POUR UN CONTACT

■ Je souhaite recevoir le Cinergie Flash par mail



■ Je souhaite être informé de l'édition de la mise à jour de inapte au poste-que faire ?



Nom - Prénom :

Profession	:
------------	---

Adresse :

Tél : _____

Fax: _____

e-mail : _____

BON DE COMMANDE

Je commande :

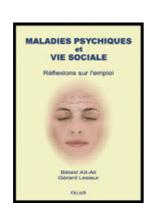
les 9 dossiers «Travailler avec»
 35 euros
 Les prix s'entendent TTC, franco de port.

- le souhaite recevoir les dossiers
- 1. Travailler avec un cancer
- 2. Travailler avec une mucoviscidose

Les frais de port de ces ouvrages sont à ma charge à la réception

Je joins à ma commande un chèque deà l'ordre de Cinergie.

■ Je commande le livre « maladies psychiques et vie sociale, réflexions sur l'emploi » J'envoie un chèque de 28 euros à l'ordre de Cinergie



Nom	-	Prénom	:	

		_						
7	r۸	ffe	26	R	່າດ	n	•	

Adresse :

Tál ·

Fax: _

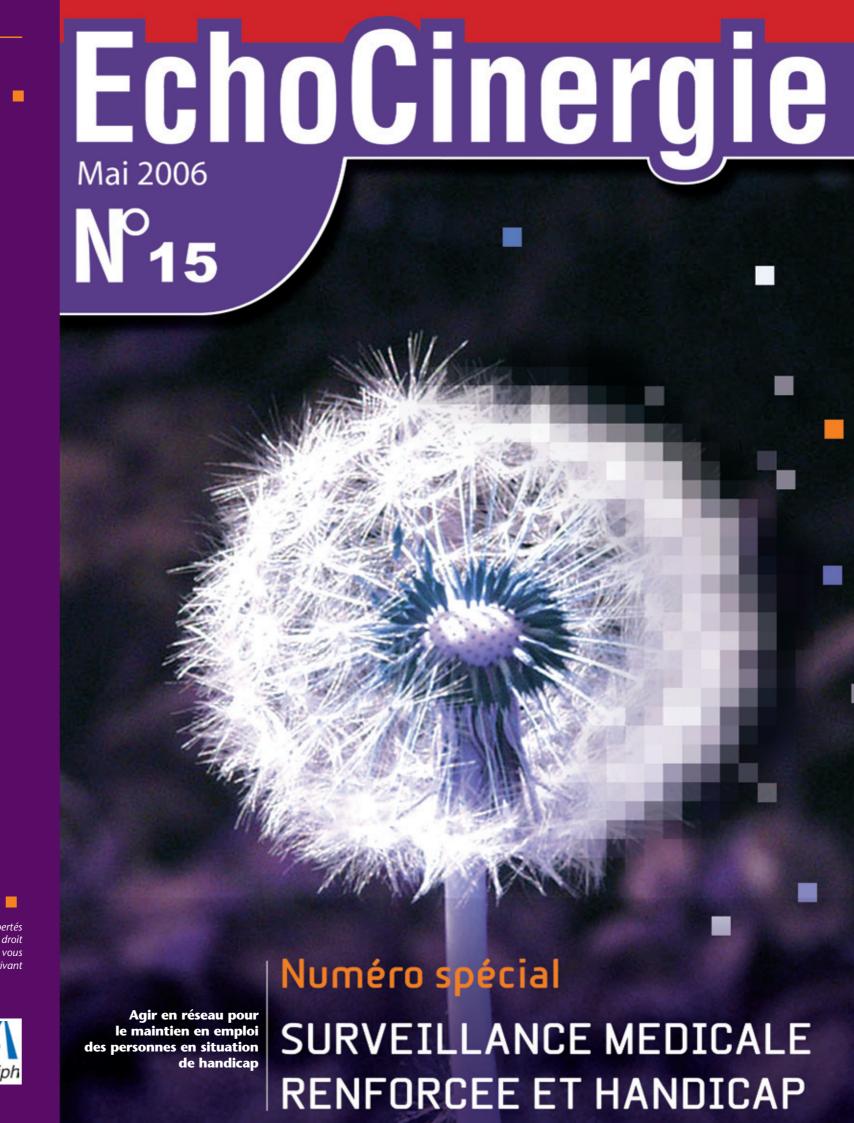
e-mail : _____



À envoyer à Cinergie 50, place du Théâtre 75015 Paris

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/78 (art. 27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit d'accès s'effectue en écrivant à Cinergie.





ADHESION A L'ASSOCIATION CINERGIE

• Directeur de publication : Dr Hennion, président de Cinergie,

50 rue du Théatre - 75015 Paris Tél : 01 56 77 20 09

- Coordination de la rédaction : Patricia Boulard, C-com2, tél : 01 39 66 94 09
- Réalisation graphique : Vincent Burille Orléans

• Impression : Copie 45 - Chécy

Tous les articles signés sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

L'association Cinergie, créée le 20 Juillet 2000, a pour objet " d'agir avec les médecins du travail, de prévention et de soins contre l'exclusion du monde du travail des personnes en situation de déficit physique, psychique ou sensoriel ".

L'association Cinergie est administrée par Thierry Hennion, président, Belaïd Aït-Ali, secrétaire général, Gilles Lenice, trésorier Alain Jabès, vice-président, François Rossignol, vice-président Gérard Lesieur, secrétaire général adjoint

Le Professeur Jean-François Caillard, et le regretté docteur Julien Léna sont membres d'honneur de Cinergie.

Le CA, renouvelé en 2005 est composé de membres médecins et représentants d'autres professions.

Sont membres actifs de Cinergie tous ceux qui, soutenant l'objet social de Cinergie, s'engagent à verser une cotisation annuelle fixée à 10 euros. A ce jour l'association compte 200 adhérents. Les personnes morales peuvent adhérer à Cinergie, leur droit d'entrée est fixé à 150 euros et leur cotisation annuelle est de 75 euros.

