HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SOCIETE FRANÇAISE DE MEDECINE DU TRAVAIL

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs

## Méthode Recommandations pour la pratique clinique

**TEXTE DES RECOMMANDATIONS**

**Février 2019**

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :
Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.
Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.
Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

**Grade des recommandations**

| | |
|---|---|
| **A** | **Preuve scientifique établie**<br>Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées. |
| **B** | **Présomption scientifique**<br>Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte. |
| **C** | **Faible niveau de preuve**<br>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4). |
| **AE** | **Accord d'experts**<br>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. |

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

**Haute Autorité de Santé**
Service communication – information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été adopté par le Collège de la Haute Autorité de Santé en Février 2019.
© Haute Autorité de Santé – Février 2019

# Sommaire

**Préambule** ..... **6**

**Recommandations** ..... **10**

**1. Recommandations générales** ..... **10**
1.1 Mission de maintien en emploi des services de santé au travail ..... 10
1.2 Respect du cadre déontologique et éthique ..... 10
1.3 Coordination des acteurs ..... 11
1.4 Facteurs susceptibles d'influencer le pronostic professionnel ..... 12
1.4.1 Facteurs individuels susceptibles d'influencer le pronostic professionnel ..... 12
1.4.2 Facteurs de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel ..... 14

**2. Recommandations pour la prise en charge des travailleurs à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise du travail, ou de suivi après la reprise** ..... **16**
2.1 Recommandations générales ..... 16
2.2 Plan de retour au travail ..... 16
2.2.1 Analyse de la situation à risque de désinsertion ..... 17
2.2.2 Mesures mobilisables dans le cadre du plan de MEE ou de retour au travail ..... 19
2.2.3 Mise en œuvre et suivi du plan de retour au travail ..... 21

**3. Recommandations dans le cadre des autres visites** ..... **23**
3.1 Recommandations générales ..... 23
3.2 Recommandons en cas de problème de santé identifié ..... 23
3.2.1 Plan de maintien en emploi des travailleurs en activité ..... 24

**Glossaire** ..... **25**

**Liste des acteurs** ..... **27**
Annexe 1. Rappels réglementaires ..... 29
Annexe 2. Modèle de courrier d'information sur la visite de pré-reprise du salarié en arrêt de travail ..... 35
Annexe 3. Exemple de la fiche de liaison médecin conseil / médecin du travail ..... 36
Annexe 4. Exemple de la fiche de liaison médecin du travail / médecin conseil établie par la Mutualité sociale agricole ..... 38
Annexe 5. Exemple d'une fiche de liaison médecin du travail / MDPH ..... 39
Annexe 6. Exemple de fiche de liaison SST / SSR ..... 40
Annexe 7. Modèle de courrier d'information du médecin du travail vers le médecin traitant ..... 42
Annexe 8. Fiche d'information sur la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ..... 43
Annexe 9. Mesures mobilisables pour le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle ..... 45

**Participants** ..... **55**

**Fiche descriptive** ..... **59**

## Abréviations et acronymes

| | |
|---|---|
| **AE .....** | Accord d'experts |
| **AGEFIPH** | Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (entreprises privées) |
| **ALD.....** | Affection longue durée |
| **ANACT .** | Agence nationale des conditions de travail |
| **AT/MP...** | Accident du travail – Maladie professionnelle |
| **BOETH .** | Bénéficiaires de l'obligation d'emploi |
| **CDAPH .** | Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées |
| **CNAM ...** | Caisse nationale d'Assurance maladie |
| **COCT....** | Conseil d'orientation des conditions de travail |
| **COG.....** | Convention d'objectifs et de gestion |
| **CPF.....** | Compte personnalisé de formation |
| **CPO .....** | Centre de pré-orientation |
| **CRPE....** | Contrat de rééducation professionnelle en entreprise |
| **CRP .....** | Centre de rééducation professionnelle |
| **CSS.....** | Code de la sécurité sociale |
| **CT .....** | Code du travail |
| **DEA .....** | Dispositif d'emploi accompagné |
| **DMP.....** | Dossier médical partagé |
| **DMST** | Dossier médical en santé au travail |
| **DGT .....** | Direction générale du travail |
| **ESAT ....** | Établissement ou service d'aide par le travail |
| **FIPHFP** | Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique |
| **HAS** | Haute Autorité de Santé |
| **ICF** | *International Classification of Functioning, Disability and Health* |
| **IP** | Incapacité permanente |
| **ITI** | Indemnité temporaire d'inaptitude |
| **MDPH** | Maison départementale des personnes handicapées |
| **MDE** | Maintien dans l'emploi |
| **MEE** | Maintien en emploi |
| **MP** | Maladie professionnelle |
| **MSA** | Mutualité sociale agricole |
| **MT** | Médecin du travail |
| **NP** | Niveau de preuve |
| **OETH** | Obligation d'emploi des travailleurs handicapés à distinguer des accords OETH |
| **OPS** | Organisme de placement spécialisé (Cap emploi-SAMETH) |

| | |
|---|---|
| **PCH** | Prestation de compensation du handicap |
| **PDP** | Prévention de la désinsertion professionnelle |
| **PPH** | Processus de production du handicap |
| **PSOP** | Prestation spécifique d'orientation professionnelle |
| **RIPPH** | Réseau international sur le processus de production du handicap |
| **RLH** | Reconnaissance de la lourdeur du handicap |
| **RQTH** | Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé |
| **RTL** | Reprise de travail léger |
| **SAMETH** | Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés |
| **SFMT** | Société française de médecine du travail |
| **SSR** | Soins de suite et de réadaptation |
| **SST** | Service santé au travail |
| **SSTI** | Service santé au travail interentreprises |
| **TMS** | Troubles musculo-squelettiques |
| **TPT** | Temps partiel thérapeutique |
| **UEROS** | Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale pour les personnes cérébro-lésées |

# Préambule

## Contexte d'élaboration

En France, on considère que 2,6 millions de travailleurs sont en situation de handicap « au sens large » tel qu'il est défini selon la loi 2005-102 de février 2005, c'est-à-dire en incluant ceux dont le handicap n'est pas forcément reconnu administrativement, mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes. En 2015, 9 % des personnes de 16 ans et plus ont déclaré être fortement limitées depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans leurs activités habituelles. Près de 15 % des travailleurs continuent de travailler avec une ou plusieurs maladies chroniques – diabète, cancer, asthme, troubles de santé mentale, maladies infectieuses transmissibles ou atteintes anatomiques ou fonctionnelles, etc. D'une manière générale, la maladie chronique est associée à un risque accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte/changement d'emploi, d'absentéisme au travail, mais pas systématiquement à un risque de désinsertion professionnelle. La présence d'une (ou plusieurs) maladie chronique impose donc une vigilance aux acteurs du maintien en emploi.

Afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 comprend un objectif visant à prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques et de leurs aidants. Elle mentionne que l'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser autant que possible le retour à l'emploi, et qu'en cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne.

Le développement de l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans le maintien en emploi est une priorité dans les politiques publiques. Il constitue l'une des lignes directrices et structurantes du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (DGT PST3, 2015) définie par les partenaires sociaux (en particulier les actions 2.5 à 2.8 et 3.8).
Ce travail s'inscrit dans la continuité de la Convention d'objectifs et de gestion pour la branche accident du travail-maladie professionnelle (COG AT-MP) de la CNAM pour 2014-2017, de la nouvelle COG État/CNAM 2018-2022, du plan cancer 2014-2019, du plan maladies neurodégénératives 2014-2019, et de la Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020.

L'importance du maintien en emploi parmi les missions confiées aux services de santé au travail a également été soulignée par le récent rapport de Mme Charlotte Lecocq sur la santé au travail remis au Premier ministre le 28 août 2018.

## Saisine

L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur ce thème a été demandée à la HAS conjointement par la Société française de médecine du travail (SFMT), la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et la Direction générale du travail (DGT).

La HAS et la SFMT ont souhaité élaborer conjointement cette recommandation de bonne pratique.

## Objectifs des recommandations

- proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs ayant un ou plusieurs problèmes de santé (en première intention dans l'entreprise d'origine) ;
- améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle.

Les recommandations se déclinent en recommandations générales s'appliquant quelle que soit la pathologie, auxquelles peuvent s'ajouter des recommandations spécifiques liées à certaines pathologies.

## Champ des recommandations

En complément de toutes les actions collectives de santé au travail de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail, et d'information des travailleurs sur leurs risques et leur suivi de santé, les recommandations suivantes concernent la **prise en charge individuelle** en matière de maintien en emploi.

Le champ du maintien en emploi est donc circonscrit aux situations individuelles des travailleurs qui présentent un risque de désinsertion professionnelle à un moment donné, dès lors qu'une ou des difficultés de santé ont été constatées et placent ces travailleurs en situation de handicap, au sens large. Les actions de maintien en emploi qui font l'objet de ces recommandations peuvent être assimilées à une logique de prévention secondaire ou tertiaire centrée sur les situations individuelles de ces travailleurs, en complément des actions de prévention primaire menées par ailleurs.

Alors que le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste initial (grâce à des aménagements), ou à un reclassement dans l'entreprise (parfois appelé reclassement interne), le maintien **en emploi** retenu ici élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel.

Le périmètre de ces recommandations est donc circonscrit à la stratégie à mettre en œuvre dès lors qu'un risque de désinsertion professionnelle est identifié ou pressenti du fait d'une altération de la santé du travailleur.

Ces recommandations concernent toutes les pathologies. Elles ne concernent pas la prévention spécifique de survenue de ces pathologies, y compris quand elles peuvent trouver (une partie de) leur origine dans les conditions de travail.

Par ailleurs, compte tenu de la fréquence des comorbidités associées aux pathologies chroniques, il y a un intérêt à traiter les pathologies de façon transversale en focalisant ensuite sur les spécificités propres à certaines pathologies fréquentes. Ainsi, ont été retenues les pathologies considérées comme les plus fréquentes en population générale, à savoir **les pathologies ostéo-articulaires, cancéreuses, cardiovasculaires et neurologiques, ainsi que les troubles mentaux dits « courants[1] ».**

## Questions retenues dans le processus d'élaboration des recommandations

1. Comment définir le maintien en emploi (MEE) et la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) dans le cadre des missions des services de santé au travail (SST) ?
2. Quelle règlementation s'applique en matière de maintien en emploi?
3. Comment initier la démarche le plus précocement possible ?
4. Quels sont les conditions et les moyens (humains et techniques) nécessaires à mobiliser pour mettre en œuvre le maintien en emploi au sein des SST en lien avec d'autres acteurs ? Comment mieux cibler les travailleurs à risque ?
5. Existe-t-il des particularités pour certaines pathologies à l'origine du risque de désinsertion

[1] Selon l'OMS, « Les troubles mentaux courants renvoient à deux catégories diagnostiques principales : les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Ces troubles sont très répandus dans la population (c'est donc pourquoi ils sont considérés comme « courants » et ont un impact sur l'humeur ou les sentiments des personnes affectées ; les symptômes varient en termes de gravité (de légère à sévère) et de durée (à partir de mois aux années). Ces troubles sont des problèmes de santé pouvant être diagnostiqués et sont distincts des sentiments de tristesse, de stress ou de peur que tout le monde peut éprouver de temps en temps dans sa vie. »
http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

professionnelle (par exemple : cancer, pathologies de l'appareil locomoteur, syndrome anxio-dépressif, lésions cérébrales acquises non évolutives et pathologies neurodégénératives, etc.) nécessitant des actions spécifiques pour le maintien en emploi ?
6. Quel est le suivi de la mise en œuvre du projet ?
7. Comment assurer la compréhension et l'implication partagées du processus par tous les acteurs impliqués (y compris le patient/travailleur) ?

**Après l'analyse de la littérature (cf. Argumentaire), les éléments identifiés en réponse à ces questions définies initialement ont conduit à adopter un plan différent pour la rédaction des recommandations.**

**Plan des recommandations**

**Le plan a été construit dans la logique suivante :**

- recommandations générales s'appliquant dans toutes les situations ;
- recommandations pour la prise en charge des travailleurs à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise du travail ou de suivi après la reprise ;
- recommandations dans le cadre des autres visites (en dehors de tout arrêt de travail en cours ou récent).

**Il est systématiquement précisé les éléments génériques relevant de recommandations générales applicables quel que soit le problème de santé de santé, ainsi que, le cas échéant, les éléments spécifiques à certaines pathologies.**

## Cible des recommandations

Le retour au travail et le maintien en emploi doivent être considérés avant tout comme un processus social, au-delà des aspects techniques de l'aménagement de la situation de travail. Ce processus peut nécessiter et bénéficier d'un accompagnement par le médecin du travail, et/ou une (ou plusieurs) autre personne ressource interne ou externe à l'entreprise (chargé de maintien en emploi, psychologue du travail, assistante de service social, ou autre membre de l'équipe pluridisciplinaire).

### ► Population concernée

Tout travailleur qui bénéficie d'un suivi par un service de santé au travail et qui présente, en raison de son état de santé, une limitation de sa capacité à se maintenir au poste occupé.

### ► Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent en premier lieu aux professionnels des services de santé au travail, qu'ils soient organisés en équipes pluridisciplinaires dans les SST ou selon d'autres modalités dans des services autonomes.
Ces recommandations peuvent également éclairer les autres professionnels du champ du MEE et plus largement du secteur médico-social : services médicaux, sociaux et de prévention des organismes de Sécurité sociale, médecins traitants quelle que soit leur spécialité (généralistes ou autres spécialités), Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), organismes de placement spécialisé (Cap Emploi), missions handicap, Comète France, etc.
Enfin, ces recommandations peuvent éclairer tous les employeurs (et pas seulement ceux concernés par l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés) et tous les acteurs du milieu de travail.

## Rappels réglementaires

Des rappels réglementaires se rapportant à différentes parties du texte des recommandations ont été regroupés en annexe 1.

# Recommandations

# 1. Recommandations générales

## 1.1 Mission de maintien en emploi des services de santé au travail

La mission de MEE appartient pleinement aux missions des SST. Il est recommandé de conseiller le travailleur, l'employeur et les représentants du personnel sur les mesures à mettre en place de nature à faciliter le maintien en emploi (grade C).

Il est recommandé que les services de santé au travail mettent en œuvre une organisation dédiée spécifiquement au maintien en emploi (AE) avec le soutien de leur direction pour que les moyens humains et matériels adéquats puissent être alloués.

Il est recommandé que cette offre de services soit formulée clairement pour les travailleurs et les employeurs (grade C), et qu'elle fasse l'objet d'une stratégie explicite pour répondre aux besoins identifiés (AE).

Le médecin du travail est identifié par la législation comme un acteur pivot du MEE et des mesures mobilisables dont il doit assurer le pilotage avec son équipe. Le cas échéant, ce pilotage peut être partagé et/ou assuré par un acteur de MEE externe au SST.

Quelle que soit l'organisation retenue, le médecin du travail référent du travailleur, ou référent du MEE au sein d'un SST, doit veiller à ce qu'il y ait un pilotage effectif de la stratégie de MEE. Cette stratégie et ce pilotage doivent avoir les ressources pluridisciplinaires nécessaires (juridique, sociale, ergonomique, psychologique, etc.) (AE).

Si la structure qui pilote le plan de retour au travail/maintien en emploi d'un travailleur est extérieure au SST, elle doit être informée des contraintes de l'environnement et du poste de travail, ainsi que des limitations fonctionnelles et des capacités résiduelles du travailleur par l'intermédiaire du travailleur ou avec son accord exprès (AE). Cette structure extérieure doit alors travailler en concertation avec le médecin du travail et son équipe tout au long du plan d'action.

Les principes suivants gouvernent la stratégie de MEE (AE) :

- le MEE ne se limite pas aux travailleurs en arrêt de travail, mais nécessite d'anticiper les difficultés et mesures mobilisables en amont de tout arrêt (AE) ;
- conformément à la nécessité d'adapter le travail à l'homme, il est recommandé d'adapter les exigences du poste de travail aux capacités résiduelles du travailleur et aux limitations fonctionnelles entraînées par sa pathologie (AE) ;
- lorsqu'un licenciement pour inaptitude médicale est envisagé, il appartient aux SST d'informer et de conseiller le travailleur sur les relais et les acteurs susceptibles de l'accompagner dans son parcours professionnel et de favoriser son employabilité ultérieure (AE).

