



ÎLE-DE-FRANCE

# SANTÉ & TRAVAIL : FAIRE FACE AU RISQUE DE DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Restitution de la conférence  
du 13 septembre 2018

# CONFÉRENCE

## SANTÉ ET TRAVAIL : FAIRE FACE AU RISQUE DE DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Avec la participation de **Frédéric GOUËDARD**, Président de la Mutualité Française Île-de-France ; **Dominique GILLOT**, Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées ; **Francis LEMIRE**, Ingénieur conseil régional adjoint CRAMIF ; **Emmanuelle PARADIS**, Chef de projet prévention et santé au travail CHORUM ; **Christophe MAZABRAUD**, Directeur du centre de réadaptation professionnelle Jean Moulin ; **Yves BADOUAL**, Chargé de mission ARACT IDF ; **Martine KERYER**, Secrétaire nationale Santé au travail et Handicap à la CFE-CGC ; **Jean-Louis ZYLBERBERG**, Membre du Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT) – URIF CGT ; **Éric De CHATEAUVIEUX**, Chargé de mission Handicap CFDT-IDF ; **Bernard GAÏSSET**, MEDEF ; **Jean-Pierre PARAY**, Sociologue ; **Éric MARAZANOFF**, Secrétaire général à la Mutualité Française.

Animée par **François DESRIAUX**, Rédacteur en chef de « Santé et Travail ».

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

Débat organisé par la Mutualité Française Île-de-France dans le cadre des rencontres Place de la Santé ..... p 03

### TABLE RONDE 1

Enjeux de la prévention de la désinsertion professionnelle ..... p 08

### TABLE RONDE 2

Importance du dialogue social dans la prévention de la désinsertion professionnelle ..... p 25

CONCLUSION ..... p 43





# INTRODUCTION

## François DESRIAUX

Bonjour à toutes et à tous. Je vous propose de commencer cette matinée débat sur le thème de la prévention du risque de désinsertion professionnelle, débat qui est organisé par la Mutualité Française d'Île-de-France dans le cadre des rencontres Place de la Santé.

Je m'appelle François DESRIAUX, je suis Rédacteur en chef du magazine « Santé et Travail » qui doit être dans vos malles, que certains d'entre vous connaissent. En tout cas, je connais un certain nombre d'entre vous que j'ai plaisir à retrouver ici.

Je suis ravi d'animer cette matinée parce que je pense que ce risque de désinsertion professionnelle est un peu la quintessence des risques professionnels en France. Cela regroupe tous les risques, mais cela se traduit par le fait qu'après 50 ans, après 55 ans, après 60 ans, on peut se retrouver avec un handicap, une pathologie chronique, générés par le travail ou pas, simplement par l'avancée en âge. Dans les exigences du travail d'aujourd'hui, c'est toujours plus compliqué de faire face à certaines contraintes, par exemple le travail de nuit, le travail sous contrainte de temps, les gestes répétitifs, des conditions de travail que l'on rencontre très souvent, pas seulement dans l'industrie, mais aussi dans les services. Comme nous le verrons tout au long de cette matinée, les conséquences quand ce risque se réalise, c'est-à-dire quand on perd son emploi notamment pour inaptitude, peuvent être dramatiques. C'est souvent très difficile de retrouver un emploi,

même moins bien payé, même moins qualifié quand on a des problèmes de santé importants.

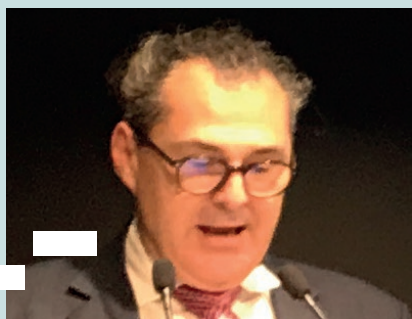
C'est donc toute la problématique « comment on fait

face à ce risque » qui va être traitée avec quand même, je le souligne pour les avoir eu chacun au téléphone, des gens hyper compétents, hyper motivés, très engagés sur ce thème, des gens passionnés. C'est une chance et je les remercie par avance d'avoir accepté de se prêter à ce petit jeu des tables rondes.

Ils vont travailler, dans un temps contraint – je serai assez sévère là-dessus, mais ils sont déjà prévenus – mais vous allez aussi travailler, parce que le but du jeu est qu'un débat s'instaure à la fois entre les experts, mais aussi entre vous et entre les experts et vous. Je reviendrai donc assez souvent vers vous pour vous solliciter.

Pour commencer, je vais donner la parole à Frédéric GOUËDARD, qui est Président de la Mutualité Française d'Île-de-France, qui va introduire ce thème. Après, je la passerai à Dominique GILLOT, Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, qui a remis un rapport sur ce sujet en juin à la ministre de la santé, Agnès BUZIN.

Monsieur GOUËDARD, c'est à vous pour le mot d'introduction.



## Frédéric GOUËDARD

### Président de la Mutualité Française Île-de-France

Mesdames et Messieurs les parlementaires, Mesdames et Messieurs les représentants des partenaires sociaux, Madame la Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, Monsieur le Président de la CPAM de Paris, Mesdames et Messieurs.

Bonjour à tous. Tout d'abord, je souhaite vous remercier, toutes et tous, intervenants et participants, de votre présence à notre deuxième édition des rencontres franciliennes « Place de la Santé ».

Nous avons initié ces rendez-vous de rentrée l'année dernière sur le sujet des inégalités de santé en Île-de-France suite à une étude que nous avons commandée à l'Observatoire des Inégalités. Notre volonté est de positionner la Mutualité Française Île-de-France comme une porte de compréhension des problématiques régionales de santé et de protection sociale. Pour cela, nous organisons ces moments d'échange, de partage et de complémentarité des visions et des actions avec les différents acteurs régionaux. Vous l'aurez compris, il ne s'agit pas d'imposer des idées, mais bien de favoriser le débat entre les différentes parties prenantes du système de santé et de protection sociale.

Lors du choix du sujet de nos débats d'aujourd'hui, nous ne pensions pas que la santé au travail serait autant d'actualité en cette rentrée sociale. En effet, ce ne sont pas moins de quatre rapports qui ont été remis au gouvernement entre juin et août de cette année sur ce sujet, et un nouveau vient d'être demandé par le Premier ministre sur l'augmentation des arrêts maladie. Il devrait être rendu dans quatre mois.

Le premier de ces rapports concerne la sécurisation de l'emploi des personnes handicapées et des proches aidants. Il a été rendu par Dominique GILLOT, Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, qui nous fait le plaisir d'être parmi nous aujourd'hui.

Peut-être que certains d'entre vous se posent la question de la légitimité de la Mutualité Française à traiter de ce sujet. Tout d'abord, le travail fait partie des déterminants de santé. Dès lors qu'il est question de santé et de protection sociale, le mouvement mutualiste est légitime à agir. Ensuite, avec la généralisation de la couverture complémentaire santé obligatoire à tous les salariés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les entreprises doivent proposer une couverture complémentaire santé collective. Les mutuelles qui ont été choisies pour gérer ces contrats ont eu à cœur d'agir pour la santé de leurs adhérents au-delà des remboursements de soin en proposant des actions de prévention au profit des salariés ou des agents de la fonction publique, généralement en partenariat avec les DRH des entreprises, la médecine du travail ou encore les représentants du personnel et des salariés. Tout simplement parce que la prévention est dans l'ADN du mouvement mutualiste depuis toujours.

C'est ainsi que la Mutualité Française Île-de-France, que j'ai le plaisir de présider,

accompagne ces mutuelles dans la réalisation d'actions destinées à promouvoir la santé de leurs adhérents sur leur lieu de travail. Depuis 2016, ce sont plus de cent actions qui ont été réalisées en milieu professionnel. Nous avons également réalisé un guide qui a bénéficié du soutien de l'ARS Île-de-France et qui s'intitule « Promouvoir la santé des actifs – un guide pour l'action, méthodes et outils ».

De plus, les organismes mutualistes gèrent des centres de réadaptation professionnelle qui proposent un accompagnement à la fois global et personnalisé pour aider à la réalisation d'un projet d'insertion professionnelle à la suite d'un handicap ou d'une maladie.

Enfin, certaines préconisations du rapport Lecocq paru en août dernier prévoient un renforcement de la prévention de la santé au travail avec la création d'un fond dédié qui pourrait être alimenté en partie par une quote-part des fonds provenant des organismes de complémentaire santé recommandés, au titre de la contribution sur les cotisations consacrées à un degré élevé de solidarité.

Pour toutes ces raisons, la Mutualité Française Île-de-France est légitime à s'intéresser au sujet de la santé au travail et plus précisément aujourd'hui au sujet de la prévention de la désinsertion professionnelle.

En tant que premier acteur de prévention et promotion de la santé après l'État, et en tant qu'offreur de soins sur les territoires, la Mutualité Française et ses unions régionales ont à cœur de prendre toute la part qui est la leur dans les réflexions qui concernent les sujets de santé et de protection sociale, tant au niveau national qu'au niveau régional. Comme l'a indiqué le Président de la FNM (Fédération Nationale de la Mutualité Française), Thierry BEAUDET, la mutualité s'inscrit dans le camp de ceux qui proposent, de ceux qui construisent. Nous voulons en Île-de-France être de ceux-là également. C'est la raison pour laquelle nous sommes réunis aujourd'hui. Quelques chiffres pour mémoire. La Mutualité Française en Île-de-France, c'est 205 mutuelles adhérentes, plus de 10 millions de mutualistes et 112 services de soins et d'accompagnement mutualiste ainsi que plus de 400 actions de prévention en santé publique sur le territoire.

Je vous souhaite de bons débats et je vous remercie de votre attention.

## François DESRIAUX

Merci, Frédéric GOUËDARD. Je passe maintenant la parole à Madame GILLOT, Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées. Vous allez nous parler du rapport que vous avez émis. J'ai oublié de préciser que

vous aviez été Secrétaire d'État aux personnes handicapées sous le gouvernement de Lionel JOSPIN et que vous avez également eu plusieurs mandats de députée et de sénatrice. Vous êtes passionnée par ces questions de handicap.





# ÉLÉMENTS DE CONTEXTE



**Dominique GILLOT**

**Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées**

C'est un parcours politique assez long et diversifié qui me permet de prendre la parole sur des sujets où la contribution peut être interactive.

Monsieur le Président, merci de votre introduction. Je salue à mon tour les personnalités qui ont répondu à votre invitation.

Avant tout, je voudrais partager quelques chiffres avec vous-même, si vous les connaissez par cœur. En France, on compte à peu près 18 millions de salariés. 6% de ces salariés peuvent bénéficier d'une restriction médicale de toute nature, prononcée par les services de santé au travail. 1% de ces groupes restent en situation d'inaptitude et ne peuvent plus exercer leur activité professionnelle. Cela représente entre 120 000 et 200 000 personnes, concernées par la perte de leur emploi chaque année. Le nombre de chômeurs handicapés de longue durée est de 510 000 ; ils étaient 132 000 en 1992. On voit l'évolution. Nous aurons l'occasion de parler dans la matinée des raisons de cette augmentation. Néanmoins, on constate bien que c'est un phénomène majeur qui porte sur plusieurs facteurs qui emportent des conséquences sur l'invalidité, le chômage, les minima sociaux, le RSA, l'allocation d'adulte handicapé. Il ne faut pas négliger non plus toutes les conséquences humaines que cela entraîne, désinsertion sociale, problèmes économiques, qui en découlent et qui justifient qu'on voit le problème globalement.

Vous avez rappelé que beaucoup de rapports ont été commandés. Je crois qu'à un moment donné, il va falloir compiler tout cela et éviter de tergiverser parce qu'il y a quand même des indications fortes.

Vous avez décidé de marquer votre rentrée sociale en portant un éclairage sur la santé au travail en y associant le maintien dans l'emploi. Évidemment, vous ne saviez pas que ce serait d'une si forte actualité. C'est un enjeu de société qui marque l'évolution des conditions de vie et de travail.

Lorsque fut créée la médecine du travail, il n'était pas temps que le travail, les conditions de travail étaient des facteurs d'usure, d'atteinte

à la santé, voire à la vie des travailleurs. Combien ne profitaient pas de leur retraite ? Il fallait soigner les conséquences du travail, sur la vie des travailleurs, les protéger, réparer les dommages. Progressivement, la prévention des risques s'est imposée et la médecine du travail s'est faite plus protectrice, induisant des obligations de sécurité. Le système de santé au travail a contribué à faire diminuer la sinistralité liée aux accidents du travail et à améliorer l'indemnisation pour les personnes victimes de maladies professionnelles avec tout de même une part importante liée à la réparation.

Cette démarche porte aujourd'hui ses fruits. Si des maladies professionnelles nouvelles apparaissent toujours, elles sont mieux identifiées. L'enjeu est bien de les faire reconnaître et, évidemment – là, je n'oublie pas que je suis invitée de la Mutualité Française – prévenir les conséquences de ces maladies professionnelles. Si le travail n'est plus un risque légal, il arrive trop souvent que des troubles liés aux conditions de travail ou de vie quotidienne (pénibilité, stress, accidents, restrictions,

incapacités temporaires ou durables, maladies chroniques ou de longue durée) mal pris en considération, trop tardivement pris en compte, conduisent le salarié qui en souffre à être déconsidéré,

écarté de son activité professionnelle, progressivement, inexorablement, jusqu'à en être exclu pour inaptitude, impossible reconversion et licenciement avec toutes les conséquences sur la vie des salariés que j'évoquais tout à l'heure.

Le maintien dans l'emploi est marqué par un fort aléa. Comme l'a mis en évidence le rapport de l'IGAS sur lequel je me suis appuyée, dont j'ai repris les constats et les orientations, l'implication des employeurs est déterminante. La réussite de la démarche repose sur la précocité de l'intervention dans le cadre de la prévention primaire des risques professionnels, puis idéalement dès les premières restrictions d'aptitude et avant ou pendant l'arrêt de travail. La politique de prévention de la désinsertion professionnelle manque d'affirmation et de visibilité. Les acteurs et les dispositifs mobilisables dans ce cadre sont trop peu

**La politique de prévention de la désinsertion professionnelle manque d'affirmation et de visibilité**

connus des salariés comme des employeurs. L'absence ou la difficulté de coordination entre la médecine de ville, la médecine de soins et les services de santé au travail, entre le service public de l'emploi et les opérateurs en charge de la formation professionnelle sont régulièrement relevées. Il serait temps d'en tirer les conséquences. Le plus souvent, il n'existe aucune interaction entre le médecin de ville, premier à détecter les difficultés de la personne, à en cerner les causes, et les organismes de Sécurité sociale et la médecine du travail. Cette situation empêche toute anticipation et empêche la définition d'une action préventive qui serait bénéfique aux salariés.

**Les salariés licenciés pour inaptitude ne bénéficient d'aucun accompagnement de transition vers le service public de l'emploi**

Le degré d'implication et les moyens des services de santé au travail sont hétérogènes. La réforme de janvier 2017 devrait permettre aux médecins du travail de consacrer plus de temps à l'étude des aménagements de poste de travail et des inaptitudes. Cependant, la diversité des pratiques, le changement de culture nécessaire, la résistance au changement, la taille des services de santé, la capacité à mettre en place des équipes pluridisciplinaires ont été soulignés dans plusieurs des rapports que vous avez évoqués, notamment celui de l'IGAS et le mien.

La fréquente confusion entre les rôles de contrôle pénalisant au détriment d'un développement d'une culture de prévention et de conseil reste prégnante.

Les commentaires du Premier ministre sur l'augmentation des arrêts de travail en sont une illustration.

Les salariés licenciés pour inaptitude ne bénéficient d'aucun accompagnement de transition vers le service public de l'emploi. Aucun échange de données n'est organisé. Le travailleur licencié, reconnu travailleur handicapé ou non, doit engager lui-même une nouvelle série de démarches, d'évaluation, de remobilisation, alors que sa distance à l'emploi a déjà été pour partie grandement détériorée.

L'engagement des employeurs est indispensable, je l'ai dit. Une attention particulière doit être portée aux petites et moyennes entreprises. Selon que l'inaptitude a ou pas, son origine dans un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'engagement de l'employeur peut connaître une importance variable. Si de plus, l'appréciation des coûts liés à l'aménagement du poste ou à l'adaptation de l'activité du salarié

est supérieure à celui évalué du licenciement, l'arbitrage économique de l'employeur devient déterminant. C'est un des arguments essentiels. Je pense que l'intervention de cette appréciation du coût de licenciement *versus* prévention de la désinsertion professionnelle sera démontrée au cours d'une des tables rondes qui vont suivre.

Au final, il apparaît qu'il coûte souvent moins cher d'investir dans une procédure précoce de réinsertion professionnelle

que de payer pour un licenciement avec tous les risques que cela entraîne par la suite. Mais c'est une démonstration qui n'est pas dans les règles aujourd'hui et qui n'est pas appréciée. Il va falloir que nous soyons très actifs sur ce sujet.

Pour les petites entreprises où la capacité d'adaptation est limitée, où la viabilité économique peut être rapidement, voire irrémédiablement fragilisée par un licenciement et ses risques inhérents, l'anticipation, l'information et l'accompagnement des employeurs sont vitaux pour le salarié et pour l'entreprise, et part la suite pour la société, la performance entrepreneuriale que nous recherchons.

Dans tous les cas, et ce sera démontré au cours des tables rondes, le maintien dans l'emploi du salarié malade, restreint ou handicapé, repose sur la précocité des interventions à son

avantage. L'employeur se doit de respecter bien sûr des règles de sécurité pour protéger sa responsabilité, pour protéger la santé physique et psychique de ses salariés. Aujourd'hui, il doit

aussi se préparer, dans une visée préventive et en vue d'un maintien dans l'emploi, à mettre en œuvre des préconisations de mesures individuelles d'aménagement de poste émises par des médecins du travail pour autant que leurs fonctions, leurs disponibilités et leurs connaissances actualisées des métiers le leur permettent. La mise en place de commissions pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et de commissions de maintien dans l'emploi constitue de bons outils, expérimentés positivement dans plusieurs territoires, entreprises ou grands groupes, dont les rapports de l'IGAS et le mien font la promotion.

Je compte vraiment que cette matinée confirme et démontre l'importance de renforcer la précocité des interventions en faveur du maintien dans l'emploi des salariés dès qu'un problème de santé ou de handicap est déclaré, dès qu'il se traduit par un arrêt de travail. Les arrêts de

travail, lorsqu'ils durent ou qu'ils se répètent, conduisent inexorablement à un éloignement durable, voire définitif du travail. Il est évident, cela a été démontré, qu'il y a 50% de chances de revenir dans l'emploi après six mois d'arrêt. Ce pourcentage tombe à 25% après douze mois.

Là, je refais un stop sur le commentaire du Premier ministre. Lorsque Le Parisien a publié le cahier spécial de cette journée qui se propose de réfléchir au lien santé et travail, au maintien en emploi et à la prise en compte des restrictions professionnelles, le Premier ministre a communiqué sur la volonté politique de réduire le nombre d'arrêts maladie, pointant ainsi du doigt ceux qui en ont besoin pour préserver leur santé. À mon avis, c'est prendre le problème à l'envers. Vouloir agir sur la conséquence en négligeant les indicateurs que représente l'arrêt de travail, c'est faire fausse route et culpabiliser inefficacement le salarié qui souffre et qui tardera de plus en plus à faire appel aux dispositifs qui lui permettraient de redémarrer sur un point positif après un arrêt de travail. Ne pas entendre les préconisations portées par cette conférence et les différents rapports que vous avez cités serait une erreur fatale. Je pense qu'il s'agit bien de repérer les salariés en arrêt de travail, qui sont à risque en termes de maintien en emploi. C'est le rôle des organismes de protection sociale, c'est le rôle de la Mutualité, des médecins-conseils qui doivent s'attacher aux problématiques de la prévention de la désinsertion professionnelle. Celui des CARSAT qui doivent améliorer leurs

**Le maintien dans l'emploi du salarié malade, restreint ou handicapé, repose sur la précocité des interventions à son avantage**

procédures d'approche des salariés à risque et mieux prendre en compte les signalements et les recommandations des partenaires externes qui se mobilisent.

Il s'agit bien de renforcer l'accompagnement des salariés malades, accidentés, restreints lors de leur arrêt de travail. Pour cela, il faut revoir l'effectivité, le tempo de la visite de préreprise, ne pas attendre pour redémarrer un processus qui aurait été stoppé.