ISBN n° 2-9518962-2-0

Adhésion simple : 10 euros

Nom - Prénom :

Profession :

Adhésion de bienfaiteur ou personnes mora les : droit d'entrée 150 euros cotisation annuelle 75 euros

Raison sociale :

Nom du représentant :

Dans tous les cas, merci de nous préciser vos coor-

Adresse :

_

Tél :

E-mail :

Cachet

Signature :

Bulletin et chèque libellé à l'ordre de CINERGIE sont à adresser à : CINERGIE 50, rue du Théâtre - 75015 PARIS



Association cinergie

Siège social:
50, place Saint Charles
75015 Paris
association loi 1901
siret:43407045400013
siren:434070454 - APE:913E

Adresse postale:

50, rue du Théatre 75015 Paris Téléphone : 01 56 77 20 09

Fax: 01 45 77 34 10

courriel: asso.cinergie@wanadoo.fr

http://www.handitrav.org

Fonds
nsertion
Ciner
souti
Agefiph

Cinergie bénéficie du soutien de l'Agefiph.



SOMMAIRE

Edito p.3

Edition p.4

Chantiers Cinergie

Ciriergie

Dossier Surveillance Médicale Renforcée des Personnes handicapées

p.12

Pour un contact

p.16



Profitons de cette année 2006 pour marquer un temps d'arrêt et porter un regard sur cette cause qui est à la base de notre engagement, celle de l'intégration des personnes en difficulté de santé dans le monde professionnel.

Deux textes sont parus qui constituent véritablement deux opportunités d'avancée, je veux parler d'une part de la réforme de la santé au travail et d'autre part de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La réforme de la santé au travail vient bouleverser nos organisations, modifier le contenu de nos métiers, pour mieux répondre à de nouveaux objectifs dans lesquels la question du maintien dans l'emploi ne peut être absente. L'identification de cette activité en tant que service apporté aux salariés et aux entreprises doit permettre de dégager les moyens nécessaires. La mise en place dans nombre de service d'une démarche de progrès doit quant à elle contribuer à améliorer l'approche méthodologique du maintien dans l'emploi.

Sur un autre plan, la Loi pour l'égalité des droits et des chances inscrit enfin une obligation d'intégration.

Les textes bien sûr ne sont que des textes, mais leur parution vient affirmer une volonté politique qui devance probablement une évolution des esprits. Désormais l'absence de recherche de solution de maintien dans l'emploi, tout comme le refus d'embauche du fait du handicap, sont « hors la Loi ».

Mais encore une fois, il reste à faire évoluer les esprits, à combattre des a-priori, à améliorer les modalités d'accompagnement des personnes en situation de désadaptation professionnelle.

Nous avons à l'évidence sur ces questions un rôle à jouer.

3

Nous vous présentons dans ce numéro spécial nos réflexions sur la surveillance médicale renforcée des travailleurs handicapés.

Cinergie souhaite améliorer sa communication en s'appuyant sur l'usage d'Internet et du courriel. Ces moyens doivent nous permettre de vous informer régulièrement de nos actions et distribuer les travaux que nous produisons.

Afin de rester « connectés » avec nous, n'oubliez pas de nous envoyer votre adresse e-mail (coupon réponse en dernière page).

Dr Hennion

président de l'Association Cinergie

|2



Maladies psychiques et Vie sociale, réflexions sur l'emploi



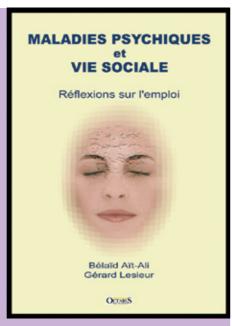
Le handicap psychique n'est pas tant la maladie mentale, que ce qui en découle. Les progrès réalisés dans les traitements médicaux, les soins ambulatoires ainsi que le développement des prises en charge psychothérapiques permettent aujourd'hui de stabiliser la maladie psychique, en masquant les symptômes et en mobilisant les potentiels existants. Bien des personnes handicapées psychiques peuvent prétendre à participer à la vie sociale ...

Chaque fois que cela est possible, la compensation du handicap devra être pensée par rapport à un projet d'insertion sociale et professionnelle, au lieu de s'en tenir comme c'est souvent le cas aux seules mesures médicales et fonctionnelles. Nombreuses sont les questions qui se posent aux professionnels en santé au travail :

- 1. Quelles sont les difficultés rencontrées par l'entreprise pour maintenir ces salariés dans l'emploi ?
- 2. Dans quelle mesure la maladie mentale ou les troubles psychiques génèrent-ils réellement une situation de handicap professionnel ?
- 3. Quel impact peuvent avoir la maladie ou les troubles psychiques sur le poste de travail, sur les relations avec l'environnement de travail, sur la perception qu'a le salarié de sa maladie et de l'entreprise?

Cet ouvrage rédigé par un groupe de médecins et de psychologues de Cinergie sous la direction des Drs Aït Ali, et Lesieur, se fixe pour objectif d'apporter des éléments de réflexion à tous ceux qui souhaitent faire du maintien à l'emploi et de la préservation de l'employabilité des personnes confrontées à la maladie psychique une réalité.

Ce travail a été réalisé grâce au soutien financier de la Fondation de France dans le cadre du programme « Maladies psychiques et vie sociale des personnes adultes » (Bon de commande en dernière page)



SOMMAIRE de l'ouvrage :

- 1 Introduction
- 2 Travail et Santé Mentale
- 3 Rappel nosologique des principales pathologies psychiatriques
- 4 Données Epidémiologiques
- **5** Travailler avec une pathologie psychique
 - **5** 1 Présentation des questions
 - **5** 2 Travailler avec un syndrome dépressif
 - **5** 3 Travailler avec une schizophrénie
 - **5** 4 Travailler avec une conduite addictive
 - **5** 5 Travailler avec un trouble anxieux
- 6 La Souffrance au Travail
 - **6** 1 Introduction : le personnel, le relationnel et l'organisationnel
 - **6** 2 Travailler avec un Trouble de la Personnalité
 - **6** 3 Travailler avec un état de stress
 - **6** 4 Harcèlement moral, Mobbing et Bullying...
 - **6** 5 La violence au travail : l'état de stress post traumatique
- 7 La Prise en Charge
 - **7** 1 Les Thérapeutiques
 - **7** 2 Travailler avec un traitement psychotrope
 - **7** 3 Notions de Réseau et de Référents
 - **7** 4 Les structures existantes :
- 8 Ethique et Solidarité
 - **8** 1 La Représentation de la maladie mentale : la peur de la différence
 - **8** 2 La Représentation de l'Institution Psychiatrique : l'étiquette « Psy »
 - **8** 3 La question du secret médical en entreprise : quand le bulletin d'hospitalisation porte le tampon de l'Hôpital de secteur...
 - **8** 4 Le devoir d'insertion... au prix de la législation
- 9 Conclusions

■ Inapte au poste- que faire?