Des rappels réglementaires ont été précisés en annexe 1.

## 1.2 Respect du cadre déontologique et éthique

Les actions de maintien en emploi doivent être mises en œuvre dans le respect des règles déontologiques et éthiques des professionnels concernés.
Les professionnels de santé étant notamment soumis au **secret médical** (L. 1110-4 du Code de la santé publique), les **échanges** au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et ceux avec les autres acteurs du MEE (médecin traitant, médecins conseil, etc.) répondent à un formalisme strict.

Au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, l'équipe de santé au travail ainsi que l'ensemble des acteurs du maintien en emploi ne forment pas une équipe de soins. De ce fait, **tout partage d'informations strictement nécessaires** à la prise en charge d'une personne requiert son **consentement préalable**, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée (D.1110-3-1 du Code de la santé publique).
Autrement dit, les échanges ne peuvent se faire qu'après accord du travailleur, idéalement en présence de celui-ci, et uniquement sur ce qui est strictement nécessaire à sa prise en charge.

Avant d'exprimer son consentement, la personne doit avoir été dûment informée, en fonction de ses capacités, des informations et des catégories de professionnels qui seront concernées par le partage. Cette information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, d'un support écrit pouvant être électronique (D. 1110-3-2 du Code de la santé publique).

L'échange d'informations ne pouvant porter que sur ce qui est strictement nécessaire, il concernera principalement, après accord du travailleur concerné, les capacités et incapacités fonctionnelles à prendre en compte dans le processus de MEE (et non les pathologies précisément).

**Remarque :** ni le médecin du travail, ni le médecin conseil n'ont accès au dossier médical partagé (DMP).

Le travailleur doit être **informé** de toutes les mesures de maintien en emploi et s'engager en amont de tout plan de MEE ou de retour en emploi ainsi que de toutes les mesures que l'on souhaite mettre en place et qui l'impliquent. Ces mesures doivent se faire dans le **respect de la personne**. Il est recommandé de porter une attention particulière à la façon dont sont expliquées ces mesures au travailleur afin qu'elles soient bien comprises par celui-ci (AE). En effet, certains termes (par exemple, « invalidité », « travailleur handicapé », « organisme de placement spécialisé ») ne sont souvent pas explicites pour les travailleurs et peuvent avoir un impact psychologique délétère pour la reprise du travail (AE). De même, il est important de souligner que les consultations de maintien dans l'emploi nécessitent du temps pour laisser le patient s'exprimer et bien prendre en compte tous les aspects de la situation médicale et socioprofessionnelle ; plusieurs consultations peuvent être nécessaires.

**Pour tous les travailleurs,** il est recommandé (AE) de faciliter et de promouvoir :
- une information loyale, claire et appropriée du travailleur visant à favoriser son implication et son autonomie dans la démarche de MEE ;
- la compréhension partagée des enjeux du maintien en emploi, entre le travailleur, son médecin traitant, son médecin du travail, l'employeur, et les autres acteurs impliqués dans le processus de MEE le cas échéant, dans le respect de la déontologie ;
- la clarté et la cohérence des messages délivrés par ces différents acteurs ;
- la traçabilité des échanges entre ces acteurs, notamment sous la forme de courriers ou de fiches de liaison ;
- la cohérence des mesures de maintien en emploi mises en œuvre par ces différents acteurs.

## 1.3 Coordination des acteurs

**De façon générale et pour tous les acteurs concernés**, il est recommandé de :

- promouvoir et faciliter la coordination entre les différents intervenants du secteur de soins, de la santé au travail, du maintien dans l'emploi, de la protection sociale et de l'entreprise (AE) ;

- veiller à la cohérence des messages et des mesures entre les professionnels des services de santé au travail et les acteurs du processus de retour au travail et de MEE, en raison du caractère délétère des informations et des actions discordantes (AE) ;
- échanger, dans les cas qui le nécessitent, avec les acteurs du maintien en emploi pour élaborer avec le travailleur une stratégie concertée de MEE adaptée aux enjeux identifiés (grade C) ;
- mettre à profit des outils, tels que les fiches de liaison et modèles de courrier (cf. Annexes 2 à 8), ainsi que les technologies de l'information et de la communication pour faciliter le partage d'information et la coordination, dans le respect du cadre réglementaire et de la déontologie (AE).

## 1.4 Facteurs susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

Il est recommandé que les acteurs du MEE recherchent les facteurs susceptibles d'influencer négativement comme positivement le pronostic professionnel, que ces facteurs concernent le travailleur ou son environnement de travail (AE).

Les facteurs repris ci-dessous sont, d'une part, ceux qui ont un niveau de preuve (NP) établi dans la revue de la littérature, et, d'autre part, ceux qui émergent de l'avis des experts (AE).

### 1.4.1 Facteurs individuels susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

#### ► Facteurs communs quel que soit le problème de santé

Le risque de désinsertion professionnelle est accru en cas d'association de deux ou plusieurs facteurs parmi (NP2). :

- âge > 50 ans,
- faible niveau d'études,
- isolement social ou un manque de soutien social/familial,
- capacité physique limitée,
- mauvaise santé perçue,
- symptôme de détresse,
- symptomatologie anxieuse et/ou dépressive,
- surpoids,
- arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois).

Parfois, l'importance d'un seul facteur cité ci-dessus est suffisante pour accroître le risque de désinsertion, et tous les facteurs doivent donc être recherchés, car leur association accroît ce risque (AE).

Les peurs et les croyances des professionnels peuvent également avoir une influence négative sur le pronostic professionnel (AE).

Les facteurs communs à toute pathologie influençant **positivement** le MEE sont les suivants (NP2) :

- haut niveau socioéconomique,
- bonne santé perçue,
- espérance de rétablissement,
- bonnes capacités fonctionnelles et de travail,
- espoir élevé de reprise du travail en cas d'arrêt,
- maîtrise de la langue (AE).

## ► Facteurs complémentaires spécifiques à certaines pathologies

- **Troubles musculo-squelettiques**

Chez les travailleurs souffrant de TMS des membres et du rachis, les facteurs psychosociaux peuvent faire obstacle au retour au travail. Ces facteurs sont fortement prédictifs de l'évolution vers l'incapacité prolongée au travail, notamment dans le cas de la lombalgie chronique. Parmi ces facteurs, on retient notamment des facteurs susceptibles de favoriser l'incapacité prolongée au travail tels que : les attitudes et « croyances (ou pensées) dysfonctionnelles » (attitude passive vis-à-vis de la prise en charge, faible espoir de guérison ou de retour au travail), les comportements inappropriés vis-à-vis de la douleur (peurs et évitements, incapacité à faire face à la douleur et à l'incapacité), les réactions affectives négatives (détresse émotionnelle, anxiété, dépression) et le manque de soutien social perçu au travail (NP2).
D'autres éléments susceptibles de favoriser le retour au travail sont également à prendre en compte, tels que :

- la capacité à développer des « stratégies de *coping* » fonctionnelles, c'est-à-dire des stratégies permettant de faire face au vécu de la douleur et à l'incapacité ;
- le « sentiment d'efficacité personnelle », c'est-à-dire la conviction du travailleur en ses capacités à reprendre le travail (NP3).

- **Troubles de santé mentale**

La sévérité des symptômes, une comorbidité somatique et/ou psychiatrique (troubles mentaux et du comportement) sont des facteurs influençant négativement le pronostic de retour au travail (NP2).
Les autres facteurs qui peuvent influencer négativement le pronostic professionnel sont une mauvaise observance des traitements médicamenteux et/ou du suivi psychothérapeutique, l'absence de soutien familial et social, la notion de personnalité limite, et la consommation de substances psychoactives (AE).

- **Cancers**

Les facteurs influençant négativement le retour au travail sont : un cancer de mauvais pronostic (NP2), le retentissement psychologique de la maladie et la fatigue (NP2), ainsi que les séquelles invalidantes (AE).

Les facteurs influençant positivement le retour au travail sont : une intervention peu invasive (NP2) et l'absence de chimiothérapie (NP2).

- **Pathologies cardiovasculaires**

Les variables sociodémographiques (statut socio-économique faible) jouent un rôle défavorable plus important que les variables cliniques sur le retour et le maintien en emploi (NP1).

Le reconditionnement à l'effort joue cependant un rôle déterminant pour la réinsertion professionnelle, en raison de l'optimisation des capacités à l'effort qu'il entraîne, mais également sur le plan psychologique par l'image positive de soi qu'il génère auprès du patient (NP1).

Les thérapies comportementales et cognitives basées sur l'apprentissage de l'autocontrôle, de la gestion du stress[2] et sur des techniques d'affirmation de soi jouent un rôle déterminant lors de la reprise de l'activité professionnelle après un événement cardiovasculaire (Grade A).

Les facteurs favorables au retour au travail sont : un fort sentiment d'efficacité personnelle, des attentes optimistes quant au retour au travail, la volonté de retourner au travail, une plus faible gravité de la maladie (NP2).

[2] European Society of Cardiology, Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016;37(29):2315-81.

- **Pathologies neurologiques**

  La fatigabilité résiduelle et les troubles cognitifs sont des déterminants essentiels des difficultés professionnelles (NP2).
  Le déficit moteur est particulièrement fréquent dans de nombreuses pathologies neurologiques et est un facteur limitant ; l'évolutivité de la pathologie (maladies neurodégénératives, SEP) est un facteur négatif (AE).

### 1.4.2 Facteurs de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

#### ► Facteurs communs quel que soit le problème de santé

Une insuffisance ou une absence de politique au sein de l'entreprise favorisant le retour au travail et le maintien en emploi (absence d'aménagements de poste, absence d'aménagement des horaires de travail, etc.) est un facteur de mauvais pronostic, de même qu'une impossibilité d'aménagement ou de reclassement (AE).

Au contraire, une implication précoce ainsi que l'engagement de l'entreprise dans la stratégie de MEE sont des facteurs de meilleur pronostic de MEE.

Quel que soit le problème de santé, les facteurs de risque psychosociaux présents dans l'environnement de travail influencent **négativement** le pronostic professionnel des travailleurs atteints de problèmes de santé (NP2).

Quel que soit le problème de santé retentissant sur les capacités d'un travailleur, il est ainsi recommandé de rechercher dans l'environnement de travail les facteurs suivants qui influencent **négativement** son pronostic professionnel :

- une faible latitude décisionnelle associée à des exigences élevées au travail, conduisant à un niveau élevé de stress au travail ;
- un faible soutien social (de la hiérarchie et/ou des collègues) ;
- une faible reconnaissance au travail.

  À ces trois facteurs mentionnés par la littérature avec un niveau de preuve (NP2), on peut ajouter les autres facteurs de risque psychosociaux tels qu'ils sont repris par le rapport Gollac[3] susceptibles d'influencer négativement le pronostic professionnel (AE) :

  - intensité et temps de travail,
  - exigences émotionnelles,
  - rapports sociaux de travail dégradés,
  - conflits de valeur,
  - insécurité de la situation de travail (incluant l'insécurité socio-économique (peur de perdre son emploi, non-maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire) et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail).

En miroir, il faut s'efforcer de rechercher les ressources professionnelles favorisant le MEE telles qu'une préparation de la reprise de travail/du MEE avec l'employeur et l'acteur de MEE ainsi qu'un contexte psychologique, relationnel et organisationnel favorable (AE).

[3] Gollac M, M. B. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

## ► Autres facteurs spécifiques à certaines pathologies

- **Troubles musculo-squelettiques**

Les facteurs influençant négativement le pronostic professionnel sont (NP2) :
- les exigences physiques du travail (rythme de travail soutenu, travail physique ressenti comme pénible, exigences physiques du poste de travail supérieures aux capacités fonctionnelles de la personne), un contrat de travail précaire, etc. ;
- la perception de la douleur et la représentation du travail par le travailleur (insatisfaction au travail, travail monotone, croyance que le travail est dangereux pour sa santé, forte charge émotionnelle au travail, croyance qu'il vaudrait mieux ne pas travailler avec la douleur) ;
- à noter qu'en dehors des éléments d'environnement de travail, un contexte médicolégal, médicosocial et financier défavorable (faible revenu de compensation, antécédents de compensations financières, retard à la déclaration d'accident, insuffisance de la prise en charge médicale initiale) peut également influencer négativement le pronostic professionnel.

- **Troubles de santé mentale**

La stigmatisation des travailleurs par les collègues et/ou la hiérarchie, liée aux représentations négatives des troubles de santé mentale, influence négativement le pronostic professionnel.

- **Cancers**

Les exigences physiques du travail (NP2) et l'origine professionnelle du cancer (AE) sont des facteurs influençant négativement le pronostic professionnel.

- **Pathologies cardiovasculaires**

Les exigences physiques du travail (surtout pour les pathologies cardiovasculaires les plus graves) influencent négativement le pronostic professionnel (NP2).
Le retour à 3 mois en cas d'arrêt est surtout entravé par un rythme de travail élevé (NP3).
Les exigences mentales et des contraintes d'objectifs élevés ou de productivité influencent négativement le pronostic professionnel (AE).

- **Pathologies neurologiques**

La revue de la littérature n'a pas permis d'établir un niveau de preuve concernant les facteurs spécifiques de l'environnement de travail.

# 2. Recommandations pour la prise en charge des travailleurs à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise du travail, ou de suivi après la reprise

## 2.1 Recommandations générales

**Lorsque les travailleurs sont en arrêt de travail,** les médecins du travail n'en sont pas **systématiquement** informés, ou alors de façon tardive.

**Pour tous les travailleurs,** il est recommandé (AE) :

- de promouvoir par tout moyen la visite de pré-reprise ;
- d'inciter les entreprises à communiquer avec le médecin du travail / le SST, concernant les absences répétées ou prolongées ;

Quand il est informé de ces absences, le médecin du travail / le SST s'assure que le travailleur en arrêt(s) prolongé(s) ou répété(s) a été informé de la possibilité de bénéficier d'une ou plusieurs visite(s) de pré-reprise. Même si le médecin du travail n'a pas à convoquer un travailleur en arrêt de travail, aucun texte juridique n'empêche qu'il puisse délivrer cette information (cf. Modèle de courrier en annexe 1).

- d'évaluer les conséquences sociales et familiales de l'arrêt de travail, avec l'appui si nécessaire de l'assistant(e) de service social.

Des rappels réglementaires ont été précisés en annexe 1.

## 2.2 Plan de retour au travail

Ce plan de retour au travail est mis en œuvre pour tous les travailleurs en arrêt, idéalement le plus tôt possible au cours d'une visite de pré-reprise.

Il est recommandé aux médecins du travail d'élaborer, en concertation avec le travailleur et l'employeur, un « plan de retour au travail » en trois phases (grade C pour ce qui est de la santé mentale, du cancer, et des lombalgies / AE pour toutes les autres pathologies) :

- **une première phase d'analyse et de compréhension partagées** du risque de désinsertion professionnelle ;
- **une seconde phase d'élaboration d'une liste des freins à la reprise du travail et des leviers pouvant être mobilisés ;**
- **une troisième phase de mise en œuvre planifiée** des mesures identifiées, **et de suivi** avec une évaluation régulière de l'état de santé du travailleur et de sa situation de travail (cf. § 2.2.3).

Un tel plan doit être établi en concertation avec le travailleur, le médecin du travail, l'employeur (ou la personne qu'il aura déléguée, par exemple au sein de la direction des ressources humaines ou de l'encadrement), le médecin traitant et, le cas échéant, les médecins du parcours de soins. Les autres acteurs du maintien en emploi doivent être associés autant que nécessaire (médecin conseil des organismes de Sécurité sociale, assistant(e) de service social, chargé(e) de maintien en emploi Cap emploi, etc.) (AE).
Ce plan de retour au travail peut être élaboré par le médecin du travail ou, avec sa délégation, par une personne ressource du SST.
Le maintien en emploi étant une mission partagée entre les médecins du travail et d'autres acteurs, le plan de retour au travail peut aussi être élaboré par une personne/structure externe au

SST (chargé de maintien en emploi, Cap emploi, assistant(e)s des services sociaux, missions handicap, psychologue du travail, ergonome, etc.). Ces acteurs différents sont susceptibles d'intervenir et d'assurer la mise en œuvre des mesures du MEE selon les besoins du travailleur à différentes étapes de sa trajectoire.
Dans tous les cas, le médecin du travail et son équipe doivent être associés à l'élaboration et la mise en œuvre de ce plan, car eux seuls ont la double connaissance des données médicales des travailleurs et celles relatives aux conditions de travail.