Il faut aussi dépasser les pratiques habituelles et investir la question délicate des liens entre employeur et salarié durant les arrêts de travail, non pas dans un but de contrôle pénalisant, mais dans le but d'identifier au plus tôt les leviers facilitant la reprise de travail ou la reconversion ou la formulation d'un nouveau projet professionnel.

Dans cet esprit, la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle doit être articulée sur les sujets de vie de l'entreprise, la prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation professionnelle

continue tout au long de la vie. Dans le cadre du dialogue social au sein de l'entreprise, au bénéfice des salariés et de leur qualité de vie, mais aussi au bénéfice de l'entreprise et de sa responsabilité sociale, mais aussi au bénéfice de la

performance sociale et économique durable. Les différents rendez-vous législatifs qui sont devant nous, décrets de la loi Travail, loi PACTE, loi qui se prépare sur la santé au travail, doivent permettre d'affirmer ces nouvelles pratiques et d'en donner les moyens.

Je souhaite aussi que les tables rondes mettent en évidence le déficit de statistiques et d'évaluations de la prévention de la désinsertion professionnelle, la faiblesse des données qui circulent, et que nous recommandions la mise en place et l'utilisation d'instruments et d'indicateurs robustes pour analyser les besoins, apprécier les résultats obtenus, démontrer le maintien dans l'emploi et les inaptitudes, identifier les actions conduites, les entreprises et les secteurs d'activité concernés. Identifier aussi le profil des bénéficiaires de cette politique de prévention de la désinsertion professionnelle qui devrait être un facteur d'évaluation positive des entreprises ou des secteurs d'activité, relevé par les services de l'emploi, ce qu'ils ne font évidemment pas du tout.

Voilà quelques éléments de contexte et quelques pistes que je tenais à livrer à la réflexion de cette matinée. Je suis convaincue que la mobilisation des acteurs publics et privés, appuyée sur des rapports cohérents et bien documentés, permettra de définir par l'action prévention primaire, secondaire et tertiaire au bénéfice du maintien dans l'emploi qui sera un vrai progrès social et professionnel des salariés fragilisés par une expérience professionnelle précocement détectée et précocement prise en charge sans culpabilisation.

## François DESRIAUX

Merci, Dominique GILLOT. Je vous propose de rester à la table ronde. Vous avez tracé un super boulot pour la matinée. C'est donc normal que vous en profitiez. Nous allons la démarrer sans plus attendre.



# TABLE RONDE 1

## LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

### François DESRIAUX

Pour cette première table ronde sur les enjeux de la prévention de la désinsertion professionnelle, je voudrais que nous rejoignent :

- **Francis LEMIRE**, Ingénieur-conseil régional adjoint à la CRAMIF, Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Île-de-France, la seule qui ne s'appelle pas CARSAT. Vous êtes au service prévention et vous êtes en charge des partenariats internes et externes. Vous nous raconterez en quoi vous êtes préoccupé par ces questions.
- **Christophe MAZABRAUD**, vous dirigez le Centre de réadaptation professionnelle Jean Moulin, situé à Fleury-Merogis dans l'Essonne.
- **Emmanuelle PARADIS**, Chef de projet prévention et santé au travail de la mutuelle Chorum, qui suit notamment les entreprises de l'économie sociale et solidaire.
- **Yves BADOUAL**, Chargé de mission à l'ARACT Île-de-France, Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

Merci, Mesdames et Messieurs, de nous avoir rejoints. Je voudrais que nous vous écoutions. **Francis LEMIRE**, je crois que vous avez des slides à nous passer. C'est à vous pour quelques minutes. Nous ferons peut-être après un premier aller-retour avec la salle.

### Francis LEMIRE

Bonjour à toutes et à tous.

Dans un premier temps, je voulais rappeler la mission fondamentale des services prévention de la Sécurité sociale. Comme l'indique le Code de la Sécurité sociale, la mission des caisses régionales est de développer et de coordonner la prévention sur un territoire de compétences. C'est important de rappeler : à la CRAMIF, on ne fait pas de la prévention, on est des développeurs. Bien sûr, sur le chapitre de la prévention des risques professionnels, c'est bien de la développer et de la coordonner en Île-de-France en l'occurrence pour la CRAMIF.

Je voudrais dire aussi qu'à la CRAMIF, il existe une autre direction, la Direction des Services sociaux au niveau de l'Île-de-France, le SSR (Service Social Régional) qui est composé d'environ 500 agents. Je rappelle aussi que cette PDP (Prévention de la Désinsertion Professionnelle) est une priorité nationale et régionale, extrêmement souhaitée par les partenaires sociaux, que nous avons inscrite dans notre COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) entre la Caisse Nationale

d'Assurance Maladie et l'État. C'est d'ailleurs quelque chose que nous avons reconduit dans les CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) qui, par la voie contractuelle, ont défini des programmes de prévention, dont la PDP. Ce sont des contrats entre les services interentreprises de santé au travail, la DIRECCTE qui exerce son droit de tutelle sur les services de santé au travail, et la caisse régionale d'Assurance Maladie, puisque nous disposons de l'ensemble des statistiques ATMP (Accidents du Travail/Maladies Professionnelles). Nous savons organiser et mettre en place des programmes de prévention.

Je vous laisse regarder cette diapositive (Figure 1). Ce sont les troubles musculo-squelettiques. Une fois reconnus comme maladie professionnelle, voici les arrêts de travail moyens en Île-de-France – mais en France, c'est tout à fait du même ordre de grandeur. Par exemple, le canal carpien, tableau 57, c'est 147 jours d'arrêt en moyenne. Pour une raison qui n'est pas d'origine





Francis LEMIRE, Ingénieur-conseil régional adjoint à la CRAMIF

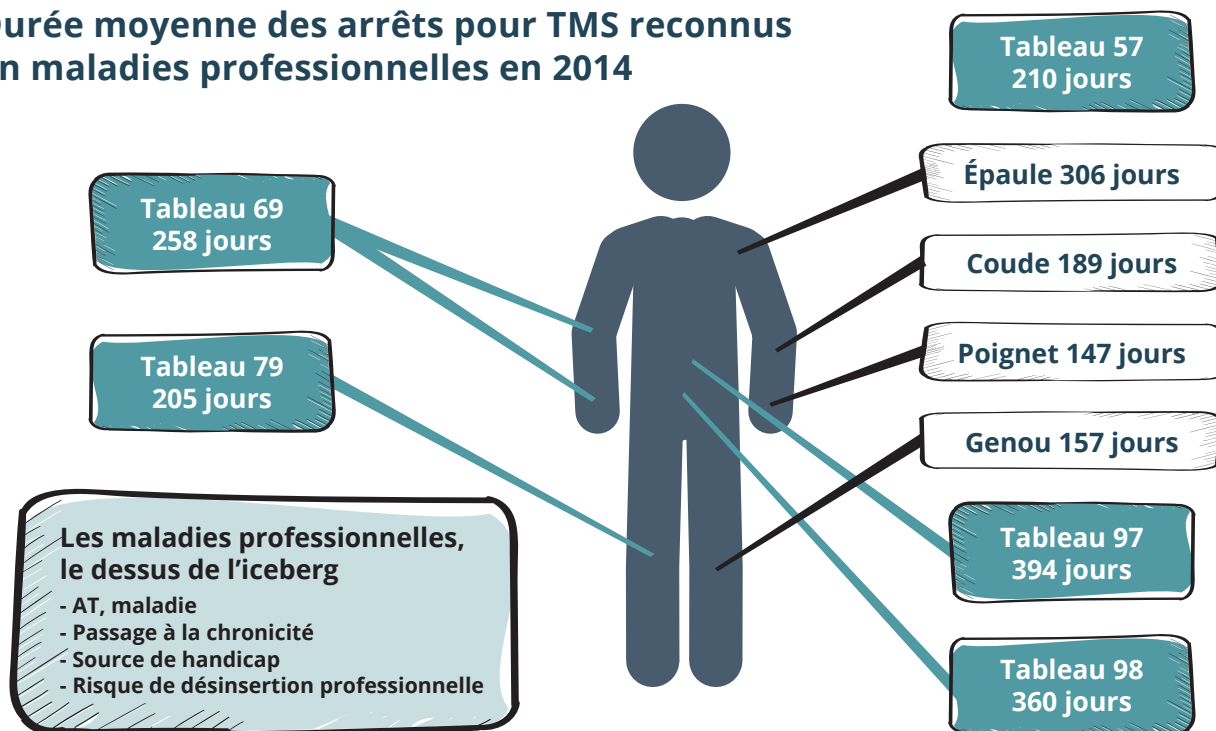
professionnelle, on est plutôt de l'ordre d'un mois, parfois trois semaines. Mais il ne s'agit pas de faire des travaux ménagers à la maison. Il y a aussi un temps de convalescence au-delà de ces trois semaines d'arrêt de travail. Pour l'épaule, c'est 306 jours en moyenne.

Comme l'a rappelé Madame GILLOT, **nous constatons en termes statistiques qu'un salarié sur deux qui va être arrêté plus de six mois, ne retrouvera pas une activité**

**professionnelle à temps plein.** Certains n'en retrouveront pas du tout ; la plupart en retrouveront, mais pas à temps plein. Cela permet de bien mettre les enjeux en évidence. Le rapport IGAS parlait de 160 000 inaptitudes médicales par an. Madame GILLOT avait souligné 150 000 à 200 000. La fourchette correspond tout à fait à l'ordre de grandeur.

Mobilisation des CARSAT, mobilisation des services de santé au travail, ce sont des choses

### Durée moyenne des arrêts pour TMS reconnus en maladies professionnelles en 2014



Données Cramif 2014

Figure 1 : Les TMS, des pathologies qui s'accompagnent d'arrêts longs



François DESRIAUX, Rédacteur en chef de « Santé et Travail »

qui existent, mais qu'il nous faut effectivement optimiser. Faire de la PDP, c'est vraiment quelque chose de complexe vu la multitude des acteurs. Je ne citerai que les quatre de l'Assurance Maladie. Tout d'abord, le Service social régional de la CRAMIF.

Nous avons créé l'essai encadré. Cela autorise le salarié qui est en arrêt de travail à venir sur son lieu de travail avec l'ergonome d'un service de santé au travail pour adapter au mieux le poste de travail en fonction de la pathologie, quand il s'agit de TMS en l'occurrence. Cet essai encadré permet donc au salarié de venir sur son lieu de travail alors qu'il y a suspension du contrat de travail. C'est limité à trois jours. Cela peut se faire chez un autre employeur potentiel éventuellement. Le Code de la Sécurité sociale le permet. Mais il est clair que sans le concours du chef d'entreprise, il y aura de vraies difficultés de reclassement.

**Au niveau de la branche Accident du Travail/ Maladie Professionnelle, nous disposons d'incitations financières pour faire progresser la prévention.** Cela peut être une majoration du taux de cotisation, c'est ce qu'on appelle les incitations financières négatives, le « bâton » en quelque sorte. Mais il y a aussi la carotte qui correspond à des aides financières, d'ailleurs réservées pour beaucoup d'entre elles aux TPE/ PME de moins de 50 salariés, ou des contrats de

prévention réservés aux entreprises de moins de 200 salariés.

Il y a des conditions pour accéder à ces aides financières, mais c'est vraiment cela, au niveau du risque de désinsertion professionnelle, qu'il faut accentuer, et travailler de mieux en mieux. Nous avons déjà commencé, à travers des cellules départementales PDP, managées par l'Assurance Maladie, avec le Service social, le Risque professionnel, les CPAM et l'échelon médical, la Direction régionale. Madame GILLOT a parlé des médecins-conseils ; c'est tout à fait cela.

C'est avec ces quatre acteurs que nous pouvons faire progresser une détection précoce. Nous avons toutes les bases de données à notre disposition, mais une vraie difficulté, c'est la détection précoce. Nous allons agir de plus en plus de concert avec les services de santé au travail au niveau d'Île-de-France. Monsieur GAÏSSET, qui est l'ancien Directeur général de la CMS, peut témoigner que nous avons déjà œuvré tout particulièrement sur la PDP.

Je crois avoir dit l'essentiel. Il existe ces cellules départementales où des cas détectés sont examinés par les quatre acteurs de l'Assurance Maladie, en lien avec le médecin du travail du service de santé qui a pour adhérente l'entreprise du salarié. Ces mécanismes existent. Il nous reste à optimiser ces mécanismes et à leur faire prendre de l'ampleur.

## François DESRIAUX

Merci, Monsieur LEMIRE. Nous avons déjà entendu deux interventions, celle de Madame GILLOT et celle de Monsieur LEMIRE. Est-ce qu'à ce stade, vous avez déjà des questions ?

## Un intervenant dans la salle

Bonjour, je suis ergonomiste, ingénieur en santé au travail.

J'ai une question et un point sur lesquels j'aimerais avoir une réponse, s'il vous plaît.

C'est le tableau qui m'interpelle. En termes de TMS, vous avez des indicateurs qui sont importants, qui sont forts, mais ce qui m'interpelle vraiment, c'est que le premier indicateur qui correspond aux TMS du trouble des lombalgies, du dos en règle générale, n'apparaît pas. C'est le plus puissant. Il correspond à 360 jours d'arrêt de travail par an.

### Francis LEMIRE

Les lombalgies, c'est le tableau 97 ou 98 selon que l'origine est le port de charges lourdes ou les vibrations.

### Laurent MARIE

D'accord.

### Francis LEMIRE

Je rebondis sur votre question. Grâce à ces statistiques, nous savons dans quels secteurs d'activité il y a le plus de troubles musculo-squelettiques : le BTP, l'hôtellerie et la restauration, les entrepôts logistiques pour ne citer que ceux-là. Ce sont justement ces secteurs d'activité que nous avons priorisés dans les CPOM avec les services de santé au travail.

Avec la PDP, on est dans la prévention tertiaire et l'idéal est de prévenir. Grâce aux partenariats services de santé au travail/Assurance Maladie/

DIRECCTE, c'est de la prévention primaire que nous souhaitons mettre en avant dans les secteurs les plus touchés par les lombalgies par exemple, et grâce aux équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail. C'est vraiment un truc d'équipe. Donc, prévention primaire, c'est ce qu'il y a de mieux ; prévention tertiaire, Madame le soulignait, il y a d'énormes difficultés et il y a encore beaucoup à faire, mais nous en sommes conscients, Madame.

## Intervention de la salle

Justement, c'était le deuxième point que je voulais aborder. Je pense que nous sommes tous confrontés au quotidien à ces problèmes de TMS, RPS, tout ce que vous voulez. Il me semble qu'il faudrait renforcer le maillage. Il y a un vrai manque de dialogue entre les différents acteurs et c'est ce qui nous pénalise le plus aujourd'hui. Je reviens sur ce que vous avez dit tout à l'heure, je suis entièrement d'accord : le fait de trancher pour l'employeur est directement lié au coût et non à la situation réelle. C'est ce qui pose un vrai problème. Je pense que le renforcement du dialogue permettrait de remettre certains points à leur place. Là, il y a différents acteurs qui font chacun de leur côté et on arrive après à des catastrophes.

### Francis LEMIRE

J'ai parlé des contrats pluriannuels d'objectifs. Il y a ce qu'on appelle le « CPOM programme TMS » qui est mis en évidence dans ces contrats, qui priorisent les secteurs d'activité les plus impactés. Au niveau de l'Assurance Maladie, nous avons aussi un programme, mais réalisé par nous-mêmes directement, que nous appelons « TMS Pro ». Vous avez dû en entendre parler. Nous sommes en train de réactualiser pour amplifier ce programme. Rien qu'en Île-de-France, ce sont 1 400 entreprises que nous avons déjà pré-ciblées. Nous avons décidé d'échanger beaucoup plus d'informations que nous l'avons fait ces dernières années avec tous les services de santé au travail qui auront contractualisé dans leur CPOM le programme TMS. Vous disiez « *améliorons le dialogue* », c'est dans ce sens que nous allons aller maintenant encore davantage.

### François DESRIAUX

J'ai vu qu'il y avait d'autres questions, mais nous allons poursuivre le débat et je reviendrai vers vous. Je voudrais passer maintenant la parole à Monsieur MAZABRAUD. Nous étions tout à l'heure dans

le monde de la Sécurité sociale, donc plutôt au début avec les questions de prévention. Là, nous sommes dans le monde de la réadaptation professionnelle, à l'autre bout de la chaîne si je peux dire, c'est-à-dire des gens qui ont des problèmes dus au travail ou pas, et qui doivent se reconverter. Monsieur MAZABRAUD, c'est à vous.



## Christophe MAZABRAUD

Merci beaucoup de me donner la parole. Bonjour à tous et à toutes. Je dirige le CRP Jean Moulin, qui est situé à Fleury-Mérogis. Nous sommes un centre de réadaptation professionnelle et nous sommes gérés par l'UMIS (Union Mutualiste d'Initiative Santé). Nous avons donc doublement notre place ici.

Le centre de réadaptation Jean Moulin est avant tout un établissement médicosocial qui propose un ensemble de formations à des personnes qui sont en reconversion professionnelle. J'insiste sur l'aspect médicosocial, au-delà des formations, parce que nous offrons un ensemble d'équipes pluridisciplinaires pour accompagner les stagiaires de la formation professionnelle qui sont dans notre centre, et au sens large du terme en ce sens que nous avons une équipe médico-psychosociale composée de médecins, psychiatres, psychologues du travail, psychologues cliniciens, assistantes sociales, infirmières, etc. Mais nous avons aussi d'autres services qui, tous en coordination, concourent à favoriser l'apprentissage et la réinsertion professionnelle qui sont au centre.

Nous avons un hébergement. Nous avons une équipe d'entretien. Nous avons une équipe d'animation également pour tout ce qui est périphérique à la formation. Nous avons la restauration. Toutes ces équipes travaillent ensemble pour que la formation soit aménagée, adaptée à la situation de la personne, autant sur le plan médical que sur le plan social. Si bien que quand il y a des aménagements à faire, dans le rythme de formation par exemple, quand il y a des difficultés en termes de rémunération, quand il y a des aménagements de chambre à réaliser, etc., toutes ces équipes travaillent ensemble, et c'est vraiment important.

En matière de formations, sur le centre, nous offrons une quinzaine de formations pour la plupart techniques du niveau 5bis jusqu'au niveau 3, sur des formations qualifiantes ou professionnalisantes. En ce qui nous concerne, il y a trois secteurs dans lesquels nous formons : le secteur horticole, le secteur industriel et le secteur administratif. Nous avons également une formation dite « linguistique » pour permettre à

certaines personnes d'appréhender les moyens de communiquer aussi bien à l'oral qu'à l'écrit avec les employeurs ou dans le cadre de leur formation.

Plus généralement, les centres de réadaptation professionnelle sont assez peu connus en France, mais peut-être que vous allez me détromper. Il y a 150 dispositifs en France qui offrent au total 200 formations différentes. Il y a environ 13 000 places de formation, ou d'orientation d'ailleurs parce qu'on compte dans des établissements des centres de pré-orientation.

13 000 places, au regard des chiffres que l'on a pu entendre tout à l'heure, c'est extrêmement peu si on considère qu'il y a plus de 510 000 demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés, et que la formation est un élément clé pour accéder à l'emploi. On le sait, le taux de non-emploi des personnes qui sont peu qualifiées est beaucoup plus important que pour le reste. C'est un élément extrêmement important. Quand on considère la population totale de personnes reconnues travailleurs handicapés à un titre ou à un autre, qui est de 2,7 millions. Il y a 13 000 places et en formation, un peu moins de 8 000. C'est donc très peu. Les places sont chères effectivement.

L'autre point fort de notre CRP et des CRP en général, c'est qu'au-delà d'offrir une équipe pluridisciplinaire et d'adapter la formation, nous travaillons essentiellement sur les compétences. Pourquoi ? Parce que les personnes qui rejoignent notre centre, dont la moyenne d'âge est d'environ 43 ans, ont déjà un parcours derrière elles. Un parcours qui a peut-être été sans accident, mais quand on a travaillé 20-25 ans dans un domaine, on a peut-être du mal à identifier ses compétences, acquises au sein du travail évidemment, mais aussi dans le cadre de la vie civile. Pourtant c'est essentiel. Quelles compétences est-ce qu'on va pouvoir mettre en œuvre dans un nouveau projet professionnel, dans un nouveau métier ? C'est très difficile à identifier.