Le classeur

« Inapte au poste-que faire ? » a été actualisé en 2004.

La réforme de la santé au travail et d'autre part de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont apporté de nombreuses modifications que l'équipe des Drs Huguenin et Machin met en forme.

Pour cela, la vente de l'ouvrage est suspendue jusqu'à la fin de l'année.

Les fiches actualisées sont mises en ligne dès leur parution sur le site « handitrav.org », vous pouvez en être informé par mail en nous donnant vos coordonnées courriel sur le coupon réponse en dernière page ou à l'adresse

« patcom@handitrav.org »

Vous pouvez aussi passer d'ors et déjà commande de la mise à jour de l'ouvrage prévue pour la fin de l'année (bon de commande en dernière page).

■ Dossiers travailler avec

2 nouveaux dossiers sont disponibles :

- « travailler avec la mucoviscidose »
- « travailler avec le cancer »

Ils sont envoyés sur demande, frais d'envoi à votre charge à la réception (bon de commande en dernière page).

■ Les chantiers de Cinergie

Partenariat Comète France



La charte de partenariat signée en juin 2005 sous le haut patronage du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins entre Cinergie et Comète France qui fédère les centres de rééducation et réadaptation fonctionnelles impliqués dans l'accompagnement à la réinsertion professionnelle dès la phase de soins était l'amorce d'un échange.

Aujourd'hui un programme commun, grâce au soutien financier de la Fondation des Caisses d'Epargne, est lancé sur 3 ans.

Son objectif est d'améliorer l'accompagnement de la personne à

la reprise d'activité professionnelle, le moyen : favoriser le rapprochement des équipes de santé au travail et des équipes des centres du réseau Comète France sur 3 régions pilotes, Bretagne, région Nord et Sud-Ouest.

http://www.cometefrance.com



Dr Busnel (Comète France), Dr Ducloux (CNOM), Dr Hennion (Cinergie)

■ Pathologies Chroniques Evolutives et milieu de travail



La phase expérimentale du projet que nous menons avec AIDES, la Fédération des Services de la CFDT, Vaincre la Mucoviscidose et Jeunes Solidarité Cancer s'est terminée le 10 Octobre par un colloque qui a donné la parole aux salariés, aux professionnels de l'insertion et du maintien, aux associations, représentants du personnel et institutionnels. Les actes sont en ligne sur http://www.

handitrav.org/actualites/actualites.html

Un site consacré au programme : www. pathologies -et- travail .org

Le programme est soutenu par le Fond Social Européen dans le cadre du programme Equal.











Cinergie50, rue du Théatre - 75015 Paris
Téléphone : 01 56 77 20 09 - Fax : 01 45 77 34 10



I. DÉFINITION DU HANDICAP (ARTICLE L.114-1, LOI N°2005-102 DU 11 FÉVRIER 2005)	3
II. PERSONNES CONCERNÉES PAR UN HANDICAP DANS LEUR SITUATION DE TRAVAIL 1/ Les bénéficiaires de la loi 2/Personnes en situation de désadaptation	4 4 4
III JUSTIFICATION D'UNE SURVEILLANCE MÉDICALE RENFORCÉE POUR LES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS	5
IV. LE DEFICIT GENERE PAR LE HANDICAP ET LES MOYENS DE COMPENSATIONS	5
V CONTENU DE LA SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE : COMMENTAIRES CINERGIE	7
VI ORIENTATION, INFORMATION, SENSIBILISATION, LEGISLATION	9
 Orientations (liaisons, démarches) Sensibilisation Informations- Législations 	9 9 10
ANNEXES	12
ANNEXE A : CARACTERISTIQUES DU DEFICIT	12
ANNEXE B : NATURE DU DEFICIT ET GENE FONCTIONNELLE OCCASIONNEE	12
ANNEXE C : RETENTISSEMENT DU DEFICIT	13
ANNEXE D : COMPENSATION DU DEFICIT (AMENAGEMENT DU POSTE)	14
ANNEXE E : ETUDE DES CONTRAINTES DU POSTE	10
RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES :	10

INTRODUCTION

Ont participé à la rédaction de ce dossier :

LES DOCTEURS

BELAID AIT-ALI,

THIERRY **HENNION**,

DANIEL MOREAU,

SOPHIE RITCHEN,

Tél: 01.56.77.20.09. Fax: 01.45.77.34.10. http://www.handitrav.org

50 rue du Théâtre - 75015 PARIS

Association CINERGIE

FRANÇOIS **ROSSIGNOL**



SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE ET HANDICAP

INTRODUCTION

Le décret du 28 juillet 2004 portant réforme de la santé au travail est venu profondément modifier celle-ci.

Si la priorité est désormais portée sur les actions de prévention primaire et sur une approche collective, le cœur de notre métier reste et restera l'adaptation du travail à l'homme afin que soient préservés sa santé et son travail.

Chaque année plus de 700 000 salariés du secteur privé se voient notifier une restriction d'aptitude, ce qui permet d'appréhender l'importance humaine, sociale et économique de cette question.

Nul doute que l'allongement de la durée de cotisation pour les retraites, mais aussi que l'amélioration de la prise en charge thérapeutique de patients confrontés à une pathologie grave voir invalidante, nous amènent à intervenir plus souvent encore dans le champ du maintien dans l'emploi.