Ce plan doit être flexible, avec une durée adaptée (en moyenne 3 à 6 mois), ajustable en fonction de chaque cas et en conformité avec la problématique de santé ou le handicap, et suivi selon une périodicité convenue au départ (AE).

### 2.2.1 Analyse de la situation à risque de désinsertion

Les recommandations pour l'analyse et la compréhension de la situation à risque de désinsertion sont identiques quel que soit le problème de santé.

En cas d'arrêt de travail, et quel que soit le problème de santé, il est recommandé (AE), (avec l'appui si nécessaire d'un professionnel *ad hoc*) :

- d'évaluer les symptômes et leur intensité, de demander au travailleur si un diagnostic a été posé et ce qu'il en a compris ;
- d'évaluer la fatigue et le retentissement des symptômes (et des effets secondaires du traitement, le cas échéant) sur l'humeur et l'angoisse, le sommeil, les capacités physiques, et les capacités cognitives ;
- d'évaluer le retentissement des symptômes (et des effets secondaires du traitement, le cas échéant) sur les activités de la vie quotidienne et sur l'exécution des tâches requises par le poste de travail ;
- de s'informer auprès du travailleur sur les éléments de sa prise en charge thérapeutique et de rééducation, en demandant, si besoin et avec son accord, ces informations auprès du médecin traitant (ou un autre spécialiste) ;
- d'évaluer avec le travailleur les conséquences sociales et familiales de son problème de santé ;
- d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et du poste de travail (comprenant l'organisation du travail) qui ont pu contribuer à l'apparition des troubles, à leur chronicisation éventuelle, et/ou faire obstacle à la reprise du travail (cf. supra : facteurs génériques et/ou spécifiques) ; cette évaluation devrait comporter, chaque fois que possible, une étude de poste et des échanges avec l'employeur ;
- d'évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et du poste de travail qui peuvent jouer un rôle protecteur, et/ou contribuer à un rétablissement favorable du travailleur (soutien social au travail, latitude décisionnelle, etc.) ;
- d'échanger avec le travailleur sur sa compréhension de sa situation (médicale, sociale et professionnelle), de sa connaissance de ses droits et de ses obligations ;
- d'échanger avec le travailleur sur les leviers et les freins de son engagement dans le processus de MEE.

**Quel que soit le problème de santé,** il est recommandé de s'informer auprès du travailleur des éléments de sa prise en charge sociale (contact avec le médecin conseil de Sécurité sociale et/ou de l'assistant des services sociaux si nécessaire, durée prévisible avant la fin des droits à indemnités journalières, perspectives de consolidation ou de stabilisation, calcul des droits de départ à la retraite, etc.) (AE).

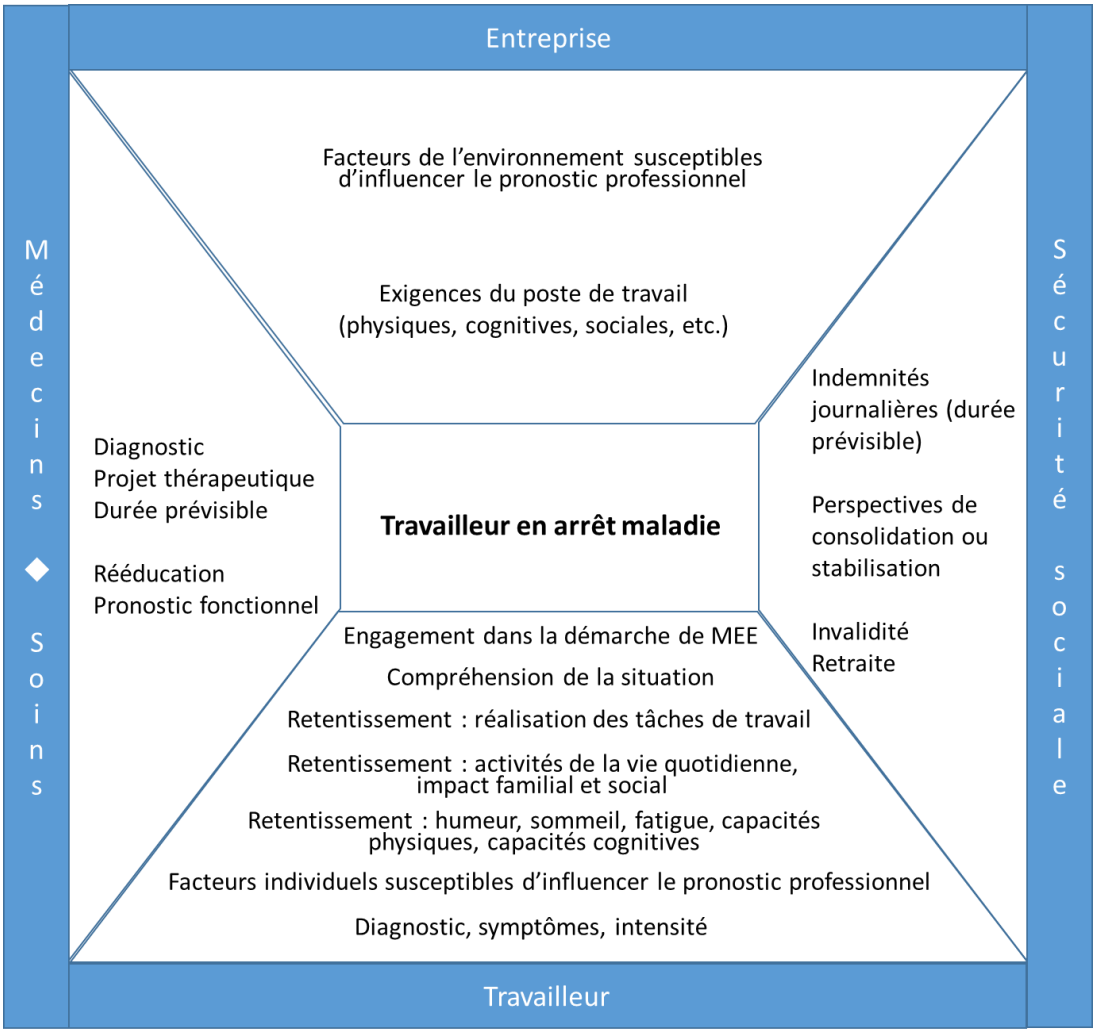
**Quel que soit le problème de santé**, il est recommandé que les médecins du travail reconstituent le cursus professionnel et les expositions pouvant avoir contribué à l'apparition du problème de santé, puis, le cas échéant, que l'intérêt et les limites d'une déclaration en maladie professionnelle soient discutés. D'autres professionnels du service de santé au travail et/ou les centres de

pathologie professionnelle (selon leur maillage territorial et leur accessibilité) peuvent contribuer à la reconstitution du parcours professionnel et des expositions (AE).

**Pour les travailleurs bénéficiant d'une prise en charge spécialisée en rééducation**, il est recommandé qu'un lien précoce soit établi entre le médecin du travail, le médecin spécialiste de médecine physique et de réadaptation et l'équipe de réadaptation (AE). L'échange précoce d'informations sur les exigences du poste de travail, avec ses possibilités d'adaptation, d'une part, et le projet thérapeutique et de rééducation, d'autre part, est susceptible de faciliter le retour au travail, le maintien en emploi, et d'améliorer à terme le pronostic professionnel.

Le schéma ci-dessous, inspiré du « modèle de l'aréna »[4], récapitule les dimensions du diagnostic de la situation à risque de désinsertion.

**Schéma 1. Paramètres de la situation à prendre en compte par le médecin du travail**




[4] Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, *et al.* Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. J Occup Rehabil 2005;15(4):507-24.

### 2.2.2 Mesures mobilisables dans le cadre du plan de MEE ou de retour au travail

#### (a) Mesures ciblant l'individu

**La revue de littérature développée dans l'argumentaire décrit les éléments de la prise en charge individuelle des travailleurs dont l'efficacité pour faciliter le MEE a été évaluée. Ces éléments n'ont pas été repris ici car ils se réfèrent plus à la prise en charge thérapeutique et de rééducation. À ce titre, ils concernent davantage les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, et ne concernent pas directement les acteurs chargés du MEE. De plus, la grande variété des interventions testées parmi des populations hétérogènes de travailleurs quant à leur situation de santé et leur situation d'emploi ne permet pas de formuler de recommandation univoque.**

Pour les travailleurs atteints de lombalgies, les mesures spécifiques sont reprises dans les recommandations de la SFMT publiées en 2013 sur la « surveillance médico-professionnelle du risque lombaire chez les travailleurs exposés à des manipulations de charges »[5]. De plus, des recommandations portant sur la prise en charge de la lombalgie commune sont en cours d'élaboration par la HAS.

#### (b) Mesures ciblant le milieu de travail et les conditions de travail

##### ► Mesures génériques

**Quel que soit le problème de santé**, il est recommandé :

- d'encourager l'employeur à mettre en place un projet participatif avec les employés concernés et l'encadrement de proximité pour identifier et corriger les obstacles au MEE et adapter les conditions de travail (grade C) ;
- d'encourager le milieu de travail (collègues, encadrement, direction) à prodiguer du soutien au travailleur et à lutter contre toute forme de stigmatisation (AE) ;
- d'anticiper l'impact des aménagements du poste du travailleur sur la charge de travail des collègues et sur les relations entre les travailleurs (AE) ;
- de soutenir l'encadrement, y compris dans l'encadrement de proximité, dans l'aménagement du poste et dans l'accompagnement du travailleur et des collègues ;
- de dédier une personne ressource en cas de besoin (ergonome, psychologue du travail, chargé de maintien en emploi, infirmier(e) du travail ou autre) (AE) ;
- de promouvoir la culture et la pratique de résolution de problèmes, que ce soit par le travailleur lui-même, son encadrement ou le collectif de travail (AE) ;
- de promouvoir, autour du poste de travail du travailleur, un environnement de travail prévenant ou corrigeant les facteurs de risques de nature à influer négativement sur le MEE (AE).

Il est recommandé de mettre en œuvre une ou plusieurs des mesures (cf. Tableaux en annexe 9), selon les besoins des travailleurs (qui peuvent varier dans le temps) et les particularités de leur entreprise (dans tous les cas, il faut privilégier en premier lieu le maintien au poste antérieur, à défaut, une mutation à un autre poste de l'entreprise sinon le maintien en emploi) :

- **une réduction du temps de travail** (temporaire ou durable) afin de faciliter le retour précoce au travail (grade B) ou une reprise en travail léger ;

- **des adaptations du travail** (temporaires ou durables) **et des mesures de compensation** pouvant comprendre (grade C) :

[5] Société française de médecine du travail, Société française de toxicologie analytique, Société de toxicologie clinique. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Rouen: SFMT; 2013. http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Argumentaire_scientifique.pdf

- un retour progressif du travailleur à son poste à mesure que ses capacités de travail s'améliorent, notamment par la mise en œuvre d'un temps partiel thérapeutique (grade C) (cf. rappels réglementaires en annexe 1),
- un aménagement du poste de travail, portant par exemple sur :
  - les tâches de travail (tâches allégées, restrictions à certains gestes, postures ou expositions),
  - la mise en place d'aides techniques,
  - la mise en place d'aides humaines,
  - la rotation des tâches,
  - l'alternance d'horaires,
- une limitation des trajets (en recourant par exemple au télétravail[6]) ;

- **des actions de formation et d'orientation professionnelle (bilan de compétences, prestations spécifiques d'orientation professionnelle financée par l'AGEFIPH, et les prestations médico-sociales proposées selon la pathologie comme, par exemple, la pré-orientation) (cf. Tableaux en Annexe 9)** dans la perspective d'un **changement de poste de travail,** voire d'un **reclassement professionnel** ;

- **des mesures spécifiques** destinées à faciliter la reprise du travail **(cf. Tableaux en Annexe 9) :**

  - un **Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)** permettant la mise en œuvre d'une formation « tutorée » pour accompagner un reclassement interne ou externe,
  - pendant son arrêt de travail, le travailleur peut également bénéficier d'**actions de remobilisation précoce** (L. 323-3-1 et L. 433-1 al. 4 CSS) telles que **l'essai encadré** permettant au travailleur d'être affecté sur un poste (soit un nouveau poste, soit un poste aménagé), dans la même entreprise ou une autre, afin de vérifier sa capacité à reprendre le travail et/ou de valider un projet de MEE ;

- **une demande de RQTH** permettant de mobiliser des mesures spécifiques d'accompagnement (cf. Annexe 9) ;

- **la saisine de structures spécifiques** (moyennant la demande ou l'obtention de la RQTH et autres titres de BOETH telles que la rente AT/MP > 10% ou la Pension d'Invalidité) : le médecin du travail peut mobiliser précocement les services de maintien en emploi et selon les situations (Cap Emploi, Comète France, Handibat, l'AGEFIPH, le FIPHFP). Il peut également solliciter une expertise médico-sociale pour les travailleurs reconnus travailleurs handicapés. permettant de mobiliser des mesures spécifiques d'accompagnement (cf. Annexe 9)

**Une demande d'invalidité** permettant une compensation financière de la réduction de la capacité de travail hors fonction publique. Il existe trois catégories d'invalidité, dont aucune n'interdit de travailler. Une révision de la catégorie d'invalidité est possible, dans un sens ou un autre. La pension peut être suspendue en fonction des revenus du travail (cf. rappels réglementaires en annexe 1).

Plusieurs mesures nécessitent une ingénierie administrative, financière ou juridique complexe, pour laquelle il est recommandé de recourir à des personnes ressource formées et habituées à leur mise en œuvre (chargés de MEE des Cap Emploi, assistant(e)s de service social, missions handicap, équipes MDPH et équipes d'orientation spécialisées, réseau Comète France, etc.) (AE).

[6] Durant la validation des recommandations par la Société française de médecine travail, la question du télétravail comme modalité possible d'aménagement du poste dans le maintien en emploi a été longuement discutée. Après ces discussions ayant permis d'exprimer l'ensemble des points de vue, il a été décidé et approuvé de maintenir en l'état la formulation de recommandations proposées par le groupe de travail.

### ► Mesures spécifiques aux pathologies cardiovasculaires

Il est recommandé, en cas d'implantation de stimulateur cardiaque (et de tout autre dispositif implanté), d'évaluer le risque d'interférence avec les champs électromagnétiques du milieu de travail en lien avec le médecin spécialiste.

### ► (c) Mesures ciblant la coordination des intervenants

**Lorsque les travailleurs sont en arrêt de travail,** les médecins du travail n'en sont pas **systématiquement** informés, ou alors de façon tardive. Les recommandations suivantes s'appliquent donc plus particulièrement aux médecins du parcours de soins et de rééducation, aux médecins conseil de Sécurité sociale, et aux autres acteurs du maintien en emploi (chargés de maintien en emploi, assistant(e)s de service social, etc.).

**De façon générale,** il est recommandé :

- d'informer le travailleur en arrêt de travail de l'intérêt de solliciter une visite de pré-reprise précoce, y compris si la reprise n'est pas envisagée dans un futur proche (AE) ;
- d'organiser un échange précoce, avec l'accord du travailleur, entre le médecin traitant et le médecin du travail et, éventuellement, le médecin conseil (grade B) :
  - pour les lombalgies, une intervention précoce est recommandée (entre 2 et 3 mois d'arrêt),
  - il n'y a pas d'éléments dans la littérature pour spécifier une temporalité pour les autres problèmes de santé ;
- avec l'accord du travailleur, d'échanger avec l'employeur ou ses représentants dès lors qu'un aménagement de la situation de travail et/ou un retour progressif au travail est envisagé (grade B).

