicales obligatoires, des visites médicales peuvent être demandées par les employeurs ou les salariés eux-mêmes. Le Code du Travail le prévoit dans son article R4624-18. Lors de ces visites le médecin du travail délivre une fiche d'aptitude. Ces visites ont représenté 1130 visites dans l'année 2010.

1.4.3.4 La visite de pré-reprise

Lorsque l'on craint un problème d'aptitude à la reprise du travail, le médecin du travail peut être sollicité dans le cadre d'une visite de pré-reprise²⁹ à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale. Lors de cette visite, le médecin ne pourra pas délivrer d'avis d'aptitude ou d'inaptitude puisqu'un salarié en arrêt de travail a son contrat de travail suspendu. L'objectif de cette visite de pré-reprise est de faciliter la recherche de mesures lorsqu'une modification de l'aptitude est nécessaire. Le médecin pourra alors étudier avec l'employeur un aménagement de poste afin que la reprise de travail du salarié se passe au mieux. Cet examen est d'autant plus important pour anticiper l'éventuelle situation de handicap au travail. Notons que les visites de pré-reprise, au nombre de 742 en 2010, ne remplacent en aucun cas l'examen de reprise du travail.

1.4.3.5 La procédure d'inaptitude

« Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite »³⁰. L'employeur sera alors autorisé à licencier le salarié pour inaptitude médicale. Les inaptitudes médicales prononcées en 2010 étaient au nombre de 263.

²⁹ Article R.4624-23 du Code du Travail.

³⁰ Art. L. 4624-1 du Code du Travail.

1.4.3.6 Le dossier médical

Au moment de la visite d'embauche, le médecin du travail constitue un dossier médical du salarié si celui-ci n'en a pas déjà un au sein du service de santé au travail. Le dossier médical permet de recenser les éléments médicaux ainsi que les éléments concernant la surveillance médicale et les postes de travail du salarié dans les diverses entreprises qu'il a fréquentées. Il contribue à la traçabilité des expositions professionnelles c'est-à-dire tous les éléments qui permettent au médecin du travail de suivre au mieux le salarié et de prescrire si besoin est des examens complémentaires. Ce dossier est complété à chaque visite médicale.

Le dossier médical est confidentiel et ne peut être communiqué qu'au médecin inspecteur du travail ou à la demande du salarié au médecin de son choix. Ainsi, ce dossier doit être rangé dans un lieu fermant à clé afin de respecter le secret médical, seul le médecin du travail et les assistantes médicales peuvent y avoir accès, c'est-à-dire le personnel lié au secret médical.

Il comprend les éléments suivants:

- L'identité du salarié (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse...).
- Le nom et l'adresse de l'employeur.
- La date d'embauche dans l'entreprise.
- Les différents postes de travail.
- Les antécédents médicaux.
- Les conclusions des examens des visites médicales.
- Les résultats des examens complémentaires.
- Les fiches d'exposition.
- Les courriers médicaux et autres courriers.
-

1.4.4 L'interdiction de discrimination en raison de la santé et du handicap

La loi protège l'emploi des travailleurs ayant un handicap, ainsi selon l'article L.1122-1 du Code du Travail, « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération (...) de formation, de reclassement, d'affectation, de

qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat (...) en raison de son état de santé ou de son handicap ».

La discrimination est une « situation dans laquelle, sur le fondement de son apparence, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, sa religion, ses convictions, son âge, son handicap, son orientation sexuelle ou son sexe, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable » définition de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008.

1.4.4.1 Qu'est ce qu'une situation de handicap ?

Afin de définir ce qu'est un handicap, nous reprendrons les propos de Claude Hamonet³¹ sur sa vision des personnes handicapées³². L'auteur prend en compte les différentes approches du handicap à travers une société qui ne cesse d'évoluer et conçoit le handicap différemment avec le temps et les mouvances sociales. Il rappelle que la formulation actuelle « personne en situation de handicap » met en évidence le fait que ce sont « le cadre de vie et l'organisation sociale, du fait de contraintes incompatibles avec les capacités restreintes d'une partie croissante de la population qui créent le handicap ». Ainsi, Claude Hamonet analyse les différents niveaux de handicap en distinguant :

- « Les causes : maladies, traumatismes, modifications physiologiques.
- Les organes du corps humain et leur physiologie.
- L'être humain et ses aptitudes ou capacités fonctionnelles.
- Les situations de la vie.
- Les points de vue de la personne (subjectivité). »

L'auteur souligne le fait que la définition du handicap passe par la distinction de quatre niveaux : la modification d'un ou plusieurs organes, le retentissement sur les capacités fonctionnelles de la personne handicapée puis les conséquences de ces modifications dans diverses situations de la vie et enfin la perception de l'intéressé, de cet ensemble.

Afin de définir par des critères précis et de codifier les différentes situations de handicap, L'OMS crée la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé : la CIM

³¹ Claude Hamonet est docteur en anthropologie sociale, professeur à l'université Paris XII^{ème}, médecin rééducateur et chef du service de médecine physique et de réadaptation au CHU Mondor de Créteil.

³² Que sais-je ? Les personnes handicapées aux éditions PUF 1990.

en 1948. Celle-ci deviendra la CIM 10 (dixième révision) en 1992. Elle permet de coder les maladies, les traumatismes et l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. Publiée par l'OMS, elle est utilisée par tous à travers le monde afin d'enregistrer les causes de morbidité et de mortalité. Cette CIM est un instrument de travail à caractère obligatoire pour les médecins, les épidémiologistes et pour les professionnels s'occupant de problèmes sanitaires ou des politiques de santé publique.

En 1980, Philip Wood³³ crée la « Classification Internationale des Handicaps : les déficiences, incapacités et désavantages », communément appelée la CIH. Il définit ainsi les conséquences des maladies sur la personne. Cette classification est importante de part son approche tridimensionnelle du handicap avec les trois notions clés que sont :

- La *déficience* signifiant selon l'OMS « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychique, physiologique ou anatomique ». Celle-ci est en général le résultat d'une maladie ou d'un traumatisme.
- L'*incapacité* correspondant à « toute réduction, résultant de la déficience, des activités physiques ou mentales considérées normales pour un être humain ». L'incapacité limite la personne dans l'accomplissement de ses activités c'est-à-dire dans les gestes élémentaires du quotidien.
- Le *désavantage* est toujours selon l'OMS, « le préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ».

Cette Classification Internationale des Handicaps fut longtemps un outil complémentaire à la Classification Internationale des Maladies. En 1988, la France prendra cette classification comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap. Celle-ci cessera en 2001, avec l'apparition de la Classification Internationale du Fonctionnement Humain du handicap et de la santé (CIF).

1.4.4.2 La Classification du Internationale du Fonctionnement Humain (CIF)

La classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap, appelée couramment CIF, voit le jour en 2001. Ses objectifs sont les suivants :

³³ Philip Wood est rhumatologue et professeur de santé publique à Manchester.

- Avoir une base scientifique des conséquences des problèmes de santé.
- Permettre d'avoir un langage commun afin que tous les intervenants puissent communiquer de la même manière.
- Permettre de comparer les données recueillies entre les pays mais aussi les diverses disciplines de santé, les services...
- Avoir une même base systématique de données avec un codage universel.

Cette classification est divisée en deux parties (Cf. annexe 4) :

Une première partie intitulée « fonctionnement et handicap », elle-même divisée en deux composantes :

- La « composante organisme » comprenant la classification des systèmes organiques et celle des structures anatomiques du corps c'est-à-dire les organes, les membres et leurs composantes.
- « Activités et participation ». L'activité est l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne et la participation évoque le degré d'implication de la personne dans les activités de sa vie au quotidien.

La deuxième partie, concerne « les facteurs contextuels » :

- Les facteurs environnementaux sont les aspects du monde extérieur qui peuvent avoir une influence sur la vie de la personne et donc, par déduction, sur son fonctionnement et son handicap.
- Les facteurs personnels qui ne font pas partie intégrante de la CIF pour des raisons de multiplicité des facteurs selon les personnes.

« Est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver son emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique »³⁴. Cette définition du handicap selon le Code du Travail permet de comprendre dans quelles situations le salarié doit être pris en charge. En effet, si le poste de travail n'est plus compatible avec son état de santé, il sera nécessaire de procéder à un aménagement de poste de travail, avec la collaboration du médecin du travail. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié de l'employeur, il étudie au mieux les possibilités envisageables afin que le salarié garde un poste de travail adapté à sa pathologie au sein de l'entreprise.

³⁴ Article L.5213-1 du Code du Travail.

1.4.5 Les MDPH

La loi du 11 février 2005 crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), guichets uniques qui permettent aux personnes souffrant d'un handicap ainsi qu'à leur famille d'être accueillies, informées et conseillées sur les démarches à faire, avec entre autre la demande de Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Selon la définition de l'article L. 5213-1 du Code du Travail, peut être reconnu travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par la suite de l'altération d'une ou plusieurs de ses fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ». La MDPH a pour missions :

- D'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap ainsi que leur famille tout au long de la situation de handicap, de son annonce jusqu'aux diverses évolutions.
- De mettre en place une équipe pluridisciplinaire afin d'évaluer les besoins des personnes en tenant compte de leur projet de vie. Elle propose également un plan personnalisé de compensation du handicap.
- D'assurer l'organisation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle suit sa mise en œuvre et gère le fonds départemental de compensation du handicap.
- De réceptionner toutes demandes relatives de droits ou de prestations relevant de la CDAPH.
- D'assurer la mise en œuvre et le suivi des décisions prises.
- D'organiser des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et de désigner au sein de la MDPH un référent pour l'insertion professionnelle.
-

Chaque MDPH est administrée par une commission exécutive, présidée par le président du Conseil général, dans laquelle siègent notamment des représentants des associations de personnes handicapées.