Le législateur a confirmé l'importance qu'il attachait à cette question en décidant la mise en place d'une surveillance médicale renforcée pour les travailleurs handicapés et c'est maintenant à nous, techniciens, que revient la charge de nous prononcer quant au contenu d'une telle surveillance. C'est dans cet esprit que notre association vous propose ce travail.

Nous ne pouvons enfin occulter la question des moyens matériels et humains, et si à l'évidence les services de santé au travail prendront leurs responsabilités et inscriront la question du maintien dans l'emploi dans leurs priorités de service, la baisse inéluctable du nombre de médecins du travail constitue une véritable préoccupation. De nouvelles organisations devront à coup sûr se mettre en place, respectueuses du code de déontologie médicale et du code du travail.



> 1. Définition du handicap

(Article L.114-1, loi n°2005-102 du 11 février 2005)

« 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. »

Jusqu'à présent, nous n'avions pas de définition légale du handicap, nous étions obligés de nous référer à la définition OMS de 1980.

Rappelons que l'OMS distinguait dans le handicap trois composantes :

- le déficit lésionnel ou ce qui manque à la personne, en langage habituel, cela correspond au terme handicapé par ;
- l'invalidité ou atteinte fonctionnelle, ce qui correspond, dans le langage courant, à la notion de handicapé pour ;
- enfin, la dépendance ou atteinte situationnelle, ce qui correspond, en langage courant, à la notion de handicapé si.

Ce qui explique qu'avant même cette définition, les médecins du travail dans les groupes CINERGIE ont envisagé le problème de l'aptitude professionnelle dans sa composante situationnelle, alors que la reconnaissance COTOREP est avant tout déficitaire.

Depuis le 11 février 2005, la loi française de lutte contre le handicap et les discriminations définit le handicap. Cette définition légale a été aussi intégrée dans le Code du Travail à l'article L141-1. Nous redonnons celle-ci telle qu'elle figure dans le journal officiel du 11 février : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou de restriction de participation ressentie par une personne dans son environnement, du fait d'une altération durable ou substantielle d'une ou plusieurs fonctions ... ».

Il est important que nous retenions cette définition car :

- elle appuie sur la causalité fonctionnelle du déficit, autrement dit, on insiste plus sur les conséquences de celui-ci que sur son origine.
 De même que l'origine du déficit du handicap n'est plus la lésion handicapante mais l'état fonctionnel de la personne par rapport à la situation.
- de plus, elle insiste bien sur la notion d'environnement.

Autrement dit, on peut modifier le handicap en changeant l'environnement et cela s'applique à l'environnement de travail.

La situation « handicapante » au poste de travail est spécifique à chaque personne, liée aux contraintes du poste et aux capacités de la personne .

II. Personnes concernées par un handicap dans leur situation de travail

1/ Les bénéficiaires de la loi

La loi fixe à tout établissement d'au moins 20 salariés l'obligation d'employer 6% de personnes handicapées.

Les bénéficiaires de la loi sont :

- Les travailleurs reconnus handicapés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Les accidentés du travail avec une IPP >ou= 10%
- Les invalides Sécurité Sociale
- Les victimes de guerre
- Les titulaires de la carte invalidité ou de l'allocation adulte handicapé

Quatre modalités pouvant se compléter sont à la disposition des entreprises : l'embauche légale ; la conclusion de contrats de sous-traitance, de fournitures ou de prestations de services avec des ateliers protégés ou des CAT ; la mise en œuvre d'un accord de branches professionnelles, d'entreprise ou d'établissement concernant l'emploi des handicapés ; le versement d'une contribution annuelle à l'AGEFIPH, qui gère les fonds de l'insertion professionnelle.

Le médecin du travail est informé de cette reconnaissance de travailleur handicapé :

- par le salarié lui-même
- par les données transmises par l'employeur lors de l'élaboration de la fiche d'entreprise
- ou encore lors des déclarations des surveillances médicales renforcées par l'employeur.

Cette reconnaissance implique selon le décret du 28 Juillet 2004 une mise en surveillance médicale renforcée.

2/Personnes en situation de désadaptation

Ce sont les personnes qui ne sont pas reconnues « travailleur handicapé », mais qui du fait d'un déficit lié à un handicap se retrouvent désadaptées à leur travail et donc face à un problème d'aptitude médicale à leur poste de travail. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette non reconnaissance de travailleur handicapé : salarié non demandeur d'une telle reconnaissance par crainte d'être stigmatisé dans le handicap, déni du problème, salarié non informé de cette possibilité de reconnaissance en tant que travailleur handicapé.

Cette population salariée ne relève pas d'une surveillance médicale renforcée. Cependant, le médecin du travail devra informer le salarié de l'intérêt de faire valoir cette reconnaissance de travailleur handicapé, réévaluer les contraintes du poste de travail et faire des propositions d'aménagement ou de reclassement professionnel et si besoin renforcer le suivi médical dans le cadre des visites à la demande du médecin du travail.

III Justification d'une surveillance médicale renforcée pour les travailleurs handicapés

Le législateur avait instauré une surveillance médicale particulière pour les personnes handicapées (Article R241.50-arrêté du 11 juillet 1977). Le médecin du travail était le seul juge de la fréquence et de la nature des examens. Cette surveillance consistait à veiller à l'éventuelle évolution du handicap et à son impact sur l'activité professionnelle afin d'aménager en conséquence les conditions de travail. Cette surveillance médicale particulière accordait également d'avantage de temps au médecin du travail.

La mise en surveillance médicale renforcée ne précise selon la nouvelle législation que la question de la périodicité des visites (au moins annuelle) sans accorder plus de temps au médecin du travail pour ses actions en milieu de travail. Or la surveillance du poste de travail est d'une importance capitale puisque le handicap est défini par rapport à l'environnement de travail.