**Pour les travailleurs pris en charge pour un cancer,** il est recommandé (AE) de :

- promouvoir la liberté de choix de reprendre ou non le travail au cours des traitements, en concertation avec les acteurs de la prise en charge en cancérologie ;
- lorsque le traitement du cancer a nécessité un arrêt prolongé et/ou entraîné une fatigue importante, il est recommandé d'envisager une période de transition entre la fin des traitements et la reprise du travail. Selon les besoins propres à chaque travailleur, cette période de transition peut être mise à profit pour mettre en œuvre :
  - un programme d'activité physique adaptée,
  - un programme de remédiation cognitive,
  - un soutien psychologique individuel et/ou collectif,
  - toute autre activité favorisant la période de transition entre les traitements lourds (chimiothérapie, radiothérapie) et la reprise du travail.

## 2.2.3 Mise en œuvre et suivi du plan de retour au travail

De façon générale, il est recommandé (AE) au médecin du travail de :

- planifier un suivi régulier adapté à chaque situation individuelle du travailleur :
  - ce suivi doit évaluer quantitativement et/ou qualitativement l'état de santé du travailleur (et notamment les signes évocateurs de stagnation ou de rechute) et les éléments relatifs à son travail (difficultés à effectuer les tâches de travail, relations sociales avec les collègues, l'encadrement, etc.). Selon les situations, le choix d'indicateurs pourra en faciliter l'évaluation et la compréhension partagée entre les différents acteurs ;
- après information et avec le consentement du travailleur, partager les éléments du suivi avec les autres personnes ressource participant à la prise en charge (médecin traitant, autre

spécialiste, psychologue, ergonome, infirmière de santé au travail, assistant des services sociaux, chargé de maintien en emploi, etc.), dans chaque situation où le partage de ces informations est nécessaire à la qualité et à la continuité de la prise en charge ;

- valider la nature et la durée des aménagements du travail, et les réajuster si nécessaire, en fonction des capacités fonctionnelles et de la fatigabilité du travailleur ;
- fixer, dès la reprise du travail, une échéance à laquelle une évaluation de la situation sera faite conjointement entre le travailleur, le médecin du travail et l'employeur ;
- anticiper et accompagner l'impact sur le collectif de travail du retour du travailleur à son poste, afin d'accompagner la mise en place effective des aménagements et leur acceptation par le collectif.

# 3. Recommandations dans le cadre des autres visites

## 3.1 Recommandations générales

**Il est recommandé de ne pas attendre qu'un travailleur soit en arrêt de travail pour mettre en œuvre les mesures mobilisables de maintien en emploi (AE).**

Il est ainsi recommandé d'identifier et de mobiliser les mesures appropriées de maintien en emploi dès que des difficultés de santé sont identifiées ou pressenties avec un impact sur la capacité d'un travailleur à tenir son poste de travail (AE).

Quelle que soit la périodicité retenue pour les examens de suivi individuel de l'état de santé au travail, il est recommandé (AE) de :

- donner la priorité à l'actualisation de la connaissance des conditions de travail et de l'évolution des expositions professionnelles depuis le dernier examen ou entretien ;
- utiliser pour cela les données issues des outils de veille sanitaire collective (registre d'infirmerie, entretiens infirmiers, données de sinistralité, enquêtes diverses etc.) et du suivi individuel ;
- **informer les travailleurs de la possibilité de rencontrer le médecin du travail à leur demande à tout moment ; si cette visite est réalisée en dehors du temps de travail, il n'est pas obligatoire d'en informer l'employeur[7] (cf. Annexe 1, chapitre II. § B)**;
- renouveler l'information et la sensibilisation sur les principes généraux de prévention des risques professionnels ;
- recueillir l'anamnèse de l'histoire clinique éventuelle.

Il est ainsi recommandé que les médecins du travail ou les autres professionnels du service de médecine et santé au travail repèrent systématiquement le risque de désinsertion en interrogeant sur des antécédents d'arrêt de travail, de pathologies connues, et en recherchant des éléments évocateurs d'un trouble de santé.
En l'absence d'antécédents clairement identifiés dans l'histoire du travailleur, il est recommandé de rechercher l'impact du travail sur sa santé, et, réciproquement, de rechercher l'impact de difficultés de santé sur la capacité à tenir son poste de travail (AE).
Le cas échéant, et selon la réponse aux questions posées, il est recommandé de faire préciser depuis combien de temps le problème de santé est apparu ; à quelle fréquence il se manifeste ; et quelle est la prise en charge mise en œuvre (AE).

Des rappels réglementaires ont été précisés en annexe 1.

## 3.2 Recommandons en cas de problème de santé identifié

Il est recommandé que les professionnels de santé au travail qui identifient un trouble de santé :

- évaluent son impact fonctionnel, psychologique et son retentissement socioprofessionnel (AE) ;
- recherchent les facteurs susceptibles d'influencer négativement comme positivement le pronostic professionnel, autant au niveau du travailleur concerné (cf. § 1.4.1) qu'au niveau de son environnement de travail (cf. § 1.4.2) (AE) ;
- prennent contact avec le médecin traitant en fonction de la gravité et de l'impact du problème de santé identifié, après avoir discuté avec le travailleur des bénéfices attendus de cet échange et avec son consentement informé (AE). À ce titre, l'échange entre médecin traitant et

[7] Durant la validation des recommandations par la Société française de médecine travail, la question de l'information de l'employeur dans l'éventualité d'une visite à la demande du salarié en dehors du temps de travail a été longuement discutée. Après ces discussions ayant permis d'exprimer l'ensemble des points de vue, il a été décidé et approuvé de maintenir en l'état la formulation de recommandations proposées par le groupe de travail.

médecin du travail peut se faire par la remise d'un courrier transitant par le travailleur (ou autres modalités d'échanges : par téléphone, mail, fax, courrier, etc.).

### 3.2.1 Plan de maintien en emploi des travailleurs en activité

Les données issues de la littérature scientifique portant sur le maintien en emploi des travailleurs qui sont encore au travail sont beaucoup moins nombreuses que pour les travailleurs en arrêt. Ainsi, les recommandations formulées ici reposent sur un avis d'experts.

En miroir de ce qui est recommandé par la littérature concernant les travailleurs en arrêt de travail (cf. § 2.2), il est recommandé d'élaborer un « plan de maintien en emploi » en trois phases (AE) :

- **une première phase d'analyse et de compréhension partagées** de la situation du travailleur ;
- **une seconde phase d'élaboration d'une liste des freins et leviers pour le maintien en emploi et des mesures pouvant être mobilisées** ;
- **une troisième phase de mise en œuvre planifiée** des mesures identifiées, **et de suivi** avec une évaluation régulière de l'état de santé du travailleur et de sa situation de travail (cf. § 2.2.3).

Un tel plan doit être établi selon les mêmes recommandations que celles développées au chapitre 2 pour les travailleurs vus à l'occasion d'une visite de pré-reprise, de reprise ou de suivi (AE).

La situation des travailleurs pour lesquels ce plan de MEE est initié pouvant être très variable, ce plan doit être flexible, avec une durée adaptée, ajustable en fonction de chaque cas et en conformité avec la problématique de santé. Ce plan doit faire l'objet d'u suivi selon une périodicité convenue au départ (AE).

Une grande partie des mesures mobilisables pour le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs en arrêt peuvent être mobilisées pour les travailleurs qui sont encore au travail (cf. Tableaux en annexe 9) (AE).

# Glossaire

**Croyances (ou pensées)** : Selon l'OMS, « les croyances culturelles affectent la façon dont les patients perçoivent leur santé, demandent de l'aide, interagissent avec les professionnels de santé et observent les traitements ou les plans de soins »[8]. Les croyances, traduction littérale de l'anglais « *beliefs* » (ici autres que religieuses), sont des convictions étroitement intriquées avec les émotions et susceptibles d'influencer le comportement, la manière d'agir et de penser de la personne. Les croyances d'un patient sur sa maladie, à savoir : cause, gravité, conséquences, traitements, attitudes à avoir face à la maladie (stratégies d'adaptation, rôle dans la prise en charge, attentes envers les traitements) peuvent, pour certaines, être justes et bénéfiques ou négatives, et pour d'autres, erronées et influencer négativement le vécu de la maladie et l'évolution des symptômes.

Les peurs et croyances erronées (pensées dysfonctionnelles) des patients douloureux chroniques peuvent être des facteurs d'incapacité. Il s'agit d'interprétations sur la cause de la douleur, sur la gravité de la maladie et son retentissement, sur le rôle du patient dans sa prise en charge et sur ses attentes de traitement et de soulagement. Ces croyances constituent un frein au changement et amènent le sujet à avoir une vision très sombre de sa condition ; lorsqu'elles sont méconnues du praticien, elles empêchent toute adhésion des patients à leur traitement. Par exemple, la plupart des patients lombalgiques expriment des pensées dysfonctionnelles concernant la cause de la douleur (« si la douleur persiste, c'est qu'une maladie grave évolue ») et concernant la gestion de cette douleur (« si la douleur augmente lors de l'effort, c'est que l'activité physique ou le travail risquent d'aggraver les lésions »).

**Données de sinistralité :** Indicateurs documentant les accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que leur gravité et leurs conséquences sur le plan fonctionnel (incapacité permanente partielle), financier, de l'absentéisme, etc.

**Emploi accompagné** : L'emploi accompagné est un dispositif d'appui pour les personnes en situation de handicap destiné à leur permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché du travail. Sa mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du travailleur ainsi qu'un appui et un accompagnement de l'employeur. Ce dispositif a été généralisé par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 (dite loi « Travail ») et le décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 pris pour son application.

**Missions handicap :** L'entreprise qui souhaite s'acquitter de son obligation d'emploi de travailleurs handicapés tout en pilotant directement sa politique handicap peut choisir soit une convention avec l'Agefiph/FIPHFP, soit de négocier un accord handicap avec les partenaires sociaux puis de le soumettre à l'agrément de la DIRECCTE. On parlera d'entreprises sous convention Agefiph ou d'entreprises sous accord agréé. Dans les deux cas, la Mission Handicap est chargée de mettre en œuvre la politique handicap de l'entreprise.

**Obligation emploi travailleurs handicapés (OETH) :** Tout employeur occupant au moins 20 travailleurs est tenu d'employer à plein temps ou à temps partiel des travailleurs handicapés dans une proportion de 6 % de l'effectif total de l'entreprise. Les établissements ne remplissant pas ou que partiellement cette obligation doivent s'acquitter d'une contribution à l'Agefiph ou au FIPHFP. Quand on parle d'accord OETH, il s'agit de l'accord relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif. Cet accord réunit la Croix-Rouge française, la Fehap, Nexem et les principales organisations syndicales.

[8] Organisation mondiale de la santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients. Edition multi-professionnelle. Genève: OMS; 2015.
http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr

**Outils de veille sanitaire collective** (registres d'infirmerie, entretiens infirmiers, données sinistralité, etc.) : indicateurs mobilisables à l'échelle d'un service, d'une entreprise, d'une branche professionnelle, etc., permettant de documenter les expositions professionnelles, l'état de santé et le recours aux services de santé au travail au sein d'une population de travailleurs.

**Remédiation cognitive :** Selon la définition proposée par l'Inserm[9], la remédiation cognitive est « une technique non médicamenteuse qui consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie (troubles attentionnels, mémorisation, exécution, etc.) et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des jeux de rôles, des exercices ou encore une éducation à sa propre maladie. L'objectif est de permettre au patient de retrouver une vie la plus normale possible. Cette approche d'origine anglo-saxonne se développe beaucoup en France. Elle se pratique le plus souvent sous forme d'entretiens individuels entre le patient et un professionnel de santé formé à cette thérapie (psychologue, infirmier, etc.), au rythme de deux à trois séances par semaine pendant environ 3 à 6 mois ». La remédiation cognitive est proposée lorsqu'une évaluation neuropsychologique a objectivé des troubles cognitifs (difficulté à mémoriser une information, à planifier des tâches, etc.), que ces troubles cognitifs ont des répercussions sur la vie de tous les jours et que la réduction de ces répercussions favorisera la mise en œuvre d'un projet concret.

[9] https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie

# Liste des acteurs

**Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)** : Créée en 1987, confortée dans son rôle en 2005, l'Agefiph a pour missions de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées. Elle est administrée par les représentants des travailleurs, employeurs et personnes handicapées. L'Agefiph apporte des aides financières et des services mis en œuvre par un réseau de partenaires sélectionnés par elle.

**Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) :** La CNAM gère les branches maladie (risques maladie, maternité, invalidité, décès) et accidents du travail / maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la Sécurité sociale. Afin de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le maintien dans l'emploi, l'Assurance maladie propose une offre de services visant à mieux prendre en charge et accompagner et les assurés qui présentent un risque de perte d'emploi du fait de leur état de santé.

**Comète France :** Association loi 1901 à but non lucratif, Comète France est un réseau national d'établissements de santé qui met en œuvre, depuis plus de 25 ans, des stratégies précoces pour favoriser le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap même sans reconnaissance préalable de RQTH. Composée de 53 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés, elle propose, dès la phase d'hospitalisation, un accompagnement permettant de construire un projet professionnel compatible avec l'état de santé des patients. Il peut s'agir d'un maintien en emploi – ancien ou nouveau poste – en milieu ordinaire de travail, d'une entrée en formation ou d'une reprise d'études.
Dans les établissements de santé du réseau, une méthodologie d'accompagnement structurée, appelée la « Démarche Précoce d'Insertion » (DPI), est déployée par des équipes pluridisciplinaires (médecins spécialistes, ergonomes, psychologues du travail, neuropsychologues, ergothérapeutes, assistants de service social, secrétaires, etc.).

**Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)** : L'action du FIPHFP vise à favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Le FIPHFP recouvre les contributions financières versées par les employeurs publics soumis à l'obligation d'emploi des personnes en situation de handicap. Ces contributions permettent au Fonds de mettre en œuvre une politique incitative (aides, conventions, financements accessibilité, partenariats) favorisant l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et la formation des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques.

**Handibat** : Handibat est une marque CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment). Ce réseau dans le secteur du bâtiment regroupe des artisans et sociétés engagés en faveur de l'accessibilité auprès des personnes à mobilité réduite et personnes handicapées. Ces professionnels peuvent proposer des solutions sur mesure, conformes aux règlementations en vigueur pour aménager un établissement privé ou public.

**Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :** Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Ce sont les MDPH qui attribuent la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Il existe une MDPH dans chaque département, fonctionnant comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap. La personne handicapée est au cœur de ce dispositif de service public, grâce à une réelle prise en compte de son projet de vie et une évaluation fine de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits à la compensation par la Commission des droits et de l'autonomie (CDAPH).

**Mutualité sociale agricole (MSA) :** La MSA gère de façon globale, grâce à son guichet unique, la protection sociale des salariés et non-salariés agricoles, ainsi que leurs ayants-droit et les retraités. Elle prend en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, et mène des actions à caractère sanitaire et social. Afin de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le maintien en emploi de ses actifs agricoles, de nombreuses caisses MSA ont organisé la coordination de leur service dans le cadre d'une cellule pluridisciplinaire spécifique, dite cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (CPME), à destination de personnes ayant des problèmes de santé susceptibles d'emporter des conséquences sur leur parcours professionnel.

**Missions handicap :** L'entreprise qui souhaite s'acquitter de son obligation d'emploi de travailleurs handicapés tout en pilotant directement sa politique handicap peut choisir soit une convention avec l'Agefiph/FIPHFP, soit de négocier un accord handicap avec les partenaires sociaux puis de le soumettre à l'agrément de la DIRECCTE. On parlera d'entreprises sous convention Agefiph ou d'entreprises sous accord agréé. Dans les deux cas, la Mission Handicap est chargée de mettre en œuvre la politique handicap de l'entreprise.

**Organismes de placement spécialisé (Cap Emploi - SAMETH) :** Depuis le 1er janvier 2018, le service Cap emploi qui intervient pour l'insertion des personnes handicapées, et le service Sameth qui intervenait pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, ont fusionné au sein d'une entité dont le nom provisoire est « Cap emploi ».