1.4.6 Les salariés bénéficiaires de la RQTH

Les salariés possédant une RQTH peuvent bénéficier d'avantages spécifiques, tant pour eux-mêmes que pour l'entreprise les employant. Cette démarche est obligatoire pour faire partie des bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Rappelons que la loi du 10 juillet 1987 et celle du 11 février 2005 obligent les entreprises de plus de vingt salariés et plus, d'employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6% de l'effectif total.

Cette reconnaissance est également nécessaire pour accéder à la Fonction publique par un concours aménagé ou par un recrutement contractuel spécifique, mais aussi pour bénéficier d'aménagement d'horaires ou de règles particulières (par exemple en matière de préavis de licenciement). Cette RQTH est importante pour les modalités d'un contrat d'apprentissage, pour un aménagement du poste de travail, pour une orientation vers un établissement spécialisé ou encore pour permettre d'accéder aux aides de l'AGEFIPH³⁵.

Ainsi, au sein d'un service de santé au travail, les médecins sont amenés à rencontrer des salariés souffrant d'un handicap au travail. Il est important de savoir quelles démarches peuvent être faites afin d'orienter ces salariés vers le bon interlocuteur. Il arrive fréquemment que des salariés ayant une difficulté à leur poste de travail ne bénéficient pas de RQTH, cela peut être par choix ou bien par manque d'information. On peut s'interroger de la manière suivante :

Jusqu'où peut alors aller le service dans son rôle afin d'aider ces salariés ?

Avec les changements que connaissent les services de santé au travail, il est nécessaire de s'intéresser aux évolutions à apporter afin d'être au plus près des attentes des entreprises et des salariés.

Le service de santé au travail du pays de Saint Malo se voit de plus en plus confronté à un accueil de salariés ayant des difficultés à leur poste de travail. Afin de répondre au mieux aux attentes de ceux-ci mais aussi des entreprises désireuses de maintenir au poste de travail les salariés présentant des difficultés, il est nécessaire d'envisager de nouvelles méthodes de travail. Selon les chiffres du rapport d'activité médicale de 2009 (Cf. annexe 5), notre service de santé au travail a assuré 23500 visites médicales. Le nombre de visites périodiques est en

³⁵ AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées. Elle gère les contributions financières des entreprises privées. Ces fonds sont ensuite reversés aux personnes en situation de handicap ou aux entreprises pour le maintien dans l'emploi de ces personnes.

baisse, représentant 53% du volume d'activité en 2008 contre 60% du volume d'activité en 2005. A contrario, le nombre de visites de reprise, de visites de pré-reprise et de visites à la demande du salarié ou de l'employeur est en hausse et représente 20% de l'activité en 2008 contre 15% de l'activité en 2005. Selon la synthèse de l'activité médicale de 2009 (Cf. annexe 6), il existe une augmentation des visites autres que périodiques. Cela montre l'importance d'une souffrance au travail, quelle qu'elle soit, et un fait nouveau, l'apparition de difficultés dans le secteur du BTP.

Avec la pénurie des médecins du travail et la nouvelle organisation due à la législation, intégrant les tiers temps, les médecins ont moins de temps à consacrer aux visites dites périodiques, qui se voient alors espacées. Il faut donc songer à une nouvelle organisation interne au service qui permettrait aux médecins, avec d'autres interlocuteurs, de penser et organiser les aménagements de postes de travail des salariés présentant des difficultés. Ainsi on peut se poser les questions suivantes :

- Une nouvelle organisation du service permettrait-elle de fournir ces prestations ?
- Sous quelles conditions ces prestations pourraient relever du rôle de notre service de santé ?
- La création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi permettrait-il au service de proposer des nouvelles prestations ?

Telles sont les hypothèses qui peuvent être émises afin de comprendre les raisons pour lesquelles le service doit évoluer afin de rester au plus près des attentes des salariés et de leurs entreprises.

Conclusion

Le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap est une préoccupation majeure des services de santé au travail et par conséquent des médecins du travail. Le nombre de salariés ayant une difficulté à leur poste de travail est en augmentation. Ainsi, les médecins sont davantage sollicités (visites occasionnelles, visites de pré-reprise...) et il a été jugé nécessaire au sein de notre service de santé au travail du Pays de Saint Malo de faciliter leur action.

En l'attente de la réforme, le service de santé au travail du Pays de Saint Malo a décidé d'anticiper et de palier au mieux à la pénurie future de médecins du travail, en instaurant une cellule maintien dans l'emploi avec la création (en cours) d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi. Celle-ci interviendra sur demande du médecin du travail afin de rencontrer les salariés en difficultés professionnelles et de les accompagner dans leurs démarches.

Dans un second temps, nous aborderons l'intérêt de la création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi au sein d'un service de santé au travail et chercherons à savoir en quoi cela peut être un atout pour les médecins de travailler en pluridisciplinarité.

2 L'ENQUETE

2.1 Méthodologie

2.1.1 Outil d'enquête

Afin d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses posées, il est nécessaire d'enquêter auprès des acteurs concernés par le maintien dans l'emploi au sein du service de santé au travail.

Ces entretiens répondront aux hypothèses suivantes :

- Les nouvelles missions attribuées aux services de santé au travail impliquent un changement de pratique des médecins du travail.
- Travailler en pluridisciplinarité permettrait aux médecins du travail de traiter la question du maintien dans l'emploi.
- Une nouvelle organisation du service permettrait de fournir ces prestations.
- La création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi permettrait au service de proposer de nouvelles prestations.

Nous avons mis en œuvre des grilles d'entretien que l'on retrouve en annexes :

- Grille d'entretien à l'attention du directeur et du président (annexe 7).
- Grille d'entretien à l'attention des médecins du travail (annexe 8).
- Grille d'entretien à l'attention des IPRP (annexe 9).

L'objectif de l'enquête est de montrer l'intérêt de la création d'un emploi d'assistante maintien dans l'emploi ainsi que ses conditions de mise en œuvre au sein du service de santé au travail. Rappelons que la finalité du mémoire est de mettre en place un emploi d'assistante maintien dans l'emploi.

2.1.2 Population enquêtée

Les entretiens ont été menés auprès des médecins du travail du service, des IPRP (ingénieur prévention et ergonome) ainsi que du directeur et du président de l'association.

Les entretiens se sont déroulés sur la période du mois d'octobre 2010. Onze médecins du travail, les IPRP (l'ingénieur prévention et l'ergonome) ainsi que le directeur et le président du service ont été interrogés. Parmi les médecins questionnés, deux ont intégré le service dans les douze derniers mois.

Les assistantes médicales ainsi que le personnel administratif du service n'ont pas été interrogés dans le cadre de l'enquête car cette activité nouvelle de maintien dans l'emploi ne touche pas ces personnes directement dans leurs activités professionnelles.

2.1.3 Domaine de l'enquête

Ces grilles d'entretien se sont construites autour de la création d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi et ses conditions de mise en œuvre dans le service.

L'intérêt se porte à différents niveaux :

- Sur la prise de relais de situation lors d'un maintien dans l'emploi.
- Sur le travail pluridisciplinaire avec l'animation d'une cellule maintien dans l'emploi par l'assistante maintien dans l'emploi.

La vision du maintien dans l'emploi par les IPRP est également importante à prendre en compte pour l'enquête. Il est en effet nécessaire de connaître leur avis si l'on veut envisager un travail en commun sur des situations de maintien dans l'emploi.

2.2 Résultats

2.2.1 Résumé des entretiens

Afin de pouvoir traiter les réponses recueillies lors des différents entretiens réalisés, il semble judicieux d'organiser les questions par thématiques. Ainsi, l'on retrouve trois thèmes dominants :

- **L'enjeu** de la création d'une cellule et d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi pour le service.
- **Le projet** de création de la cellule maintien dans l'emploi.
- **L'organisation** comprenant le travail en pluridisciplinarité ainsi que l'intérêt porté par les médecins d'avoir une cellule maintien dans l'emploi au sein du service.

Pour chaque domaine nous traiterons les questions une à une, en précisant à quels professionnels elles ont été posées. En fin de phrase sera indiqué le nombre de réponses identiques (en indiquant x fois), celles-ci seront retranscrites telles qu'elles ont été prononcées.

2.2.2 Thématique de l'enjeu

La question posée au président et au directeur de la structure concernant la création de la cellule fut :

Considérez-vous que la création d'une cellule maintien dans l'emploi puisse être une plus-value pour le service ? Et si oui, pourquoi ?

La réponse fut unanimement oui, associée à un argumentaire varié :

Tout d'abord, « la cellule maintien dans l'emploi a un rôle sociétal important : prise en compte du pouvoir d'achat, du bien-être, c'est un ensemble ». Elle permet également « de communiquer en montrant des exemples de maintien réussi dans la lettre info du service par exemple ». Ainsi l'enjeu sociétal de cette cellule est fort.

La cellule « est une plus-value pour le service de santé au travail et une évolution majeure car le maintien dans l'emploi dit « finalité du service » ; c'est-à-dire de la visite d'embauche à

l'accompagnement au travail pour éloigner le plus loin possible le spectre de la perte d'emploi ».

Celle-ci est considéré comme « un service supplémentaire rendu aux employeurs et aux salariés », « La cellule permet d'avoir un accompagnement complet et facilite le déroulement ». De plus, elle « permet d'optimiser l'efficacité ».

La question posée aux médecins du travail concernant l'avenir fut la suivante :

Comment voyez-vous l'avenir des services de santé au travail concernant les missions de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ?

Les réponses obtenues peuvent être classées en trois catégories, la première concerne l'environnement et les enjeux. Il faudra tout d'abord « redéfinir la place du médecin du travail » car cet avenir « dépendra de l'avenir politique qui a un rôle pivot sur la politique du handicap ».

De plus, « il y aura une augmentation de l'activité avec le recul de l'âge de la retraite » (3 fois). En complémentarité, il est dit que, « l'activité du maintien dans l'emploi augmentera avec le problème de pérennisation de l'emploi des seniors ». Les missions de maintien dans l'emploi feront « partie intégrante du développement des actions de prévention tertiaire » de la cellule maintien dans l'emploi. Ce qui « laissera plus de temps aux médecins du travail de développer des actions de prévention primaire et secondaire ».