La surveillance médicale renforcée est justifiée par le fait que :

- la personne handicapée peut être une personne fragilisée (variable selon le type de handicap)
- le handicap peut évoluer
- l'aménagement du poste de travail peut devoir être réétudié
- l'aptitude médicale peut être remise en cause selon l'évolution du poste de travail ou du handicap

Aussi, pour une personne reconnue « travailleur handicapé » pour une pathologie stabilisée, non évolutive, non fragilisée dans sa vie privée et professionnelle car bien intégrée au collectif de travail, et bénéficiant d'un aménagement de poste non susceptible d'évoluer, la mise en surveillance médicale renforcée peut être remise en question. Le médecin du travail devrait pouvoir s'entretenir avec le salarié

pour définir ensemble de l'intérêt de cette surveillance médicale rapprochée ou du contenu de cette surveillance, tout en informant le salarié de sa possibilité de solliciter une visite médicale à sa demande. L'employeur étant responsable de la déclaration des surveillances médicales renforcées, ce dernier devra donner son accord; (problème de cette démarche : risque de voir émerger pour les employeurs 2 catégories de personnes handicapées : celles stabilisées, celles susceptibles d'évoluer et de poser des problèmes d'aptitudes....)

IV. LE DEFICIT GENERE PAR LE HANDICAP ET LES MOYENS DE COMPENSATIONS

Afin de pouvoir juger l'aptitude médicale au poste de travail et /ou de la nécessité d'aménager le poste de travail d'une personne handicapée le médecin du travail va devoir évaluer le déficit généré par le handicap et son retentissement dans son activité professionnelle, compte tenu des contraintes du poste de travail. Cette évaluation permettra entre autre de guider le préventeur (médecin du travail, ergonome, ergothérapeute...) dans un éventuel aménagement de poste visant à compenser ce déficit. Le médecin du travail devra apporter une attention toute particulière aux effets secondaires des traitements et du temps à accorder aux soins, de l'intégration au collectif de travail, du vécu du travail (stress professionnel, satisfaction au travail, possibilité d'évolution au poste de travail, ressenti des collèques de travail)

Plusieurs outils sont proposés en annexes afin d'aider le médecin du travail dans cette évaluation :

- Annexe A : caractérisation du déficit
- **Annexe B**: nature du déficit et gène fonctionnelle occasionnée
- Annexe C : retentissement du déficit sur le plan socio-professionnel
- Annexe D : Etude des contraintes du poste de travail
- **Annexe E :** Compensation du déficit (aménagement du poste de travail)

ANNEXE A:

Elle a pour objectif de caractériser le déficit.

Un handicap visible pourrait influencer l'intégration au collectif de travail; au contraire un handicap non visible pourrait avoir d'éventuelles répercussions sur la reconnaissance même des difficultés rencontrées par la personne handicapée.

Par ailleurs une personne présentant un handicap ancien, pourrait avoir développé des stratégies de compensation, alors qu'une autre personne pour le même handicap mais plus récent pourrait présenter davantage de difficultés. Le caractère stable ou évolutif du handicap est un point important pour le médecin du travail, qui lui permettra d'adapter sa surveillance.

Enfin l'origine du handicap peut avoir des conséquences déterminantes (droit à l'invalidité, droit du salarié, recherche de bénéfices secondaires, relations avec l'employeur ...)

ANNEXE B:

Elle est une aide au médecin du travail pour identifier le handicap et analyser la gène fonctionnelle occasionnée par celui-ci.

Cette annexe est à mettre en parallèle avec l'annexe C1 (étude des contraintes du poste de travail), le handicap étant défini par rapport à l'environnement de travail. Cette mise en parallèle aidera le préventeur dans son aménagement de poste visant à compenser le déficit.

ANNEXE C:

Le retentissement du déficit se fait non seulement au niveau professionnel, mais également au niveau de la vie extra-professionnelle (rythme de vie, habitat, vie sociale...). La prise en considération des difficultés extra-professionnelles liées au handicap permet au médecin du travail :

- 1/ d'avoir une meilleure connaissance du retentissement du handicap et de l'importance de celui-ci, et d'aménager le poste en fonction des impératifs de la vie personnelle
- 2/ de s'inscrire dans une prise en charge globale dans le cadre d'un projet de vie en collaboration avec d'autres intervenants (médecin traitant, spécialiste, paramédicaux, assistante sociale..)

ANNEXE D:

Etude des contraintes du poste de travail

ANNEXE E:

Compensation du déficit

Plusieurs moyens sont à la disposition du médecin du travail pour compenser le déficit :

- L'adaptation matérielle. Le médecin du travail pourra se faire aider éventuellement d'un ergonome ou d'un ergothérapeute.
- L'aménagement horaire : temps partiel ou invalidité si celle-ci est possible adapté à la problématique du travailleur handicapé.
- L'organisation du travail : télétravail , travail parrainé (à développer), travail en équipe.



V CONTENU DE LA SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE :

commentaires Cinergie

Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et plus largement, de ceux dont l'état de santé est à l'origine d'une désadaptation professionnelle, dépend certes des décisions de l'entreprise mais également de la qualité des propositions faites par le médecin du travail et par la mise en place d'un suivi médical renforcé.

Une situation mal évaluée, tant sous l'angle médical que professionnel, ne peut conduire qu'à la mise en œuvre de mesures insuffisantes ou inadaptées qui se traduisent inéluctablement à terme par une rupture de contrat de travail.

Le suivi « SMR » des travailleurs handicapés ne peut se limiter à une simple diminution de la périodicité des examens médicaux, dont les conditions d'organisation ne permettent d'ailleurs que rarement une évaluation fonctionnelle de qualité. De même, la visite d'atelier et la rédaction d'une fiche d'entreprise ne sont pas suffisantes pour analyser la situation réelle de travail de la personne handicapée.

La finalité de ce suivi « SMR » est de permettre de mesurer les écarts entre capacités fonctionnelles et contraintes de travail. Il ne peut se concevoir que de façon dynamique, aucune situation de santé ou de travail n'étant jamais totalement fixée.