**Service santé au travail (SST) :** Les SST, interentreprises ou autonomes (dans le secteur privé et les fonctions publiques) ou encore au sein des MSA (pour le régime agricole), ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Les missions des SST, comprenant explicitement le MEE, sont assurées par les médecins du travail (ou le médecin de prévention dans le secteur public) qui animent des équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

Un schéma de la cartographie des acteurs est consultable sur le site du ministère du Travail et de l'Emploi : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/carto-parcours_de-maintien_en_emploi-3.pdf

# Annexe 1. Rappels réglementaires

## I. Le MEE, au cœur des missions des services de santé au travail (cf. § 1.1 du texte des recommandations)

- Selon l'article L. 4622-2 du Code du travail (CT), les SST ont pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils doivent notamment **conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants** sur les dispositions et mesures nécessaires afin de **prévenir ou de réduire** les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et **la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.**

Ces missions sont déclinées pour le médecin du travail à l'article R. 4623-1 du Code du travail : il participe à la prévention des risques professionnels et à la protection de la santé des travailleurs, notamment par (…) l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien en emploi des travailleurs ; il conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail, réalisées, conformément à sa mission définie à l'article L. 4622-3, au service de la prévention et du **maintien en emploi des travailleurs**, qu'il conduit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, qu'il anime et coordonne.

Les membres de cette équipe pluridisciplinaire agissent sur **protocoles** du médecin du travail (R. 4623-14 CT). Ces protocoles doivent préciser les éléments de vigilance à recueillir par chaque professionnel de l'équipe en vue du MEE.

Toute la stratégie du Code du travail concernant le MEE consiste, au-delà des actions collectives et des conseils en prévention primaire déployées par les équipes de santé au travail, à favoriser d'abord l'adaptation des postes de travail occupés par les travailleurs, puis à favoriser un reclassement au sein de l'entreprise, en priorité en cas d'inaptitude. En cas de licenciement consécutif à une inaptitude, il appartient bien aux équipes de santé au travail de favoriser l'employabilité ultérieure du travailleurs à travers notamment la précision des capacités fonctionnelles restantes rédigées par les médecins (qui doivent aussi mentionner la capacité du travailleur à effectuer une formation lui permettant d'occuper un poste adapté), mais aussi en assurant un relais du travailleur vers les structures d'accompagnement des travailleurs inaptes sans emploi.

Dans la fonction publique, c'est le service de médecine de prévention qui exerce ces missions. La médecine statutaire qui relève du médecin agréé (et, dans certains cas, du Comité médical et de la Commission de réforme) vérifie notamment l'aptitude médicale à l'exercice d'un emploi public.

**Textes relatifs aux acteurs du maintien en emploi dans la fonction publique**

| | Fonction Publique d'État | Fonction Publique Territoriale | Fonction Publique Hospitalière |
|---|---|---|---|
| Médecine statutaire | Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 | Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 | Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 |
| Médecine préventive | Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 | Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 | 4e partie du CT |

## II. Le suivi individuel comme outil de prévention favorisant le MEE

### A. En cas d'arrêt de travail : importance de la visite de pré-reprise et de la visite de reprise (cf. § 2.1 du texte des recommandations)

**Sur la visite de pré-reprise (VPR)** : à l'initiative du travailleur, du médecin conseil ou du médecin traitant, une VPR peut être organisée afin de favoriser le retour et le MEE (R. 4624-29 CT) alors même que le salarié est encore en arrêt de travail. Il s'agit d'anticiper la reprise. Si le CT prévoit cette visite après 3 mois d'arrêt, rien n'interdit qu'elle ait lieu avant.
Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander : des aménagements et adaptations du poste de travail ; des préconisations de reclassement ; des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle.
Ces recommandations peuvent être discutées avec l'employeur et le médecin conseil, sauf si le travailleur s'y oppose.
Si la loi ne prévoit pas de VPR à l'initiative du médecin du travail, rien n'interdit au médecin du travail d'informer le travailleur en arrêt de travail (ainsi que lors de chaque visite médicale) de la possibilité de solliciter une telle visite.

**Sur la visite de reprise (VR)** : La VR doit être réalisée par le médecin du travail, notamment après une absence pour cause de maladie professionnelle et une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le SST qui organise la VR le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans les 8 jours qui suivent cette reprise (R. 4624-31 CT).
Cet examen de reprise a pour objet : de vérifier si le poste de travail que doit reprendre le travailleur ou le poste de reclassement auquel il doit être affecté est compatible avec son état de santé ; d'examiner les propositions d'aménagement ou d'adaptation du poste repris par le travailleur ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises, le cas échéant, par le médecin du travail lors de la VPR ; de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur ; d'émettre, le cas échéant, un avis d'inaptitude (R. 4624-32 CT).
Si la VR est prévue obligatoirement après 30 jours d'arrêt de travail, rien n'empêche l'employeur ni le travailleur de solliciter une visite auprès du médecin du travail après la reprise à la suite d'un arrêt de moindre durée. Cette visite doit alors être considérée comme une visite à la demande.

Remarque : Dans la fonction publique, si les visites de reprise ne sont pas obligatoires au regard des textes (sauf pour la FPH) puisque c'est la médecine statutaire qui se prononce sur l'aptitude ou non à la reprise, elles peuvent être réalisées à la demande de l'autorité administrative après avis favorable de celle-ci.

De même, rien n'interdit que des visites de pré-reprise puissent être organisées pendant l'arrêt de travail pour anticiper le retour de l'agent à son poste de travail.

### B. En dehors de tout arrêt de travail : les autres visites de santé au travail (cf. § 3.1 du texte des recommandations)

Tout salarié doit bénéficier d'un **suivi individuel obligatoire** de son état de santé (L. 4624-1 et 2 Code du travail). **Lors de la prise de poste puis périodiquement**, des visites réalisées par le

médecin du travail ou par un autre professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire sont systématiquement prévues par le CT dont les objectifs participent au MEE.
Ils sont notamment, lorsque le travailleur bénéficie d'un suivi simple : de l'interroger sur son état de santé ; de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ; de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ; d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ; de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail (R. 4624-11 CT).
En cas de suivi renforcé, les visites médicales ont pour objet : de s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ; de rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection comportant un danger pour les autres travailleurs ; de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ; d'informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire (R. 4624-24 CT).

En dehors de ces examens, le médecin du travail peut également organiser une visite médicale pour tout travailleur le nécessitant (R. 4624-34 CT), à son initiative, celle du salarié ou de l'employeur (qui devrait en préciser les motifs pour favoriser le MEE).
Lorsque la visite a lieu en dehors du temps de travail, le Code du travail ne précise pas si les préconisations du médecin du travail doivent, quand le salarié ne le souhaite pas, être tout de même transmises à l'employeur alors que ce dernier n'a pas été informé de cette visite. En effet, la possibilité pour le salarié de s'opposer à ce que les recommandations du médecin du travail soient transmises à l'employeur n'est prévue par l'article R. 4624-30 du Code du travail que dans le cadre des visites de pré-reprise.
En revanche, pour les autres visites, y compris les visites à la demande, aucun texte ne prévoit la possibilité pour un salarié de s'opposer à ce que les préconisations du médecin du travail soient transmises à l'employeur. Néanmoins, comme la jurisprudence n'a pas pris position à ce sujet qui reste délicat face au risque de perdre la confiance d'un travailleur, le médecin aura constamment en tête le souci de préserver les règles éthiques de la médecine en privilégiant le lien de confiance avec le travailleur tout en jouant pleinement son rôle de conseiller.
Par ailleurs, les visites à la demande de l'employeur ne favoriseront le MEE que si l'employeur précise sa demande auprès du médecin du travail et informe le salarié des raisons de sa demande.

À noter : il en est de même dans la fonction publique puisque les visites médicales périodiques ainsi que celles à la demande des agents doivent obligatoirement être réalisées.
Néanmoins, le suivi de santé n'a pas été réformé en 2016 et ne comprend pas la distinction suivi hors risques particuliers/suivi renforcé, mais reste sur la distinction antérieure : surveillance médicale simple et particulière.

### III. Les préconisations du médecin du travail

Lors de chaque visite médicale (y compris initiale), le médecin du travail (tout comme le médecin de prévention dans la fonction publique) peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur (L. 4624-3

CT). Pour favoriser le MEE, ces préconisations que l'employeur est tenu de mettre en œuvre sous peine d'engager sa responsabilité (L. 4624-6 CT) doivent être claires, précises, tracées et discutées.

L'inaptitude au poste de travail ne pourra être prononcée que lorsqu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste (L. 4624-4 CT). La décision d'inaptitude n'est pas une fin en soi et doit s'accompagner d'une réflexion sur l'employabilité du salarié au-delà de son poste antérieur. L'avis d'inaptitude doit, sauf cas particuliers d'une mention expresse (tout maintien du salarié dans un/l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ; l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un/l'emploi - L. 1226-2-1 et L. 1226-12 CT), mentionner SYSTÉMATIQUEMENT les capacités restantes du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et des indications sur sa capacité à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté (L. 1226-2 et L. 1226-10 CT). L'évaluation des capacités restantes doit être la plus précise possible, mais également la plus complète possible, en cohérence avec l'état de santé du salarié. En effet, elles conditionnent à la fois le périmètre dans lequel l'employeur doit chercher un reclassement, mais également l'employabilité future du salarié en cas de licenciement. Il est rappelé que l'utilisation d'une des mentions expresses exonère, en l'état actuel du droit, l'employeur de tout reclassement.

Si l'obligation de reclassement incombe à l'employeur, le salarié doit participer loyalement au processus de MEE. De même, le médecin du travail doit répondre aux sollicitations de l'employeur dont il est le conseiller pour l'aider à remplir ses obligations en matière de santé au travail et de maintien en emploi.

Dans la fonction publique, l'agent peut bénéficier de plusieurs types de congés maladie, et c'est au Comité médical de se prononcer sur la reprise. S'il rend un avis favorable, le fonctionnaire reprendra ses fonctions sur un poste aménagé, le cas échéant, en lien avec le médecin de prévention.
S'il rend un avis défavorable à la reprise, l'agent est soit replacé en congé s'il a encore des droits, soit mis en disponibilité d'office pour raison de santé, soit « reclassé »[10] en lien avec le médecin de prévention.
Dans la fonction publique, un simple aménagement matériel/fonctionnel ou une éventuelle affectation nouvelle au sein du même grade ne constitue pas juridiquement un reclassement (= reclassement statutaire) qui, lui, entraîne un changement substantiel des droits statutaires de l'agent. En premier lieu, pour favoriser le maintien en emploi, il est donc nécessaire de rechercher un aménagement des conditions de travail.
Le reclassement ne s'envisagera que lorsque l'état physique d'un agent, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas d'exercer des fonctions correspondant aux emplois de son grade, même aménagés. L'avis du Comité médical est alors obligatoire. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande de l'agent qui a droit à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an[11]. Le poste proposé en

[10] Textes relatifs au reclassement selon le type de fonction publique :

| | Fonction Publique d'État | Fonction Publique Territoriale | Fonction Publique Hospitalière |
|---|---|---|---|
| **Reclassement** | Décret n° 84-1051 du 30/11/1984 | Décret n° 85-1054 du 30/09/85 | Décret n° 89-376 du 08/06/89 |

[11] Circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique - Objectifs 7 et 8 Renforcer la prévention de l'inaptitude et le maintien dans l'emploi ; Décret n° 2018-

reclassement doit être conforme aux capacités restantes et au niveau de formation de l'agent. S'il n'y a pas d'obligation textuelle d'associer le médecin de prévention à cette démarche de reclassement, l'employeur a donc intérêt à le faire pour préciser le périmètre de ses recherches. Dans l'attendre de son reclassement, s'il a épuisé ses droits à congé, l'agent peut être placé en disponibilité d'office pour raison de santé. Dans la fonction publique d'État, l'employeur a 3 mois pour mener cette procédure de reclassement.
L'agent définitivement inapte sera admis à la retraite pour invalidité s'il remplit les conditions ou licencié (il n'y a pas d'obligation de reclassement dans ce cas).

## IV. Le temps partiel thérapeutique et la reprise de travail léger

Le temps partiel thérapeutique (TPT) peut être proposé aux personnes, y compris en dehors d'un arrêt maladie (L. 323-3 CSS, tel que modifié par la loi ° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019) et permet un aménagement du temps de travail (en jours et heures). La reprise de travail léger (RTL) est proposée aux personnes en arrêt à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (L. 433-1 CSS) et permet un aménagement du temps de travail et/ou de la charge de travail. Le TPT et la RTL sont prescrits par le médecin traitant.
Le TPT sera proposé lorsque le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé ou si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle. La RTL sera autorisée par le médecin traitant si elle est reconnue par le médecin-conseil de la CPAM comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.
À noter : Le TPT n'est pas soumis à accord préalable du médecin conseil, mais celui-ci peut mettre fin à l'indemnisation de l'arrêt de travail (et donc au TPT) s'il estime l'état de santé stabilisé.
Lorsque le TPT ou la RTL sont acceptés par l'employeur, il appartiendra au MT de déterminer concrètement et précisément les aménagements de poste à effectuer.

Dans la fonction publique, la reprise du travail peut aussi se faire dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, et ce peu importe la durée du congé maladie (article 8 de l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017). Sa mise en place est soumise à un avis favorable du médecin agréé par l'administration et du médecin traitant (le Comité médical ou la Commission de réforme n'étant saisi qu'en cas de désaccord) ; le médecin de prévention intervenant pour la mise en place pratique de ce TPT.

## V. La mise en invalidité

L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain (L. 341-1 et R. 341-2 du CSS). Il existe trois catégories d'invalidité qui font varier le montant de la pension d'invalidité versée à l'assuré (R. 341-4, R. 341-5 et R. 341-6 du CSS). Le versement de la pension d'invalidité atteste de l'impossibilité du travailleur à retrouver sa capacité de travail initiale. Cependant, **le fait de percevoir une pension d'invalidité n'interdit pas de travailler** (et ce peu importe la catégorie d'invalidité visée), notamment sur un poste adapté. Dans ce cadre-là, le médecin du travail peut notamment préconiser des aménagements du temps de travail pour favoriser le maintien durable en emploi et éviter toute altération supplémentaire de la santé du travailleur. Le titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie par ailleurs des dispositifs en faveur des bénéficiaires de l'obligation de l'emploi et notamment des aides des fonds (AGEFIPH, FIPHFP, OETH) et des « accords handicap » des entreprises.

Dans le secteur public, l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) concerne le fonctionnaire qui, après épuisement de ses droits à congés maladie, ne peut pas reprendre ses fonctions ni être mis à la

502 du 20 juin 2018 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

retraite pour invalidité, et qui est atteint d'une affection réduisant de deux tiers sa capacité de travail[12].

[12] Article 6 Décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 ; Article D. 712-13 du Code de la sécurité sociale

## Annexe 2. Modèle de courrier d'information sur la visite de pré-reprise du salarié en arrêt de travail

Médecin du travail : nom – prénom – SST
Tél. :
Mail :

**Objet** : **Information sur la possibilité de demander une visite auprès du médecin du travail <u>pendant</u> l'arrêt de travail**

Le ….., À ….

Madame, Monsieur,

Afin de préparer votre reprise effective du travail, vous avez la possibilité de me solliciter pour une visite de pré-reprise. Cette consultation a pour objectif de faire le point ensemble sur votre situation, votre état de santé, votre activité professionnelle, et d'analyser ensemble vos capacités en regard de votre poste de travail et de vos conditions de travail, afin de préparer un éventuel retour dans les meilleures conditions possibles.

Cette visite ne donne pas lieu à la délivrance d'une attestation de suivi, d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude. Elle n'entraîne pas non plus automatiquement une reprise du travail. Votre employeur n'est pas obligatoirement mis au courant de cette visite.