Nous avons donc mis en place un dispositif de carte de compétences qui permet, sur un certain nombre d'axes, de voir où on se situe par rapport





**Christophe MAZABRAUD, Directeur du centre de réadaptation professionnelle J. Moulin**

à un référentiel de compétences métiers et de voir comment est-ce qu'on progresse tout au long du parcours du centre. Nous avons un service de coordination du parcours socioprofessionnel qui permet de suivre les évolutions des stagiaires.

L'autre élément que je voulais souligner, c'est qu'on se situe non plus dans la prévention, mais au milieu du parcours qu'effectue la personne, parce que ce parcours n'est pas terminé. Une fois qu'on a la formation, une fois qu'on a les qualifications, il faut aussi intégrer le monde du travail et s'y stabiliser. Il y a donc encore un certain parcours à faire. Ce parcours est long – je pense que nous aurons un témoignage – entre le moment où la difficulté médicale survient, où le soin se met en place, où le deuil de l'aptitude, le deuil du projet professionnel, plus complètement le deuil du projet de vie est à faire et à reconsidérer. Ensuite il faut trouver les interlocuteurs pour définir un nouveau projet. Ensuite il faut faire des demandes auprès de la MDPH en ce qui nous concerne pour être orienté sur un centre de pré-orientation ou sur un centre de réadaptation professionnelle. Il y a nos formations, avec une phase préparatoire.

Il y a tout un chainage en termes d'intégration chez nous, sur lequel je reviendrai peut-être tout à l'heure. La préparatoire pour revenir sur les acquis, pour préparer l'entrée en formation, c'est cinq mois. Les formations sont entre sept et vingt-trois mois. C'est colossal. Les temps d'attente entre ces activités-là sont délétères, Madame GILLOT l'a évoqué, Monsieur PARAY en parlera peut-être aussi. Il est donc vraiment très important que le chainage, la coordination entre les différents acteurs, qui sont multiples, s'enchaîne de la manière la plus efficace possible.

Voilà ce que je pouvais vous dire. L'anticipation, le chainage sont des éléments essentiels. Pour terminer, je milite véritablement – s'il en était autrement, ce sera quand même étonnant – pour que ces centres-là puissent se développer parce que la réponse que nous apportons est très faible au regard des besoins et n'est pas du tout antinomique avec l'ouverture du dispositif de formation de milieu ordinaire, bien au contraire. Nous pouvons nous axer sur des handicaps un peu plus spécifiques. Cette spécificité nationale est excessivement importante pour favoriser le retour à l'emploi.

### **François DESRIAUX**

Merci, Monsieur MAZABRAUD. Quand nous avons préparé cette table ronde, nous avons dit que ce serait bien qu'il y ait un exemple concret. Nous avons là un exemple concret, mais il est concret et vivant puisque la personne est dans la salle. Monsieur François RIZEK, vous êtes « pensionnaire » au centre Jean Moulin. Vous êtes donc engagé là. Pouvez-vous nous raconter votre parcours en deux minutes ? En plus, ce n'est pas la première fois que vous avez à vous reconverter.

### François RIZEK

Non, pas du tout. Je m'appelle donc François RIZEK, en formation au centre Jean Moulin. J'en suis à ma deuxième reconversion. La première

fois, j'ai eu un problème de genou. Je travaillais pour le Groupe Eiffage à l'époque.

### François DESRIAUX

Un problème professionnel.

### François RIZEK

Oui, exactement. Je ne pouvais donc plus pratiquer mon métier. J'ai fait une demande auprès de mon patron pour avoir une reconversion, qu'il a acceptée tout de suite. Il m'a donc fait faire une formation de grutier. J'ai pu continuer de travailler pendant trois ans au sein de la société avec mon CACES de grutier. Suite à cela, j'ai eu un autre problème au niveau du cœur, une grosse opération. J'ai été arrêté trois ans. Pendant mon arrêt, j'ai refait un autre arrêt, on m'a mis une pile. Après, on m'a découvert du diabète. Au bout de

trois ans, mon employeur n'a pas pu me garder. Il m'a proposé un poste au sein d'Eiffage. Rien ne correspondait à ma pathologie. Il a été obligé de me licencier. Je me suis retrouvé au chômage. J'ai demandé à avoir une formation. La MDPH m'a orienté sur Cap Emploi et le psy du travail. On a mis un dossier en route. J'ai fait beaucoup de recherches de mon côté, parce qu'on me disait : « *Il n'y a pas de travail dans ce que vous cherchez* » alors que c'était faux parce que même à la sortie, j'ai déjà du travail.

### François DESRIAUX

Quelle formation faites-vous ?

### François RIZEK

Je suis monteur câbleur intégrateur en production électronique.

### François DESRIAUX

C'est compatible à la fois avec votre problème de genou et avec votre problème cardiaque et de diabète, n'est-ce pas ?

### François RIZEK

Oui, tout à fait, parce que je travaille assis à un pupitre. On fait du câblage. Tout correspond pour moi dans ce métier. En plus, c'est une

chose que j'adore faire. Je fais du modélisme et les petites choses, c'est vraiment très bien pour moi.

### François DESRIAUX

Donc, vous avez déjà un emploi à la sortie.

### François RIZEK

Tout à fait. J'ai déjà des propositions d'emploi. J'ai fait une demande de stage hier soir et j'ai eu la réponse ce matin. On m'a répondu tout de

suite. C'est à côté de chez moi en plus. Mais il faut bouger. Je tiens à dire qu'il faut que les gens qui sont dans mon cas bougent.

### François DESRIAUX

Dans les différentes structures que vous avez mentionnées, notamment Cap Emploi, est-ce qu'on vous a aidé ? Comment avez-vous atterri au centre de réadaptation Jean Moulin ?

### François RIZEK

La psy du travail de Cap Emploi a cherché elle-même les centres où je pouvais faire le métier que je demandais. Il y avait trois centres : Montpellier, Toulouse et le centre Jean Moulin. J'ai donné mon accord pour aller dans n'importe lequel des centres, et au premier qui me répondait, je répondais

favorablement. Je tenais absolument à faire cette formation. On m'avait dit que ce serait très long. J'ai mis deux mois pour avoir les papiers de la MDPH et une réponse du centre Jean Moulin. Cela a été très rapide, mais il faut dire que j'ai bougé, je n'ai pas attendu. Il ne faut pas attendre.

### François DESRIAUX

Oui, nous avons bien compris. Cap Emploi est une structure qui est délégataire de Pôle Emploi justement pour le placement et l'emploi des personnes handicapées, c'est cela ?

### Christophe MAZABRAUD

Cap Emploi fait partie du service public de l'emploi, avec une spécialité pour le handicap, mais il n'est pas sous l'égide spécifiquement

de Pôle Emploi. Il est financé par d'autres partenaires dont l'AGEFIPH et le FIPHFP.

### François DESRIAUX

Y a-t-il des questions ? Monsieur PARAY, vous êtes intervenant à la deuxième table ronde. Vous êtes sociologue.

### Jean Pierre PARAY

Ce que Christophe ne vous a pas dit c'est qu'il est bien placé pour connaître l'échec. Pendant des années, il a accompagné des salariés en difficultés de santé au travail et il était dirigeant d'un cap emploi pendant des années. Dans une optique de maintien dans l'emploi, on voit bien la lourdeur administrative

de ces CRP et des différents interlocuteurs. Une personne en inaptitude, un médecin du travail qui accompagne, une possibilité d'un employeur de recruter, l'ancien ou un nouveau, alors que le contrat de travail n'est pas fini. Comment peux-tu intervenir dans ce cadre-là ?

### Christophe MAZABRAUD

Effectivement, c'est très compliqué, parce que la personne qui est en arrêt maladie ou en contrat de travail n'a pas forcément accès aux mêmes services que les autres et cela rend les choses compliquées. Je crois que depuis quelque temps malgré tout, dans certaines situations, on peut se former quand on est en arrêt maladie par exemple. Mais il existe aussi, et c'est peut-être là que tu voulais m'amener, des services qu'on appelle les Sameth d'accompagnement au maintien dans l'emploi des personnes handicapées qui peuvent intervenir dès lors que l'employeur et principalement en réalité le médecin du travail qui fait 90% des signalements, peut intervenir pour prendre en considération la situation de la personne et coordonner les différentes solutions possibles et les accompagner. C'est très important parce que pour le coup, on fait de l'anticipation et on accompagne les personnes très tôt.

### François DESRIAUX

Une autre question dans la salle ?

### Intervention de la salle

Je travaille aux ressources humaines de la RATP et singulièrement dans l'entité « Prévention et maintien dans l'emploi ». Je voudrais vous dire que nous avons un petit souci avec un outil PDP que nous ne pouvons pas utiliser, qui est un des plus vieux outils PDP, le Contrat de rééducation en entreprise. Ce contrat est très important parce qu'il permettrait justement de faire le lien entre l'employeur, le CRP et la Sécurité sociale s'il était possible de l'utiliser avec un salarié qui est déjà titulaire d'un CDI. Or, comme il s'agit d'un contrat que le législateur a conçu comme

un CDD, ce n'est pas possible, sauf à rompre un CDI. Vous imaginez bien que ce n'est quand même pas à faire. C'est un empêchement, ce qui est dommage. Ce qui pourrait être intéressant quand on construit un parcours de reclassement professionnel, ce serait de pouvoir imaginer un parcours de formation avec des stages dans une entreprise dans le cadre d'un Contrat de rééducation en entreprise puisqu'il peut y avoir de la formation théorique et de la formation pratique.

## François DESRIAUX

Ce qu'il faudrait, c'est donc rendre vraiment la suspension du contrat de travail du CDI pour permettre cela, n'est-ce pas ?

### Intervention de la salle

Il faudrait que la structure juridique du Contrat de Rééducation Professionnelle ne soit plus une structure de CDD, mais qu'on puisse dire que c'est un stage ou une convention. Nous nous sommes rapprochés du service juridique de la CNAM TS qui avait les mêmes positionnements que nous et les mêmes difficultés. J'avais vu que dans le cadre de la loi de la simplification administrative, il y avait un projet, mais je ne vois rien apparaître. Je profite aussi de la présence de Madame GILLOT pour dire : pouvez-vous insister dans les bonnes instances pour faire évoluer cet aspect là des choses ?

La deuxième chose sur laquelle je voudrais revenir par rapport aux CRP est que nous travaillons beaucoup avec certains CRP et nous essayons de construire ensemble des contenus de formation avec des titres validants pour faire du maintien dans l'emploi. La difficulté que nous pourrions rencontrer, sauf erreur de ma part, c'est que pour intégrer un CRP, il faut être éligible à la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ou à la loi sur le handicap. Certains salariés ne souhaitent pas avoir de RQTH. Certains salariés n'ont pas un AT à 10%. Ce sont des freins pour les intégrer dans ce dispositif. Est-ce que le fait d'avoir une inaptitude définitive à un emploi ne pourrait pas être suffisant comme critère d'intégration dans un CRP ?

## François DESRIAUX

Cela paraît du bon sens Madame GILLOT.

### Dominique GILLOT

Je voulais commenter le témoignage de Monsieur, mais vous m'interpellez. Effectivement, il y a des nécessités de simplification administrative évidentes. Le député Adrien TAQUET a mis en place un tableau de bord des simplifications qu'il a proposées. Je suis associée, mais vous pouvez aussi le contacter pour être associée. C'est indispensable que les bonnes idées qui ont émergé puissent aboutir, qu'on ne soit pas après ré-enfoui sous le monceau de complications administratives qui vient d'un millefeuille successif de bonnes idées et qui finalement se retourne contre l'objectif poursuivi et contre les personnes.

J'étais très émue d'entendre Monsieur dire qu'après avoir déjà eu un premier parcours de reconversion, où son entreprise a joué le jeu, il a été soutenu une nouvelle fois après un accident de santé qui n'était pas lié au travail. Il a pu bénéficier d'une reconversion dans une activité professionnelle qui lui permettait de continuer à s'épanouir, mais après un éloignement très long du travail. Cela illustre ce que je disais tout à l'heure : trois ans d'éloignement du travail parce que malgré la bonne volonté de l'employeur, il n'est plus dans le jeu. Qu'à Cap Emploi on vous dise « *Il n'y a pas de métier dans ce que vous cherchez* » alors que vous aviez fait état de vos compétences, de vos aptitudes, de votre goût, de votre projet professionnel, je trouve cela

incroyable. C'est contre cela qu'il faut que nous luttons aussi.

Plutôt que de regarder la personne en fonction de ses inaptitudes, en fonction de ses limitations et de sa classification dans tel ou tel programme, il faut la considérer en fonction de ses aptitudes, je ne mettrai pas « restantes » parce que je trouve ce mot épouvantable, mais en fonction de ses aptitudes. Qu'elle soit victime d'un arrêt de travail pour maladie ou pour handicap, la personne a des aptitudes, elle a un projet professionnel à construire rapidement. Les délais que vous avez évoqués, pour 13 000 places, la monstruosité administrative que cela représente, et l'injustice que cela représente... 13 000 personnes qui peuvent bénéficier d'un accompagnement de cette nature, qui ne débouchera pas forcément sur un emploi parce qu'après tant de temps d'éloignement, c'est quand même très compliqué... Et tous ceux qui restent à côté, et tous ceux qui nous disent « *Nous n'y arrivons pas* », et tous ceux pour qui finalement la RQTH, la demande de l'AAH vont être la solution refuge avec les conséquences dramatiques en termes de considération, d'estime de soi, de ressources. C'est un gâchis humain incroyable alors que dans cette salle, je vois bien qu'il y a un nombre très important de personnes qui possèdent l'information, mais la coordination n'est pas au rendez-vous. Quand, Monsieur de la CRAMIF,



vous dites « *Cela existe, mais il faut amplifier* », bon sang, amplifions ! Amplifions rapidement ! Pendant ce temps-là, on a des personnes qui restent sur le carreau et dont les pathologies s'aggravent, et qui ont des pathologies associées beaucoup plus graves que la pathologie de départ, alors que le travail est source de santé.

**Quelqu'un qui travaille, quelqu'un qui peut**

**gagner sa vie, quelqu'un qui s'épanouit dans son travail, qui peut se reconvertir dans une activité, gagne en qualité de vie et en qualité de santé.**

Je pense qu'il faut que les services de l'Assurance Maladie, de tous ces organismes-là, se rendent compte qu'il y a aussi des gains à faire de ce côté-là.

### François DESRIAUX

Comme vous le savez, Madame GILLOT, les services de la Sécurité sociale, je pense qu'on n'est pas dans une augmentation du nombre de personnes qui y collaborent. C'est cela, Monsieur LEMIRE ?

### Francis LEMIRE

Oui. C'est une manière élégante de le dire, effectivement. Mais comme je le disais, c'est très complexe, il y a beaucoup d'acteurs. Améliorons la coordination. Nous sommes dans cette

démarche. Ce qui est absolument certain, c'est davantage de visites de préreprise, davantage d'interventions avec les médecins du travail dans les cellules.

### François DESRIAUX

Donc prise en amont le plus possible.

### Dominique GILLOT

Très en amont.

### François DESRIAUX

Si je retiens deux choses, il y a le fait d'intervenir en amont, cela paraît évident, et le fait d'accompagner la personne et de trouver le bon interlocuteur, de la prendre en charge, elle a déjà

suffisamment de soucis à gérer, et de mettre en musique un certain nombre d'interlocuteurs et d'organisations ou d'organismes pour gérer la reconversion de la personne.

### Francis LEMIRE

C'est une bonne synthèse. Et ce, avec le financement. Dans les partenariats, nous avons rencontré tout récemment, la semaine dernière, la Mutualité Française Île-de-France justement pour voir comment mieux coopérer.

### Dominique GILLOT

Bravo ! Je crois qu'il est important que chacun change de culture. La culture de la Sécurité

sociale est une culture réparatrice, ce n'est pas une culture d'accompagnement et de prévention.

### François DESRIAUX

Il n'est pas d'accord ! Vous allez le fâcher !

### Dominique GILLOT

Très bien. Fâchez-vous, dites-moi le contraire.

### Francis LEMIRE

Un ingénieur-conseil ou un contrôleur de Sécurité vient nécessairement du monde du travail. C'est déjà quelque chose à souligner. Une expertise et une compétence du monde du travail pour connaître à la fois les problèmes du

chef d'entreprise et les problèmes des salariés qui sont exposés au risque. C'est quand même fondamental. Nous avons un agrément très officiel par le Directeur général de la Caisse nationale à l'issue de douze mois – c'était quinze

mois quand je l'ai fait – de formation, c'est absolument exceptionnel, formation avec l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale, avec l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) et en formation interne dans les caisses régionales. Il faut rencontrer les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité. C'est une véritable passion.

C'est vrai que globalement les fonds servent à la « réparation » et à la réhabilitation. On estime le fonds de prévention à 3% des quelque 12

milliards de cotisations nationales. Mais on rajoute les cotisations des services de santé au travail qui contribuent au premier chef à la prévention auprès de tous leurs adhérents, on arrive à un total de 15%, supérieur aux 12 ou 13% de l'Allemagne. Il ne faut pas regarder que les 3% de la Sécurité sociale. Tous les ans, on facilite des aides financières entre 80 millions et 100 millions d'euros pour les adaptations de poste de travail ou pour améliorer les conditions de travail au niveau national.

### François DESRIAUX

Monsieur MAZABRAUD, une réponse courte, parce que j'ai deux intervenants à faire passer et ils ne vont pas repartir sans être intervenus.

### Christophe MAZABRAUD

Trois points techniques. Le taux d'accès à l'emploi moyen pour les stagiaires sortant de CRP est de 65% six mois après leur sortie. Tous ne retrouvent pas effectivement du travail dans les six mois, mais c'est un taux relativement honorable, je crois.

Deuxième point technique : ne pas confondre le Contrat de rééducation professionnelle et les centres de réadaptation professionnelle, même s'ils sont tous les deux soutenus par l'Assurance Maladie.

Un autre point sur la question de la culture : oui, c'est important, effectivement, parce que les

intervenants sont multiples d'une part, et parce que les partenaires essentiels de la reconversion professionnelle ou du maintien dans l'emploi (employeur, médecin du travail, la personne, les autres services) doivent s'acculturer les uns aux autres pour pouvoir travailler ensemble. Il y a encore du chemin à faire sur ce sujet.

Dernier point technique qui me revient sur la question de la reconnaissance de travailleur handicapé : effectivement, il y a besoin d'une reconnaissance travailleur handicapé. L'inaptitude ne suffit pas.

### François DESRIAUX

Je voudrais que nous abordions maintenant une autre séquence. Vous ne serez peut-être pas d'accord avec moi, mais je vais essayer de synthétiser. Ce dont vous venez de nous parler les uns et les autres, c'est quand même de prévention tertiaire, c'est-à-dire on va permettre à quelqu'un qui n'est plus en état de travailler, qui est inapte, que l'inaptitude soit due au travail ou due à autre chose comme nous l'avons vu avec le cas de Monsieur RIZEK, de retrouver sa place dans la société, dans l'emploi, etc. La question de la prévention primaire est : comment on empêche qu'à cause de mauvaises conditions de travail, un certain nombre de gens deviennent inaptes ou comment on améliore le fait que compte tenu que la population vieillit du fait du recul de l'âge de la retraite et que, vieillissants, on a un certain nombre de capacités qui déclinent, on puisse quand même travailler malgré les exigences du travail d'aujourd'hui ? Je voudrais que nous voyions cela avec nos deux intervenants suivants. Je commence par vous, Emmanuelle PARADIS. Vous êtes responsable du projet « Prévention et santé au travail » à la mutuelle CHORUM. CHORUM suit les entreprises de l'économie sociale et solidaire, et dans ces entreprises, vous avez beaucoup d'entreprises de soins à domicile, d'associations, etc., et donc, des services à la personne où récemment les taux d'ATMP ont grimpé pour arriver à des scores proches ou dépassant même ceux traditionnels du bâtiment. Il y a donc un vrai besoin.

Nous passerons ensuite la parole à Yves BADOUAL qui fait un peu la même chose, mais à l'Association régionale d'amélioration des conditions de travail, l'ARACT Île-de-France.