Il faudrait également « envisager une consultation sociale au sein du service de santé au travail suite à une inaptitude », afin de suivre le salarié dans ses démarches.

Concernant l'activité, « il faudra faire du conseil en entreprise pour les aménagements de poste ».

D'autres réponses traitent de l'intérêt porté par les médecins du travail à la cellule maintien dans l'emploi. Les médecins pensent qu'« on aura de plus en plus besoin de la cellule maintien dans l'emploi pour accompagner les salariés vieillissants » (4 fois). Dans l'attente de la réforme, l'« avenir des services de santé au travail est flou mais c'est un atout d'avoir une cellule maintien dans l'emploi dans notre service ».

Enfin, on retrouve des réponses concernant les actions à envisager, « Il faudra augmenter les actions à mener en entreprises ». Il serait bénéfique d'accompagner les salariés en les « aidant à la recherche de pistes de sortie en impliquant la formation continue, suite à une sortie de l'entreprise due à une inaptitude au poste de travail ». Par conséquent « il faudrait pouvoir travailler directement avec des entreprises de formation pour adultes, sans forcément avoir de RQTH ». Enfin, pour renseigner au mieux les futurs demandeurs d'emploi, « il faudrait mener une enquête auprès de Pôle Emploi pour en savoir davantage sur les indemnisations, les délais de paiements... des salariés licenciés ».

De plus, un médecin considère qu'« il faudra prendre en considération le fait que des salariés seront de plus en plus demandeurs concernant l'accès à leurs droits ; ils exigent un certain confort de travail qui n'est pas évident à garder à long terme ».

2.2.3 Thématique du projet

La question posée au président et au directeur de l'établissement concernant la cellule fut la suivante :

Comment envisagez-vous la cellule de maintien dans l'emploi au regard des réformes attendues en santé au travail ?

Les réponses semblables citent un « sujet déjà évoqué dans la convention collective de 1977 », ou bien, « la réforme parle d'un service social ». Le poste « d'assistante maintien dans l'emploi fait partie des emplois en évolution dans le service de santé au travail, il est envisagé d'étoffer le pôle maintien dans l'emploi ». Cette « cellule maintien dans l'emploi consiste plutôt en un poste intégré avec plusieurs intervenants ».

On constate que « la cellule maintien dans l'emploi a une place centrale dans l'objet même du service au regard de la population vieillissante. La cellule sera de plus en plus sollicitée par : les médecins, les entreprises, les salariés, les représentants du personnel, les CHSCT³⁶... ». Il faut « savoir poser les limites de l'activité de l'assistante maintien dans l'emploi dans le service, d'où l'orientation vers une assistante sociale si besoin ».

³⁶ CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est une institution représentative du personnel en entreprise.

Il est intéressant de noter que l'activité de la cellule maintien dans l'emploi est liée à une « mécanique du vieillissement de la population au travail », ainsi : « les succès créent les besoins, cela va susciter de nouveaux besoins ».

La question posée à l'ensemble de la population de l'enquête c'est-à-dire au président, au directeur, aux médecins du travail ainsi qu'aux IPRP du service fut la suivante :

Quelles sont vos attentes quant à la création d'une cellule maintien dans l'emploi au sein du service de santé au travail ?

Les réponses à cette question de la thématique du projet se répartissent en catégories, la première concerne le mode de fonctionnement. La cellule maintien dans l'emploi pourra « permettre de dégager du temps au médecin du travail et de recentrer son activité » (2 fois). Il sera important que la chargée de maintien dans l'emploi ait « un rôle d'interface important à jouer pour le montage des dossiers et l'accompagnement du salarié afin que celui-ci soit rassuré », car il est important d'« avoir un interlocuteur unique et une intervention rapide » (3 fois).

De plus, les médecins souhaitent « la pérennisation de la cellule maintien dans l'emploi car c'est une action qui est directe. Ainsi l'envoi des dossiers se fait rapidement » (2 fois). Il est nécessaire de « pouvoir échanger de vive voix sur les dossiers autour d'une table avec les intervenants concernés afin de définir l'action à mettre en place » et d'« établir un document préalable avec un état des lieux, les dates de réunions prévues, (qui fait quoi...) » ainsi que d'« établir des synthèses écrites à chaque dossier de maintien dans l'emploi ».

Selon l'action en cours, il faudra « travailler avec l'ergonome qui étudie les dysfonctionnements du poste de travail ». Ainsi, « selon l'aide envisagée, il faudra préconiser la mesure indispensable comme l'intervention de l'ergonome ».

Pouvoir « travailler en complémentarité avec le SAMETH³⁷ » (2 fois) est également cité.

Puis des réponses soulignent l'intérêt de la cellule maintien dans l'emploi. En effet, celle-ci permettrait de « développer les signalements précoces avec le médecin du travail », de « donner une information sur les possibilités d'aide au reclassement en fonction de la situation

³⁷ SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés. C'est un service de l'AGEFIPH.

en collaboration avec le médecin du travail » (3 fois). Son intérêt résiderait également à « montrer que le médecin du travail peut faciliter la tâche du chef d'entreprise concernant le maintien dans l'emploi ».

La cellule maintien dans l'emploi doit « permettre aux salariés de ne pas être livrés à eux-mêmes » et « de ne pas baisser les bras ». Il est important d'« accompagner les salariés en situation difficile ». De plus, « pouvoir déléguer l'accueil et l'accompagnement d'une personne voulant faire une RQTH » montre l'implication du service dans le suivi des salariés en situation de handicap.

Cette cellule pourra également « aider les entreprises pour les démarches à effectuer sur les gros dossiers » (2 fois).

Un médecin rappelle « l'importance de la cellule de maintien dans l'emploi avec l'âge de la retraite qui augmente ».

Suite aux attentes des enquêtés, des actions sont à pérenniser et d'autres sont à envisager. Il faudra « accompagner le médecin du travail à l'ouverture et à la restitution d'un dossier de maintien dans l'emploi » mais également « faire de l'information en entreprise pour le maintien dans l'emploi auprès des responsables des ressources humaines et des petites entreprises ».

Rappelons l'utilité de « travailler avec l'ergonome sur les situations après l'étude de poste » et l'intérêt de « soutenir l'ergonome en entreprise pour répondre aux questions des salariés ».

Il serait bénéfique d'« envisager une action de prévention sur les seniors en entreprise ou lors d'actions de communication et d'actions transversales » et « faire de la veille documentaire sur le maintien dans l'emploi et le social ».

Concernant le suivi individuel, il faudrait « mettre en place un suivi plus personnalisé pour le salarié avec un référent » ainsi qu'un « accompagnement du salarié en l'informant sur ses droits juridiques et les aides possibles ».

Enfin, des médecins pensent qu'il faut « savoir démystifier le maintien dans l'emploi qui est quelque chose de compliqué pour les responsables d'entreprises, avec la multiplicité des interlocuteurs et des articulations possibles ». De plus, il y aura également une « attente de résultats avec des enjeux sociaux importants comme la désinsertion professionnelle ».

La question posée aux IPRP du service fut :

Que vous évoque le maintien dans l'emploi ?

Pour ces professionnels, le maintien dans l'emploi est souvent lié à « l'aspect vieillesse », mais peut aussi faire « suite à un accident de travail, à une maladie, à un accident de la vie courante ».

Il implique « la RQTH », « Le SAMETH pour les demandes de subventions AGEFIPH » et nécessite généralement « l'adaptation du poste de travail : matériel ou organisationnel ».

Ce thème leur évoque enfin « toute démarche au sein d'une entreprise pour un travailleur handicapé. Les aménagements sont souvent favorables aux autres salariés ».

2.2.4 Thématique de l'organisation

La question posée au président et au directeur du service concernant les compétences requises fut la suivante :

Quelles compétences doit avoir une assistante maintien dans l'emploi dans un service de santé au travail ?

Certaines compétences relèvent à la fois de l'acquisition de savoirs et de savoir-faire. Ainsi, il faut « pouvoir juxtaposer les connaissances initiales à celles liées au fonctionnement du service », « être capable de s'informer, de se tenir informé, de se documenter », « avoir les capacités à formaliser, à synthétiser et à rédiger ». De plus, il faut « avoir des connaissances en travail social avec la possibilité de compléter les connaissances, d'où le DPITH³⁸ ».

« Bien connaître les processus, les intervenants et les évolutions du système » et « savoir tenir un rôle d'interface » seront nécessaire à la prise de fonction de ce poste de travail.

D'autres compétences dépendent de qualités personnelles, de savoir être comme « être à la hauteur de la création d'une fonction à part entière » ainsi que d'« avoir des qualités personnelles, relationnelles pour entrer en contact avec les différents interlocuteurs ; les

³⁸ DPITH : Diplôme de Prévention en Insertion des Travailleurs Handicapés délivré par le Collège Coopératif en Bretagne.

prédispositions de la personne sont importantes ainsi que la capacité à savoir travailler ensemble ».

La question posée aux médecins du travail fut :

Quelles activités dans le cadre du maintien dans l'emploi peuvent être déléguées à une assistante maintien dans l'emploi ?

Certaines réponses sont liées au mode de fonctionnement du service, comme « intervenir en entreprise avec le médecin du travail sur les dossiers de maintien dans l'emploi » (2 fois) et « faciliter la liaison au sein du service afin d'éviter le recours à de multiples interlocuteurs et simplifier les repères pour les personnes ».

D'un point de vue organisationnel, il faudra « avoir des dossiers complets pour un traitement plus rapide » et « faire le lien avec la MDPH pour le suivi des dossiers ». De plus, il serait utile d'« effectuer des dossiers de lourdeur du handicap³⁹ » (2 fois) ainsi qu'« être en contact avec l'AGEFIPH » pour un meilleur traitement des dossiers.