Le service de santé au travail reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Votre médecin du travail

# Annexe 3. Exemple de la fiche de liaison médecin conseil / médecin du travail

santé
famille
retraite
services

## FICHE DE LIAISON

MÉDECIN-CONSEIL ➔ MÉDECIN DU TRAVAIL

### Identification de l'assuré(e)

N° de Sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Profession :

Nom : Prénom :

Adresse :

Employeur : Lieu de travail :

Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Coordonnées du médecin traitant :

### Demande du médecin-conseil

**1 - CONTEXTE**

Date de l'arrêt de travail : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ | Risque : ☐ Maladie ☐ AT ☐ ou MP Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

A. ☐ Arrêt de travail > 3 mois et ☐ doute sur l'aptitude au poste et ☐ fin d'IJ envisagée (échéance) : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ avec étude de l'état d'invalidité ☐ avec étude des séquelles de l'AT/MP

B. ☐ Arrêt de travail à temps partiel thérapeutique
☐ prescrit par le médecin traitant à la date du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
☐ considéré a priori justifié par le SCM jusqu'au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

C. ☐ Évaluation des séquelles d'un AT/ MP en cours IPP prévisible ≥ 10 % ☐ OUI ☐ NON

D. ☐ Situations particulières liées à la pathologie motivant l'arrêt de travail
☐ La poursuite de l'arrêt de travail ne présentera plus d'intérêt thérapeutique d'ici quelques semaines
☐ Arrêts de travail répétés ☐ Risque possible pour l'assuré à son poste de travail

E. ☐ Les informations apportées par le médecin traitant sur l'arrêt de travail relèvent du médecin du travail

F. ☐ Autre contexte (préciser) : Ce bloc texte peut contenir 200 caractères (espaces et ponctuationt compris)

Ce bloc texte peut contenir 200 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**2. DEMANDE D'UNE VISITE DE PRÉ-REPRISE :**

☐ OUI ☐ Contact avec le médecin traitant en date du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐ NON

**3. PRECISIONS SUR LA DEMANDE :** cocher une ou plusieurs cases ci-dessous

1. ☐ Avis sur la capacité, de l'assuré à reprendre son travail, sur les conditions et l'organisation du travail et sur les modalités de reprise
2. ☐ Évaluation du retentissement professionnel d'un AT-MP
3. ☐ Évaluation du retentissement des conditions de travail sur l'état de santé

**4. AUTRE DEMANDE :**

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**Nom et signature du MÉDECIN-CONSEIL**

**Date :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

*«**Sauf opposition du travailleur**», des échanges peuvent avoir lieu entre le médecin-conseil, le médecin du travail et l'employeur pour que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser son maintien dans l'emploi (Art. R.717-17 CRPM).*

Réf. : 11969 02/2018 - PAO CGMSA

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE PAR LA SST[1] : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

## Réponse du médecin du travail

**1. VISITE DE PRÉ-REPRISE :**

☐ OUI Date du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ | ☐ NON

**2. CONCLUSIONS :**

**1.** Avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail, sur les conditions et l'organisation du travail et sur les modalités de reprise :

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**2.** Évaluation du retentissement professionnel d'un AT-MP :

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**3.** Évaluation du retentissement des conditions de travail sur l'état de santé :

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**3.** Autre :

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**3. INFORMATIONS SUR DES DÉMARCHES PARALLÈLES :**

| | |
|---|---|
| **1.** ☐ Étude du milieu de travail :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) | **4.** ☐ Orientation Service social de la MSA :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) |
| **2.** ☐ Orientation MDPH :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) | **5.** ☐ Orientation CPME :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) |
| **3.** ☐ Orientation SAMETH :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) | **6.** ☐ Autre (Préciser) :<br>Ce bloc texte peut contenir 100 caractères (espaces et ponctuationt compris) |

**4. OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**Nom et signature du MÉDECIN DU TRAVAIL :**

**Date :** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

DATE DE RÉCEPTION DE LA RÉPONSE PAR LE SCM : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

[1]*Délai réglementaire de réponse de 20 jours en cas de saisine pour arrêt de travail maladie > 3 mois (Art. D.323-3 CSS)*

Remarque : les démarches 3.4 et 3.5 sont internes à la MSA.

## Annexe 4. Exemple de la fiche de liaison médecin du travail / médecin conseil établie par la Mutualité sociale agricole

santé
famille
retraite
services

# FICHE DE LIAISON

MÉDECIN DU TRAVAIL → MÉDECIN-CONSEIL

### Identification de l'assuré(e)

N° de sécurité sociale : Profession :

Nom : Prénom :

Adresse :

Employeur : Lieu de travail :

Tél. :

Coordonnées du médecin traitant :

### Demande du médecin du travail

**1 - CONTEXTE**

☐ Accident du travail ou ☐ Maladie professionnelle Date :

☐ Arrêt de travail depuis le : Sur le risque : ☐ maladie ou ☐ AT-MP

☐ Temps partiel thérapeutique envisagé Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris)

☐ Autre : Ce bloc texte peut contenir 200 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**2. NATURE DE LA DEMANDE :**

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**3. INFORMATIONS SUR DES DÉMARCHES PARALLÈLES :**

| | |
|---|---|
| 1. ☐ Étude du milieu de travail : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) | 4. ☐ Orientation Service social de la MSA : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) |
| 2. ☐ Orientation MDPH : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) | 5. ☐ Orientation CPME : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) |
| 3. ☐ Orientation SAMETH : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) | 6. ☐ Autre (Préciser) : Ce bloc texte peut contenir 150 caractères (espaces et ponctuationt compris) |

**Date :**

**Nom et signature du MÉDECIN DU TRAVAIL**

*« **Sauf opposition du travailleur** », le médecin du travail informe l'employeur et le médecin-conseil de ces recommandations pour que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur » (Art. R.717-17 CRPM)*

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE PAR LE SCM :

### Réponse du médecin-conseil

Ce bloc texte peut contenir 1000 caractères (espaces et ponctuationt compris)

**Nom et signature du MÉDECIN-CONSEIL**

**Date :**

DATE DE RÉCEPTION DE LA RÉPONSE PAR LA SST :

Réf. : 11968 02/2018 - PAO CGMSA

## Annexe 5. Exemple d'une fiche de liaison médecin du travail / MDPH

AIN 01 le Département

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
Groupement d'intérêt public

**FICHE DE LIAISON MÉDECIN DU TRAVAIL ET MÉDECIN MDPH**

**A remplir si vous avez un contrat de travail en cours.**

Ce présent document est destiné à compléter les informations concernant un salarié d'une entreprise dont vous assurez le suivi.

L'intéressé sollicite :

- ☐ une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (R.T.H.)
- ☐ une aide à l'orientation professionnelle
- ☐ un maintien dans l'emploi, un reclassement dans l'entreprise avec aménagement de poste.

Pour permettre à la MDPH de se prononcer, l'équipe médicale aurait besoin que vous précisiez :

- **Sur le plan clinique** : quelles sont les affections en cours ou les séquelles de toutes origines, susceptibles de remettre en cause l'aptitude au poste de travail actuel ?
- **Sur le plan professionnel :** quelles sont les difficultés sur le poste de travail entraînées par le handicap et l'aménagement nécessaire pour l'y maintenir d'une part, et quel votre avis sur l'aptitude au travail de demandeur et sur ses possibilités de reclassement interne ou externe à l'entreprise d'autre part ?

**Nous vous rappelons que l'ensemble des services et les membres de la MDPH sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).**

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL :

Le Docteur (date et tampon du Service Médical)

Médecin du travail de

Déclare avoir examiné M…….. le :

Employé(e) de

En qualité de

Et fait les constatations suivantes :

**I) ÉTAT PATHOLOGIQUE, évolutif ou séquelles retentissant sur l'aptitude au travail :**

**II) DESCRIPTION DU POSTE et contraintes particulières liées aux conditions de travail, compte tenu du handicap :**

# Annexe 6. Exemple de fiche de liaison SST / SSR

**Volet Lombalgie**
**Fiche de liaison SST/SSR**

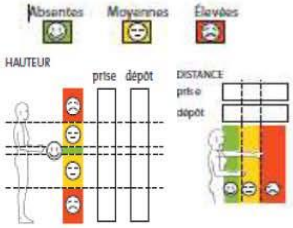
Nom du médecin du travail :
Contact tél. :

Date :
Nom et Prénom du salarié :

---

**1 - Le travail nécessite-t-il de MANUTENTIONNER (prendre, porter et déposer) des objets ?**

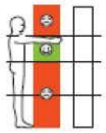
☐ **Non** (passez à la question 2)
☐ **Oui**
Objets manutentionnés :
Nombre total de manutentions par jour — minimum : _____ — maximum : _____
Les manutentions sont réparties — ☐ sur toute la journée — ☐ par périodes
De : ____ ☐ minutes Nb période
☐ heures par jour : _____
Poids des objets manutentionnés : minimum : _____ ☐ kg — maximum : _____ ☐ kg
Distance à parcourir : minimum : _____ ☐ m — maximum : _____ ☐ m
Indiquer sur les schémas ci-contre les zones de prise et de dépôt




**2 - Le travail nécessite-t-il de faire des EFFORTS pour déplacer un objet ou un équipement en TIRANT ou en POUSSANT ?**

☐ **Non** (passez à la question 3)
☐ **Oui**
Indiquez sur les schémas ci-dessous la durée et la fréquence minimales et maximales des efforts moyens et intenses

Indiquez la hauteur de contact avec l'objet à tirer ou à pousser (minimum et maximum)



☐ **En tirant**

☐ **En poussant**

**3 – Le travail nécessite-t-il l'adoption de POSTURES EXIGEANTES pour le dos ?**

☐ **Non** (passez à la question 5)
☐ **Oui**

En vous référant aux dessins ci-dessus indiquer la ou les lettres décrivant le mieux les trois postures les plus exigeantes pour le dos dans le tableau ci-dessous :

| Les 3 postures les plus exigeantes | | |
|---|---|---|
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |
| | ☐ | ☐ |

**4 – Le travail nécessite-t-il la conduite d'un VEHICULE ou autre EQUIPEMENT MOBILE ?**

Absent ☐ — Moyen ☐ — Sévère ☐

**5 – Lors du travail, y a-t-il exposition de tout le corps aux VIBRATIONS provenant de machines, d'équipement ou du sol ?**

Absent ☐ — Moyen ☐ — Sévère ☐

**6 – Adaptations/aménagements du poste**

**- déjà réalisés (détailler) :**_____
**- Dialogue médecin du travail/employeur en cours :** ☐ **Oui** ☐ **Non**

**Volet Lombalgie**
**Fiche de liaison SSR/SST**

Nom du médecin MPR :
Contact tél. :

Date :
Nom et Prénom du salarié :

**Le patient est apte à travailler si les restrictions suivantes sont respectées.**

**EFFORTS** (cochez la case appropriée)

**Éviter de :** ☐ manutentionner des charges de plus de : ☐ 2 kg ☐ 5 kg ☐ 10 kg ☐ 15 kg Autre : _____
☐ manutentionner en torsion, flexion ou extension du tronc
☐ manutentionner plus bas que les genoux ou plus haut que les épaules
☐ tirer ou pousser des objets ou des équipements
☐ avec les précisions suivantes (exemple : durée, fréquence, intensité d'effort, posture)

spécifiez :

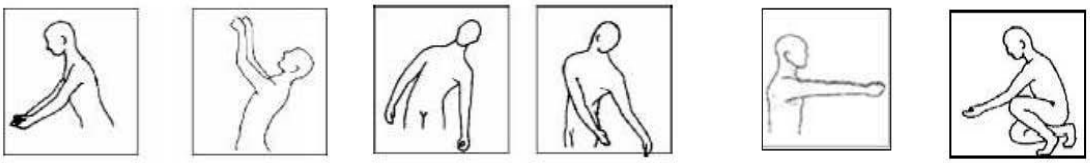
**POSTURES ET MOUVEMENTS** *(cochez la case appropriée)*

**Doit :** ☐ pouvoir se lever et s'asseoir à volonté
☐ avoir un appui-lombaire
☐ avoir les pieds à plat ou sur le sol sur un appui-pieds

**Eviter de :** ☐ rester debout sur place
☐ travailler dans un escalier, un escabeau, Une échelle, un échafaudage
☐ marcher plus de (durée, fréquence ou Distance :
☐ marcher sur des sols inégaux, glissants, Jonchés d'obstacles ou en pente

***Faites un «X» sur les postures à éviter***

**Flexion** (vers l'avant) | **Extension** (vers l'arrière) | **Flexion latérale** (sur le côté | **Torsion** | **Travail à bout de bras** | **Posture accroupie ou agenouillée**



avec les précisions suivantes (exemple : durée, fréquence, amplitude de la posture, posture statique, etc.)
Spécifiez :

**ÉQUIPEMENTS OU OUTILS (cochez la case appropriée)**

**Eviter de** : ☐ conduire un véhicule ou autre équipement mobile pour plus de par jour
☐ être exposé à des vibratins de tout le corps provenant de machines, d'équipements ou du sol
☐ actionner une pédale
☐ avec les précisions suivante (exemple : durée, fréquence),
Spécifiez

**AUTRES**

☐ Peut travailler jusqu'à heures/jour jours/semaine
☐ doit prendre les pauses au besoin

D'après Stock S, Baril R Dion-Hubert C, Lapointe C, PaquetteS, Sauvage J et al. Troubles musculo-squelettiques. Guide et outils pour le maintien et le retour au travail [en ligne]. Montréal : Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal ;2005 : 80 p. (disponible sur : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=41. Consulté le 09.02.2016)

Avec l'aimable autorisation de la Direction de santé publique de Montréal

## Annexe 7. Modèle de courrier d'information du médecin du travail vers le médecin traitant

Médecin du travail : nom – prénom – SST
Adresse
Tél. :
Mail :

Le… …., à … …..

Cher/chère confrère/consœur,

Je vois ce jour, dans le cadre d'une visite de pré-reprise à son (votre) initiative (ou à l'initiative du médecin conseil), M./Mme …… âgé(e) de … ans, qui occupait le poste de … … dans l'entreprise … … avant son arrêt de travail.

M./Mme …… me fait part de sa problématique de……
…….....
.....

Au vu de son état de santé actuel, la reprise du travail sur le poste antérieur n'est pas envisageable pour le moment.

Il semble opportun que M./Mme… … puisse bénéficier d'un accompagnement socioprofessionnel en parallèle à sa prise en charge médicale en vue de son retour au travail. Votre collaboration dans le projet de retour au travail et de maintien en emploi de M./Mme… … est particulièrement importante.

En effet, la situation médico-socioprofessionnelle de M./Mme… … pourrait relever de dispositifs de maintien en emploi tels que ceux que propose l'Assurance maladie (essai encadré, contrat de rééducation professionnelle en entreprise, etc.), ou d'autres dispositifs existants par ailleurs (bilan de maintien en emploi, conseil en évolution professionnelle, bilan de compétences, formation, etc.).

Si vous en êtes d'accord, je me chargerai de faire le lien avec le médecin conseil référent de la cellule maintien en emploi de la CPAM…… / de la caisse de MSA ……, et reviendrai vers vous, pour vous informer de l'avancement de l'accompagnement qui sera mis en place.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous remercie pour ce que vous pourrez faire pour lui/elle.

Bien confraternellement

Courrier rédigé ce jour en la présence de M./Mme … …, relu et remis en mains propres.

# Annexe 8. Fiche d'information sur la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

**Généralités**

Obtenir la RQTH, donc se faire reconnaître *« travailleur handicapé »,* permet d'avoir accès à un ensemble de mesures mises en place pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes qui présentent un problème de santé, au sens large.

Important : les travailleurs handicapés ont les mêmes droits que les autres salariés !

Tout employeur occupant au moins 20 travailleurs doit employer des travailleurs handicapés dans une proportion de 6 % de son effectif salarié (Art. L. 5212-13 du Code du travail). En employant un ou des travailleur(s) handicapé(s), l'employeur peut bénéficier :

- d'aides de l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) dans le secteur privé (de l'OETH pour le secteur social ou médicosocial) ;
- ou du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) dans le secteur public.

**Pour qui ?**

Toute personne[13] dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites du fait d'un ou plusieurs problème(s) de santé physique, sensoriel, mental ou psychique.

**Pourquoi ?**

La RQTH donne accès à un ensemble de mesures pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap et leur maintien en l'emploi :

- aide au maintien dans l'emploi *via* les Services d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Cap Emploi, missions handicap, Unité Comète, etc.) pour notamment l'aménagement des conditions de travail ;
- aides de l'Agefiph / de l'OETH ou du Fiphfp pour l'aménagement du poste de travail et sites Internet pour les offres d'emploi proposées par les entreprises n'ayant pas leurs 6 % de travailleurs handicapés ;
- priorité d'accès à des mesures d'aide à l'emploi et à la formation, ainsi qu'à des aménagements des dispositifs existants (contrat d'apprentissage, contrat unique d'insertion, etc.) ;
- orientation vers les structures médicosociales d'insertion (Centre de rééducation professionnelle, UEROS, pré-orientation, etc.) ;
- en cas de licenciement, la durée du préavis légal est doublée (si inférieure à 3 mois) ;
- soutien des organismes de placement spécialisés.