### Emmanuelle PARADIS

Bonjour. Effectivement, CHORUM est une mutuelle de prévoyance dédiée à l'économie sociale, intervenant essentiellement dans le

cadre des conventions collectives de l'économie sociale, notamment la branche de l'aide à domicile, un certain nombre de secteurs



Emmanuelle PARADIS, Chef de projet prévention et santé au travail CHORUM

d'activité comme le médicosocial, le secteur du handicap, les EHPAD, etc.

Tu parlais de l'augmentation des ATMP. Globalement, en tant que mutuelle de prévoyance, nous voyons différents indicateurs. À travers les déclarations de données sociales, nous voyons tous les arrêts maladies dès le premier jour, et pas que les ATMP. Nous voyons l'entrée en invalidité. C'est un secteur globalement très concerné par les problèmes de santé au travail, je vais y revenir. Depuis 2012, il y a une aggravation massive de la situation. Pour vous donner un exemple qui illustre le niveau de cette aggravation : normalement, les conventions collectives négocient leur contrat de prévoyance tous les trois ans, et dans la plupart des branches que nous couvrons, les renégociations doivent se faire chaque année parce que la dégradation est tellement rapide que même en l'anticipant, on ne l'accompagne pas. On est donc vraiment dans une situation très sinistrée et avec une dégradation extrêmement rapide qui est liée au contexte de travail. Ce n'est pas par hasard que dans des secteurs d'activité donnés, la situation de santé des salariés se dégrade aussi vite.

Elle est donc liée à toute une série de facteurs. Je ne vais pas y revenir ici, mais je vais prendre un facteur déterminant qui est la question du financement de ces activités. L'aide à domicile est financée en partie par l'APA. Il y a des financements de conseils départementaux. Je me suis dit que j'allais prendre deux exemples pour montrer comment cela impacte le travail derrière. **Avec la réduction globale des financements, des interventions d'aides à**

**domicile qui étaient, il y a quelques années, plutôt de l'ordre d'une heure auprès de personnes âgées pour prendre en charge l'ensemble de l'accompagnement de vie quotidienne, se réduisent jusqu'à arriver à des interventions d'un quart d'heure.**

Pour une aide à domicile, faire six fois une heure dans la journée, ce n'est pas du tout pareil que de faire 24 fois un quart d'heure. Ce n'est pas du tout pareil en termes de rythme de travail. Ce n'est pas du tout pareil en termes de satisfaction du travail accompli. Ce n'est pas du tout pareil en termes de remobilisation sur une situation nouvelle. Ce n'est pas du tout pareil non plus en termes d'impacts parce que ce sont des personnes qui sont globalement très engagées dans le travail et qui compensent. Nous suivons énormément de salariés. Des salariés qui sont sans aucune reconnaissance sociale de leur activité, des salariés qui n'ont que leur propre regard sur leur activité pour la valoriser vont démarrer une demi-heure, trois quarts d'heure plus tôt le matin. On développe la télégestion dans l'aide à domicile pour pouvoir pointer ce qu'elles font et en réalité elles démarrent trois quarts d'heure plus tôt, elles pointent à la bonne heure. Ce travail est totalement invisible. Progressivement dans la journée, elles retardent et elles terminent pour tard pour arriver à tout faire. Comme elles n'ont plus le temps de faire une lessive par exemple au domicile des personnes, elles emmènent le linge chez elles pour faire la lessive dans leur machine à laver et le ramener le lendemain.

L'impact sur le travail est donc très fort.

Je voulais prendre un deuxième exemple de la façon dont cela vient impacter très directement le travail. Les financeurs, tous secteurs confondus (médicosocial, crèches, aide à domicile) font la chasse aux temps dits improductifs dans les financements. Les temps improductifs sont notamment les temps de réunion. On diminue donc, voire on supprime les temps de réunion. Or, le travail ne se construit que comme cela. On ne peut pas être un intervenant professionnel sans pouvoir partager avec ses collègues sur ses pratiques, ses difficultés, etc. La dégradation de la situation de santé est liée à cela.

Après, je ne vais pas vous donner beaucoup d'éléments chiffrés, mais tout se dégrade, le taux d'absence pour maladie ordinaire, le taux d'ATMP, les entrées en invalidité, les licenciements pour inaptitude. Pour vous donner juste un exemple, dans la branche de l'aide à domicile, la branche respecte quasiment le taux d'obligation d'emploi des personnes handicapées. Évidemment, ce n'est pas parce qu'il y a des pratiques d'embauches de salariés en situation de handicap, c'est parce que les salariés développent du handicap au cours de leur vie professionnelle à un taux suffisant.

Une situation qui est donc sinistrée. Nous travaillons aussi sur le début de la chaîne. Sur comment accompagner la prévention, et comment accompagner les personnes qui sont dans des situations de santé. Nous avons réalisé une enquête, en particulier avec UNIFAF,

auprès de personnes licenciées suite à une invalidité.

Cela se traduit par un licenciement pour inaptitude, mais nous connaissons l'invalidité en tant que mutuelle de prévoyance. Nous savons que l'invalidité est reconnue et nous savons que la personne est licenciée puisque nous lui versons sa prestation. Nous avons donc envoyé un courrier à ces personnes en disant : « *Si vous êtes d'accord pour participer à une enquête, nous nous le dites* » et faire un entretien pour suivre le parcours. Avec 40 entretiens, je ne prétends pas à une exhaustivité, une représentativité, mais sur ces 40 personnes, on constate que tout a raté. Indépendamment des contraintes du travail dans lesquelles elles sont, celles qui se retrouvent licenciées n'en ont jamais parlé à personne, à aucun moment. Elles n'en ont pas parlé à un collègue, ni à un employeur, ni à leur médecin du travail, ni aux représentants du personnel. Et même quand on leur demande si elles en ont parlé à leur médecin du travail, etc., elles répondent : « *Ah bon ? Mais pour quoi faire ?* ». C'est sûr qu'il y a des choses à faire à ce niveau-là. Mon point de vue est qu'au premier niveau qu'on voit, **on peut agir sur les personnes en essayant déjà de faire en sorte que les difficultés de santé soient mises en débat dès qu'elles surviennent.** Le premier mal d'épaule, le premier départ en pleurs du travail le soir, dès que quelque chose se passe, que cela puisse être mis en débat. Il y a là un enjeu. Mais il y a aussi



Yves BADOUAL, Chargé de mission ARACT IDF



un enjeu avant que cela survienne de mettre en débat le travail, son organisation, ses conditions de réalisation. Nous essayons d'agir là-dessus. Il y a aussi un enjeu, en tout cas dans notre secteur qui est essentiellement sur financements

publics, de repenser le cadre dans lequel se réalisent ces activités et de repenser ce que cela signifie derrière, en termes de conditions de réalisation de l'activité quand on définit les moyens qui vont être ceux de ces activités.

### François DESRIAUX

Sachant que ces activités sont appelées à se développer en plus compte tenu du vieillissement de la population.

Je vous remercie, Emmanuelle. Je passe tout de suite la parole à Yves BADOUAL, de l'ARACT. Vous travaillez aussi sur le secteur de l'aide à domicile, je crois. Après, nous ferons l'échange final avec la salle.

### Yves BADOUAL

Il se trouve effectivement que je travaille depuis deux ans sur le secteur des services à la personne. Est-ce un hasard ? Je ne pense pas. Je pense simplement que **les populations qui sont aujourd'hui menacées par l'usure professionnelle et la désinsertion**

**professionnelle sont des populations qui sont socialement et économiquement déjà fragiles.** Les secteurs des SAP en font partie. Mais on pourrait trouver l'équivalent dans d'autres secteurs, dans le secteur de la manutention, de la grande distribution, etc.

### François DESRIAUX

Des secteurs où il y a une grande charge physique déjà.

### Yves BADOUAL

Il y a une charge physique et il y a une charge mentale.

### François DESRIAUX

Il y a une charge mentale qui s'est rajoutée avec les contraintes de temps.

### Yves BADOUAL

Tout à fait. Dans les services à la personnes, il y a une charge mentale qui est importante. Ce qui me frappe dans la vingtaine d'entreprises que je suis, c'est qu'on a régulièrement le thème « comment on peut aider socialement, économiquement nos intervenants, et jusqu'où on peut aller » sans sortir de notre posture de

dirigeants. Aujourd'hui, nous sommes amenés à faire deux sessions sur la relation aidant/aidé, non pas par rapport aux usagers, mais par rapport aux intervenants de la relation dirigeant/intervenant pour les aider à prendre du recul et à se positionner correctement.

### François DESRIAUX

Excusez-moi, que l'on comprenne bien, ce sont des sessions de formation des dirigeants de ces services à la personne, c'est cela ?

### Yves BADOUAL

C'est cela. Aujourd'hui, j'anime ce qu'on appelle des clusters, c'est-à-dire des actions collectives. J'en anime deux. Nous avons d'ailleurs développé plusieurs clusters en parallèle avec la CRAMIF. Nous avons constitué un petit comité de pilotage avec la CRAMIF, avec mon confrère Bernard

GRAZIANO, qui fait partie de la CRAMIF. Avec AGEFOS et Uni Formation. Nous avons réussi à mettre au point une formation de prévention suivant un référentiel de l'INRS. Je suis ANACT/ARACT et je travaille avec la CRAMIF et avec d'autres.

### François DESRIAUX

Vous avez déjà réalisé la fusion, n'est-ce pas ?

## Yves BADOUAL

Presque !

Nos moyens font qu'aujourd'hui nous sommes obligés de collaborer. Mais c'est vrai que c'est une collaboration de gré à gré.

Concernant l'usure, je voudrais mettre l'accent sur plusieurs choses. Déjà, quand on nous appelle, très souvent on est dans une situation dégradée. On va donc être sur de l'aménagement de poste, sur la mise en place du télétravail pour une personne qui ne peut plus se déplacer ou qui peut difficilement se déplacer. On va chercher des solutions. Simplement, notre travail, c'est la prévention. Pour faire de la prévention, il faut du temps. Il faut que ce soit porté. Il faut les compétences, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se contenter simplement d'aménager un poste. Il faut regarder un peu plus loin et cela demande des compétences en termes d'ergonomie, mais aussi en RH. Il faut prévoir qu'on ne pourra pas faire éternellement certains métiers. Si on ne prévoit rien, au bout d'un moment, on se retrouve le « bec dans l'eau ». Par exemple, au 115, est-ce qu'on peut laisser un opérateur répondre éternellement 7h par jour à des appels d'urgence auxquels il ne peut plus répondre ? Vous avez un burn-out à la fin, c'est sûr.

Donc, comment gère-t-on ce genre de situations ? C'est cela, notre travail aujourd'hui. C'est d'essayer d'être bien en amont de l'échec parce que finalement c'est un échec, et d'essayer de faire en sorte que les gens deviennent acteurs de leur propre prévention.

Pour porter une action comme cela, c'est plus facile dans une grande entreprise si la direction est impliquée, évidemment, c'est la première condition. Au-delà, cela s'inscrit avec un portage d'acteurs divers et variés qui vont être le préventeur, le CHSCT ou la future Commission Sécurité et Conditions de Travail. Cela va s'inscrire éventuellement dans un cadre de dialogue social ou d'accord d'entreprise. Cela permet une certaine durabilité. En général, les services de médecine au travail sont aussi associés. En tous les cas, dans nos interventions, nous associons

## François DESRIAUX

Oui. Merci. Y-a-t'il des questions dans la salle ?

### Intervention de la salle

Bonjour. Je suis psychologue clinicien employé dans un service de santé au travail en activités territoriales. Vous parlez beaucoup de coordination des actions et ce que disait Madame GILLOT

généralement, s'il le désire, le médecin du travail. C'est souvent un incontournable chez nous.

Cela, c'est bien pour les grandes entreprises ou les grandes PME. Dans les TPE, vous n'avez rien de tout cela. Vous avez le dirigeant. Il est tout seul. Le rapport Lecocq confirme à peu près ce que l'on pressentait. À qui fait appel le dirigeant d'une TPE ? À personne. En tout cas, pas à la CRAMIF, pas à l'ARACT ni à l'ANACT. Un peu à la médecine du travail, mais souvent en méconnaissant le côté normalement préventeur des services de santé au travail. Il va plutôt être sur : « Untel ne va pas bien, il faut aller le voir ». On est sur du curatif.

À qui s'adressent aujourd'hui ces TPE, PME pour faire de la prévention d'usure ? Il n'y a pas grand monde. Ils sont seuls. C'est pour cela que nous avons essayé de mettre en place ce qu'on appelle des actions collectives. C'est un mode d'action du réseau qui est assez ancien. Les premiers réseaux de ce type que nous avons montés remontent aux années 2000. À l'époque, c'était financé par le Conseil Régional. Cela s'appelle les « réseaux d'entreprises pour l'emploi » où on réunissait une dizaine d'entreprises, en s'appuyant sur des acteurs locaux. Aujourd'hui, les TPE ne nous appellent pas, mais nous les atteignons grâce à des acteurs locaux. Par exemple, sur les services à la personne, nous passons par les plateformes SAP, qui sont en général des émanations des Maisons de l'Emploi, dont le travail est d'aller au contact de ces entreprises de services à la personne, et de leur proposer un ensemble de services. C'est en passant par ces acteurs locaux que nous arrivons grosso modo à entrer en contact avec les TPE et les PME. C'est également en formant les personnes qui sont dans ces services. D'ailleurs, la DIRECCTE nous a demandé de former un certain nombre de personnes des MDE sur ces questions de prévention justement pour qu'elles soient armées pour faire face aux demandes des entreprises, non seulement faire face, mais suggérer un certain nombre d'actions auprès des TPE.

Voilà. On pourrait dire plein de choses, mais je pense que le temps passe.

sur l'estime de soi m'a ramené à une de mes patientes et me faisait penser au fait que bien souvent, les volontés s'opposent. Entre le patient qui va avoir une certaine approche de ses conditions de travail, et de ses volontés de carrière, le psychologue du travail qui va avoir lui-même une autre approche, le médecin qui, pour des raisons qui sont les siennes, va essentiellement se focaliser sur la question de la santé, et l'employeur... il y a bien souvent une opposition entre les volontés. Je pensais justement à une de mes patientes qui a un certain nombre de restrictions, qui vient me voir en me disant : « *On me fait passer pour une handicapée* », c'est son terme et c'est comme cela qu'elle le voit. En fin de compte, cette situation est complètement bloquée. Elle ne peut plus réaliser les tâches qui lui incombent dans le cadre de sa pratique professionnelle, elle était agente d'entretien. À côté de cela, elle ne peut pas se mettre en arrêt de travail parce qu'en fonction publique, un demi-traitement assez rapide tombe et financièrement, elle ne peut pas gérer cela. Les reclassements ne sont pas possibles parce qu'on n'a pas suffisamment de postes et qu'à côté de cela, on n'a pas de postes qui sont adaptés à ses restrictions. La décision qui a été prise dernièrement, c'est de lever les restrictions pour permettre à la personne de travailler sur son poste de travail malgré les difficultés qu'elle éprouve. En tant que psychologue, je trouve la situation particulièrement insatisfaisante. Je vous demande à vous, intervenants, si des dispositifs, des procédures existent pour ce genre de cas de figure où tous les acteurs mobilisés ne sont pas capables de s'entendre au vu des enjeux qui sont les leurs ?

### François DESRIAUX

Vous n'avez pas trouvé plus simple comme question ! Nous allons prendre la deuxième intervention, cela permettra de réfléchir.

### Sophie TAILLÉ-POLIAN

Je ne sais pas si je vais poser une question extrêmement simple non plus. Je suis sénatrice du Val-de-Marne, tout à fait intéressée à tous les échanges sur les potentielles, importantes et nombreuses, je suppose, évolutions législatives qui sont nécessaires. Je suis commissaire aux finances. Je suis en charge du suivi du budget du ministère du Travail. Il y a un certain nombre d'enjeux que j'ai entendu et qui sont très en lien avec le travail que je mets en place pour suivre l'évolution du budget du service public de l'emploi.

Par rapport à ce qui a été dit et qui m'interroge beaucoup, je voulais parler des nouvelles formes d'emploi et de la précarisation. Tout ce que j'entends, c'est que le médecin du travail est le pivot. C'est vrai que pour bon nombre de salariés dans un certain nombre d'entreprises, qu'elles soient de taille moyenne ou petite, on sait malheureusement le manque de médecins du travail. Mais je pense à tous les salariés sur les aides à domicile ou le travail à domicile. Il y a aussi beaucoup de personnes qui sont salariées avec de multiples employeurs, avec les CESU, et

qui ne voient jamais un médecin du travail, qui n'en connaissent même pas leurs employeurs qui ne sont même pas des entrepreneurs. Pour ceux qui voudraient s'en préoccuper, ils ne trouvent pas de solution. Ces employés à domicile et également tous les précaires, ceux qui cumulent un certain nombre d'emplois courts, comment sont-ils pris en charge ? On décrit déjà un système complexe, difficile à mettre en place et dans lequel il y a beaucoup de loupés y compris pour des gens qui ont des statuts pourtant protecteurs comme dans la fonction publique territoriale. Mais comme on se heurte aujourd'hui à une grosse évolution de l'emploi et une précarisation massive, comment fait-on pour – je n'ai pas envie de dire « accompagner cela » parce que ce n'est pas vers ce type d'emplois que je souhaiterais que la société aille, mais malheureusement, elle y va – Comment fait-on pour que les enjeux de la prévention et des maladies professionnelles qui invalident, soient aussi pris en compte pour ces travailleurs-là ? Merci.

### François DESRIAUX

Dominique GILLOT.

### Dominique GILLOT

Je demande aussi un petit temps de réflexion. C'est vrai que nous sommes face à une évolution phénoménale. On est en train de se chipoter sur des droits acquis, reconstruits, et qui ne concernent

pas tout le monde. Beaucoup de personnes y échappent, comme vous venez de le dire. Dans tous les cas, me semble-t-il, ce qu'il faut, c'est remettre la personne au cœur du système, sortir des cultures systémiques, chacun son métier, chacun sa manière de voir les choses, et la difficulté de se coordonner. Je crois qu'à un moment donné, il faut sortir de cela et s'intéresser à la personne, au travailleur, salarié, précaire ou non, et au collectif de travail ou à l'écosystème dans lequel il s'inscrit. J'étais très frappé par ce que vous expliquiez, Madame, sur la dégradation des conditions de travail et des conditions de santé des personnels à domicile, mais quid de la qualité du service que ces salariés apportent à l'usager, et du coup, de la difficulté que cela représente ? Cela, c'est une autre partie de mon travail, de mon rapport : sur le contrat de confiance qu'on doit avoir autour de la personne à aider, autour de la personne en perte d'autonomie entre les proches aidants, les aidants professionnels et l'ensemble de la société pour qu'on puisse continuer de s'occuper des personnes en perte d'autonomie sans les considérer comme des objets, sans faire la chasse aux temps improductifs, mais en recherchant la qualité du lien. Je pense qu'au bout du bout, on y gagnera du temps, on y gagnera de la qualité et on dépensera peut-être moins d'argent. Il apparaît quand même dans tout ce que nous disons, qu'il n'y a pas d'étude d'impacts globale. On regarde un dispositif pour ce qu'il est, mais on ne regarde pas les conséquences qu'entraîne la dégradation de la qualité de ce service.

**Il faut donc remettre la personne au cœur du sujet.** Comme le disait Monsieur le psychologue clinicien, quand il y a des oppositions entre les différents professionnels, je pense qu'il faudrait peut-être reconnaître une forme de médiation possible au choix de la personne concernée pour qu'elle puisse se faire accompagner dans ces visites et dans ces concertations pour que sa parole puisse être entendue de manière un peu décalée et sans difficulté.

Ce que je retiens de tout ce qui a été dit, c'est que le maître mot est « anticipation ». Quand on est dans la réparation, on n'est plus dans la prévention. On est dans la prévention de la désinsertion professionnelle lourde, c'est-à-dire comment est-ce qu'on va éviter qu'une personne soit mise à la casse et disparaisse du monde du travail. C'est bien avant qu'il faut... Vous disiez tout à l'heure, et cela vaut pour beaucoup de professions, qu'il y a des métiers qui ne peuvent plus être exercés toute la vie. L'allongement de la durée du temps de travail et l'allongement de la durée de vie font que les gens vont être obligés de changer de métier. Il faut anticiper cela.