D'autres réponses prennent en compte l'organisation de travail et le traitement des situations. Ainsi, il serait souhaitable d'« aider au cheminement avec la personne fragilisée » (2 fois), d'« accompagner la personne en instruisant les dossiers » (5 fois) ainsi que d'« informer sur la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) » et « informer le salarié sur la législation, les procédures mises à disposition ».

Il ressort également l'importance de « savoir cibler les besoins » et « expliquer ce qu'est le maintien dans l'emploi ».

De plus, l'« aide à la constitution des dossiers pour un gain de temps » (9 fois) ainsi que la « coordination des dossiers » seront bénéfiques pour le traitement des situations dans des délais corrects.

Un constat est également émis, la cellule maintien dans l'emploi « permet d'éviter d'aller au CLIC⁴⁰, chaque fois que cela est possible, afin d'éviter la multiplication des interlocuteurs ».

³⁹ L'instruction des dossiers de lourdeur du handicap demande beaucoup de temps.

⁴⁰ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.

Une question fut posée aux médecins du travail et aux IPRP du service :

Comment envisagez-vous le travail en pluridisciplinarité dans le cadre du maintien dans l'emploi et plus particulièrement avec l'assistante maintien dans l'emploi ?

Le travail en pluridisciplinarité nécessite la mise en place d'un fonctionnement entre les différents acteurs. Il est nécessaire de rappeler que « le médecin du travail est l'initiateur de la démarche, puis il provoque une table ronde en entreprise avec le directeur, le chef de service, l'assistante maintien dans l'emploi et si besoin l'ergonome et l'IPRP » (2 fois). Il est également important d'« arriver à trouver des moments d'échanges sur les dossiers » ainsi que « pouvoir joindre facilement l'assistante maintien dans l'emploi et la laisser organiser les dossiers, c'est-à-dire animer la cellule à part entière » (3 fois). Le fait de « communiquer plus facilement dans le service » sera primordial pour un travail en équipe, voire « travailler par mail pourrait être plus facile en vue d'une réponse immédiate » (2 fois). Ainsi, le « partenariat où chacun a son rôle défini et où tout le monde avance dans la même direction ».

« Imaginer une visite de suivi afin de faire un état des lieux après l'aménagement de poste » est à prévoir, ainsi qu'« être en relation suivie avec le Patis Fraux⁴¹ pour les salariés en soins. ».

Concernant l'ergonome, il est important « que l'assistante maintien dans l'emploi puisse la briefer sur les points essentiels et la tienne au courant de l'évolution des grandes lignes de l'actualité ».

Des actions sont également envisagées, comme « aller en entreprise avec le médecin du travail » (3 fois) ou bien « aller en entreprise avec l'ergonome ». Il serait envisageable de « mener des actions transversales ensemble pour effectuer du dépistage et de la prévention en entreprise ». Il sera primordial de travailler en « coordination avec l'assistante maintien dans l'emploi sur les différentes possibilités d'aide au maintien dans l'emploi ».

De plus, un médecin du travail déclare qu'il faut « continuer ce qui est en cours car n'imagine pas revenir en arrière ».

⁴¹ Le Patis Fraux est un centre d'Unité de Réadaptation Fonctionnelle en Milieu Professionnel (URFMP) à Vern sur Seiche.

Dernière question de la thématique organisationnelle, posée aux médecins du travail :

Cela vous libérerait-il du temps pour mener à bien d'autres actions ?

La réponse fut unanimement positive, sauf une qui considère que « le médecin du travail doit en parler au salarié ». Les médecins pensent qu'« en relayant les dossiers, on fait autre chose. » (3 fois), ainsi, c'est un « gain de temps de rendez-vous pour le maintien dans l'emploi » car « on redirige le salarié vers l'assistante maintien dans l'emploi » (2 fois) ».

C'est également ressenti comme « un atout d'avoir une personne dans le service » (3fois) car « on n'instruit plus les dossiers » (2 fois). De plus, « on évite de rouvrir les dossiers pour se remémorer la situation ».

Un médecin conclut en disant : « oui un gain de temps, mais c'est surtout dans un but de meilleure qualité ».

Ainsi se termine le recueil des données auprès de la population étudiée.

2.3 Analyse des résultats de l'enquête

2.3.1 L'enjeu de la création d'une cellule maintien dans l'emploi

Rappel des questions de la thématique de l'enjeu :

Comment voyez-vous l'avenir des services de santé au travail concernant les missions de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ?

Considérez-vous que la création d'une cellule maintien dans l'emploi puisse être une plus-value pour le service ?

En termes de plus-value, la direction pense que la cellule maintien dans l'emploi est un service attendu mais peu développé dans « les petits services » de santé au travail. Cette prestation, pour les employeurs et les salariés, nécessite la création d'un poste spécifique au sein de l'association.

Cette cellule permet un accompagnement facilité et complet du salarié au sein du service. Ainsi, l'efficacité de l'action de maintien dans l'emploi est optimisée. Il serait intéressant de

diffuser des exemples de maintiens réussis afin d'enrichir la communication externe du service.

Les médecins du travail pensent que ce dispositif répondra au traitement de la problématique du salarié dans sa globalité au sein d'une même structure. Il permettra aussi d'anticiper les problématiques à venir de la population salariale vieillissante.

Ainsi, l'assistante maintien dans l'emploi animera, ciblera les besoins et possèdera un réseau de partenaires. Ces éléments sont primordiaux pour le traitement des dossiers dans des délais respectables. De plus, son intervention en entreprise avec le médecin du travail est attendue.

2.3.2 Le projet de création de la cellule maintien dans l'emploi

Rappel des questions de la thématique du projet :

Que vous évoque le maintien dans l'emploi ?

Quelles sont vos attentes quant à la création d'une cellule maintien dans l'emploi au sein du service de santé au travail ?

Comment envisagez-vous la cellule maintien dans l'emploi au regard des réformes attendues en santé au travail ?

Selon la direction, ce projet correspond aux évolutions et aux attentes du conseil d'administration du service de santé au travail. C'est ainsi que la création d'un poste de travail d'assistante maintien dans l'emploi est en cours, en adéquation avec l'évolution des orientations de notre association.

Cette cellule maintien dans l'emploi aura une place centrale au sein de l'association avec la population salariale vieillissante. Sa sollicitation sera d'autant plus importante que diversifiée : entreprises, représentants du personnel, CHSCT..., via le médecin du travail.

L'avis des médecins du travail est unanime ; il y a deux ans, ce poste fut à l'essai afin de tester son fonctionnement. Puis, sa progression croissante (c'est-à-dire en heures attribuées et en missions) a prouvé aux médecins du travail l'intérêt d'avoir une assistante maintien dans l'emploi dans le service. La nécessité de la pluridisciplinarité a été démontrée et personne ne

souhaite de retour en arrière. Ainsi, la pérennisation de la cellule permettra de montrer l'importance du travail en équipe sur ce thème.

Avoir un interlocuteur unique pour les salariés est important aussi bien pour effectuer le suivi des dossiers que pour la rédaction des synthèses de situations. L'augmentation du traitement des situations précoces est désormais possible au sein de la structure.

De plus, les médecins du travail pensent qu'il est important de pouvoir échanger sur les dossiers, d'aller en entreprise. Cette cellule maintien dans l'emploi sera probablement de plus en plus sollicitée avec le recul de l'âge de la retraite et par conséquent l'augmentation des seniors actifs. Notons que des actions d'information en entreprise seront aussi envisagées.

2.3.3 L'organisation de la pluridisciplinarité

Rappel des questions de la thématique organisationnelle :

Quelles activités dans le cadre du maintien dans l'emploi peuvent être déléguées à une assistante maintien dans l'emploi ?

Quelles compétences doit avoir une assistante maintien dans l'emploi dans un service de santé au travail ?

Comment envisagez-vous le travail en pluridisciplinarité dans le cadre du maintien dans l'emploi et plus particulièrement avec l'assistante maintien dans l'emploi ?

Cela vous libérerait-il du temps pour mener à bien d'autres actions ?

Pour la direction, l'acquisition de savoirs est importante pour maîtriser les compétences requises en termes de maintien dans l'emploi. Il faut se tenir à l'écoute de l'actualité afin de connaître les évolutions et textes de lois dans ce domaine.

En termes de savoir-faire, l'assistante maintien dans l'emploi doit posséder des qualités d'analyse et d'écoute, donc être capable de gérer une situation « de A à Z ». Sa capacité à synthétiser, à formaliser des documents permet de rendre compte des situations traitées, est nécessaire pour une bonne gestion des situations. Celle-ci doit également savoir travailler en équipe et savoir tenir un rôle d'interface.

Pour les médecins du travail, rappelons que l'assistante maintien dans l'emploi accompagne les salariés dans leur démarche de RQTH et instruit les dossiers. Ainsi, les médecins gagnent du temps et la démarche, se faisant en interne, est facilitée. Cela leur permet d'avoir davantage de temps pour exercer leur tiers temps en entreprise.

L'animation de la cellule se fera par l'assistante maintien dans l'emploi, qui devra gérer au mieux les dossiers. Le médecin du travail restera l'initiateur de la démarche qu'il suivra tout le long de son déroulement. A ce titre, il est important que l'assistante maintien dans l'emploi soit facilement joignable, afin de traiter les situations dans les meilleurs délais. La notification de chaque nouvel évènement dans les dossiers sera indispensable pour le bon suivi des situations.

Pouvoir aller en entreprise avec le médecin du travail et travailler avec les acteurs concernés par une même situation sera important. Notons également qu'avoir des contacts permanents avec les partenaires permettra un bon déroulement des situations.

Enfin, c'est un avantage d'avoir dans le service un référent pour les situations de maintien dans l'emploi. Cela permet aux médecins du travail de diriger les salariés vers l'assistante maintien dans l'emploi sans perdre de temps.