La RQTH ne donne accès à aucune prestation financière pour le travailleur, c'est une boîte à outils pour le maintien en emploi !

**Comment ?**

La demande est réalisée par le travailleur lui-même, auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou Maison départementale de l'autonomie (MDA) du lieu de résidence du demandeur.

[13] La Loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est le principal texte sur les droits des personnes en situation de handicap. Elle dispose que : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*. »

La demande est réalisée avec l'accompagnement d'un médecin (généraliste, spécialiste ou médecin du travail) :

- formulaire Cerfa n° 13788*01 à remplir par le travailleur ;
- formulaire Cerfa n° 13878*01 à remplir par le médecin.

La RQTH est accordée pour une durée de 1 à 5 ans.

**La RQTH est-elle pénalisante ?**

L'acceptation (ou le refus) de la RQTH par la MDA ou la MDPH est rendue au travailleur lui-même (par courrier) ; l'employeur n'est averti à aucun moment de cette démarche. Il s'agit d'un atout dans le jeu du travailleur qu'il ne mentionnera au cours de son parcours de maintien / retour en emploi que s'il le juge opportun.

**Qui sont les autres bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 ?**

Peuvent également bénéficier de la loi sur l'emploi des travailleurs handicapés, les personnes qui n'ont pas la RQTH mais qui sont :

- les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente au titre d'un régime de protection sociale obligatoire ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité avec une réduction des deux tiers de leurs capacités de travail ;
- les titulaires d'une Allocation d'adulte handicapé (AAH) ;
- les titulaires d'une Carte d'invalidité ;
- les pensionnés de guerre ou assimilés.

# Annexe 9. Mesures mobilisables pour le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle

## ► Mesures mobilisables relevant du Droit commun

| Mesure | Objectif | Modalités de mise en œuvre | Public cible & Critères d'éligibilité | Mobilisable pour | | | Spécificités | Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MP | RI | RE | | |
| **Bilan de compétences** | Aider à la construction d'un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle et/ou confirmer un projet de formation. | Mobilisable au titre du Plan de formation de l'entreprise ou du Compte personnel de formation (CPF)<br>Hors ou pendant le temps de travail | Salariés - Agents de la fonction publique - Demandeurs d'emploi - Sans employeurs | non | oui | oui | Selon les situations, le bilan de compétences peut être réalisé pendant un arrêt de travail sur autorisation de l'Assurance maladie, au titre des actions de remobilisation précoces. | D'autres types de financement pourraient être mobilisables du fait de la réforme de la formation professionnelle de 2018 |
| **Formation** | Accompagner un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle. | Mobilisable au titre du Plan de formation de l'entreprise ou du Compte personnel de formation (CPF)<br>Hors ou pendant le temps de travail | Salariés - Agents de la fonction publique - Demandeurs d'emploi - Sans employeurs | oui | oui | oui | Selon les situations, le bilan de compétences peut être réalisé pendant un arrêt de travail sur autorisation de l'Assurance maladie, au titre des actions de remobilisation précoces. | D'autres types de financement pourraient être mobilisables du fait de la réforme de la formation professionnelle de 2019 |
| **Télétravail** | Aménager les situations de travail et contribuer à la qualité de vie au travail | Mise en œuvre dans le cadre d'une charte ou d'un accord collectif d'entreprise ou, à défaut, d'un accord formalisé entre salarié et employeur | Salariés - Agents de la fonction publique | oui | oui | oui | | La loi du 5 septembre 2018 comporte des dispositions d'application immédiate visant à faciliter l'accès au télétravail |

MP : maintien au poste ; RI : reclassement interne ; RE : reclassement externe

## ► Mesures mobilisables relevant de l'Assurance maladie

| Mesure | Objectif | Modalités de mise en œuvre | Public cible & Critères d'éligibilité | Mobilisable pour | | | Spécificités | Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MP | RI | RE | | |
| **Indemnité Temporaire d'Inaptitude (ITI)** | Maintenir le versement de l'indemnité journalière AT/MP, au salarié déclaré inapte, pendant la période d'étude du reclassement. | Lien entre l'inaptitude et l'accident du travail ou la maladie professionnelle reconnu à titre initial ou de rechute.<br>Remise du CERFA par le médecin du travail au salarié pour transmission à la CPAM.<br>Versement de l'ITI par la CPAM au maximum un mois entre le 1er jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude et le jour du reclassement ou du licenciement pour inaptitude. | Salarié déclaré inapte à son poste à la suite d'un arrêt indemnisé au titre d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle. | oui | oui | non | Le montant de l'ITI est égal au montant des indemnités journalières AT/MP versées avant l'avis d'inaptitude, déduction faite éventuellement de la rente liée à l'AT/MP qui a conduit à l'inaptitude. | Pour bénéficier de l'ITI, le salarié ne doit pas percevoir pendant la période d'étude du reclassement de rémunération liée à l'activité salariée précédemment exercée sur laquelle porte l'inaptitude.<br>Dans les 8 jours qui suivent sa décision de reclassement ou de licenciement, l'employeur doit informer la CPAM (transmission volet 3 du CERFA) et préciser s'il a versé une rémunération pendant la période d'étude.<br>Le cas échéant, la CPAM peut procéder à une récupération d'indus auprès du salarié. |
| **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)** | Aménager temporairement le temps de travail | Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste<br>Accord du médecin conseil et de la CPAM<br>Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail | Tout travailleur, y compris ceux qui n'ont pas été en arrêt maladie à temps complet indemnisé d'une durée minimale de 4 jours | oui | oui | rare | Dans la fonction publique : les droits à TPT sont limités à 1 an dans toute la carrière pour le même motif ; il n'est plus nécessaire d'avoir été arrêté 6 mois à temps complet | Pour les travailleurs en arrêt à cause d'une maladie reconnue en affection de longue durée (ALD), le temps partiel thérapeutique peut également être prescrit directement sans être précédé par un arrêt à temps complet |
| **Reprise de Travail Léger** | Aménager temporairement le temps de travail et/ou la charge de travail, par une reprise progressive de l'activité après un arrêt de travail | Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste<br>Accord du médecin conseil et de la CPAM<br>Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail | Tout travailleur en arrêt accident travail ou maladie professionnelle à temps complet, sans condition de durée d'arrêt | oui | oui | non | | Pour les travailleurs en arrêt à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la reprise de travail léger peut être prescrite directement sans être précédée par un arrêt à temps complet |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Invalidité** | Aménager durablement le temps de travail par une diminution du volume horaire. Compenser la perte de salaire engendrée par l'impossibilité de travailler ou la réduction du temps de travail pour raison de santé | Prescription par le médecin traitant ou proposition du médecin conseil.<br>Après évaluation par le médecin conseil de Sécurité sociale et vérification des droits administratifs par la CPAM<br>Classement en trois catégories selon évaluation du médecin conseil qui correspondent à un pourcentage d'indemnisation différent. | Capacité de travail et de gain réduite d'au moins deux tiers à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle<br>Conditions administratives (âge, durée d'affiliation au régime de Sécurité sociale et heures travaillées ou cotisations versées). | oui | oui | oui | Dans le cas de la poursuite d'une activité professionnelle, le salarié peut bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits.<br>Au terme de la pension d'invalidité, cette dernière est transformée en retraite pour inaptitude.<br>Le bénéfice d'une pension d'invalidité permet d'être bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, et ce quelle que soit la catégorie.<br>Dans la fonction publique : il n'existe pas de pension d'invalidité. | Avoir une pension d'invalidité n'interdit pas de travailler.<br>Selon les entreprises, un contrat de prévoyance peut compléter la pension d'invalidité versée par l'organisme de Sécurité sociale.<br>La pension d'invalidité peut être révisée, suspendue ou supprimée pour raisons médicales ou si le cumul pension d'invalidité et salaire dépasse un certain seuil.<br>Le bénéfice de la pension d'invalidité s'arrête à l'âge de départ à la retraite du salarié (maximum 67 ans). |
| **Actions de Remobilisation Précoces** | Élaborer et/ou mettre en œuvre un projet de maintien en emploi pendant l'arrêt de travail | Actions de formation professionnelle continue et actions d'accompagnement, d'information et de conseil<br>Sur autorisation de l'Assurance maladie *via* l'accord du médecin traitant (CERFA) et avis du médecin du travail et de la cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle<br>Maintien des indemnités journalières et couverture du risque AT/MP par la CPAM | Salarié du régime général, en arrêt de travail total ou partiel indemnisé, et présentant un risque de désinsertion professionnelle<br>Demandeur d'emploi en arrêt de travail et impacté dans sa recherche d'emploi du fait de sa santé | oui | oui | oui | | La durée de l'action doit s'inscrire dans la durée de l'arrêt de travail prévisible et médicalement justifié. Elle ne doit pas avoir pour effet de prolonger l'arrêt de travail. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Essai encadré** | Valider un projet de maintien en emploi pendant un arrêt de travail qui permet de : tester les capacités à reprendre le poste de travail, tester un aménagement de poste,<br>tester un nouveau poste de travail, valider des pistes de reconversion professionnelle | Période en entreprise de 3 jours maximum en continu ou discontinu.<br>Sur autorisation de l'Assurance maladie *via* l'accord du médecin traitant (CERFA) et l'avis de la cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle.<br>Accord de l'entreprise d'accueil et du médecin du travail de cette dernière.<br>Maintien des indemnités journalières et couverture du risque AT/MP par la CPAM. | Salarié du régime général, en arrêt de travail total ou partiel indemnisé, et présentant un risque de désinsertion professionnelle<br>Demandeur d'emploi en arrêt de travail et impacté dans sa recherche d'emploi du fait de sa santé | oui | oui | oui | | L'essai encadré peut être réalisé dans l'entreprise ou dans une autre entreprise.<br>En l'absence de l'accord du médecin du travail de l'entreprise d'accueil, l'essai encadré ne pourra être autorisé. |
| **Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)** | Accompagner un projet de maintien en emploi nécessitant de la formation "pratique" tutorée pour se réaccoutumer à l'exercice de l'ancien métier ou se former à un nouveau métier. | Contrat conclu entre la CPAM, l'employeur et le salarié, pour une durée déterminée, renouvelable une fois dans la limite de 18 mois.<br>Prise en charge à hauteur de 50 % de la rémunération brute par la CPAM dans la limite du montant des indemnités journalières servies.<br>Information de la DIRECCTE de la signature du contrat. | Salariés bénéficiaires de la RQTH, en arrêt de travail et présentant une inaptitude ou un risque d'inaptitude. | oui | oui | oui | Le CRPE est une des mesures de rééducation professionnelle inscrite dans le Code de la sécurité sociale et dans le Code du travail.<br>Dans le cadre d'un maintien dans l'entreprise, il suspend le contrat de travail initial tout en maintenant les droits liés à celui-ci. | Le CRPE peut être mis en œuvre dans l'entreprise ou dans une autre entreprise, au terme de l'arrêt de travail.<br>Il est préparé pendant l'arrêt de travail ou pendant la reprise à temps partiel thérapeutique / reprise de travail léger.<br>Si nécessaire, la formation tutorée au sein de l'entreprise peut être complétée par de la formation externe. |

MP : maintien au poste ; RI : reclassement interne ; RE : reclassement externe

## ► Mesures mobilisables relevant des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

| Mesure | Objectif | Modalités de mise en œuvre | Public cible & Critères d'éligibilité | Mobilisable pour | | | Spécificités | Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MP | RI | RE | | |
| **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)** | Faire reconnaître son aptitude au travail en tenant compte des capacités et incapacités liées à la situation de handicap.<br>Permettre de mobiliser les aides, mesures et services d'accompagnement visant à favoriser le maintien en emploi | Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale et administrative | Toutes personnes en âge de travailler "*dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique*" | oui | oui | oui | | L'avis du médecin du travail est sollicité – les délais d'instruction peuvent être longs selon les départements –, la loi du 5 septembre 2018 prévoit que la RQTH est attribuée de façon définitive lorsque le handicap d'une personne est irréversible |
| **Centres de pré-orientation (CPO)** | Définir et construire un projet professionnel en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne | Stage rémunéré, à temps plein, de 8 à 12 semaines.<br>Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative. | Salariés, demandeurs d'emploi, agents de la fonction publique, de plus de 18 ans, en situation de handicap qui rencontrent des difficultés particulières d'orientation et de maintien en emploi.<br>Le stage est possible pendant un arrêt de travail avec autorisation de l'Assurance maladie. | | oui | oui | | Un projet de décret prévoit d'élargir les missions des ESMS de pré-orientation et de réadaptation professionnelle, pour leur permettre d'accueillir un large public (dès 16 ans), pas nécessairement orienté par la MDPH, avec des prestations mises en œuvre sur une période et à un rythme adaptés à la personne, afin d'assurer le maintien dans l'emploi et prévenir le risque de désinsertion professionnelle |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Centres / Établissements de Rééducation Professionnelle (CRP)** | Entraîner ou ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion professionnelle.<br>Suivre une formation qualifiante précédée d'une "Préparatoire" si nécessaire | Formations rémunérées entre 10 et 30 mois. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative. | Salariés, agents de la fonction publique, demandeurs d'emploi, de plus de 18 ans, en situation de handicap.<br>La formation est possible pendant un arrêt de travail avec autorisation de l'Assurance maladie. | non (*) | oui | oui | | Les mesures du projet de décret pour les CPO valent également pour les ES de réadaptation professionnelle<br>D'autres dispositifs d'évaluation et d'orientation peuvent exister selon les CRP. Les politiques publiques et les spécificités régionales peuvent modifier l'offre. |
| **Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS)** | Définir et construire un projet professionnel, en milieu ordinaire ou protégé, en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne. | Stage rémunéré, à temps plein, de 18 semaines. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative. | Toute personne, de plus de 16 ans, présentant des séquelles fonctionnelles et/ou cognitives dues à une lésion cérébrale acquise.<br>Le stage est possible pendant un arrêt de travail avec autorisation de l'Assurance maladie. | oui (**) | oui | oui | | |
| **Dispositif d'emploi accompagné (DEA)** | Permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché du travail en bénéficiant d'un accompagnement médico-social et d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle. | Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), après évaluation médicale, professionnelle et administrative.<br>La mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du travailleur ainsi qu'un appui et un accompagnement de l'employeur. | Les personnes en situation de handicap reconnues travailleurs handicapés par la CDAPH, ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail.<br>Les travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail.<br>Les travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle. | oui | oui | oui | | Le dispositif d'emploi accompagné peut être mobilisé en complément des services, aides et prestations existants.<br>L'employeur peut y faire appel (saisine de la MDPH) |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** | Aider à la prise en charge de certaines dépenses liées au handicap (par exemple, achat de prothèses auditives, aménagement du logement ou du véhicule, recours à une tierce personne, etc.). | Aide financière personnalisée, modulable en fonction des besoins, versée par le Département.<br>La demande de PCH fait l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire qui élabore ensuite un plan personnalisé de compensation. Ce plan comprend des propositions de toute nature (prestations, orientation, conseils). Le plan personnalisé de compensation est ensuite transmis, avec les observations éventuelles du demandeur, à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décision. | Toute personne en situation de handicap qui rencontre une difficulté absolue (impossibilité) pour la réalisation d'une activité (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui) ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux de ces activités. | oui | oui | oui | | La PCH n'est pas dédiée spécifiquement au maintien en emploi, mais elle peut y contribuer en résolvant d'autres difficultés liées au handicap et qui peuvent constituer des freins directs ou indirects à l'emploi. |

MP : maintien au poste ; RI : reclassement interne ; RE : reclassement externe

(*) Actuellement (possiblement oui après publication du décret sur les missions des ES de pré-orientation et de réadaptation professionnelle)
(**) L'UEROS peut permettre d'évaluer les conditions de maintien au poste.