L'association CINERGIE propose donc la réalisation d'un dossier médicoprofessionnel spécifique, dont le contenu doit comprendre les éléments suivants :

1. Evaluation clinique

- Evaluations réalisées par le médecin du travail. Une modélisation de cette démarche peut s'appuyer sur les annexes A, B, et C.
- Evaluations réalisées par les autres professionnels de santé, éventuellement à la demande du médecin du travail (médecin de médecine physique et de réadaptation, cardiologue, neurologue...)
- Liste exhaustive des professionnels médicaux et para-médicaux intervenants dans le suivi de la personne handicapée, avec leurs coordonnées.

2. Evaluation des contraintes du poste de travail

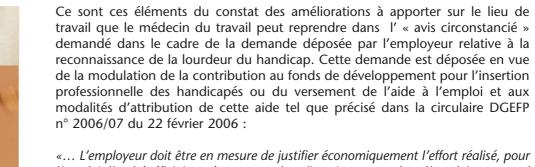
- Une première évaluation peut être modélisée selon l'annexe D
- L'étude (ou les études) menée à bien par un ergonome peut y être utilement adjointe.
- La liste des aménagements réalisés

3. Les éléments de preuve quant à la démarche du médecin du travail

- Avis d'aptitude
- Démarche d'information du salarié
- Démarche d'information de l'entreprise
- Consentement des parties à rechercher une solution de maintien ou à pratiquer un aménagement de poste.
- Actions éventuelles de sensibilisation du collectif de travail
- Liste des professionnels intervenants (assistante sociale, centre de bilan de compétence, organisme de formation, cellule de maintien dans l'emploi, CAP Emploi, etc...)

La constitution d'un tel dossier et sa mise à jour régulière, loin de représenter une charge de travail supplémentaire, permet au contraire d'objectiver la démarche suivie par le médecin du travail et facilite la « prise de recul » nécessaire à la formulation de l'avis d'aptitude avec ses propositions d'adaptations.

7



«... L'employeur doit être en mesure de justifier économiquement l'effort réalisé, pour l'emploi d'un bénéficiaire présentant un handicap important dans l'emploi, au regard du rapport d'aptitude du médecin du travail et des préconisations faites au moment de l'embauche des salariés et de leur suivi. Il est rappelé que le médecin du travail intervient dans le cadre de l'examen médical d'embauche, au plus tard à la fin de la période d'essai, des examens de reprise après un arrêt de travail et lors d'examens périodiques (périodicité biennale dans le cas général, annuelle pour les personnes à risques dont font partie les personnes reconnues

travailleur handicapé ou celles occupant des postes à risques). Le médecin du travail, compte tenu de sa connaissance du poste de travail, a notamment pour mission de se prononcer sur l'aptitude du salarié et sur la nécessité de prévoir des aménagements du poste de travail (aménagements matériels, horaires, organisationnels...). Il doit éclairer l'employeur pour que ce dernier puisse l'adapter de manière optimale. Le médecin du travail procède ainsi, dans le respect de la réglementation en viqueur, à un constat des améliorations à apporter sur le lieu de travail pour que le travailleur handicapé puisse accomplir sa tâche sans danger pour lui-même et pour autrui et pour faire de son emploi un emploi pérenne. La fiche d'aptitude établie par le médecin du travail et son avis circonstancié doit accompagner la demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap. ...» La simple énumération des éléments constitutifs d'un tel dossier montre l'importance du travail en réseau et la place centrale du médecin du travail. Elle montre également combien il est nécessaire de nous appuyer sur une véritable pluridisciplinarité, construite autour et au profit de la personne handicapée et de toutes celles dont l'état de santé justifie d'une adaptation professionnelle.

VI ORIENTATION, INFORMATION, SENSIBILISATION, LEGISLATION

1. Orientations (liaisons, démarches)

Dans le cadre de cette SMR, le médecin du travail se met en liaison ou effectue des démarches vers des personnes ou structures.

A l'intérieur de l'entreprise

Direction, DRH, cadres, maîtrise, membres CHSCT, délégués du personnel, délégués syndicaux, infirmière du travail, assistante sociale.

• A l'extérieur de l'entreprise

Dans le service de santé au travail, les équipes pluridisciplinaires, les ingénieurs ergonomes, les psychologues, techniciens de sécurité et assistants de prévention.

En secteur de soins : le médecin traitant, les médecins spécialistes, les services de rééducation focntionnelle, les kinésithérapeutes, les orthophonistes.

Les médecins conseils, le service social de la CPAM, les ergonomes.

Les organismes de bilan ou de formation continue.

Au sein de la maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la Commission des droits et de l'autonomie, l'équipe pluridisciplinaire et son référent d'insertion professionnelle.

Le réseau Cap Emploi, les Services d'Appui au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH), le coordonnateur du PDITH, le correspondant régional Agefiph et l'ensemble des partenaires du PDITH en fonction des besoins.

2. Sensibilisation

Afin d'éviter des désadaptations secondaires par rejet de l'environnement de travail, la mécanique d'insertion doit s'accompagner d'une politique d'intégration.

C'est le collectif de travail qui permet cette intégration.

3. Informations- Législations

La nouvelle loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » apporte des modifications qui concerne notre propos, nous les reprenons ici.

Première définition du handicap (VOir Chapitre 1)).

• Le « droit à compensation ».

La loi handicap du 11 février 2005 pose le principe d'un nouveau droit à « compensation » des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie (art 11).

La loi met en place la Prestation de Compensation (PCH) qui permet de recourir à des aides humaines (les auxiliaires de vie), de se procurer des aides techniques ou animalières, telles que l'achat d'un fauteuil roulant ou l'entretien d'un chien d'assistance, d'aménager son logement ou son véhicule. Son montant est déterminé en fonction des besoins et du projet de vie de la personne handicapée.

Cette prestation est destinée à remplacer l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).



La Prestation de Compensation (PCH) permet, quant à elle, de prendre en compte, au-delà des aides humaines, les autres besoins de la personne handicapée.

Contrairement à l'ACTP, elle n'est pas soumise à conditions de ressources.

• L'attribution de la prestation de compensation :

C'est la Commission des droits et de l'autonomie qui prend sa décision au vu du projet de vie exprimé par la personne handicapée et du plan personnalisé de compensation établi par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) dont elle dépend.