Il est intéressant de noter que certains aspects primordiaux n'ont pas été abordés lors des entretiens car ils apparaissent évidents aux médecins du travail, à savoir :

L'assistante maintien dans l'emploi est tenue au secret médical et au secret professionnel, elle agit sous la responsabilité du médecin du travail.

La cellule maintien dans l'emploi a été mise en place sous la responsabilité du médecin du travail référent du service, c'est-à-dire le médecin coordinateur. Celui-ci est garant de l'indépendance et de l'autonomie d'action de l'assistante maintien dans l'emploi, et conformément au Code du Travail, celle-ci agit sous la responsabilité des médecins du travail et agit dans « l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés⁴² ».

Pour les IPRP, la participation de l'assistante maintien dans l'emploi à une équipe pluridisciplinaire serait nécessaire lorsque le maintien dans l'emploi concerne l'adaptation matérielle ou organisationnelle du poste de travail d'un salarié.

⁴² Article R4623-15 du Code du Travail

Conclusion

Par 15 entretiens, réalisés auprès du président et de professionnels du service de santé au travail (directeur, médecins du travail, IPRP), nous avons pu obtenir des éléments de réponses à nos hypothèses initiales.

Ainsi, nous retiendrons que pour l'ensemble des enquêtés, la cellule maintien dans l'emploi apparaît comme utile et nécessaire au sein du service. C'est une prestation que peu « de petits services » de santé au travail peuvent proposer, d'où la plus-value pour notre association.

Concernant la thématique de l'enjeu, l'assistante maintien dans l'emploi est considérée comme un relais dans le traitement des dossiers, elle doit être capable d'accompagner les salariés tout au long de leurs démarches et de coordonner les actions. Il s'agit là d'un gain de temps pour les médecins du travail.

En termes de projet, la mise en place par étapes successives de ce nouveau poste de travail a permis de montrer l'utilité aux médecins du travail d'avoir un référent maintien dans l'emploi dans le service et ainsi justifie le développement de ce poste. Pouvoir traiter les situations dans leur globalité est le fruit d'un travail en équipe.

Enfin, l'organisation de la pluridisciplinarité se fait par l'assistante maintien dans l'emploi, sous la responsabilité du médecin du travail coordinateur qui est garant de son indépendance technique. Il est important de rappeler que les médecins du travail sont à l'initiative de toute démarche de maintien dans l'emploi et qu'ils en suivent le déroulement.

Dans un troisième temps, nous aborderons les engagements que la création d'une cellule maintien dans l'emploi implique. Ainsi, l'intégration de la formation du DPITH concrétise ce projet et l'engage à se pérenniser. De plus, les conditions de mise en place de l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi nécessitent d'être structurées au travers d'un référentiel emploi.

3 REFERENTIEL EMPLOI D'ASSISTANTE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

3.1 L'élaboration du référentiel emploi

3.1.1 L'objectif

Les entretiens menés durant la période d'enquête ont permis de connaître les attentes de la direction, des médecins du travail ainsi que des IPRP, concernant les missions de maintien dans l'emploi. Ainsi, après le recueil de ces informations, la meilleure façon de répondre aux besoins de ces professionnels est la création d'un référentiel emploi. Celui-ci permettra de recenser les différentes fonctions et activités qui seront confiées à l'assistante maintien dans l'emploi.

3.1.2 Le référentiel emploi d'assistante maintien dans l'emploi (Cf. annexe 10).

Les principaux objectifs de ce référentiel emploi seront :

- Etre à l'écoute des salariés, les conseiller et les accompagner quand ils sont en situation de handicap.
- Gérer les dossiers de demandes de prestations auprès de la MDPH et auprès de l'Agefiph.
- Coordonner les différents acteurs aussi bien internes qu'externes au service concernant le maintien dans l'emploi.

Les fonctions attribuées à l'assistante maintien dans l'emploi seront les suivantes :

- L'écoute, l'accompagnement et le conseil des salariés en situation de handicap.

A travers cette fonction, il est important d'être à l'écoute du salarié, de ses attentes, de ses besoins et appréhensions. Cette écoute active permettra de recenser les besoins de la personne afin de mobiliser les bons outils ainsi que les acteurs nécessaires. Si une demande de RQTH est préconisée, il faut savoir expliquer la raison de cette démarche au salarié, de même pour

une demande de prestation Agefiph. Il est important d'assurer le suivi des salariés durant les étapes de maintien dans l'emploi.

➤ La gestion des dossiers de demande de prestations

Si l'outil à mobiliser est une demande de prestation, (demande de RQTH, de prestation de compensation auprès de la MDPH ou bien une demande de subvention auprès de l'Agefiph) l'assistante maintien dans l'emploi sera présente pour informer et aider le salarié dans l'instruction de cette demande ; il en sera de même avec les entreprises. Savoir gérer les dossiers de demandes de prestation est un gain de temps pour un traitement rapide et complet des situations de maintien dans l'emploi.

➤ La coordination de l'intervention des différents acteurs

D'un point de vue interne, la coordination consiste à organiser le travail en équipe au sein du service de santé au travail ainsi qu'à chercher et mettre en place les solutions de maintien dans l'emploi pour les salariés, en collaboration avec le médecin du travail et si besoin la chargée de mission du Sameth. Ainsi, une rencontre peut être organisée, avec le médecin du travail, l'entreprise, le salarié et l'assistante maintien dans l'emploi afin de réfléchir aux solutions envisageables au maintien au poste du salarié.

Concernant la coordination externe, elle consiste à travailler en réseau et en partenariat avec les divers acteurs du maintien dans l'emploi c'est-à-dire avec la MDPH, l'Agefiph, les CLIC et le FASTT⁴³. Cette coordination externe a pour objectif un meilleur traitement des dossiers, avec une connaissance entière et complète de la situation des salariés, grâce aux relations professionnelles externes.

L'assistante maintien dans l'emploi aura des relations professionnelles fréquentes avec :

- Les médecins du travail pour les signalements de situations et les recherches de solutions afin de maintenir les salariés au travail.
- Les salariés eux-mêmes lors de rendez-vous pour constituer les dossiers de demande de prestation.

⁴³ FASTT : Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire, association créée en 1992 qui propose aux salariés intérimaires des services et prestations dans divers domaines. Concernant le maintien dans l'emploi, le fonds peut être sollicité pour les intérimaires victimes d'accidents de travail ou suite à une maladie professionnelle.

- Les partenaires pour les échanges d'informations et le suivi des dossiers.

L'assistante maintien dans l'emploi sera salariée du service de santé au travail et travaillera sous la responsabilité des médecins du travail.

Elle devra avoir des compétences dans divers domaines, comme posséder les techniques de communication, d'accueil physique et téléphonique afin d'assurer au mieux la prise en charge des salariés ainsi que des connaissances en secrétariat et en bureautique pour le traitement et le suivi des dossiers. De plus, des connaissances en droit du travail, en droit du handicap seront nécessaires à la compréhension et au traitement des situations de maintien dans l'emploi. Il faut avoir des connaissances également concernant l'organisation et le fonctionnement du service de santé au travail.

3.2 Les compétences requises pour accéder à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi

Les compétences d'assistante médicale sont nécessaires afin d'évoluer vers l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi en service de santé au travail.

L'emploi d'assistante médicale consiste à traiter et coordonner les informations médico-administratives des patients. Les compétences requises pour ce poste sont les suivantes :

- L'accueil physique, téléphonique et la prise en charge de personnes

L'accueil physique consiste à renseigner toute personne se présentant, que ce soit un usager, un membre de la famille ou bien d'autres interlocuteurs. Il faut savoir recueillir les informations et les documents utiles afin de pouvoir traiter les demandes, dans le respect des règles de déontologie et du droit des patients. Il faut être également en mesure de traiter et résoudre des situations conflictuelles. Cet accueil en face à face nécessite une attention particulière aux comportements non verbaux qui permettent de se « mettre en phase » avec son interlocuteur. Respecter une distance de communication appropriée donne le moyen de détecter les signes éventuels de conflit. Il faut également savoir traiter la demande émise, ainsi qu'écouter attentivement les propos de la personne et expliquer pour informer. La maîtrise du temps est important dans l'accueil tout comme le fait de s'assurer que l'on a été compris avant de conclure une conversation. Il peut arriver qu'il faille recadrer un entretien tout en restant

courtois. Ainsi, il faut savoir canaliser les bavards, rassurer les inquiets et maîtriser l'agressivité, l'impatience, l'impolitesse...

L'accueil téléphonique consiste à réceptionner les messages, les analyser et cibler la demande afin d'orienter la personne vers le bon interlocuteur. Il est important d'être à l'écoute des salariés des entreprises adhérentes au service, de leur entourer et d'assurer la gestion des personnes qui peuvent être en salle d'attente pour diverses raisons. De plus, il faut savoir faciliter sa prise en charge rapide si besoin. Pour assurer cet accueil téléphonique, il est important de se présenter, d'adopter une écoute active et de questionner l'interlocuteur à bon escient. La maîtrise de la reformulation afin de valider une demande et renseigner et/ou réorienter la personne est nécessaire. Enfin, il faut savoir conclure une conversation de façon respectueuse.

➤ Le traitement de l'information et la production de documents

Celui-ci consiste à savoir exploiter les informations recueillies aussi bien lors de l'accueil physique que téléphonique, par courrier ou bien par mail. Afin de traiter ces informations, la prise de notes et la rédaction d'écrits doivent être maîtrisés, notamment en ce qui concerne les convocations, les lettres administratives, les résumés d'entretiens téléphoniques... De plus, la maîtrise de logiciels tels que tableur, traitement de texte et logiciel de gestion des rendez-vous et des dossiers médicaux est nécessaire pour saisir, mettre en forme, éditer et diffuser des documents.

➤ L'organisation et la planification des activités

La planification consiste à organiser l'activité journalière des médecins comme gérer l'agenda, la prise de rendez-vous, les interventions internes et externes, les déplacements. Il faut également savoir coordonner l'intervention des différents professionnels, planifier les réservations de salles...