## ► Mesures mobilisables relevant de l'AGEFIPH et du FIPHFP

| Mesure | Objectif | Modalités de mise en œuvre | Public cible & Critères d'éligibilité | Mobilisable pour | | | Spécificités | Commentaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MP | RI | RE | | |
| **Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle (PSOP)** | Prestation individualisée visant à permettre l'élaboration d'un nouveau projet professionnel, tenant compte de l'état de santé, lorsque le maintien au poste de travail initial n'est pas possible | Sur prescription des :<br>- Cap Emploi - Sameth<br>- Cellules de prévention de la désinsertion professionnelle de l'Assurance maladie<br>- Cellules de maintien de la MSA<br>- Assistantes sociales du FASTT (*)<br>- Unités Comète France | Demandeurs d'emploi, exploitants agricoles et salariés du secteur privé ou public, reconnus travailleurs handicapés ou en attente de l'être. Travailleurs indépendants en risque de perte d'emploi ou d'activité du fait de leur état de santé. | non | oui | oui | | |
| **Prestations** | | | | | | | | |
| **Étude préalable à l'aménagement des situations de travail** | Analyser la situation de travail et identifier les solutions permettant l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap | Sur prescription d'un Cap emploi ou par demande directe de l'employeur à la délégation régionale de l'Agefiph ou du FIPHFP | Tout employeur privé ou d'une fonction publique d'une personne handicapée | oui | oui | oui | | |
| **Prestations d'appuis spécifiques (handicap visuel, auditif, moteur, mental, psychique et des troubles cognitifs)** | Apporter un appui expert permettant d'identifier précisément les conséquences du handicap au regard du projet professionnel et les moyens à mettre en œuvre | Sur prescription du Cap emploi | Toute personne handicapée, employeurs privé ou d'une fonction publique ou organismes de formation | oui | oui | oui | Dans certaines régions, on trouvera aussi une PPS "Troubles cognitifs" avec possibilité d'évaluation neuropsychologique | Ces prestations, comme la plupart des mesures de l'Agefiph et du FIPHFP, peuvent être amenées à être modifiées au fil des ans. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prestation spécifique d'orientation professionnelle** | Aider la personne handicapée à se projeter dans un nouveau projet professionnel | Sur prescription Cap emploi ou autre acteur selon les régions (Carsat, services de santé au travail, Comète France, etc.) | Toute personne handicapée engagée dans une démarche de maintien nécessitant un reclassement professionnel | | oui | oui | | |
| **Aides financières** | | | | | | | | |
| **Aide à l'accueil, l'intégration et à l'évolution professionnelle** | Participer au coût pour l'accompagnement de la personne handicapée sur un nouveau poste | Aide prescrite par Cap emploi ou demande auprès de la délégation régionale Agefiph ou du FIPHFP | Aide attribuée à tout employeur d'une personne handicapée en CDI ou en CDD de 6 mois et plus. | | oui | oui | | |
| **Aide à l'adaptation des situations de travail** | Participer au coût de l'adaptation du poste de travail | Demande auprès de la délégation régionale Agefiph ou du FIPHFP | Tout employeur d'une personne handicapée ou travailleur indépendant handicapé | oui | oui | oui | | |
| **Aide aux déplacements en compensation du handicap** | Participer au surcoût en lien avec le handicap pour les déplacements | Demande auprès de la délégation régionale Agefiph ou du FIPHFP | Toute personne handicapée engagée dans un parcours professionnel | oui | oui | oui | | |
| **Aide à la formation dans le cadre d'un maintien** | Contribuer au financement d'une formation pour favoriser le maintien dans l'emploi | Demande prescrite par Cap emploi ou Comète France | Tout employeur d'une personne handicapée ou travailleur indépendant handicapé | | oui | oui | | |
| **Aide technique en compensation du handicap** | Participer aux coûts des moyens techniques compensant le handicap | Demande auprès de la délégation régionale Agefiph ou du FIPHFP | Toute personne handicapée | oui | oui | oui | | |
| **Aide prothèses auditives** | Contribuer au financement d'une prothèse auditive | Demande auprès de la délégation régionale Agefiph ou du FIPHFP | Toute personne handicapée | oui | oui | oui | | |
| **Aide à la recherche de solutions pour le maintien dans l'emploi** | Participer aux frais occasionnés pour rechercher une solution de maintien dans l'emploi | Aide prescrite par Cap emploi | Tout employeur privé d'une personne handicapée et tout travailleur indépendant handicapé. | oui | oui | non | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH)** | Compenser financièrement les charges importantes supportées par une entreprise du fait des conséquences du handicap d'une personne sur la tenue de son poste après que l'aménagement optimal du poste ait été mis en place. | Décision administrative, sur dossier. Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap à déposer auprès de l'Agefiph | Tout employeur de personnes reconnues handicapées ou les personnes handicapées exerçant une activité non salariée. | oui | oui | oui | | |

MP : maintien au poste ; RI : reclassement interne ; RE : reclassement externe
(*) Le FASTT est la plateforme d'animation de la politique sociale au bénéfice des intérimaires.

# Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail :

## Institutionnels et autres agences :

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)*

Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)* du Languedoc-Roussillon

Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)*

Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-De-France (Cramif)*

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*

Direction générale du travail (DGT)*

Institut national du cancer (INCa)

Institut National de recherche et de sécurité au travail (INRS)*

(*) Cet institutionnel / cette agence a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

## Sociétés savantes et organismes professionnels :

Association Comète France*

Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (Agefiph)*

Collège de la médecine générale (CMG)*

Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer)*

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

Société française de médecine du travail (SFMT)*

Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)

Société française de rhumatologie (SFR) - Section rachis*

(*) Cette société savante / cet organisme professionnel a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

## Associations de patients et d'usagers:

Atout Cancer

Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss)

Fédération nationale des accidentés du travail (FNATH)

Fédération nationale France AVC*

Fédération régionale Atout Cœur

France Dépression

Impatients, Chroniques & Associés*

Jeunesse Solidarité Cancer

Ligue nationale contre le cancer*

(*) Cette association / cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

## ► Groupe de travail

Mme Camille Baumann, juriste droit social, ISTNF, Lille

M. Thierry Boulissiere, conseiller technique, DGCS, Paris

Dr François-Xavier Brouck, directeur des assurés, CNAM, Paris

Mme Nathalie Chazal, chargée de coordination et développement des projets sociaux, CARSAT, Montpellier

Dr Michel David, médecin généraliste, Montpellier

Mme Céline Demaretz, responsable ressources Humaines Opac, Amiens

Dr Anne Delépine, médecin du travail, INRS, Paris

Pr Sophie Fantoni-Quinton, médecin du travail, Lille

Dr Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail, Lyon

Dr Marion Lamort-Bouché, médecin généraliste, Lyon

Dr Véronique Maeght-Lenormand, médecin du travail, MSA, Bobigny

Mme Catherine Mosmann, DGT, Paris

Pr Julien Nizard, chef du centre fédératif douleur soins palliatifs et support; responsable de l'unité de recherche clinique douleur et neurochirurgie; Nantes

Dr Ludivine Nohales, psychiatre, Lyon

Pr Audrey Petit, médecin du travail, Angers

Dr Philippe Petit, médecin conseil CNAM, direction des risques professionnels, Paris

Mme Anna Picard, directrice Comète France, Lorient

M. Eddy Queval, DGT, Paris

M. Frédéric Rambinaising, chargé de projet CRAMIF, Paris

Mme Anne Raucaz, représentante d'usagers, ligue nationale contre le cancer, Paris

Mme Marie-Hélène Ravel, représentante d'usagers, impatients chroniques et associés, Issy-Les-Moulineaux

Dr Laetitia Rollin, médecin du travail, Rouen

Mme Sylvie Surun, chargée de mission, Agefiph, Bagneux

Dr Bertrand Xerri, médecin du travail, Saint-Maur-des-Fossés

Mme Catherine Yven coordinatrice unité Comète France Lyon-les-massues, Lyon

## ► Groupe de lecture

Dr Pierre Aballea, inspection générale des affaires sociales, Paris

Dr Géraldine Amargil, médecin du travail, Saint-Cloud

Mme Géraldine Bac-Mauvisseau, Responsable emploi France groupe PSA, Poissy

Dr Isabelle Badinier, médecin du travail, Vitry-sur-Seine

M. Laurent Bailly, juriste CNAM, Paris

Mme Dominique Baradat, chargée de mission ANACT, Mérignac

Dr Anne-Laure Barel, médecin du travail, Rennes

Dr Joëlle Barrit, médecin-inspecteur du travail, Nantes

Mme Sylvie Barthe, chef de projet prévention de la désinsertion professionnelle, direction des risques professionnels CNAM, Paris

Dr Aude Baubri, médecine physique et de réadaptation, Noth

Dr Bossard Laurence, médecin du travail, Lyon

Dr Tanguy Bothuan, juriste droit social, Ile-de-France

M. Jean-Michel Bouchon, ex-directeur de SSTI retraité.

Dr Céline Bouton, médecin généraliste, Saint-Germain-sur-Moine

Dr Nathalie Brouck-Herbaux, médecin du travail, Marcq-en-Barœul

Dr Agnès Brun, médecin du travail, Paris

Dr Amandine Brun, médecin du travail GIMS13, Marseille

Dr Emmanuelle Cadic-Gautier, médecin du travail, Rennes

Dr Sandrine Cartegnie, médecin du travail, Le Port-île de-La-Réunion

Dr Catherine Charuel, médecin-inspecteur du travail, DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes, Lyon

Dr Anne Chatfield, médecin du travail, Lille

Mme Catherine Chazette, infirmière de santé au travail, Grenoble

Dr Christophe Collomb, médecin du travail, Metz

Mme Gervais Creze, responsable régional du service social CRAMIF, Paris

Dr Catherine Dalm, médecin-inspecteur du travail, Bordeaux

Dr Anne-Claire D'apolito, médecin du travail Comète France, Garches

Dr Bruno Dechamps, médecin du travail en SSTI, Le Havre

Mme Sabine Deloux, responsable service Sameth, Alsace

Dr Gerald Demortiere, médecin du travail, Saint-Ouen-l'Aumône

Dr Alexis Descatha, médecin du travail, Garches

Dr Florent Desert, médecin du travail, La Défense

Dr Walter Daveluy, médecin de médecine physique et de réadaptation, Lille

Mme Nathalie Dross, caisse des dépôts,

Mme Delphine Dubost, responsable ressources humaines, la Courneuve

Dr Quentin Durand-Moreau, médecin du travail, Brest

Mme Najat Ennceiri-Lefebvre, sous-directrice, responsable adjointe du département coordination et efficience des soins, CNAM, Paris

Dr Karine Ferrand, médecin du travail, Cergy

Mme Julie Ferroudj, infirmière en santé au travail, Le Puy-en-Velay

Dr Laurence Fournier Vallée, médecin du Travail, Nice

Pr Paul Frimat, médecin du travail, Lille

Pr Jean-François Gehanno, médecin du travail, Rouen

M. Vincent God, responsable régional service social CARSAT, Midi-Pyrénées

Dr Emmanuelle Goujon, médecin du travail, Nanterre

Dr Béatrice Grimaldi, médecin du travail, Paris

M. Marc Guégan, directeur AIST89 (SSTI de l'Yonne), Auxerre

Mme Frédérique Guerenne, responsable régionale service social CARSAT, Montpellier

Dr Emmanuelle Guichard, médecin conseil, Bourg-en-Bresse

Dr Antoine Hauter, médecin du travail, Paris

Dr Maryse Herbecq, médecin conseil régime général, Lille

Mme Marine Jeantet, Directrice branche AT/MP de la CNAM, Paris

Mme Martine Keryer, santé au travail, handicap CFE-CGC, Vincennes

Dr Florence Konfe, médecin du travail, Franconville

Dr Béatrice Kozar, médecin conseil, Montpellier

Dr Hervé Laborde-Casterot, médecin du travail, Paris

Dr Nadège Lepage, médecin du travail, Lille

Dr Francois-Xavier Lesage, médecin du travail, Montpellier

Dr Corinne Letheux, médecin du travail, Paris

Mme Catherine Levrat-Pinatel, chargée de mission, ARACT Occitanie, Montpellier

Dr Hélène Lourtis, médecin du travail en SSTI, Angers

Dr Sophie Mandon-Broucas, médecin du travail, Bordeaux

Dr Laurence Marescaux, médecin du travail, médecin inspecteur du travail DIRECCTE, Bretagne

Mme Sandrine Margaroli, infirmière en santé au travail SSTI, AMETRA, Montpellier

Dr Benoit Mauguy, médecin du travail, Directeur général d'OSTRA, Saint-Germain-en-Laye

Dr Florence Meurant, médecin du travail, Valenciennes

Dr Elisabeth Milliau, médecin du travail en SSTI, AMETRA, Montpellier

Dr Véronique Monsterleet, médecin du travail, Lille

Dr Vinh Ngo, médecin du travail, directeur général, CIAMT santé au travail, Ile-de-France

Dr Nadine Nouaille, médecin du travail, Limoges

Dr Anne Ooghe, médecin conseil CNAM, chef de service ELSM, Vannes

Dr Fanny Perrin-Blanc, médecin du travail, Evry

M. Cyrille Petitjean, psychologue du travail en SSTI, AMETRA, Montpellier

M. Alain Prunier, bénévole FNATH, Saint-Etienne

Dr Pascale Roppenneck, médecin de médecine physique et de réadaptation, Bois-Guillaume

Dr Isabelle Ruedas-Tran, médecin du travail, CIAMT santé au travail, Ile-de-France

M. Jean-Michel Schweitzer, conseil en relations sociales et conditions de travail, ancien opérateur de maintien en emploi, Metz

Dr Bernard Siano, médecin du travail, INRS, Paris

Dr Garance Sofer, médecin du travail, Massy

Mme Anne Thiebeauld, CNAM branche risques professionnels, Paris

Dr Pierre Thillaud, médecin du travail, directeur SSTI, représentant CPME, Paris

Dr Dominique Tripodi, chef de service pathologie professionnelle et environnementale, Nantes

Dr Helene Verdier, médecin du travail en SSTI (SAMSI), Toulouse

Mme Patricia Vernay, responsable du département animation et pilotage du service social CNAM, Paris

# Fiche descriptive

| Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ayant des problèmes de santé | |
|---|---|
| Méthode de travail | Recommandations pour la pratique clinique (RPC) |
| Objectif(s) | • Proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs (optimisé dans l'entreprise d'origine), afin de réduire le nombre d'inaptitudes vectrices de perte d'emploi.<br>• Améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle. |
| Patients ou usagers concernés | Tout travailleur suivi par un service de santé au travail, qui présente, en raison de son état de santé, une limitation de sa capacité à se maintenir au poste occupé.<br>Les personnes en recherche d'emploi ou sans contrat, notamment les travailleurs indépendants, n'entrent pas dans le champ de ces recommandations. |
| Professionnel(s) concerné(s) | Ces recommandations visent les équipes pluridisciplinaires des SST, mais peuvent éclairer les autres professionnels du champ du MEE et plus largement du médico-social : services médicaux, sociaux et de prévention des organismes de Sécurité sociale, médecins traitants généralistes ou d'autres spécialités médicales, acteurs du milieu de travail, Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), organismes de placement spécialisé (Cap Emploi), missions handicap, obligation emploi travailleurs handicapés (OETH), Comète France, etc. |
| Demandeur | Cf. saisine HAS |
| Promoteur | Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles ;<br>Société française de médecine du travail (SFMT) |
| Financement | Fonds publics |
| Pilotage du projet | Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)<br>Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail |
| Recherche documentaire | De janvier 2007 à mars 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique)<br>Réalisée par Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès) |
| Auteurs de l'argumentaire | Camille Baumann, juriste, Lille ; Sophie Fantoni, médecin du travail, Lille ; Jean-Baptiste Fassier, médecin du travail, Lyon ; Audrey Petit, médecin du travail, Angers ; Laetitia Rollin, médecin du travail, Rouen. |
| Participants | Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants. |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail. |
| Validation | Adoption par le Collège de la HAS en février 2019 |
| Actualisation | L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication. |
| Autres formats | Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr |

~

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
**www.has-santé.fr**

© Haute Autorité de Santé Janvier 2019 – N° ISBN 978-2-11-152359-3