Les associations de personnes handicapées sont membres de cette commission, qui peut également entendre la personne concernée.

• Le financement de la prestation de compensation :

Elle est financée par les départements ainsi que par la nouvelle Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

• Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :

La loi du 11 février 2005 instaure le principe d'un lien unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées.

Dans chaque département, une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est créée et offre un accès unique aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées.

Elle exerce une mission d'accueil, d'informations, d'accompagnement et de conseils des personnes handicapées et de leurs familles.

Les conseils généraux signent actuellement avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) les premières conventions permettant d'assurer le versement des fonds pour le fonctionnement de la Maison.

Les MDPH vont fonctionner grâce aux apports de tous leurs membres. L'Etat s'est ainsi engagé à mettre à disposition l'ensemble des moyens humains et matériels des anciennes COTOREP et des CDES (Commissions de l'Education Spéciale de l'Etat) soit environ 1400 agents.

• L'accessibilité :

L'accessibilité est une condition primordiale pour permettre à tous d'exercer les actions de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale.

Ainsi la loi prévoit-elle le principe d'accessibilité généralisée, quel que soit le handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif).

Elle rend obligatoire l'accessibilité aux locaux d'habitations neufs, privés ou publics.

La personne handicapée doit pouvoir également accéder à tous les bâtiments relevant du public et de pouvoir évoluer de manière continue, sans rupture, dans la chaîne de déplacement : aménagement des voiries, accès aux gares, transports en commun...

La loi prévoit que les établissements recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées dans les parties ouvertes au public.

L'accès et l'accueil doivent être possibles pour toutes les catégories de personnes handicapées dans les établissements neufs recevant du public.

La mise en accessibilité des établissements existants doit intervenir dans un délai de 10 ans.

10



Le délai de mise en accessibilité est ramené au 31 décembre 2010 pour les parties de bâtiments des préfectures délivrant les prestations au public ainsi que les parties des universités ouvertes au public.

Les principales mesures concernant le transport afin de doter la France de transports accessibles à tous :

- 10 ans pour la mise en accessibilité des réseaux de transports collectifs
- 3 ans pour la réalisation de schémas directeurs d'accessibilité de services de transports.

En cas d'impossibilité technique avérée de mise en accessibilité d'un système de transport, 3 ans pour la mise à disposition de moyens de substitutions accessibles au même tarif que les transports collectifs.

- Accompagnateurs, systèmes d'informations, etc...
- Accès gratuit des chiens guides d'aveugles et chiens d'assistance.

Ainsi, l'ensemble de la chaîne de déplacement est concerné par ces mesures de développement de l'accessibilité des transports publics à toutes les personnes handicapées.



Principales évolutions concernant l'emploi

11

1- Maintien du quota à 6%

Depuis 1987, les entreprises de plus de 20 salariés étaient tenues à une obligation d'emploi d'au moins 6% de personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 réaffirme cette obligation et l'étend à de nouvelles catégories de personnes handicapées.

- **2- Nouveaux bénéficiaires :** ce sont les titulaires de la carte d'invalidité et les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH).
- 3- Renforcement de la non discrimination : les entreprises doivent prendre les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.
- **4- Obligation de négocier** avec les partenaires sociaux sur l'emploi des travailleurs handicapés (insertion et maintien), au niveau des branches tous les 3 ans et dans les entreprises tous les ans.
- **5- Dispositif d'incitation à l'embauche :** tous les emplois de l'entreprise sont désormais considérés, en application du principe de non discrimination, comme pouvant être occupés par un travailleur handicapé.
- **6- La contribution versée à l'AGEFIPH** par les entreprises qui n'ont pas atteint le quota de 6% est renforcée, et sera même triplée pour celles qui n'auront engagé aucune action en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés d'ici 3 ans.

- **7- Augmentation du plafond de la contribution :** 600 fois le SMIC, jusqu'à 1500 fois pour manquement.
- 8- Parallèlement, les entreprises pourront déduire certaines dépenses qu'elles engagent en faveur de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés audelà de l'obligation légale.

Les employeurs bénéficient d'un allègement de leur contribution ou d'une aide spécifique pour le recrutement d'une personne lourdement handicapée.

- **9- Les ateliers protégés** deviennent au 1er janvier 2006 des « entreprises adaptées » du milieu ordinaire. Grâce à cette réforme, les travailleurs handicapés salariés bénéficient désormais de tous les droits attachés à ce statut, en particulier la garantie du salaire minimum.
- 10- Emploi dans la fonction publique : entre l'application du principe de non discrimination, le statut général de la formation publique est modifié pour tenir compte des difficultés particulières d'accès à l'emploi des travailleurs handicapés : modernisations du recrutement par contrat, recul ou suppression des limites d'âges pour se présenter aux concours, création d'un temps partiel de droit, mise en œuvre d'aménagements d'horaires pour les fonctionnaires handicapés ou les aidants familiaux. La loi crée un fonds pour l'insertion professionnelle dans la Fonction Publique, qui sera alimenté par la contribution des ministères, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics ne respectant pas le quota des 6% de personnes handicapées.

ANNEXE A: CARACTERISTIQUES DU DEFICIT

1/ LE DEFICIT EST IL VISIBLE	oui	non
2/ ANCIEN	oui	non
3/ STABLE	oui	non
4/ EVOLUTIF	oui	non
5/ UNIQUE	oui	non
6/ RECONNU ADMINISTRATIVEMENT PAR LA COTOREP	ou	non
7/ ORIGINE DU DEFICIT		
7a/ accident du travail	oui	non
7b/ maladie professionnelle	oui	non
7c/ suite à une maladie chronique évolutive		
(cancers, sida, SEP)	oui	non
7d/suite à une autre maladie (précisez)	oui	non

ANNEXE B: NATURE DU DEFICIT ET GENE FONCTIONNELLE OCCASIONNEE

1/ DEFICIT MOTEUR	oui	non	

La personne peut aisément :

Déplacement

- déambuler
- porter
- monter
- s'accroupir
- avec ustensiles de déambulation (cannes, fauteuil....)