➤ La gestion des dossiers médicaux

La gestion des dossiers médicaux consiste en la création, le suivi, la vérification, le classement et l'archivage de ceux-ci. Cette gestion doit se faire dans l'application de la législation, c'est-à-dire dans le respect du secret professionnel et médical ainsi que dans le respect du droit des personnes. Il est important de savoir identifier ce qui ne doit pas être divulgué et préserver la confidentialité des informations recueillies. Il faut être capable de

transcrire et transmettre les procédures, les consignes médicales et toute information utile au traitement d'une situation donnée.

3.3 Les compétences permettant d'évoluer vers l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi

3.3.1 Les compétences de CESF

Mon recrutement en tant qu'assistante médicale tenait compte de ma formation initiale de travailleur social (CESF). Les compétences acquises durant ce cursus seront mises en application pour l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi. Les fonctions applicables à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi ainsi que les activités qui en découlent sont les suivantes :

- L'accompagnement social individuel

Il consiste en l'accueil de personnes et l'élaboration de diagnostics. Il s'agit d'établir une relation professionnelle avec les personnes accompagnées en tenant compte de leurs besoins et de leurs potentialités afin d'envisager la conception et la construction du projet avec la personne. Cet accompagnement se poursuivra avec la mise en œuvre du projet individuel et l'évaluation de celui-ci.

- Communication professionnelle, animation et formation

La communication professionnelle consiste à transmettre des informations auprès de différents publics, des professionnels et des partenaires mais également auprès de son institution. Elle consiste en l'établissement d'une relation professionnelle dans un cadre éthique et déontologique (avec la personne aidée, les collègues, les partenaires...), c'est-à-dire avoir une réflexion sur une situation concrète de manière collective et qui fera l'objet d'une formalisation.

Cette communication d'informations comprend la rédaction d'écrits professionnels ainsi que l'animation d'équipe. Cette animation comprend l'organisation, la coordination, ainsi que le suivi des actions.

➤ Implication dans les dynamiques institutionnelles partenariales et interinstitutionnelles

Cette implication consiste à repérer les acteurs, leurs missions ainsi que les dispositifs d'action sociale pouvant être mobilisés. Le développement des actions en partenariat, en réseau et la participation à la dynamique institutionnelle fait également partie de cette démarche. Tout comme le respect des logiques institutionnelles et des stratégies organisationnelles. De plus, il faut savoir représenter l'institution au travers de la transmission de l'image, des valeurs et des missions du service.

D'autre part, il faut savoir maîtriser la rédaction de façon claire et rigoureuse ainsi qu'assurer une fonction de médiation, en vue de confronter les points de vue et de rechercher une solution, cela fait partie des attentes de cet emploi.

3.3.2 Les compétences complémentaires requises à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi

Afin d'enrichir et de compléter la formation pour l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi, l'acquisition de compétences complémentaires (à celles d'assistante médicale et de CESF) est requise dans différents domaines.

La loi du 11 février 2005

Textes législatifs

Concernant le handicap, il est indispensable de connaître les différents textes de lois qui se sont succédés et de maîtriser les grands axes de la loi en vigueur⁴⁴. Le parcours de formation du DPITH répond entre autre à ce critère.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes en situation de handicap. Nous nous concentrerons principalement sur les avancées en matière d'emploi des personnes handicapées et de droit à compensation du handicap.

⁴⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés et renforce les sanctions en cas de non respect de la loi. Elle crée également des incitations et les étend aux employeurs publics. Cette obligation d'emploi peut passer par le recrutement, la sous-traitance au secteur adapté ou protégé, l'accueil de stagiaires ou bien par la signature d'un accord de branche ou d'établissement portant sur l'emploi des personnes handicapées.

Celle-ci affirme le principe de non-discrimination et donne priorité au travail en milieu ordinaire. Les employeurs doivent ainsi prendre des mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi, de conserver un emploi correspondant à leur qualification ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit proposée. Une partie des dépenses engagées par l'employeur peut être compensée par des aides.

La loi de 2005 met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap en établissement comme à domicile. La MDPH a en charge l'attribution de cette prestation. Ce droit à compensation mis en œuvre par la loi permet d'aider à pallier les conséquences du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, quel que soit l'âge ou le mode de vie de la personne. Ce plan respecte le projet de vie de la personne et répond à ses besoins et aspirations. Il existe cinq grands types d'aide :

- Aides humaines : dédommagement ou emploi d'aidants familiaux, d'auxiliaires de vie professionnelles, d'une tierce personne.
- Aides techniques : achat d'un fauteuil roulant, de prothèses auditives, d'un ordinateur à lecture optique...
- Aides spécifiques et aides exceptionnelles lorsqu'aucune aide ne couvre le besoin.
- Aides à l'aménagement du logement et du véhicule ainsi que les surcoûts liés au transport.
- Aides animalières : entretien d'un chien guide d'aveugle ou d'assistance.

Les démarches

Connaître les différents dispositifs pouvant être sollicités, concernant le handicap au travail et le maintien dans l'emploi, est indispensable à l'étude de situations de salariés, comme la reprise du travail à mi-temps thérapeutique, le contrat de réadaptation en entreprise, la réadaptation en centre spécialisé...

Voici quelques dispositifs mis en place par les différents partenaires (liste non exhaustive) afin de favoriser le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap.

Les prestations de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) :

- L'action sanitaire et sociale qui vise à mener des réunions pour les salariés en arrêt de travail depuis plus de trois mois et qui, par conséquent, sont en risque de désinsertion professionnelle.
- Le contrat de rééducation professionnel en entreprise qui, par le biais du retour progressif chez l'employeur, permet au salarié de se réaccoutumer à sa profession ou d'exercer un nouveau métier.
- La reprise de temps partiel thérapeutique, c'est-à-dire un aménagement du temps de travail qui permet au salarié une reprise progressive de son activité professionnelle.
- La pension d'invalidité qui compense financièrement la perte totale ou partielle de travail en raison de l'état de santé de la personne.

Les prestations de la MDPH :

- La Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé afin d'obtenir ou de conserver un emploi avec une aptitude selon ses capacités liées au handicap.
- Les Prestations de Compensation du Handicap (Cf. page 56).
- L'orientation professionnelle, en lien avec la situation de handicap, prenant en compte la situation individuelle ainsi que le projet de vie de la personne afin de lui proposer une solution en adéquation avec ses capacités.

Les prestations de l'AGEFIPH :

- Les aides et services attribuées aux personnes handicapées :
 - Les aides techniques et humaines.
 - Les aides à la mobilité.
 - La formation professionnelle.
 - Le bilan de compétence.
 - ...
- Les aides et services attribués à l'entreprise :
 - L'adaptation des situations de travail.
 - L'aide au tutorat.

- L'aide au maintien dans l'emploi.
- La formation des salariés.
- ...

Les acteurs

Connaître et savoir travailler avec un réseau de professionnels sur des situations de maintien dans l'emploi est primordial au bon déroulement des actions à mettre en place. A travers ce réseau (CPAM, MDPH, AGEFIPH...), les différents partenaires peuvent nous aider à mieux cerner les problématiques des salariés en situation de handicap grâce à l'échange d'informations, selon les champs de compétences de chacun. Ainsi, un travail en collaboration avec ces acteurs permet de mettre en œuvre toutes les possibilités existantes pour que le salarié conserve ou retrouve un emploi adapté à sa situation.

Conclusion

La création d'un référentiel emploi d'assistante maintien dans l'emploi est incontournable à la mise en œuvre de ce nouvel emploi au sein du service de santé au travail du Pays de Saint Malo. Les entretiens menés durant l'enquête du mémoire ont permis de connaître les attentes des médecins du travail mais aussi celles de la direction et des IPRP. Des compétences acquises lors de la prise de poste d'assistante médicale associées aux compétences acquises en formation permettent d'obtenir une base de compétences à la tenue du poste d'assistante maintien dans l'emploi. L'enrichissement du cursus par la formation du DPITH, la participation à des réunions organisées par les institutionnels départementaux et régionaux du maintien dans l'emploi ainsi que la formation continue sont complémentaires et nécessaires à l'enrichissement des connaissances et à la maîtrise des informations concernant ce domaine.

CONCLUSION

Les politiques de santé publique, avec la loi de modernisation sociale de 2002, ont amené les services de santé au travail à revoir leurs pratiques professionnelles. Le rôle des médecins du travail ne consiste plus seulement en l'établissement de l'aptitude du salarié à son poste de travail mais aussi en la prise en charge globale de la personne dans son environnement de travail avec l'évolution de la prévention des risques professionnels.

Parallèlement, le nombre de salariés en difficultés à leur poste de travail est en perpétuelle augmentation. Ces situations de handicap au travail ne sont pas sans alerter les médecins du travail qui sont aujourd'hui particulièrement sollicités par ces travailleurs soucieux de leur bien-être et de leur avenir professionnel.

De ce fait, une cellule maintien dans l'emploi a été pensée dans notre service de santé au travail, afin de soutenir et de valoriser le travail des médecins par la création et la mise à disposition d'un poste d'assistante maintien dans l'emploi.

Au fil du temps, l'utilité de ce nouvel emploi au sein de notre association s'est confirmée, permettant de confier à une même personne l'animation de cellule et de libérer du temps aux médecins du travail. Ainsi, l'organisation de la pluridisciplinarité sur les situations de maintien dans l'emploi s'en trouve facilitée, il en est de même pour l'accompagnement individuel des salariés en situation de handicap qui est réalisé par un seul référent : l'assistante maintien dans l'emploi.