Dans mes travaux, j'ai rencontré des entreprises, principalement des grands groupes ou des grosses entreprises qui sont dans cette démarche, qui, recrutant une personne, commencent déjà à envisager sa reconversion ultérieure en gardant le bénéfice de la formation, de l'investissement sur l'acquisition des compétences de cette personne – c'est un peu ce que vous avez vécu, Monsieur, dans votre première reconversion – et en ayant un pacte de confiance autour du parcours professionnel. On est quand même dans une situation où les compétences utiles à l'entreprise sont un bien précieux. Il faut donc les préserver également.

C'est vrai que sur les services d'aide à la personne, tout est à construire. On a vécu cela comme un succédané, comme une possibilité de reclassement des personnes sans grande formation, alors qu'on s'aperçoit aujourd'hui que si l'on veut accompagner le vieillissement de la population dans les meilleures conditions, ce n'est pas en augmentant le nombre de places dans les EHPAD qu'on va y arriver. C'est en augmentant la qualité et la quantité du service à la personne dans un pacte de confiance autour de cette même personne.

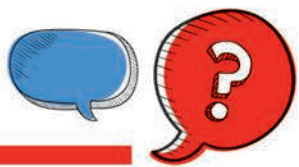
## François DESRIAUX

Merci. Je ne prends plus de question, parce que nous devrions avoir fini. Mais il y a une deuxième table ronde, et peut-être que des questions que vous auriez posées ou que vous avez posées trouveront leur réponse avec les intervenants

de la deuxième table ronde.

Je vous propose déjà de remercier ces intervenants-là chaleureusement, parce que l'exercice n'était pas facile. Nous allons appeler la deuxième table ronde sans transition.





## TABLE RONDE 2

# L'IMPORTANCE DU DIALOGUE SOCIAL DANS LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

### François DESRIAUX

La deuxième table ronde est intitulée « L'importance du dialogue social dans la prévention de la désinsertion professionnelle ». Je voudrais que me rejoignent :

- **Le docteur Martine KERYER**, qui est médecin du travail à la CMS, le plus gros service de médecine du travail français et d'Île-de-France, et qui est – c'est à ce titre qu'elle est là – Secrétaire nationale de la Santé au travail et du Handicap à la CFE-CGC.
- **Jean-Louis ZYLBERBERG**, qui est également médecin du travail. Il représente la CGT au CROCT (Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail), et qui est Président de l'association Santé et Médecine du travail.
- **Éric DE CHATEAUVIEUX**, qui est Chargé de mission handicap à l'Union régionale Île-de-France CFDT.
- **Bernard GAÏSSET**, qui a été le directeur général de la CMS, mais qui est aujourd'hui le conseiller du Président de la CMS et qui représente le MEDEF. Il siège au CROCT au nom du MEDEF Île-de-France.
- **Jean-Pierre PARAY**, qui est sociologue et qui s'occupe du cabinet ALJP, cabinet de conseil et de formation. Vous travaillez essentiellement sur la PDP et le maintien dans l'emploi.

Je vais commencer avec vous, Martine KERYER. Je rappelle que vous êtes Médecin du travail et Secrétaire nationale de la CFE-CGC. Vous représentez les cadres. On est peut-être moins dans ce qu'on a vu à travers les exemples qui ont été donnés, notamment dans l'aide et le service à la personne, quoiqu'on ait bien vu qu'il y avait une composante psychique. Mais chez les cadres, on est beaucoup plus soumis à la pression, au temps, et donc à ce qu'on appelle aujourd'hui dans le langage courant les RPS, les risques psychosociaux, l'épuisement professionnel, le burn-out. Dans Santé et Travail, nous en faisons des « tartines » sur ce sujet-là. C'est donc quelque chose d'extrêmement important, mais qui peut conduire à la désinsertion professionnelle. Je le vois dans d'autres structures, notamment au Conseil des Prud'hommes. Quand on voit des gens qui ont été licenciés pour inaptitude après un burn-out, on sait très bien en les regardant qu'ils ne retrouveront pas de boulot de sitôt. C'est le moins qu'on puisse dire.

Je vous donne la parole sur quelque chose qui n'a pas beaucoup été évoqué ce matin, et c'est important que vous le développiez, parce que cela ressort dans le fameux rapport Lecocq, c'est le rôle du dialogue social. Nous y reviendrons. Qu'est-ce qu'un bon accord sur ce sujet ? Comment s'y intéresse-t-on ? Comment fait-on de la prévention primaire ? Dans la table ronde de ce matin, on a beaucoup parlé de prévention tertiaire, de prendre les choses en amont, mais on sait très bien qu'il y a certains métiers qu'on ne peut pas faire toute sa vie. Je vais prendre un exemple qui n'a pas été donné : le travail de nuit qui a plutôt tendance à se développer. On ne va pas rentrer à 25 ans sur le marché du travail en faisant un travail en 3X8 et en espérant le faire jusqu'à 67 ans. Je ne pense pas. Ce n'est pas raisonnable.

### Martine KERYER

Bonjour à vous tous et vous toutes. Effectivement, j'enlève ma casquette médecin du travail pour vous parler en tant que CFE-CGC et donc, représentant la population cadres et encadrants, privée comme publique, parce que

malheureusement, les risques psychosociaux apparaissent dans les deux catégories.

Ce matin, dans les tableaux, je n'ai pas vu la notion de risques psychosociaux. Monsieur LEMIRE est parti. Je l'excuse pour avoir longuement



Martine KERYER, Secrétaire nationale Santé au travail et Handicap à la CFE-CGC

travaillé avec lui parce qu'il est dans l'incapacité complète de nous donner des statistiques de ces risques psychosociaux puisque c'est invisible, inodore, incolore et que cela n'existe pas. En tant que médecin, j'ai quand même besoin d'avoir quelques données scientifiques quand je prends la parole. J'ai donc regardé un peu ce que je trouvais.

Je trouve dans le rapport de l'Académie de médecine 100 000 personnes qui auraient été victimes d'épuisement professionnel. Le chiffre ne va pas plus loin. Je ne suis donc pas capable de vous dire depuis quand, depuis combien d'années.

Dans un rapport de la CNAMTS qui remonte à 2015, nous trouvons que 20% des personnes qui ont des indemnités journalières supérieures à six mois, les ont dans le cadre de pathologies psychiques qui ne sont pas habituelles, c'est-à-dire qui ne sont pas cataloguées dans ce que les médecins appellent le DCM-4, la bible des psychiatres. Cela veut dire en français dans le texte pour nous que 20% des personnes qui sont en arrêt avec des lés supérieures à six mois, sont en arrêt pour des troubles psychiques liés au travail, qui ne sont catalogués nulle part, qui sont inconnus de tous, qui n'existent pas. Ce sont des gens qui, dans les entreprises, sont en dépression.

Troisième chiffre que l'on peut avoir dans les services de santé au travail, et ce que je ressens en tant que médecin du travail, c'est que **20 à 25% des inaptitudes médicales sont mises pour des troubles psychiques liés au travail.** Il serait quand même temps de se réveiller, de pouvoir faire des statistiques, de pouvoir en parler. C'est ce que j'appelle le broyeur social invisible.

Tout à l'heure, on a parlé des troubles physiques, de l'usure professionnelle dans les catégories

sociales moins diplômées, mais je pense que dans notre population, il y a exactement la même chose. Je vois des médecins, des soignants, des professeurs, des policiers, des diplômés de haut niveau en état d'épuisement professionnel. Nous avons fait pas mal de colloques avec des directeurs financiers complètement au bout du rouleau qui ne reprendront jamais une vie professionnelle normale. Un film a été fait il y a quelques années où un cadre qui travaillait dans une grande entreprise à La Défense n'était pas capable au bout de quatre ans de faire un puzzle d'un enfant de cinq ans. Il est effectivement temps de s'en occuper dans les entreprises.

Je suis connue pour cela, j'aborde toujours ce sujet et je n'arrive pas à dialoguer. Monsieur GAÏSSET est mon ancien patron, est MEDEF et je lui parle en tant que MEDEF. Chaque fois que j'interviens, et j'interviens dans des salons de prévention comme Préventica, j'interviens en région dans le cadre de colloques sur le handicap psychique, je n'arrive jamais à débattre du sujet avec des employeurs. Il est temps qu'on en parle. Qu'on ne soit pas d'accord, je le conçois, mais arrêtons de faire comme si le sujet n'existait pas.

Pour être un peu optimiste dans le cadre du dialogue social, nous travaillons beaucoup avec notre réseau à la CFE-CGC sur nos délégués syndicaux qui négocient des accords Handicap. Nous avons eu la chance l'année dernière, d'après ce que je sais parce que je ne connais pas tous les accords, de voir apparaître le premier accord qui est celui de Sodexo où il y a une place pour le handicap psychique, et où il est écrit que la mission Handicap, comme l'ensemble des référents Handicap sont beaucoup sollicités dans le cadre d'épuisement professionnel et de stress et que la mission Handicap sera spécialement vigilante. Une enveloppe financière est mise

pour que la mission Handicap puisse faire appel à des opérateurs spécifiques qui sont Club Arihm ou Clubhouse. C'est le premier accord qu'on a réussi à mettre sur le tapis, et c'est un premier succès dont nous sommes très contents. Mais cela veut dire qu'il faut que l'on se batte et j'ai beaucoup de mal à arriver à ouvrir le débat.

Comment fait-on en attendant ? Éviter les épuisements professionnels veut dire faire de la prévention primaire. Cela veut dire aller travailler en entreprise sur la qualité de vie au travail, mais telle que nous l'entendons, c'est-à-dire la qualité du travail. Faire un travail où les personnes ont une autonomie, un travail qui a du sens, un travail où les valeurs sont respectées, un travail où c'est primordial pour les cadres et encadrants, où le temps de travail est encadré. Comment peut-on être cadre autonome, travailler 20h sur 24 et avec les nouveaux outils, être relié à son entreprise en permanence ? C'est évident que le jour où il y a un choc émotionnel, la personne qui est en stress chronique va passer

en épuisement professionnel. Ce sont des sujets qui doivent être travaillés dans les entreprises. Je ne sais pas s'il y a des DRH dans la salle, je l'espère. C'est un sujet que j'arrive à aborder avec les DRH, mais dans le privé. Ils le savent, ils en sont conscients, ils le voient autour d'eux, ils le subissent. Comme ce sont les salariés les plus investis et les meilleurs, c'est souvent eux, leur équipe et les membres du comité de direction. Mais on n'en parle pas. Les salariés partent de l'entreprise. Ils n'arrivent même pas jusqu'à l'invalidité parce que généralement ils partent pour un autre prétexte. Comment fait-on pour que ce sujet soit mis sur le tapis pour qu'on en parle ? Quand – c'est notre position, je sais qu'elle n'est pas partagée – l'entreprise paiera en maladie professionnelle le coût de ces pathologies, on pourra faire de la prévention. Mais en tout cas, il faut en parler ensemble, il faut en parler dans les futurs CSE. C'est un sujet qui doit ressortir et ce n'est pas ce qui est à l'ordre du jour à la date d'aujourd'hui.

### François DESRIAUX

Nous écoutons Jean-Louis ZYLBERBERG. Nous allons changer d'univers. Vous êtes médecin du travail, de ce point de vue là, c'est pareil. Vous êtes à la CGT, là, ce n'est déjà plus pareil. Vous êtes au Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail et vous exercez plutôt dans le bâtiment, c'est-à-dire que votre service suit pas mal de salariés du bâtiment. On revient donc aux questions d'usure physique et de désinsertion professionnelle. J'ai une boutade : est-ce qu'il y a dans le gros œuvre des salariés qui ont plus de 50 ans ? Est-ce que c'est possible d'en trouver ?

### Jean-Louis ZYLBERBERG

Il y en a même qui ont plus de 65 ans.

### François DESRIAUX

Mais pas beaucoup quand même.



Jean-Louis ZYLBERBERG, Membre du Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT) – URIF CGT

## Jean-Louis ZYLBERBERG

Malheureusement de plus en plus. Vous connaissez Molière. Vous vous souvenez qu'on a utilisé Molière au sein de fonctions publiques pour ouvrir des marchés du bâtiment avec la certitude que la langue de Molière soit donc parfaitement maîtrisée par les ouvriers qualifiés ou non qualifiés du bâtiment. Quand vous arrivez des Comores, du Cap Vert, du Congo, de la République démocratique, de Nigeria, votre première expérience professionnelle, oui, cela va être le bâtiment. Quand je les interroge sur leur histoire professionnelle, ils se triturent sur leur chaise parce que « *Pendant dix ans, docteur, je n'étais pas déclaré* ». Quand vous n'êtes pas déclaré, pour votre retraite à 62 ans, combien de trimestres avez-vous ?

Donc, oui, forcément, il y a des ouvriers du gros œuvre qui ont 64, 65, 66 ans. D'ailleurs, je vous rappelle qu'au sein de l'objectif Union européenne 2010, nous devions attendre 50% de travailleurs dans la classe 55-64 ans et en France, on partait en 2005 de 37%. Mais je vous rassure tout de suite, nous avons été un bon élève : au premier trimestre 2018, 51% des 55-64 ans travaillent.

Mais revenons à la CGT. Ce qui nous surprend dans les différents rapports, c'est la méfiance des intéressés. La parole des travailleurs n'apparaît pas. Comme disait Madame GILLOT, revenons au cœur de l'histoire des individus au travail. Je citerai un éminent professeur de droit, Alain SUPIOT qui, dans ses cours au Collège de France... Là aussi, on a entendu pas mal de chiffres. Son cours s'appelle « *La gouvernance par les nombres* ».

## François DESRIAUX

Il en a fait un livre d'ailleurs.

## Jean-Louis ZYLBERBERG

La fascination mathématique chez nos représentants du peuple et dans l'État est à prendre avec des pincettes. Il conclut ses cours au Collège de France par cette phrase : « *Rendre à ceux qui travaillent une prise sur l'objet et le sens de leur travail* ». Ce que nous constatons à la CGT, c'est que la parole des travailleurs n'apparaît pas dans tous ces rapports. Le travailleur, c'est celui dans lequel on ne peut pas avoir conscience sur la prévention, parce que le travailleur n'est pas expert de son travail. Non, non. Il n'a pas son expérience de son travail. Il n'a pas d'idées sur les moyens de prévention de sa future désinsertion professionnelle.

Je vais vous citer un exemple très concret. Hier, je vois en reprise d'accident du travail un ouvrier de gros œuvre qui va être sanctionné deux fois. Il est victime d'un accident du travail dans la situation suivante : pour couler du béton, vous avez la nécessité d'avoir une armature métallique qu'on appelle une banche, sauf que les banches sont standardisées et que votre immeuble n'est pas standardisé. Donc, il va devoir bricoler avec du contreplaqué. Quand on déplace ces banches, il faut enlever le contreplaqué. Il y a un objet ancestral dans le monde du bâtiment et dans d'autres mondes industriels qui s'appelle la barre à mine. C'est un excellent outil qui vous permet de faire plein de choses. Sauf que vous avez le droit d'être fatigué en début de matinée. « *D'habitude, docteur, on commence à 8h, mais là pour des problèmes de grue, on commence à 7h15, mais je vous rassure, l'employeur me déclare un horaire de travail de 8h à 12h, et de 13h à 16h30.* » Je ferme la parenthèse. Que se passe-t-il ? Il va se

fracturer la main. Il revient au travail avec plein d'idées sur la façon de prévenir son accident. Il en parle à la fois aux représentants des CHSCT, au préventeur, au Chef de chantier. C'était vendredi dernier. Il revient sur son chantier le lundi et comme c'est un mauvais élément puisqu'il a été très maladroit avec sa barre à mine, du jour au lendemain, c'est-à-dire à 8h du matin, il est sur un chantier à Carrières-sous-Poissy et on lui dit d'aller à Champigny.

La double peine que subissent les travailleurs qui connaissent bien leur métier... La prévention que donne cet ouvrier, c'est une prévention tout à fait technique, mais une prévention qui va coûter plus cher à l'entreprise. Au lieu du contreplaqué, il sait très bien qu'il y a un système métallique de faire rentrer la banche et de jouer à la place du contreplaqué.

D'abord vous le savez, notre Président l'a dit, le travail n'est pas pénible. Je me tourne du côté de mon voisin de droite, Monsieur GAÏSSET, parce que j'étais une petite souris et je suis allé à une réunion du MEDEF Île-de-France en 2016, dont le thème était la pénibilité. J'ai appris beaucoup de choses. En particulier, en Île-de-France, la véritable pénibilité, ce sont les trajets. Il n'y a plus de pénibilité en France.

Qu'on se dise bien les choses, nous sommes aujourd'hui dans un système de libéralisme économique et de renforcement. Et comme le disait l'ex-salarié d'Eiffage, c'est vous, en tant qu'individus, qui devez vous prendre en charge et donc, une culpabilisation de l'individu s'il est incapable de comprendre aisément tout ce qui a été présenté pendant la première partie de cette table ronde.



Clairement, ce que nous demandons, c'est de donner la parole aux travailleurs. Ce n'est pas en supprimant les CHSCT, en créant des

commissions Santé et conditions de travail dans les CSE que nous allons donner la parole aux travailleurs.

### François DESRIAUX

Merci, Jean-Louis ZYLBERBERG. Je propose que nous fassions un premier échange avec la salle sur ce qui a été dit, après je reviendrai vers les suivants. Non ? Personne ne souhaite intervenir. Bien, nous vous entendons, Monsieur de CHATEAUVIEUX. Vous représentez la CFDT et vous êtes à l'Union régionale CFDT d'Île-de-France et vous êtes en charge du handicap.

### Éric de CHATEAUVIEUX

Bonjour à tous. Éric De CHATEAUVIEUX. Je suis Chargé de mission Handicap, effectivement.

La CFDT est investie dans les problématiques de santé au travail et de handicap depuis de vingt ans, à tous les niveaux de l'organisation, que ce soit au niveau confédéral puisque nous participons aux différents comités, notamment au CNCPH, mais à d'autres aussi : au PRITH (Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés) et dans les CROCT. Nous sommes donc complètement investis dans les réflexions sur ce sujet, et même au niveau de la loi puisque nous avons participé à la réflexion sur la loi de 2005. Nous travaillons aussi au niveau de l'AGEFIPH et du FIPHFP. Déjà, première approche : qu'est-ce qu'une organisation peut apporter dans la réflexion au niveau national sur ces problématiques ? Il y a vraiment des sujets à traiter. Malheureusement ou heureusement, les problèmes de santé au travail traversent toute la société.

Deuxième approche, nous sommes très investis dans les entreprises, dans nos équipes syndicales. L'idée est d'outiller les équipes syndicales pour qu'elles soient capables non seulement d'accueillir une personne qui est en souffrance parce qu'elle a des problèmes de santé, mais qu'elles soient aussi en mesure d'accueillir des personnes qui ont des difficultés liées au handicap. Il y a déjà toute une approche : quels sont les outils que l'on peut donner aux équipes ? Quelles sont les réflexions ? Il n'est pas évident d'entrer dans ces problématiques de santé au travail si on n'est pas soi-même un tantinet formé. Dans notre institut régional de formation, nous avons des formations sur le CHSCT et notamment sur le CSE, sur la problématique handicap. Donc, première approche : investissement donnant des compétences. Permettons aux gens de comprendre la problématique quand ils rencontrent des personnes qui sont dans ce type de situation.

Troisième chose, il y a toute une réflexion sur la place du CHSCT, notamment des membres du CHSCT. À la SNCF par exemple, dans l'accord « travailleur handicapé », dans le 5, 6 et 7, la CFDT avait demandé que tous les CHSCT soient formés au handicap et à l'accord Handicap. Donc, la formation est essentielle.

Il faut absolument ouvrir les yeux des acteurs. Bien souvent, on se rend compte que chacun est dans son tuyau d'orgue et que chacun ne comprend pas forcément la plus-value que les autres peuvent



Éric De CHATEAUVIEUX, Chargé de mission Handicap CFDT-IDF

apporter. **La nouveauté de cette démarche de prévention de la désinsertion professionnelle ou de maintien en emploi, c'est de faire travailler les acteurs ensemble.** La CFDT est tout à fait lancée pour que les médecins du travail, les médecins de prévention et les différents acteurs dans l'entreprise, la hiérarchie, les RH, soient dans cet apport de partager les connaissances, de partager l'information. Nous militons pour que dans tous les accords, notamment Handicap, il y ait un volet important sur la mise en place de CME (Cellule de Maintien dans l'Emploi). C'est ce que nous avons fait notamment à la SNCF où nous nous sommes battus pour qu'il y ait une réflexion dans l'entreprise pour que ces cellules soient pérennisées et qu'elles interviennent non pas *a posteriori* quand la personne revient après un problème de handicap, mais bien en amont quand on détecte un problème de santé au travail.