Préhension

• liées au traitement

•effectuer des gestes coordonnés

2/ DEFICIT SENSORIEL - AUDITIF - VISUEL	oui	non
3/ DEFICIT CARDIO-RESPIRATOIRE 4 / DEFICIT DIGESTIF 5 / DEFICIT URINAIRE 6 / IMMUNITAIRE 7 / CUTANE 8/ DEFICIT COGNITIF 9/ DEFICIT PSYCHIQUE 10/COMMUNICATION • communiquer par écrit • communiquer par gestes • communiquer oralement • voir de près, de loin • les détails, reliefs, les couleurs • entendre	oui oui oui oui oui oui	non non non non non non
11 /AUTRES	oui	non

12

oui

oui

non

non

ANNEXE C: RETENTISSEMENT DU DEFICIT

pour la détermination de ses choix personnels

1/ PROFESSIONNEL

Il dépendra des contraintes du poste de travail et du déficit présenté (cf. annexe D)

2/ PERSONNEL

- déplacements personnels

La personne peut-elle ou doit elle en situation habituelle : - avoir un lieu d'habitation individuelle ou collective oui non avoir un lieu d'habitation standard ou aménagé non - avoir des horaires particuliers du fait du handicap ou des soins non - nécessité de mesures thérapeutiques quotidiennes oui non - avoir une activité personnelle (jardinage, bricolage, etc....) oui non - la personne fait elle des projets à long terme oui non - son entourage familial occupe une place importante

3/ RELATIONNEL

Appréciation personnelle de la qualité du déroulement de l'entretien Satisfaisant difficile

	ANNEXI	ED:	ETUE	DE DES	CONT	rain	TES DU	J POST	ΓE DE	TRAVAIL	
- DEFINITION	DU POSTE	DE T	RAVAI	L OCCU	IPE						
I -CARACTERI	ISTIQUES D	OU PO	STE D	E TRAV	AIL						
A .CARACTER	ISTIQUES P	PHYSI	QUES								
POSTURES	Assis))	debout		0	en alter	manco	\circ		
POSTURES	Penche))	rotatio		_	bras lev		$\overline{\mathbf{O}}$		
	Accroupi		Č	autres		Ö	brus iev				
	·				\sim		\sim				
DEPLACEMEN'	T DANS LE	TRA	VAIL	oui	0	non	0				
		cès de	•	pied	O O	escalier	rs difficile	_	échelle	es O	
		guilei				terrain	unnene)			
PORT DE CHA	RGES										
10kg O	10 a 24 kg	, (С	25kg et	+	O					
périodicité de	manutentio	on (e	n % de	temps):						
MANIPULATIO	N D'OUTII	LS VIE	BRANT	S	oui	O	non	O			
CONDUITE DE Si oui matériel		RS, EN	NGINS,	CHARI	OTS, VL	., PL	oui	O	non	О	
Temps plein	O rég	gulier		O	occasio	nnel	O				
Pour tâches sin	nples O	t	taches	complex	ces O						
NECESSITE D'A	AMBIDEXT	RIE (oui	O	non	O					
TRAVAIL MAN	IUEL de	précis	sion	O	gestes	simples	O				
TRAVAIL DAN	GEREUX :	(oui	О	non	O					
Caractéristique	es :										
oste de sécur	ité: ou	i (С	non	О						
AMBIANCE DE	TRAVAIL										
travail au brui	t				oui	O			non	О	
éclairage suffi					oui	0			non	0	
produits toxiq irritants cutan					oui	0			non	0	
irritants cutan irritants respir					oui oui	0			non non	0	
travail au froi					oui	0			non	Ö	
travail a la cha					oui	Ö			non	Ö	
travail aux int					oui	Ö			non	O	
poste accessib	-	voyan	ts		oui	O			non	O	
poste accessib					oui	O			non	O	
noste accessib	le aux han	dicana	es mot	eurs	oui	\bigcirc			non	\circ	

* a préciser

B .RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET ORGANIS	ATIONNELS				
HORAIRES					
-fixes	oui	0	non	O	
variables	oui	0	non	0	
-rythmes particuliers (ex. 2/8)	oui	0	non	0	
.Si oui lesquels ?					
-travail a la chaîne	oui	0	non	0	
-cadence à tenir	oui	0	non	0	
CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES					
-travail isolé	oui	\circ	non	O	
-en équipe	oui	O	non	0	
-contact avec le public	oui	0	non	0	
-y a t il un encadrement au poste,	oui	\circ	non	0	
	continu	0	partiel	0	inutile O
-contact téléphonique	oui	0	non	0	
-poste nécessitant des initiatives	oui	0	non	0	
-tâches répétitives	oui	0	non	0	
-poste à responsabilité	oui	0	non	0	
-le poste peut-il être tenu par un analphabète	oui	0	non	О	
-intégration dans l'entreprise et le collectif d	le travail				
-vécu, satisfaction,					
-accès ou nécessité d'une formation					
-évolution professionnelle dans l'entreprise					

ANNEXE E : COMPENSATION DU DEFICIT (AMENAGEMENT DU POSTE)

- 1 Adaptation matérielle (possible intervention ergonome, ergothérapeute)
 - matériel spécifique
 - option technique
 - aménagement des lieux d'accès, des locaux 'article R.232-1-8, et R.232-2-6)
 - aménagement des moyens de transport
 - adaptation des équipements de protection individuelle

2 Aménagement horaire

• temps partiel ou autre (invalidité)

3 Adaptation organisationnelle

- télétravail
- travail parrainé (tutorat)
- travail en équipe



Références législatives :

Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret n° 2006-134 du 9 février 2006 relatif à la reconnaissance de la lourdeur du handicap et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Circulaire DGEFP n°2006/06 du 22 février 2006 relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés du secteur privé et du secteur public à caractère industriel et commercial

Circulaire DGEFP n°2006/07 du 22 février 2006 relative à la reconnaissance de la lourdeur du handicap en vue de la modulation de la contribution au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés ou du versement de l'aide à l'emploi et aux modalités d'attribution de cette aide

Le décret du 28 juillet 2004 portant réforme de la santé au travail

15

16