La création de ce nouvel emploi a été concrétisée par l'élaboration d'un référentiel emploi, outil essentiel au recensement des activités et des tâches de cet emploi créé au sein du service de santé au travail. De plus, l'émergence de nouvelles problématiques liées à l'augmentation de l'âge du départ de la retraite, ne fera qu'augmenter les activités de prévention afin de maintenir en emploi des personnes fragilisées par une longue carrière professionnelle.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	3
1 REGARD SUR L'EVOLUTION DE LA SANTE AU TRAVAIL	5
1.1 Evolution des conceptions de la santé	5
1.1.1 Les évolutions des définitions de la santé	5
1.1.2 La notion de santé publique	6
1.1.3 L'évolution de la perception de la relation santé/travail	10
1.2 Environnement législatif	12
1.2.1 Evolution législative	12
1.2.2 Evolution de la mission des médecins du travail	14
1.3 De la médecine du travail au service de santé au travail	16
1.3.1 Présentation et historique	16
1.3.2 Fonctionnement du service de Santé au Travail du Pays de Saint Malo	17
1.3.3.1 Organisation institutionnelle	17
1.3.3.2 La Commission Médico-Technique (CMT)	17
1.3.3.3 Organisation du service (Cf. Organigramme en annexe 1)	18
L'intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)	19
La secrétaire médicale	19
1.4 Le public et les prestations du service de santé au travail	20
1.4.1 L'entreprise	20
1.4.2 Suivi médical des salariés	22
1.4.3 Les différents types de visites médicales	23
1.4.3.1 La visite d'embauche	23
1.4.3.2 L'examen de reprise du travail	23
1.4.3.3 La visite à la demande de l'employeur ou du salarié	24

1.4.3.4 La visite de pré-reprise	24
1.4.3.5 La procédure d'inaptitude	24
1.4.3.6 Le dossier médical.....	25
1.4.4 L'interdiction de discrimination en raison de la santé et du handicap	25
1.4.4.1 Qu'est ce qu'une situation de handicap ?.....	26
1.4.5 Les MDPH.....	29
1.4.6 Les salariés bénéficiaires de la RQTH	30
Conclusion.....	32
2 L'ENQUETE.....	33
2.1 Méthodologie	33
2.1.1 Outil d'enquête	33
2.1.2 Population enquêtée	34
2.1.3 Domaine de l'enquête.....	34
2.2 Résultats	35
2.2.1 Résumé des entretiens	35
2.2.2 Thématique de l'enjeu.....	35
2.2.3 Thématique du projet	37
2.2.4 Thématique de l'organisation.....	40
2.3 Analyse des résultats de l'enquête.....	43
2.3.1 L'enjeu de la création d'une cellule maintien dans l'emploi	43
2.3.2 Le projet de création de la cellule maintien dans l'emploi.....	44
2.3.3 L'organisation de la pluridisciplinarité	45
Conclusion.....	47
3 REFERENTIEL EMPLOI D'ASSISTANTE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	48
3.1 L'élaboration du référentiel emploi.....	48
3.1.1 L'objectif.....	48
3.1.2 Le référentiel emploi d'assistante maintien dans l'emploi (Cf. annexe 10).....	48

3.2 Les compétences requises pour accéder à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi	50
3.3 Les compétences permettant d'évoluer vers l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi	52
3.3.1 Les compétences de CESF	52
3.3.2 Les compétences complémentaires requises à l'emploi d'assistante maintien dans l'emploi	53
La loi du 11 février 2005	53
Conclusion.....	57
CONCLUSION	58
TABLE DES MATIERES	59
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	63

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Fassin Didier, « Faire de la santé publique », Editions ENSP, 2005.

Hamonet Claude « Les personnes handicapées », Que sais-je ?, Editions Presses Universitaires Française, juillet 2006.

Mercier Michel « L'identité handicapée », Editions Presse Universitaire de Namur, octobre 2004.

Rabischong Pierre « Le handicap » Que sais-jè ? Editions Presses Universitaires Française, 2008.

Zribi Gérard et **Poupée-Fontaine**, « Dictionnaire du handicap », Editions ENSP, 6^{ème} édition, 2007.

Code du handicap 2009, sous la direction de Louis **Schweitzer** et Arnaud **de Borca**, Editions Dalloz, 2008.

Groupe de réflexion, « Le maintien dans l'emploi en question », Santé – Travail – Inaptitudes, Editions ENSP, 2000.

Guide pratique, « L'emploi des personnes handicapées », Editions La documentation française, 2^{ème} édition, 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du service de santé au travail.

Annexe 2 : Compétence géographique STSM.

Annexe 3 : Répartition des établissements du territoire.

Annexe 4 : Aperçu de la CIF.

Annexe 5 : Rapport d'activité médicale 2009.

Annexe 6 : Rapport d'activité santé au travail 2009.

Annexe 7 : Grille d'entretiens directeur et président.

Annexe 8 : Grille d'entretien médecins du travail.

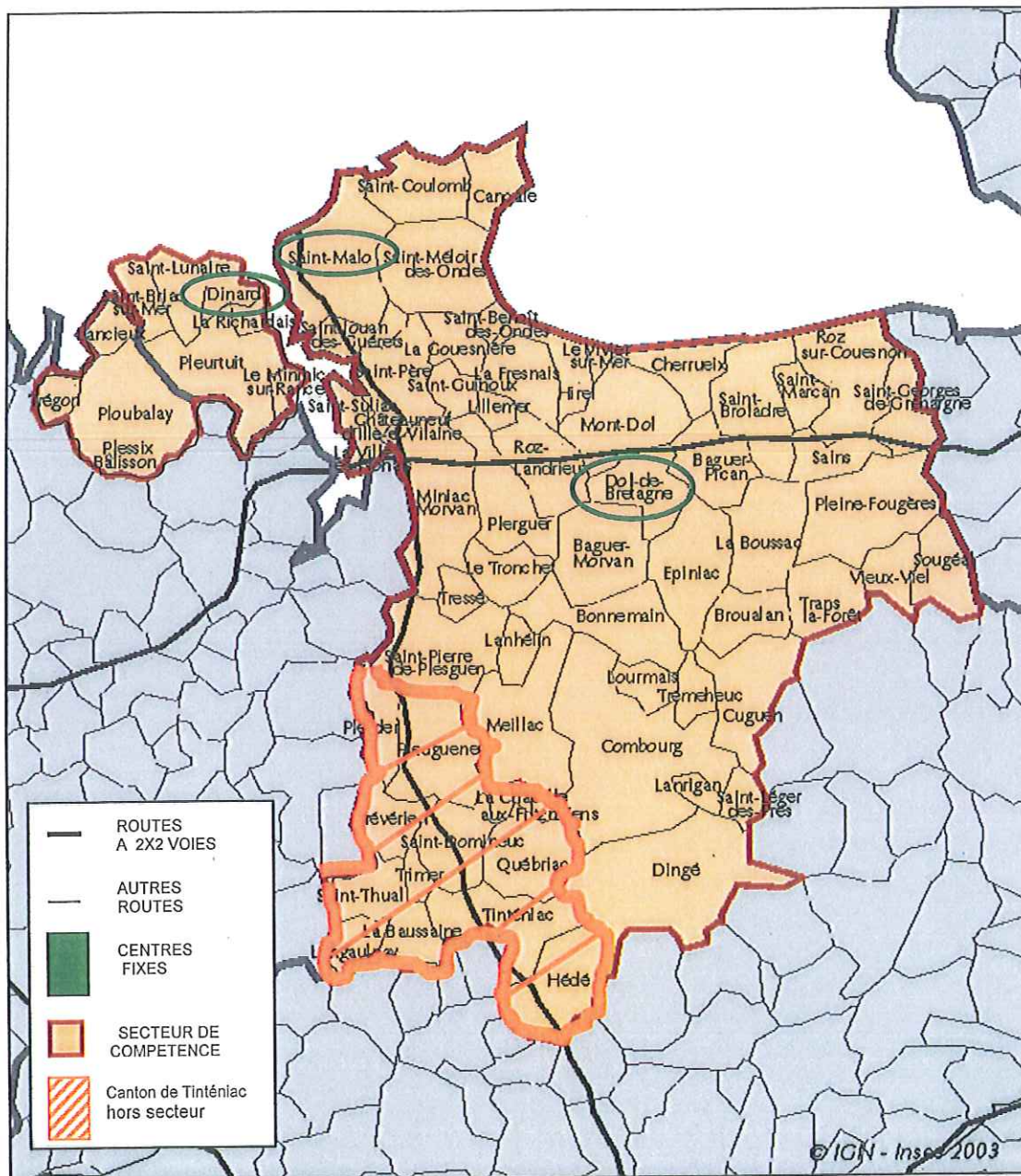
Annexe 9 : Grille d'entretien IPRP (ingénieur prévention et ergonomiste).

Annexe 10 : Référentiel emploi assistante maintien dans l'emploi.