Ensuite, au niveau de l'Île-de-France, nous faisons des journées thématiques justement pour diffuser le contenu de ces formations que propose Jean-Pierre PARAY. Je sors justement d'un séminaire qu'il a animé au niveau national sur ces problématiques. Cette approche, c'est d'être capable de créer du lien, de créer du sens. Nous faisons des journées thématiques. Je vous ai apporté une affiche que nous avons diffusée dans toute la CFDT Île-de-France sur ces problématiques de handicap. Nous avons fait des outils, des guides. Nous sommes en train de conduire une enquête dans la fonction publique sur les agents de la fonction publique pour leur faire prendre conscience de ce qu'est une action de maintien en emploi, pas forcément pour les travailleurs handicapés, mais pour l'ensemble des travailleurs. Nous faisons cette enquête, nous avons un bloc et nous faisons en sorte que les gens partagent cette information et soient des acteurs au niveau où ils sont.

Enfin, il y a une réflexion importante qu'il faut avoir. Quand les entreprises se dotent de système d'aide pour les travailleurs handicapés ou les salariés qui ont des problèmes de santé, comment suit-on ? Comment s'assure-t-on que l'entreprise met en œuvre ce qu'elle propose ? C'est là où le bât blesse. Non seulement beaucoup d'accords n'ont pas insisté sur la

nécessité de suivre et de tacler l'entreprise parce qu'elle ne fait pas ce qu'elle propose ou qu'elle ne fait pas ce qu'elle dit, mais il y a aussi une réflexion à avoir sur les indicateurs. On en a parlé un peu tout à l'heure. Comment mesure-t-on l'activité des cellules de maintien dans l'emploi ? Comment mesure-t-on les activités des personnes qui sont investies de ce métier ? Comment mesure-t-on l'activité du médecin du travail ? Comment mesure-t-on les activités de l'entreprise sur cette problématique ? Il y a donc là toute une réflexion sur : comment peut-on se doter d'indicateurs qui soient transverses ?

Ensuite, il y a deux choses : **Il faut aider les petites entreprises à avoir une politique ou des actions en faveur des personnes qui ont des problèmes de santé.** La DIRECCTE 92 a mis en place un projet qui s'appelle « HandiPME », dont nous faisons partie. L'idée est que cinq grosses entreprises vont mettre à la disposition de petites entreprises, des personnes pendant cinq jours pour les aider à monter des actions en faveur du maintien dans l'emploi. Notre surprise, c'est qu'on ne trouve pas de candidats, de petites entreprises pour participer à ce projet. Il faut donc qu'en interne, on relaie le message et qu'on leur dise qu'elles sont parties prenantes, qu'elles sont intéressées.

Dernière chose, on en a parlé tout à l'heure et c'est de plus en plus prégnant, c'est la problématique des aidants, que ce soit les aidants familiaux, les aidants dans les EHPAD, les personnes qui deviennent aidantes parce qu'elles ont chez elles des personnes qui sont en situation de handicap. Non seulement le salarié doit gérer des programmes, des agendas compliqués puisqu'il faut faire des absences, il faut accompagner les gens, accompagner ses enfants ou même ses ascendants. Il y a toute une démarche. Comment prend-on cette problématique dans l'entreprise ? Surtout, on ne se rend pas compte que l'aidant devient lui-même sujet aux TMS, devient lui-même sujet à différentes maladies professionnelles. Comment va-t-on accompagner le contrecoup de la démarche d'aide ? C'est tout un chantier à faire et malheureusement, les entreprises n'ont pas encore complètement investi cette problématique.

La difficulté pour nous est qu'on fait dans le transverse, on s'occupe de personnes, et il faut que l'on soit capable d'apporter des réponses à des personnes. Les dossiers sont compliqués. Ce n'est pas avec les dossiers de la MDPH qui sont proposés maintenant aux agents ou aux salariés que l'on va pouvoir résoudre le problème.

Je pense que l'intérêt de nos organisations, qu'elles soient patronales, syndicales ou représentatives des salariés, c'est de travailler ensemble, de travailler avec les professionnels. Il faut vraiment que ce soit mis en place et qu'on puisse avoir des moyens de mesurer la qualité du travail, la qualité des informations et le type d'informations qui sont apportées aux salariés qui sont en arrêt de travail. Cela nous concerne tous. **Il faudrait que l'on trouve un système sur les médias qui soit facile**

**d'accès, par exemple un site sur internet, qui rassemble de façon accessible, commune et pratique avec des termes facilement utilisables et pouvant être déployés dans une entreprise, tout ce qui se fait sur la santé au travail.** La revue Santé au travail le fait, mais peut-être que l'on peut étoffer cette approche pour permettre de participer et de mettre vraiment en commun toutes ces compétences qui doivent être le fruit de tous et d'un travail vraiment inclusif pour tout le monde.

## François DESRIAUX

Merci, Éric de CHATEAUVIEUX. Avez-vous retrouvé la mémoire pour des questions ?

## François DESRIAUX

Est-ce que, dans cette histoire de dialogue social – je vais faire un peu de provocation – ce n'est pas un peu une bouteille à l'encre ? Quand on ne sait pas trop quoi faire ou quoi enclencher pour résoudre un problème, on dit : il faut beaucoup plus de dialogue social, il faut qu'on se parle, il faut ceci, il faut cela. Si je prends par exemple, le cas des risques psychosociaux, j'ai quand même le sentiment que depuis les affaires France Télécom, il y a une obligation de négocier sur ces questions, des accords ont été

signés, mais cela n'a pas fait diminuer les risques psychosociaux. J'ai quand même l'impression qu'au niveau des accords, peut-être à part celui de Sodexo, on est dans la bonne volonté, c'est gentil, il faut faire, il faut se parler, mais il n'y a pas de véritable engagement sur ce que Martine, Jean-Louis ou Éric ont dit, c'est-à-dire en gros une transformation du travail, du sens, de l'autonomie, donc, de l'organisation, etc. Cela ne figure pas dans les accords. Oui ? Non ?

## Martine KERYER

Non, cela ne figure pas et je dirais qu'on a même reculé. Je me rappelle avoir été négociatrice de l'ANI qualité de vie au travail de 2012 qui a été coconstruit avec l'ensemble des partenaires sociaux à titre expérimental, où de belles expériences ont été faites, et qui est tombé à l'eau, qui n'a pas eu de suite en 2016. Quand nous avons été consultés dernièrement par le Premier ministre pour le rapport Lecocq, nous avons demandé que ce rapport soit remis à l'ordre du jour des négociations des partenaires sociaux. Dans les entreprises, les CHSCT dénoncent en permanence, l'employeur dit « *Mais non, mais non* ». C'est donc le combat et on n'avance pas. Pour avancer, il faut faire de la prévention et la prévention, c'est aller voir le travail, en accord, ensemble, et regarder la qualité du travail. Là, on avancera.

## François DESRIAUX

Oui, mais est-ce que cela peut figurer dans des accords ?

## Martine KERYER

Cela a figuré dans quelques accords. Il y a très peu d'accords qui parlent de la qualité de vie au travail. Quelques-uns ont mis en avant les espaces de discussion autour du travail. Ce que l'on trouve dans ces accords est très minimaliste.

On trouve le télétravail, beaucoup de choses autour du travail, mais sur l'organisation du travail elle-même, à la date d'aujourd'hui, je n'en ai pas vu.

## Jean-Louis ZYLBERBERG

Les risques psychosociaux sont plutôt les risques en lien avec l'organisation du travail. Je ne vais pas vous annoncer un scoop. Un employeur dit clairement que son pouvoir de direction, c'est le pouvoir de l'organisation du travail. Je sais bien qu'on fait des anniversaires sur 68, l'autogestion, etc., mais on n'est plus du tout dans cette actualité. Dont acte. On ne revendique pas assez, on ne manifeste pas assez. On ne syndicalise pas assez aussi. La problématique, qui est très bien donnée dans un livre de Catherine OMNES sur l'inaptitude qui s'appelle « Les mains inutiles », c'est que **dans les facteurs d'inaptitude, il y a aussi le taux de syndicalisation dans l'entreprise. Les rapports de force sociaux quand il n'y a plus de représentant du personnel, c'est vite vu, l'organisation du travail ne se discute pas entre partenaires sociaux.**

## Éric de CHATEAUVIEUX

Je ne serais pas aussi pessimiste. Certes, il y a beaucoup de complications. Certes, il est difficile d'avoir des prises et des informations ou de

faire changer les organisations du travail, nous sommes bien d'accord. Mais je pense quand même que depuis vingt ans, depuis que la loi

de 2005 est passée, et récemment les nouvelles lois sur le sujet, on voit quand même dans l'entreprise plus de travailleurs handicapés. Trois facteurs viennent contrebalancer cette démarche. Premièrement, les travailleurs handicapés ont été enfants, et dans les écoles, on voit de plus en plus de jeunes qui sont en situation de handicap et qui sont avec des élèves ordinaires. Quand ces élèves ordinaires deviennent grands, ils ont la possibilité d'embaucher des personnes handicapées ou des personnes qui ont des problèmes de santé. Il est vrai que dans les entreprises, on en parle plus, et il y a des émissions comme le Téléthon et autres qui font que ces sujets deviennent des sujets dont on peut parler. Quelque part, on voit quand même qu'il y a une réflexion dans les entreprises sur l'insertion et maintenant, l'inclusion sociale de ces personnes différentes. Cela commence à rentrer.

Effectivement, tout n'est pas rose, tout n'est pas mis en place. Il y a aussi des réflexions sur la prise en charge des gens qui ont des incapacités permanentes ou partielles supérieures à 10%. Ce n'était pas le cas à l'époque.

Je crois que même si les entreprises sont un petit peu sourdes, elles commencent à ouvrir l'oreille, elles commencent à bouger parce qu'elles se rendent compte qu'il y a une incidence économique réelle sur le sujet. Il y a le travail des syndicalistes qui essaient de faire en sorte que les accords soient favorables aux travailleurs handicapés. Il y a des travaux en interne dans

les négociations annuelles obligatoires. Il y a du travail dans les équipes, du travail auprès de la hiérarchie pour faire prendre conscience qu'embaucher une personne différente est une plus-value pour l'entreprise. Bien souvent ces personnes ont pu montrer qu'elles ont une assiduité au travail, qu'elles ont une productivité si on adapte le poste à leurs capacités. Il y a un mouvement, qui est peut-être trop lent, mais il y a quelque chose de positif dans les entreprises. Nous le voyons quand nous rencontrons des gens. Effectivement, il y a des solutions compliquées, mais alors qu'avant c'était très difficile parce qu'il y avait beaucoup d'*a priori*, beaucoup de portes fermées. On se rend compte quand même que des portes commencent à s'entrouvrir.

Je pense que ce maintien dans l'emploi commence à devenir mûr pour faire bouger les acteurs. Il y a eu la qualité de vie au travail. Il y a eu toute la partie RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises). Il y a les approches d'égalité professionnelle, de mixité professionnelle, de parcours professionnel. Toutes ces données commencent à avoir des effets sur les personnes qui ont des problèmes de santé. Si votre conférence peut permettre de faire diffuser le message, alors on pourra se dire qu'effectivement quelque chose bouge, mais maintenant, il faut souffler plus fort, il faut agir plus fort ensemble. C'est ce que nous demandons à la CFDT. Il y a donc quelque chose de positif, mais beaucoup reste à faire.

## Intervention de la salle

Plus qu'une question, je ferai une remarque, empirique en l'occurrence. Je remarque que quand on commence à évoquer la question de l'organisationnel auprès des managers, et donc, de la qualité de vie au travail, des risques psychosociaux, il y a souvent une posture défensive parce qu'ils le prennent pour eux. Bien souvent, si on émet que leur service n'est pas forcément des plus favorables pour les conditions de travail et pour le bien-être de leurs employés, c'est perçu comme une attaque et cela amène à un certain immobilisme de leur part, voire un refus net de l'intervention d'un psychologue ou du médecin du travail et de leurs préconisations.

## Martine KERYER

Là où je ne suis pas forcément d'accord, c'est quand je parle de qualité de vie au travail, cela veut dire l'implication du conseil d'administration et du comité de direction. C'est vrai que les managers et les managers de proximité sont les premiers à pâtir de l'organisation du travail. En plus, ils sont obligés de donner des ordres

à leurs collaborateurs. Une qualité de vie au travail, c'est donc tout en haut. Quand je parle de management, dans ma tête, ce sont les directions, c'est le top management. Les managers intermédiaires sont les victimes de l'organisation du travail.

## François DESRIAUX

Je propose que nous écoutions Bernard GAÏSSET, qui a dirigé la CMS, qui la conseille et qui représente le MEDEF au CROCT (Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail), dont nous avons déjà parlé. Bernard, vous avez été interpellé, c'est le moins que l'on

puisse dire, avec toutes les prises de parole qu'il y a eu avant vous. Nous nous connaissons depuis pas mal de temps. Je sais que ce n'est pas forcément votre conception, mais il y a quand même sur ces questions un déficit de « réponse » des entreprises, objectivement, sans porter



Bernard GAÏSSET, MEDEF

de jugement de valeur, sur la prise en compte de la gravité de la question. Je vais même aller un peu plus loin, parce que cela a été abordé en filigrane. Je prends le cas de femmes qui ont un cancer du sein et qui reviennent après neuf ou dix mois d'absence selon les traitements de chimiothérapie, mais qui reviennent à mi-temps thérapeutique puis qui vont repartir parce qu'elles sont fatiguées, parce qu'elles vont avoir un autre arrêt, parce qu'elles chopent toutes les cochonneries qui passent. C'est une plaie pour les entreprises, vous l'entendez souvent. Quand

vous regardez les associations de femmes victimes de cancer, vous voyez qu'un des gros problèmes est la réinsertion professionnelle. Quand vous discutez avec des DRH, ils vous disent : « *Je préférerais qu'elles continuent de rester en arrêt. Nous sommes trop pressés. Je ne sais pas gérer quelqu'un qui vient, qui part, etc.* » Quand on est las d'une organisation du travail aussi tendue, on peut effectivement penser qu'on est loin de la prévention de la désinsertion professionnelle. Pour autant, il y a des entreprises qui s'en saisissent à bras-le-corps.

## Bernard GAÏSSET

Bonjour à tous et à toutes. J'aborde le problème par la philosophie parce que je crois que le sujet qui nous importe, qui est la prévention de la désinsertion professionnelle, a été porté vraiment comme un sujet crucial par l'ensemble des partenaires sociaux qui ont signé un engagement collectif. On voit bien que ce sujet est interinstitutionnel. Il ne peut pas être dans une posture d'accusation de l'un ou de l'autre. Il doit être au départ dans une posture de travail interinstitutionnel. Nous avons tous signé au groupement permanent d'orientation des conditions de travail au niveau national une déclaration le 24 avril 2018, qui est un symbole de force du dialogue syndical et partenarial français. On essaie de faire un effort de dialogue. Je suis capable et je suis tout à fait d'accord d'entendre un fond de vérité et une vérité dans la parole des uns et des autres. C'est mon devoir au sein de mon organisation de faire passer ces messages. Entre parenthèse, je vous conseille de lire un document qui s'appelle « Introduction à la qualité de vie au travail » du MEDEF. Nous y avons mis la prévention des risques psychosociaux. Vous avez parlé du management. **Il faut absolument qu'il y ait des formations sur ces problèmes au plus haut niveau du management** pour qu'ensuite, ces problèmes soient pris en compte par la Direction générale. Si je me prends comme exemple, je ne peux pas parler de cela si moi-même dans mon entreprise, je n'ai pas mis en place une commission pour les risques psychosociaux, que nous avons installée pour entendre les problématiques et voir comment on peut résoudre les problèmes sur le travail. Je ferme la parenthèse.

Donc, **Il est indispensable que soit fait un travail obligatoirement interinstitutionnel pour résoudre ces problèmes de prévention de la désinsertion professionnelle.** On change de lunettes, on regarde l'autre, y compris nos partenaires sociaux, parce que nous travaillons

ensemble : respect, bonne volonté de travailler ensemble en voyant éventuellement les limites et en poussant peut-être dans des départements qui sont organisationnels pour les faire évoluer, financiers pour les faire évoluer. Développement des compétences, parce que

derrière la notion de risques psychosociaux et derrière la notion de désinsertion professionnelle, on voit les exemples d'entendre la demande de compétences, la demande de formation. Madame la Sénatrice, vous avez fait passer un message en disant : « Aidez-nous à

faire évoluer ». Madame GILLOT en a également parlé. Le contrat de rééducation professionnelle qui n'est que circonscrit au handicap est un obstacle. Dans les services santé au travail par exemple, nous avons la révélation de la restriction d'aptitude.

Je prends un exemple très concret. En tant que Directeur général de la CMS, j'avais la connaissance de la difficulté de mes professionnels dans les aéroports. Nous avons des sujets extrêmement difficiles. Vous avez parlé des métiers qui sont parfois difficiles. Chez les bagagistes et la sûreté, le taux d'accidentabilité de ces métiers-là est au-dessus de celui du BTP, ce que la CGT avait d'ailleurs révélé dans des enquêtes et qu'on a pris en compte. L'idée a été de dire : concrètement, sur un territoire donné, dans une activité donnée, bagage, sûreté, on est tous concernés. Savez-vous combien il y a des milliers et de millions de passagers qui passent sur les aéroports franciliens ? Il y a 100 millions de personnes. Il y a une pression sur les aéroports qui est énorme. On a des métiers qui sont extrêmement fragiles. L'idée est : entendons, à travers la voix de nos collègues syndicalistes qui nous faisaient remonter un certain nombre d'informations, créons les conditions pour que l'on puisse entendre assez tôt ces difficultés de travail de TMS pour ce qui était des bagagistes, mais pour ce qui était de la sûreté, c'était plutôt risques psychosociaux et problèmes de confrontation, d'agressivité, de pression. Il faut que vous le sachiez, quand on est en sûreté, on est sous l'autorité du préfet. C'est la sécurité publique. Quand vous avez ces postes-là, vous avez le regard à la fois de laisser passer un problème de sécurité, mais en même temps, vous vous posez aussi la question de savoir si votre travail est utile. Le bagagiste voit que son travail est utile puisqu'il a remis un bagage, mais celui qui est à la sûreté voit parfois moins l'utilité de son travail parce qu'il ne trouve pas obligatoirement de sujet qui pourrait faire émerger le fait que c'est quand même important qu'il ait pu trouver un problème. Mais en même temps, il a ce regard croisé permanent de la sécurité publique.

Pour ces métiers-là, nous avons décidé de créer avec les entreprises... L'idée est : on est sur un territoire, on a des difficultés au niveau des bagagistes avec des problèmes de TMS, les arrêts de travail, les problèmes de restrictions d'aptitude, inaptitude et donc, de la façon de prévenir la désinsertion professionnelle. Pareil pour la sûreté, des horaires décalés, pas mal de difficultés de travail. On se demande comment installer presque un CHSCT un peu territorial, comment pousser à créer du dialogue au niveau de la plateforme aéroportuaire Île-de-

France, c'est-à-dire Roissy, Orly. Nous avons installé autour de la table, grâce à la DIRECCTE qui était partie prenante, les préventeurs de la CRAMIF, mais aussi les représentants de la branche professionnelle, le SESA (Syndicat des entreprises de sûreté aéroportuaire), des contacts de la FNAM (Fédération nationale de l'aviation marchande) et les partenaires sociaux, la CGT, FO, etc., et les entreprises.

L'idée est de dire qu'il y a une complexité dans la mise en œuvre de l'action de prévention. Encore faut-il qu'au plus haut niveau, un certain



nombre de directives puissent être données par des instances pluri-institutionnelles qui diagnostiquent les situations et qui portent ensuite des réponses sur : Comment améliorer les conditions de travail de ces métiers. L'idée est de concevoir en amont aussi la chaîne de bagages. Si elle est mal conçue au départ, on peut avoir toutes les volontés, on a automatiquement des problèmes à la suite. Nous avons donc fait intervenir des ergonomes.