Annexe 1 :

SANTÉ AU TRAVAIL 4-4-6 Rue Augustin Fresnel BP 154 35408 Saint Malo Cedex		SIRET 777 772 575 000 42 APC 851C		Tél 02 99 81 12 22 Fax 02 99 82 07 05 Fax médical 02 99 81 46 48	
Services Administratifs					
NOM	Prénom	Poste	mail	ligne directe	
LE BERRE	Marc	303	mleberre@stsm35.fr	02 99 81 13 80	
LEYAVANC	Chrystèle	304	cleavanc@stsm35.fr		
HUBERT	Cécile	332	chubert@stsm35.fr		
VERDIER	Marlène	305	mverdier@stsm35.fr		
Services médicaux					
HUET	Marie Noelle	321	ebaudin@stsm35.fr	02 99 81 81 49	
BOULY	Dominique	309	dbouly@stsm35.fr	02 99 81 81 65	
BOUZARD	Pierre	314	pbouzard@stsm35.fr	02 99 81 46 51	
DOREMUS	Benoit	307	bdoremus@stsm35.fr	02 99 81 81 64	
RIOUAL	Emmanuelle	311	erioual@stsm35.fr	02 99 81 46 49	
GARCIA	Philippe	313	pgarcia@stsm35.fr	02 99 81 46 50	
GAUTHIER	Martine	309 ou 318	mgauthier@stsm35.fr		
MARTINE	Fabrice	319	fmartine@stsm35.fr	02 99 81 80 64	
PAROUTY	Annie	324	aparouty@stsm35.fr	02 99 81 81 50	
SANTÉ AU TRAVAIL 7 Bis Bld De Miniac 35120 DOL DE BRETAGNE					
Ligne directe		Dr Bouly	ligne directe 2002 ou poste 453		
		Dr Martine	02 99 48 31 76		
Ligne directe		Dr Gauthier	02 99 48 36 68		
		Dr Rioual			
SANTÉ AU TRAVAIL 2 Rue Raphaël Veil 35800 DINARD					
ligne directe		ligne directe 2001			
OUJOT	Marie-Françoise	318	mfojot@stsm35.fr		
LETORT	Philippe		pletort@stsm35.fr		
				BONNEC	Christine
				LEMARIE	Apolline
				TAT (Christine)	
				02 99 82 72 34	

COMPETENCE GEOGRAPHIQUE STSM

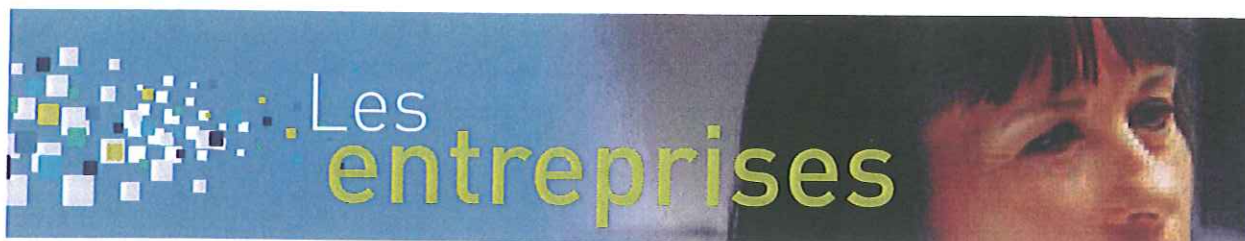


Les compétences géographiques et professionnelles ont été définies par la décision d'approbation en date du 7 novembre 1985 :

- Toutes professions
- Arrondissement de Saint-Malo incluant le canton de Tinténac (sauf pour le BTP).

Dans les faits : les accords pris avec l'AIMT 35 (et validés par la DRTEFP) pour éviter les chevauchements effectifs de compétence sur les cantons de Combourg et Tinténac ont conduit la STSM à renoncer au canton de Tinténac et avoir « l'exclusivité » du canton de Combourg.

Annexe 3 :



1 RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DU TERRITOIRE

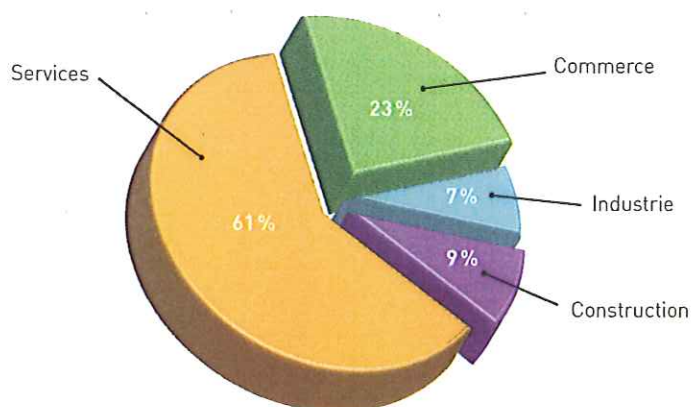
a Répartition par taille d'effectifs salariés en 2007

	Saint-Malo Agglomération		Bretagne
	Nombre	%	%
Sans salarié	2 954	53	55,5
1 à 9 salariés	2 089	36,5	36,5
10 à 19 salariés	276	5	4,2
20 à 99 salariés	224	4	3,3
> à 100 salariés	31	0,5	0,5
Total	5 574	100	100

Source : Insee, répertoire des entreprises et des établissements (champ : Industrie, commerce et services)

b Répartition des 5 574 établissements par secteurs d'activités

• Répartition des établissements par grands secteurs d'activités en 2007



Source : exploitation du fichier CLAP 2007 - INSEE

Annexe 4 :

Tableau 1. Aperçu de la CIF

	Partie 1 Fonctionnement et handicap		Partie 2 Facteurs contextuels	
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environ-nementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	Capacité réaliser des tâches dans un environnement standard Performance réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurelle	Activité Participation	Facilitateurs	Sans objet
	Fonctionnement			
Aspect négatif	Déficience	Limitation de l'activité Restriction de la participation	Barrières/ obstacles	Sans objet
	Handicap			

www.worldenable.net/escapstats/cifintro.htm

Annexe 5 :

Rapport annuel d'activité des médecins du travail

Visites médicales

- Volume annuel de visites médicales stable : 23500
- Proportion des visites périodiques en baisse : 53% en 2008
60% en 2005
- Pourcentage des visites d'embauche stable : 28%
- Visites de reprise, visites de pré-reprise et visites à la demande de l'employeur ou du salarié en augmentation : 20% en 2008
15% en 2005

B.DOREMUS - Rapport médical 2008 – AG STSM 05.06.09

STSM : Rapport d'activité santé au travail 2009

Activité médicale 2009

Première synthèse :

- Augmentation des visites de pré reprise
- Augmentation des visites à la demande du salarié ou de l'employeur
- Importance des visites en rapport avec une souffrance au travail
- Apparition de cas de souffrance au travail dans la secteur BTP
- Stabilité des inaptitudes définitives (avec toujours RPS et TMS comme principales origines professionnelles)
 - 182 inaptés définitifs pour 17814 aptes
 - Un inapte définitif pour 100 aptes
- Plusieurs interventions de médecins du travail dans le cadre de dépistage de cas de tuberculose

Annexe 7 :

Grille d'entretien médecins

- Quelles activités dans le cadre du maintien dans l'emploi peuvent être déléguées à une assistante maintien dans l'emploi ?
- Quelles sont vos attentes quant à la création d'une cellule maintien dans l'emploi au sein du service?
- Cela vous libèrerai-t-il du temps pour mener à bien d'autres actions ?
- Comment envisagez-vous le travail en pluridisciplinarité dans le cadre du maintien dans l'emploi et plus particulièrement avec une assistante maintien dans l'emploi ?
- Comment voyez-vous l'avenir des services de santé au travail concernant les missions de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ?

Annexe 8 :

Grille d'entretien directeur et président

- Quelles sont vos attentes concernant la cellule maintien dans l'emploi ?
- Quelles compétences doit avoir une assistante maintien dans l'emploi dans un service de santé au travail ?
- Comment envisagez-vous une cellule maintien dans l'emploi dans un service de santé au travail au regard des réformes attendues en santé au travail?
- Considérez-vous que la création d'une cellule maintien dans l'emploi peut-être une plu value pour le service ?

Annexe 9 :

Grille d'entretien des IPRP (ingénieur prévention et ergonomiste)

- Que vous évoque le maintien dans l'emploi ?
- Quelles sont vos attentes quant à la création d'une cellule maintien dans l'emploi ?
- Comment envisagez-vous le travail en pluridisciplinarité et plus particulièrement avec une assistante maintien dans l'emploi ?

Annexe 10 :

Référentiel emploi : assistante maintien dans l'emploi

OBJECTIFS

- Ecouter, conseiller, accompagner les salariés en situation de handicap.
- Gérer les dossiers de demande de prestations.
- Coordonner les différents acteurs internes et externes au service du maintien dans l'emploi.

MISSIONS

- **Ecoute – accompagnement – conseil**
 - Etre à l'écoute du salarié, de ses attentes, de ses besoins et appréhensions.
 - Recenser les besoins du salarié afin de mobiliser les bons outils et les acteurs nécessaires.
 - Informer le salarié sur la procédure de RQTH.
 - Assurer le suivi du salarié durant les étapes de maintien dans l'emploi.
 - Informer le salarié et l'employeur sur les aides financières de l'Agefiph.
- **Gestion des dossiers de demande de prestations**
 - Accompagner le salarié à constituer un dossier de demande de RQTH auprès de la MDPH.
 - Informer le salarié sur la Prestation de Compensation du Handicap.
 - Aider le salarié à la constitution du dossier de demande de PCH.
 - Aider les entreprises à la constitution du dossier de demande de subvention Agefiph pour les salariés bénéficiaires de la RQTH.
 - Aider les salariés ayant une RQTH à la constitution d'un dossier de demande de subvention Agefiph.
- **Coordonner l'intervention des différents acteurs**
 - Coordination de l'intervention des acteurs internes au service :

- Organiser le travail en équipe.
- Rechercher et mettre en place des solutions de maintien dans l'emploi pour les salariés en collaboration avec le médecin du travail et la chargée de mission du Sameth.
- Conduire des études ergonomique pour le maintien dans l'emploi avec l'IPRP du service.
- Coordination de l'intervention des partenaires extérieurs au service :
 - Travail en réseau.
 - Partenariat avec les divers acteurs du maintien dans l'emploi.
 - Orientation vers le FASTT pour les intérimaires victimes d'AT ou MP.

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES

- Les médecins du travail pour les signalements de situations et recherches de solutions pour maintenir les salariés au travail.
- Les salariés lors des rendez-vous pour les constitutions de dossiers de demandes d'aides.
- Les partenaires pour des échanges d'informations et des renseignements.

STATUT ET RATTACHEMENT

Salarié de l'association, travaille sous la responsabilité des médecins du travail.

CONNAISSANCES ASSOCIEES

Droit santé au travail	Droit du handicap	Technique de communication	Techniques d'accueil téléphonique	Technique d'accueil physique	Classement archivage	Techniques de secrétariat	Bureau-tique	Organisation et fonctionnement interne de l'établissement
2	2	1	2	3	3	2	2	2

CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE DU METIER

- Poste rattaché à plusieurs responsables selon les dossiers traités.