Sur ces problèmes, qui sont extrêmement complexes, on a parlé de la réparation, et là, vous m'interrogez un peu sur la dynamique de

promotion d'une culture de prévention primaire. C'est, avec des partenaires sociaux – on peut entendre la parole et il faut l'entendre – avec des managers puisqu'il y a les représentants des chefs d'entreprise, avec des préventeurs, avec des représentants de branche, et l'État qui a une place permanente, faire évoluer les conditions de travail, y compris des financements. Il faut voir comment se construit le travail après. Il se construit, par exemple, sur ces marchés-là sur des contrats très courts. Il faut aussi que les donneurs d'ordres soient dedans.

Je pense que ce qu'il faut, c'est : on prend acte des paroles, mais on met en place des dispositifs extrêmement opérationnels où l'on met en face le donneur d'ordres et on regarde les conditions dans lesquelles il fait son marché, renouvelable tous les deux ou trois ans. S'il fait un marché qui est renouvelable tous les deux ou trois ans, personne ne se sent responsable d'investir à long terme quelque chose pour améliorer les conditions de travail. Il faut lui faire passer le message. Vous n'avez pas cela si vous ne créez pas des conditions de prises de décisions collectives et débattues d'une manière respectueuse avec vos partenaires. Cela demande évidemment que l'on ait des contacts avec les législateurs. Quelqu'un qui est en restriction d'aptitude pourrait très bien rentrer dans des logiques de contrat de rééducation professionnelle, mais s'il n'est pas handicapé, il ne va pas rentrer alors qu'il y a des financements tout à fait possibles.

**Il faut donc que l'on fasse évoluer les choses et en mettant la personne concernée au centre, c'est-à-dire en voyant quel est son projet.** Il faut créer un lien extrêmement important avec les personnes pour voir quels sont leurs projets, comment on peut les aider dans leurs projets. Je pense que c'est assez important.

Je n'ai pas de vision particulière sur les uns ou sur les autres. Je ne juge les gens que par les actes. Il y a les paroles, qui sont une chose, et ensuite, il y a les actes. Qu'est-ce qu'on fait pour faire progresser les choses ? Le pays est en train d'évoluer au niveau des modalités de travail. Il faut que l'on réfléchisse à cela et il faut que l'on réfléchisse à partir d'expériences qui ont été réussies. Cela ne peut pas se décréter ; ces choses-là se réfléchissent et cela se réfléchit avec les partenaires sociaux. Je pense que c'est vraiment intéressant de prendre acte d'un certain nombre de positions et de propositions, expérimentales aussi. **Je pense qu'il faut que l'État réfléchisse à la notion d'expérimentation/évaluation.** On n'est pas obligatoirement tout de suite dans une logique où ce qu'on va mettre dans la loi va marcher.

Je voudrais finir sur une chose. Quand je suis intervenu sur les aéroports, c'est parce que nos professionnels étaient en difficultés, les médecins du travail, les ergonomes, les psychologues. Tout le monde pensait que ce qu'ils avaient à faire était presque inutile. Ils n'avaient que des soucis. Si on ne va pas en amont des problèmes, si on n'écoute pas ces professionnels, si on n'a pas le courage de demander aux institutions de s'installer autour de la table en enlevant les *a priori* sur les uns et sur les autres et qu'on essaie de faire progresser les choses, on ne va pas avancer. Mais j'ai bon espoir sur la prévention de la désinsertion professionnelle parce qu'il y a eu cet accord au niveau du COCT national d'une priorité « tous sur ce sujet ».

Je vous conseille de lire « Introduction à la qualité de vie au travail », que nous avons écrite au MEDEF, qui pointe ces sujets-là, et qui pointe les formations nécessaires des managers sur ces sujets-là.

## François DESRIAUX

Merci, Bernard GAÏSSET. Cela vous a-t-il inspiré des questions ?

## Intervention de la salle

Je voudrais faire part de trois réflexions qui sont dues à des expériences, mais je vais me cantonner à l'expérience sur la fonction publique, par exemple, un ministère comme la Défense qui emploie énormément de contrats à titre privé, et énormément de différentes strates, avec les statuts de personnels qui balaient des opérateurs privés externalisés ou semi, des

EPIC, toutes les formes possibles et imaginables. Mon RETEX ce qui concerne les mandatures de CHSCT, les mandatures diverses au niveau des mutuelles, et les mandatures au niveau de tout ce qui peut être prévention économique et sociale, c'est qu'il est quand même regrettable pour un pays comme la France de ne pas imposer, dès le début des mandatures de dialogue social





Jean-Pierre PARAY, Sociologue

concernant les sujets de santé prévention au travail et de l'économie de santé, pour ce qui concerne aussi les futures mandatures, une *deadline* très stricte pour la formation de ces élus. Il est très facile de se reposer sur le fait qu'on va attendre trois mois avant l'échéance du

mandat, six mois avant l'échéance du mandat comme cela se fait parfois, et que les gens ne soient pas formés. C'est sûr que si on a des gens non sachant en face, le dialogue social n'est pas équilibré. Donc, on le met délibérément en échec si on n'impose pas cela.

*Secundo*, compte tenu du manque de médecins du travail, la réforme implique maintenant des infirmiers pour qui il n'existe aucune spécialité de prévention au travail, en tant que spécialité puisqu'il n'en existe que trois ou quatre, et pas celle-ci. Je trouve que c'est très difficile d'avoir autour de la table des gens qui ont, par exemple, médecins ou infirmiers, des voix consultatives et non pas des voix beaucoup plus contraintes, un avis beaucoup plus posé. L'infirmier, envoyé par manque de médecin du travail, qui découvre certains actes qu'il ne faisait pas avant, certains domaines pour lesquels il n'était pas formé. Je pense qu'il serait important d'agir sur une obligation de formation de ces infirmiers pour renforcer ce passage. Les études d'infirmier sont en train d'évoluer, mais le temps que cela évolue, cela va mettre trois, quatre ans. Il y aura donc des gens en souffrance.

Autre chose, dans la fonction « achat », il est sûr qu'un compte qui s'appelait « compte de pénibilité », dont on a retiré beaucoup d'éléments... Ce facteur ne sera pas suffisamment pris en compte à travers le regard des gens qui contribuent au dialogue social. Quand on parle dialogue social, on parle peut-être d'autres typologies de questions et pas sur les cœurs de sujets. Les cœurs de sujet peuvent être : la Sécurité sociale ne prend pas en compte les canaux carpiens dans le cadre des TMS. On sait qu'il y a une explosion des problématiques de canal carpien, qu'elles ont un coût gigantesque au niveau du travail. Dans ce cas, pourquoi dans la fonction « Achat », ne met-on pas dans les catalogues l'obligation de tant de % de produits validés comme ergonomiques, ne veille-t-on pas dans la prévention et dans le parcours de formation de l' élu, du mandaté, et des représentants des patronats aux divers niveaux, plus de lumière sur cette fonction « Achat », et ne favorise-t-on pas à travers les textes une certaine pression/obligation ? Merci à vous.

### François DESRIAUX

Merci à vous. Y a-t-il d'autres questions ? Nous ferons des réponses groupées.

### Intervention de la salle

Je voudrais réagir sur deux points. Le premier est la visibilité qu'ont les employeurs concernant un travailleur handicapé. Je parle notamment de la fonction publique. Je parle plutôt pour moi, c'est ma simple expérience. À ce jour, il m'apparaît plus souvent que l'employeur recherche à savoir combien il y a de travailleurs handicapés pour ne pas payer la somme qu'on doit verser chaque année et atteindre les 6%. On n'est pas dans une vision d'amélioration des prises en charge de l'individu. On est plutôt sur une recherche financière.



Concernant les risques psychosociaux, je vais citer deux exemples. J'ai été confronté dernièrement à plusieurs cas de RPS et je me suis rendu compte qu'il y avait vraiment une méconnaissance de l'employeur et qu'en même temps, cette méconnaissance générerait une peur aussi bien de la médecine du travail qui n'est pas formée pour, de l'employeur qui n'est pas formé pour, des DRH qui ne veulent pas trop s'occuper de ces sujets parce qu'ils ne savent pas trop comment les gérer. Pour ma part, cela a été très complexe de trouver des solutions pour ces gens là. Il a fallu que nous trouvions des solutions en externe de l'entreprise.

## François DESRIAUX

Quelqu'un veut-il répondre à ces deux questions ?

## Éric de CHATEAUVIEUX

Pour la question concernant l'obligation de l'employeur de proposer des formations aux élus, j'ai suivi personnellement avec la CFDT au niveau national la négociation des cinquième, sixième, septième et huitième accords sur le handicap. Nous avons demandé, et c'était une demande importante que tous les CHSCT de la SNCF bénéficient d'une journée de formation sur le handicap. Cela a été accepté. Maintenant, à chaque fois qu'il y a un renouvellement de CHSCT, on leur propose de participer à des actions de formation.

La deuxième chose qui a été mise en place par l'entreprise, un peu à notre demande il est vrai, ce sont des actions de formation sur le maintien en emploi, animées par les équipes de Jean-Pierre PARAY et de son collègue, Alain JAFFRAY, sont maintenant quasiment obligatoires, en tous cas elles figurent dans l'accord « Travailleur handicapé ». Quand nous faisons le bilan annuel, quand nous participons au comité de suivi de la mise en œuvre de l'accord Handicap,

nous mesurons le nombre de personnes qui ont été dans ces formations. On nous communique le taux de satisfaction et sur le terrain, nous avons des indicateurs permettant de voir si effectivement, les équipes mettent en œuvre ce qui est préconisé dans les accords. On voit qu'il y a des résultats extraordinaires, notamment dans l'Est de la France. Le Directeur de la région Est de la France a mis en place un comité pour pouvoir mettre directement en œuvre dans son périmètre ce qui était proposé par Jean-Pierre PARAY. On constate au niveau national que depuis que cela figure dans l'accord, on a vraiment des participations et donc, une vraie réflexion qui est partagée dans l'entreprise. Au niveau Île-de-France, c'est ce que nous recommandons dans d'autres entreprises, et notamment RTE, il y a aussi des exemples où les formations sont proposées aux CHSCT et aux différents élus. Il y a une vraie prise en compte qui est partagée par l'ensemble des équipes sur le terrain, avec une répercussion sur le management. Donc, cela marche.

## François DESRIAUX

Vous avez parlé de Jean-Pierre PARAY, Sociologue, qui dirige un cabinet de conseil et formation sur la question du maintien dans l'emploi. Cela va faire la transition. Pouvez-vous nous raconter à la fois votre activité et ce que vous faites dans ces accords auxquels Éric de CHATEAUVIEUX faisait allusion ?

## Jean-Pierre PARAY

Je vais me présenter en deux mots. Je ne suis que sociologue, donc ni médecin ni syndicaliste même si j'ai pu l'être à un moment donné. Cela fait un peu plus de trente ans maintenant que je m'intéresse aux questions de handicap au travail, et plus particulièrement celles liées au maintien dans l'emploi qui sont apparues à partir des années 1990. Je vais abonder dans le sens du docteur ZYLBERBERG par rapport au constat.

Nous sommes en Île-de-France. Je voulais rappeler que l'Île-de-France est composée de 12 millions de personnes. Sur ces 12 millions, on s'accorde à dire qu'il y a environ 1,9 million salariés de droit privé. Si on reprend les chiffres qui ont été proposés tout à l'heure par Dominique GILLOT, si on a à peu près 6% de personnes qui connaissent les restrictions médicales d'aptitude de toutes natures, on a 1% d'inaptes parmi ceux-ci. Ce qui veut dire que presque 100 000 personnes seraient en très graves difficultés de santé en Île-de-France. Dans les programmes régionaux d'insertion des travailleurs handicapés, on parlait il y a une dizaine d'années d'environ, 20 000 personnes inaptes à tout poste dans les entreprises franciliennes.

Derrière, nous retrouvons cela sur le plan du chômage, parce que c'est vraiment la conséquence. Quand cette personne est sortie de l'entreprise à partir du problème de santé initial, elle se retrouve en chômage de longue durée et derrière, prise en charge par quelqu'un et cela va donner une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. En Île-de-France, on a environ

57 300 personnes qui seraient bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, donc 57 000 chômeurs en situation de handicap de longue durée. Là-dessus, la durée du chômage augmente pour ces populations. On a vu dix jours en plus d'augmentation sur Paris ces dernières années. Pour sortir un peu de Paris, en Seine-et-Marne, c'est plus vingt-sept jours de durée médiane du chômage.

Nous rencontrons donc les constats. À partir de là, que peut-on faire ? Depuis une quinzaine d'années, nous avons mis en place un processus méthodologique qui fonctionne, à l'issue d'un groupe de travail que nous avons eu le plaisir d'initier et d'animer pendant quatre ans, avec des experts, des experts syndicaux, des représentants d'associations, des représentants d'employeurs, des spécialistes, des médecins. Nous avons donc animé un groupe de travail pendant quatre ans, qui a abouti à la rédaction d'un ouvrage collectif qui s'est appelé « Le maintien dans l'emploi en question ». C'est un ouvrage qui a été diffusé par les services du ministère à 10 000 exemplaires, à l'époque, en 2000, à 6 500 médecins du travail, au public cible, aux organisations syndicales représentatives, les principales grandes entreprises, les MEDEF territoriaux, et bien sûr l'Assurance Maladie. Tous les médecins-conseils et beaucoup d'assistants de services sociaux l'ont reçu.

Cet ouvrage pose six étapes méthodologiques essentielles qui consistent à accompagner une personne en situation difficile de santé au travail. La Mutualité Française a bien voulu vous mettre une lettre tendance que nous avons commise en 2005, puisque comme nous étions à l'origine de l'ouvrage « Le maintien dans l'emploi en question », l'AGEFIPH nous a demandé : comment se fait-il que toute chose égale par

ailleurs, la législation n'avait pas évolué, nous soyons passés de 70 000 personnes inaptes dans les années 1997-2000 à 150 000 en 2005. Nous avons donc les constats. Et nous vous parlions de 20 000 en Île-de-France. Aujourd'hui, on aurait franchi la barre des 210 000.

Si je prends des précautions oratoires, on est incapable de donner des chiffres précis. Cela pose un problème parce que l'ampleur du problème, qui faisait l'objet de la première table ronde, est : Comment peut-on mettre des politiques actives visant à prévenir la désinsertion professionnelle consécutive à des problèmes de santé si on ne sait pas de quoi on parle ? On a certes ici ou là des idées, on a des tendances, on a des éléments, mais c'était une des préconisations de Dominique GILLOT dans son rapport que de mettre en place des indicateurs précis en matière de santé au travail par rapport à la désinsertion professionnelle. Les médecins du travail travaillent énormément, mais presque trop dans le prescrit, c'est-à-dire qu'ils ont petit à petit abandonné la réalité du travail pour différentes raisons. L'intensification des rythmes de travail, l'organisation morcelée des organisations de travail plus les problèmes de transport franciliens qui sont quand même une réalité, tout ceci fait qu'on a vu passer une durée médiane d'absentéisme au travail avec un taux de plus 5,5% maintenant et presque 7% si on prend en compte les personnes de plus de 50 ans.

Cela veut dire autre chose. La pénibilité n'a pas du tout été abordée. On parle de dialogue social. Il y a incapacité des partenaires sociaux à réfléchir et à travailler sur la pénibilité. Si on doit travailler jusqu'à 62 ans, pourquoi pas ? Il me reste encore trois ans, cela va aller. Si on doit travailler comme les Britanniques et les Allemands jusqu'à 67 ans, et effectivement, dans beaucoup de cas, pour avoir une retraite pleine et entière, c'est 67 ans, comment peut-on faire ? Peut-on raisonnablement travailler dans une fonction publique d'État en étant professeur des écoles de la même façon à 18 ans qu'à 60 ans ou 62 ans ? Peut-on travailler dans le bâtiment avec des horaires décalés, les 3\*8 ? On sait très bien ce que cela donne sur l'espérance de vie ? Peut-on travailler de cette façon-là ? On n'est pas tous professeurs des universités avec une espérance de vie à plus de 90 ans. Ce n'est pas le cas de tout le monde. Cette absence de dialogue nous conduit à cet échec et derrière, cela donne de la désinsertion professionnelle.

Vous parliez des TMS. Pour ma part, je n'aime pas tellement rentrer par les pathologies, parce que les TMS engendrent des pathologies. On peut parler du cancer, on peut parler du cœur et Dieu sait si, comme d'autres autour de la table, je suis concerné. Le processus méthodologique, on sait le mettre aujourd'hui. Dans cette lettre tendance, vous verrez que nous avons mis en place un process en dix étapes qui donne des résultats extrêmement concrets. La première chose : redonner confiance aux salariés en difficultés. On rentre dans les questions de maintien dans l'emploi par la personne. Or, malheureusement,

en France, souvent le problème est posé par l'employeur. Une personne arrive un lundi matin dans une collectivité territoriale, dans une toute petite entreprise. Elle est arrêtée depuis un an et demi et personne n'est au courant. Cela, c'est 90% des retours au travail. C'est complètement délétère. Cela donne des résultats qui font que petit à petit, la personne va être conduite à sortir de l'organisation de travail.

Il faut donc déjà redonner confiance aux salariés pendant l'arrêt. Là, c'est extrêmement compliqué parce que pendant l'arrêt de travail, on n'a pas le droit d'y toucher. Nous avons

cette culture française, qui est liée aux Trente Glorieuses. Dans les Trente Glorieuses, il n'y avait pas de problème d'emploi. Pour un salarié qui connaissait un problème de santé, il n'y avait aucun souci. Il y avait encore une culture de la guerre de 1914-1918 avec des emplois réservés, avec des ateliers protégés. Je pense à Kodak, à Citroën, à la Banque de France, à des collectivités territoriales où il y avait un atelier dédié à des personnes qui ne pouvaient plus tout faire. Il n'y avait donc pas de sujet. À partir de la fin des Trente Glorieuses, 1970-1980, il y a eu explosion du chômage. On est passé à 1 million, puis à 2 millions puis à 3 millions de chômeurs et on a abandonné tout cela. Dans la fonction publique, cela a été un peu plus tard. Mais on l'entend bien aujourd'hui par les questions qui sont posées. On était exactement dans le même dispositif, une forme d'organisation un peu similaire à celle du système privé marchand qui fait qu'on ne sait plus faire.

Donc, un, redonner confiance. Cela veut dire que pendant l'arrêt, quelqu'un va prendre contact avec le salarié en difficultés et va lui expliquer ce qui va être fait, c'est-à-dire le

parcours d'accompagnement qui peut être proposé pendant l'arrêt. Cela va s'appuyer bien évidemment sur le travail avec le médecin du travail ou le médecin de prévention, avec le développement des visites de préreprise. On dit bien *les* visites de préreprise, et pas *la* visite de préreprise. Les visites de préreprise qui donnent confiance au salarié pendant l'arrêt. Sauf que, « préreprise » dans la tête de tout le monde, cela veut dire quinze jours avant la reprise. C'est une hérésie. Il n'y a pas de visite avec le médecin du travail ou avec le médecin de prévention suffisamment précoce. Qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire qu'on va travailler avec les soignants. Sauf que les soignants disent que cela ne sert à rien d'envoyer la personne auprès du médecin du travail tant qu'on n'a pas encore une idée sur la façon dont il va récupérer sa main, sur la façon dont il va récupérer sur le plan psychologique. Voilà ce qui existe dans la tête des soignants dans tout le pays. J'ai pléthore d'exemples, y compris le mien, pour aller en ce sens. C'est vraiment très difficile.

Il y a des gens de l'Assurance Maladie qui s'appellent les DAM, délégués de l'Assurance Maladie. Relancez les choses, allez voir les soignants, les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les hôpitaux, les associations spécialisées pour montrer le rôle et l'intérêt d'une visite médicale pendant l'arrêt. Que ce soit fait par les médecins du travail, très bien, mais cela peut être fait par une infirmière. Quand j'ai été hospitalisé pendant trois mois, je ne voyais pas le médecin-chef de clinique toute la journée. Je le voyais cinq minutes, j'avais affaire aux infirmières. Dans le monde du soin, on sait parfaitement travailler sur la délégation. Dans une entreprise, on en est incapable. Justement, prenons en compte ce qui est pratiqué dans le monde du soin pour le transférer dans le monde du travail. Cela peut être une délégation du médecin du travail qui va piloter tout cela, mais par délégation auprès d'un psychologue, d'une assistante de service social, auprès d'un infirmier de santé au travail. L'idée est que le salarié ait cette réponse. Vous parliez du contrat de rééducation, de la formation pendant l'arrêt. Ce sont des choses extrêmement complexes. Le salarié en difficultés, qui prend des médicaments, qui est un peu mal et qui est souffrance, ce n'est pas son problème. C'est déjà d'essayer de s'en sortir. Si en plus, il a des usines à gaz derrière... C'est toute l'équipe dédiée à l'accompagnement de ce salarié en difficultés de santé.

Donc, redonner confiance. **Le dialogue social dans la prévention de la désinsertion professionnelle est essentiel.** Un délégué syndical, un représentant du personnel peut être cette personne de confiance. Le salarié qui est perdu va appeler le délégué syndical. « *Regarde ce qu'ils vont me faire ; ils vont me virer.* », parce qu'il y a eu un dialogue malheureux. Le délégué syndical est aussi tout seul. On a des gens qui vont trop dans la relation de l'accompagnement. Vous avez des délégués syndicaux qui prennent des coups de fil le soir et qui se mettent eux-mêmes en forme de burn-out par risque psychosocial parce qu'ils n'ont pas les éléments. Soit ils vont cogner, soit ils vont accompagner, cela dépend de leur organisation syndicale. Mais à partir de là, le système d'accompagnement n'est pas bon. Cela veut dire qu'eux-mêmes se mettent en situation difficile, sans parler des conséquences

des ordonnances où il faut vraiment relancer la dimension dialogue social dans la santé au travail. À court terme, les employeurs vont se frotter les mains, vont y gagner, mais à moyen terme et à long terme, quelque chose n'est pas dit, c'est l'aspect présentisme. Par absence du dialogue social et perte des personnes, on va avoir des gens de moins en moins présents au travail, avec le vieillissement et tout ce qui se passe.

Aujourd'hui, on est un tout petit peu en train d'améliorer le chômage. On a un salarié ou un agent que l'on connaît, dont on sait ce qu'il vaut, on sait ce qu'il peut faire, cela fait cinq à dix ans qu'il est dans le collectif de travail, mais il y a 5, 10, 15% d'activité qu'il ne peut plus faire. On ne sait pas comment répondre à ces 5 ou 10%, la tendance est à « *Mets le dehors, trouve une solution, je ne veux plus le voir.* » Vaut-il mieux travailler avec cet agent

en difficultés plutôt que recruter quelqu'un de nouveau, qu'on ne connaît pas ? Le recrutement coûte, avec des échecs, avec des pertes de réussite. Quelqu'un qui va falloir à nouveau former et dont on ne saura pas comment faire. Ce sont

des structures comme Cap Emploi qui commence à nous le dire. La tension sur le marché du travail qu'on commence à voir dans l'Ouest de la France, Nantes, Bordeaux, fait qu'il va peut-être mieux valoir accompagner une personne en difficultés.

Autre chose qui n'a pas été évoqué, le principe de non-discrimination. Là aussi, cela va être une difficulté. Une personne licenciée pour inaptitude : il y a 500 interlocuteurs dans toute la France qui s'appellent les défenseurs des droits, et qui vont faire en sorte que... Si cette personne ne trouve pas de réponse adaptée dans cette nouvelle situation, cela va lui conduire à se mettre en agressivité. L'agressivité n'a jamais fait manger quelqu'un. Les Prud'hommes, c'est très bien, cela peut faire valoir les droits à la personne. C'est une nécessité, mais ce n'est pas quelque chose qui est un projet professionnel. À partir de là, ce principe de non-discrimination méconnu, pas suffisamment mis en place dans les entreprises, est un risque pour l'entreprise et peut engendrer des difficultés considérables.

On vous rappelle que la loi de 2005 et les différents textes publiés, notamment les décrets sur la santé au travail du 26 décembre 2016, le médecin du travail élabore des préconisations pendant l'arrêt de travail durant la visite de reprise avec l'accord du salarié, préconisations, c'est-à-dire qu'on voit de quelle façon le salarié pourrait travailler à nouveau. Si l'employeur ne répond pas, s'il ne les comprend pas, s'il s'assoit dessus et ne les met pas en œuvre, à la reprise, il risque extrêmement gros. C'est en train d'être développé. Là, c'est absent du dialogue social. On y revient. Pour ma part j'aurais vraiment souhaité qu'il y ait un développement de questions sur la médiation, des questions sur l'accompagnement individualisé, par le biais d'une personne de confiance. C'est cela que j'aurais voulu voir. Qu'on appelle cela des cellules de maintien dans l'emploi, des équipes dédiées, c'est bien le fait qu'un délégué syndical avec un hiérarchique de proximité, avec le chef d'entreprise, avec l'assistante du service social s'il y en a, qu'on arrivera à sortir de la situation de plus en plus tendue que l'on va connaître si on ne bouge pas.

L'autre point de vue que je voulais développer, c'est le service social. **Battez-vous, gardez des assistants de services sociaux.** J'étais avec Dominique GILLOT en responsabilité sur ce plan au niveau d'une collectivité territoriale. On se rend compte qu'on est en train d'inventer des systèmes de non-droit. Vous rendez-vous compte : il y a des gens qui n'ont plus accès à leurs droits. Mais pourquoi n'ont-ils plus accès à leurs droits ? Parce qu'il n'y a plus d'assistant de service social. Comme il n'y a plus d'assistant de service social, les personnes sont de plus en plus perdues dans un maquis administratif et il y a des gens qui ont un non-droit, sauf qu'ils sont complètement cassés dans tous les sens et cela coûte beaucoup plus cher. Un chef d'entreprise

d'un site industriel de 500 personnes me disait que l'absentéisme pour raisons de maladie lui coûtait 1,5 million d'euros par an. On voit bien que du point de vue des employeurs, la maîtrise des coûts est extrêmement importante. C'est par ce biais-là qu'on arrivera à mobiliser les entreprises. Le reste, cela fait trente ans que j'y travaille, je n'y crois plus. C'est bien par la maîtrise des coûts. Vaut-il mieux faire travailler un salarié en difficultés plutôt que de le licencier et de recruter un nouveau ? Sans parler du risque juridique. Un licenciement qui est mal fait sur ce point de vue là, c'est quand même 45 000 euros pour les employeurs. On commence à gérer le coût de la non-santé.

## François DESRIAUX

Merci, Jean-Pierre PARAY. Souhaitez-vous compléter sa longue intervention ?

## Martine KERYER

Tant en tant que syndicaliste que médecin du travail, ce qu'a dit Jean-Pierre est primordial. Une reprise de travail dans de bonnes conditions, un maintien dans l'emploi, cela se prépare très longtemps à l'avance, très en amont. Les salariés ont la grande crainte de la Sécurité sociale qui est le payeur. Dans les services de santé au travail, il y a des services sociaux en place. La place de l'assistante sociale est primordiale dans les services de santé au travail.

Un autre point pour être positif, sur les infirmières, dans les équipes, les médecins du travail voient les personnes qui ont vraiment un grand besoin du médecin du travail. Les infirmières comme les assistantes sociales sont là pour faire le tri et orienter le salarié vers le médecin au bon moment.

Je citerai un autre chiffre important pour la qualité de vie au travail. L'OSHA, qui est un organisme européen de sécurité, dit : un euro investi dans le bien-être au travail peut rapporter jusqu'à 12 ou 13 euros. Allons-y ! Messieurs les employeurs, on peut se faire de l'argent en ayant un travail de qualité.



## Intervention de la salle

De toute façon, je fais le lien entre qualité de vie au travail et qualité du travail. C'est fondamental. C'est vraiment un sujet d'avenir. La qualité de vie au travail inclut beaucoup de thèmes, y compris l'égalité professionnelle, les rémunérations, le partage de la valeur, les risques psychosociaux. La visite de préreprise est fondamentale. Il faudrait qu'on s'adresse aux médecins généralistes, que le médecin généraliste ait la relation de confiance avec le médecin du travail. Ce sont des liens. Cela se construit. Il ne faut pas penser que les choses ne se construisent pas. Il y a beaucoup de médecins du travail qui sont dans des relations de confiance avec les médecins généralistes.

Pour donner juste un petit exemple, les chirurgiens de la main sont venus exposer à tous nos médecins du travail à quel point ils étaient importants dans le suivi de leurs patients. Après avoir subi une opération de la main, on se sent souvent complètement handicapé. On a l'impression qu'on ne va plus pouvoir travailler. Quand les chirurgiens de la main disent à leurs

patients une fois qu'ils les ont opérés d'aller faire une visite de préreprise, d'aller voir leur médecin du travail, c'est aussi un acte médical qui a de la portée. Le problème de la médecine – ce n'est pas une critique fondamentale, c'est apparu dans les discussions – c'est que quand on est plusieurs, ce n'est pas facile de trouver ce qu'on appelle la même voix. Dans la voix du médecin-conseil, la voix du médecin du travail, la voix du médecin généraliste, la voix du chirurgien, le message n'est pas tout à fait harmonisé. C'est pour cela aussi qu'il faut que l'on aille vers l'hôpital. Je crois que des interventions sont attendues aujourd'hui en termes de formation des professionnels pour qu'on aille parler aux hospitaliers qui eux-mêmes mettent les patients dans des situations d'arrêt de travail pour qu'ils soient au courant des modalités de reprise du travail. Encore une fois, quand on fait un examen de préreprise, on ne porte pas d'inaptitude et d'aptitude. On dit simplement qu'on va trouver des solutions pour adapter le poste, y compris pour financer des améliorations du poste.

## Intervention de la salle

Je suis préventeur en risques professionnels et formateur RPS. J'aimerais savoir quelle est la place que vous donnez, dans tout ce que j'ai entendu depuis ce matin, aux préventeurs que sont les ergonomes, les psychologues, voire aux assistantes sociales. Je travaille en tant que consultant pour un service de santé au travail. Je peux vous dire que les médecins ne sont pas les acteurs sur le terrain. Je voulais juste savoir si vous gardiez une place aux préventeurs, qui sont quand même nommés dans le rapport Gillot, je vous le fais remarquer. Merci.

## François DESRIAUX

Quand vous dites « les médecins », vous parlez des médecins du travail, c'est cela ?

## Intervention de la salle

C'est cela.

## Jean-Louis ZYLBERBERG

C'est volontaire. Je vous rappelle que les différentes réformes dont on a parlé, dont le décret du 26 décembre 2016, ce n'est surtout pas que les médecins du travail aillent voir le travail. Nous sommes là pour sélectionner biologiquement la main-d'œuvre en restant dans notre cabinet. Ne vous étonnez pas, en tant que préventeur, que les 150 demi-journées par an d'actions en milieu de travail réglementaires ne soient plus le cas. Il ne faut surtout pas qu'un professionnel de santé ait une connaissance du travail.

D'autre part, pour revenir sur les infirmières, Monsieur GAÏSSET étant présent au CROCT. Il entend les revendications de la CGT au CROCT à chaque fois. Nous réclamons pour les infirmières un statut de salarié protégé comme pour les médecins du travail, de même pour les IPRP. Tant qu'il n'y aura pas ce statut de salarié protégé, l'indépendance sur l'honneur... Je laisse trois petits points.

Deuxièmement, nous revendiquons depuis le 26 décembre 2016 qu'on demande un autre métier aux infirmières, un diagnostic infirmier qui nécessite une compétence et une formation qualifiante, master, et donc, une reconnaissance salariale équivalente.

## Éric de CHATEAUVIEUX

Je dirais deux choses. D'abord, les métiers des professionnels de santé, quels qu'ils soient, en entreprise, en libéral ou même en hôpital,

devraient faire l'objet d'une étude et d'un diagnostic vraiment approfondis sur les causes de pénibilité de l'exercice de ces métiers. Il y a là

une vraie réflexion à avoir.

Ensuite, en milieu hospitalier, quand vous entendez des agents hospitaliers, des aides-malades ou des personnes qui sont directement au contact des personnes malades et qui n'osent pas se plaindre auprès de leur hiérarchie parce qu'elles ont elles-mêmes des TMS, il y a un énorme sujet. Quand ces personnes osent parler, on les met aux archives. Il y a là aussi une souffrance au travail qui est à observer dans les personnels de santé. Cela a été évoqué tout à l'heure par rapport aux personnes qui sont intervenantes ou aux aidants. Il y a une vraie réflexion à avoir.

Il y a une chose que l'on constate et qui est malheureusement récurrente partout, c'est la peur. Il faut qu'on arrive à faire diminuer la peur. C'est en informant les différents acteurs qu'on arrivera à la faire. Il y a la peur, la peur de la personne qui a un problème de santé. Comment va-t-elle le gérer ? Comment va-t-elle en parler ? À qui va-t-elle en parler ? Quelle honte ! Comment va-t-elle sublimer cette honte ? Comment va-t-elle revenir dans son travail ? Deuxièmement, il y a la peur du manager. On lui dit : « *Demain, tu*

*as un handicap, comment te débrouilles-tu ?* ». Il faut qu'il réorganise son équipe, qu'il donne de nouveaux objectifs, qu'il réfléchisse à la façon de faire. Certains managers sont appelés très tard le soir parce que des demandes ne sont pas satisfaites. Il y a la peur de l'employeur qui dit que cela va lui coûter cher. Il n'est pas informé que cela peut rapporter d'avoir une démarche vers le handicap. Finalement, il y a la peur de beaucoup de monde, qui se sent mal considéré, mal informé, mal accompagné, notamment au niveau du travail. Même au niveau des familles, il y a aussi cette peur. Si à l'issue de cette conférence, on peut mettre ensemble des gens qui vont penser travailler et diffuser ensemble, on pourra peut-être contribuer à diminuer cette peur et à faire en sorte qu'on soit plus employé, mieux employé et plus longtemps, et qu'on garde l'employabilité parce que c'est finalement ce pourquoi nous travaillons dans toutes ces commissions. C'est cette approche de partager l'employabilité, de partager des choses qui permettront aux gens de mieux revenir dans l'entreprise, d'être plus efficaces et d'être heureux.

## Martine KERYER

Juste un point de vigilance. Pour faire du maintien dans l'emploi pour un service de santé au travail, il faut que le médecin du travail connaisse le travail. Cela paraît une évidence. Dans le rapport de la mission Lecocq, pas dans la version que tu as donnée en *prime time*, mais dans la version finale, que j'ai lue très tardivement, il apparaît que le médecin du travail va perdre ses 150 demi-journées de tiers temps que nous avons acquises avec difficultés. Donc vigilance sur le médecin du travail dans les futurs rapports. Je pense que nous serons tous là pour enlever cette partie. Il va rester dans son cabinet et rester expert médical. Or, on ne peut pas être expert médical si on ne connaît pas le travail. On sera médecin, mais on ne sera pas médecin du travail. On a besoin d'aller en entreprise et de connaître le travail.

## Un intervenant

Nous sommes en Île-de-France. Je voudrais quand même souligner l'initiative portée il y a une petite dizaine d'années maintenant et qui est relancée tous les ans sur l'enquête concernant les personnes qui connaissent des restrictions médicales d'aptitude. Il y a des gens mutualistes dans la salle. Il faudrait vraiment que vous preniez conscience de cette enquête, qui porte sur près d'un million de salariés, sur l'activité des médecins du travail qui est à leur initiative. C'est Alain JABES, qui est dans la salle,

qui a lancé cela. Cette enquête fait une étude, année par année, sur le devenir des salariés qui connaissent des restrictions médicales d'aptitude et des inaptitudes. C'est très bien de regarder les constats, qui sont très difficiles, mais il y a quand même des choses qui sont conduites par les acteurs de la santé au travail et qui donnent des résultats très concrets. Cette étude n'est pas suffisamment connue. Nous vous invitons vraiment à en prendre connaissance auprès des organismes concernés.

## François DESRIAUX

Je vois le docteur Alain JABES, que j'ai plaisir à retrouver. Cela faisait des années que nous ne nous étions pas vus. Je suis tout à fait preneur des résultats de cette étude. Je vous remercie beaucoup, toutes et tous, de ces témoignages. C'était assez sympathique. Vous pouvez les applaudir bien fort.

*Applaudissements.*

Je vais demander à Éric MARAZANOFF de nous rejoindre pour faire une conclusion. Éric, cela ne va pas être facile.



# CONCLUSION

## Éric MARAZANOFF

Justement, je ne vais pas conclure parce qu'on voit bien que ce n'est pas l'objet. De toute façon, l'objet de ces rencontres n'est pas de délivrer une parole, mais au contraire de permettre un dialogue. Je ne vais donc pas faire de conclusion. Par contre, je vais faire des remerciements, d'abord à nos différents intervenants pour la qualité de leurs interventions. Un merci un peu particulier à Madame GILLOT, qui a été notre grand témoin et qui a ouvert cette belle initiative. Je remercie tous ceux qui ont bien voulu assister à cette matinée. Vous venez d'horizons divers, du monde du public, du monde du privé, des professionnels de ces questions, des militants syndicaux. C'est pour nous tout à fait satisfaisant que d'avoir permis à tous d'être là.

De même que je ne fais pas de conclusion, je ne suis pas sûr que vous ayez toutes les réponses que vous auriez voulu avoir. Nous avons bien vu que tout un tas de questions reste en suspens. Par contre, j'espère que cela aura répondu à un certain nombre de vos attentes. En tout cas, à titre personnel, c'est une matinée qui a répondu à un certain nombre d'attentes et dans laquelle j'ai appris un certain nombre de choses. Notre Président, Frédéric GOUËDARD, disait en introduction que nous voulions que ce rendez-vous maintenant annuel. Participe au positionnement de la Mutualité Française qui est d'être une porte d'entrée et de compréhension de notre système de santé, de protection sociale, des différentes problématiques, sur l'Île-de-France pour ce qui nous concerne en tant qu'Union régionale. Je crois que ce matin, cela nous a permis d'être dans ce cadre.

Nous avons eu une première table ronde qui a montré qu'il y avait un certain nombre d'obstacles à ces questions de prévention de la désinsertion professionnelle, obstacles qui peuvent être liés à complexité des dispositifs, obstacles qui sont aussi financiers, il ne faut pas les masquer, d'autres ont été mentionnés. Ce qui a été positif dans cette première table ronde est le fait de montrer qu'il y avait quand même des solutions et que la Mutualité pouvait être un des acteurs qui apportent des solutions, que ce soit par le biais de CRP qui sont gérés par des unions mutualistes. On avait la mutuelle CHORUM, mais la Mutualité fédère évidemment des mutuelles qui interviennent dans les entreprises. Elle fédère aussi d'ailleurs des mutuelles d'entreprise. Cette table ronde a eu le mérite de montrer toutes les difficultés du sujet, mais en même

Je ne vais pas aller au-delà, puisque ce ne sont pas des conclusions, mais plus une invitation à poursuivre les échanges.

Je crois qu'il va y avoir un moment convivial. Non. La Mutualité manque vraiment à tous ses devoirs. Excusez-moi pour cette fausse information. Cela ne va pas m'empêcher de remercier les équipes de notre union régionale qui ont contribué à cette belle matinée. Merci à eux, merci à vous.



Éric MARAZANOFF, Secrétaire général à la Mutualité Française

temps, c'est aussi pour cela que nous sommes mutualistes, c'est que nous avons à cœur d'apporter des solutions, et on a pu voir des solutions concrètes pouvant être amenées par notre mouvement.

La deuxième table ronde a montré toute la place et toute l'importance du dialogue social sur ces questions. Je dis « toute la place », et certains regrettent qu'il n'y en ait pas assez. En tout cas, elle a montré toute l'importance du dialogue social sur ces questions. Les différents intervenants ont été complètement dans ce sens. Je ne pense pas que nous les ayons mis tous d'accord sur le sujet, ce n'est pas l'objet, mais en tout cas, si nous avons pu contribuer à vivifier ce dialogue social, je pense que c'est un attendu que nous aurons respecté par rapport à cette matinée.

# MUTUALITÉ FRANÇAISE ÎLE-DE-FRANCE

15, Cité Malesherbes - 75009 PARIS  
prevention@mutualite-idf.fr

Retrouvez l'ensemble des services et activités  
de la Mutualité Française IDF sur :

[www.iledefrance.mutualite.fr](http://www.iledefrance.mutualite.fr)



[www.facebook.com/MutualiteFrancaiseIDF](https://www.facebook.com/MutualiteFrancaiseIDF)



[twitter@mutidf](https://twitter.com/mutidf)

Organisme régi par le livre I du code de la Mutualité  
immatriculé au répertoire Sirene sous le numéro Siren n°518102975

