

AGEFIPH Rhône Alpes.

Evaluation des dispositifs de maintien dans
l'emploi en Rhône Alpes

RAPPORT

Sommaire

1	LA POSITION DU PROBLEME :	5
1.1	S'accorder sur ce dont il est question :	5
1.2	Evaluer un opérateur de maintien consiste à évaluer une fonction de subsidiarité par rapport à des institutions publiques dont c'est la mission	10
1.3	Le dispositif de maintien dans l'emploi et l'opérateur de maintien ne peuvent être évalués qu'à partir d'une vision globale sur un territoire déterminé	11
1.4	Le médecin du travail est l'acteur central du dispositif d'aide au salarié et à l'entreprise à la fois acteur principal et " client " du dispositif de maintien.	12
1.5	En l'absence de cadre de référence, les opérateurs de maintien risquent de devenir une institution parallèle au circuit " normal " de traitement du maintien.	13
1.6	Les salariés confrontés à un problème d'inaptitude peuvent suivre des cheminements très différents.	15
2	UNE PROPOSITION DE REFERENTIEL POUR EVALUER UN DISPOSITIF DE MAINTIEN :	23
2.1	Le respect des finalités d'un service public :	23
2.2	Les objectifs propres au maintien :	23
3	QUELLE APPRECIATION PEUT-ON PORTER SUR LES DISPOSITIFS ACTUELS AU REGARD DE CETTE GRILLE ?	26
3.1	Les flux qui transitent par les opérateurs de maintien ne représentent qu'une faible part du nombre de cas de reclassements opérés dans la région.	26
3.2	On observe des différences d'efficacité importantes d'un département à l'autre.	27
3.3	Tous les dispositifs se placent dans une logique de développement de l'activité de l'opérateur de maintien et non de subsidiarité.	28
4	NOS RECOMMANDATIONS : UNE PROPOSITION DE SITUATION CIBLE	31
4.1	Mettre en place des moyens spécifiques chargés de gérer l'articulation entre le dispositif " de droit commun " et les prestataires dédiés	31
4.2	Susciter et piloter des offres de service à destination des acteurs du dispositif " de droit commun ".	33
4.3	Définir une organisation distinguant trois niveaux d'animation et de pilotage :	34
4.4	Mettre en place un système de suivi et d'information :	36
5	NOS RECOMMANDATIONS : VOIES ET MOYENS POUR FAIRE EVOLUER LE SYSTEME :	37
5.1	Préserver l'énergie des personnes actuellement investies dans les dispositifs de maintien et procéder par étapes en les associant	37
5.2	Créer un Comité de pilotage régional.	38
5.3	Réaffirmer que le maintien dans l'entreprise est l'objectif premier du dispositif	38
5.4	Engager une " recherche-action " avec le concours des médecins du travail.	39
5.5	Mettre en place un système d'information et de suivi des dispositifs de maintien au niveau départemental	40
5.6	Travailler avec les branches professionnelles.	41
5.7	Aider les conseillers maintien à développer leurs compétences.	41
	Plan détaillé	43
	Annexes	46

Les objectifs de la mission et la démarche suivie.

Le maintien dans l'emploi est devenu, ces dernières années, un enjeu capital de la politique d'aide au travailleurs handicapés.

Cette évolution provient, notamment,

1. de l'orientation de la politique d'emploi publique en général qui fait du maintien dans l'emploi l'une de ses priorités,
2. et de l'évolution du contexte économique dans lequel s'insèrent les travailleurs handicapés qui se traduit, notamment, par un accroissement des exigences sur les postes de travail.

Historiquement, différents dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi se sont mis en place dans les départements de Rhône Alpes, certains depuis plusieurs années déjà (Loire, Drôme, Rhône)¹, d'autres très récemment (Isère).

La présente mission d'évaluation a été commanditée par l'Agefiph dans le cadre du pilotage et de l'animation régionale de ces dispositifs.

Cette mission visait à :

1. *Construire un cadre de référence utilisable par tous pour évaluer l'existant et définir la situation cible.*

Ce cadre de référence comporte, à la fois, les « promesses » qui peuvent être faites aux bénéficiaires, aux intervenants et aux partenaires, les fonctions qui doivent être remplies, les points clefs d'un processus qui permettrait de tenir ces « promesses ».

2. *Proposer des indicateurs pour évaluer les besoins, les résultats et les critères d'excellence.*

En mettant l'accent, en particulier, sur la réactivité du dispositif, et l'efficacité dans la gestion des moyens (bonnes compétences au bon endroit, passages de relais efficaces, pas de chevauchements ...).

3. Donner, à l'AGEFIPH, les éléments nécessaires pour animer et développer les dispositifs de maintien dans l'emploi au regard de cette situation cible.

En distinguant trois niveaux : 1/ les processus opérationnels (traitement des demandes) 2/ le dispositif d'animation et de pilotage opérationnel au niveau du département. 3/ le dispositif de pilotage stratégique.

¹ en 95 pour la Loire, ou même encore antérieurement sous d'autres formes comme dans la Drôme avec l'action initiée par la CPAM en 1987

Le déroulement de la mission

A l'origine de la mission, nous avons prévu un déroulement en trois temps :

1. *Une première étape consacrée à la construction du cadre de référence et au recueil des besoins et attentes*

elle nous a amenés à rencontrer, dans chaque département, les partenaires du PDITH, des représentants des entreprises et des salariés ; et, parallèlement, à recenser les sources documentaires existantes (brochures, documents, études, rapports , ...).

2. *Une deuxième étape dédiée au recueil des informations factuelles sur les processus, les dispositifs d'animation et de pilotage et sur les résultats.*

Cette étape nous a conduits à recueillir les informations disponibles, notamment, les données chiffrées descriptives du contexte économique et des pratiques en vigueur en matière d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, disponibles au niveau de chaque département de Rhône Alpes et au niveau de la Région.

Elle nous a amenés, également, à rencontrer, pour une analyse plus approfondie, les organismes impliqués dans les processus de maintien et les dispositifs de pilotage.

3. *Une troisième phase consistant en une analyse diagnostic, une synthèse et la construction de nos recommandations.*

A ces trois étapes, nous avons été amenés, en cours de mission, à proposer d'en ajouter une supplémentaire consistant en

Une enquête exploratoire auprès de médecins du travail de la Région.

Cette enquête s'est avérée nécessaire pour atteindre les objectifs de la mission dans la mesure où, comme on le constatera, le médecin du travail occupe dans l'activité maintien une position centrale.

1 LA POSITION DU PROBLEME TELLE QU'ELLE RESSORT DE NOS ENTRETIENS ET DE NOS OBSERVATIONS :

Les entretiens auprès des différents acteurs des dispositifs de maintien nous ont permis de faire ressortir les principales données du problème que soulève une évaluation des dispositifs de maintien et d'en tirer les conséquences sous la forme d'un énoncé des principes qu'une démarche d'évaluation visant à faire progresser les actions de maintien dans l'emploi² doit respecter.

Nous en avons retenus six :

- S'accorder sur ce dont il est question :
- Evaluer un opérateur de maintien consiste à évaluer une fonction de subsidiarité par rapport à des institutions publiques de droit commun dont c'est la mission.
- Le dispositif de maintien dans l'emploi et l'opérateur de maintien ne peuvent être évalués qu'à partir d'une vision globale sur un territoire déterminé.
- Le médecin du travail est l'acteur central du dispositif d'aide au salarié et à l'entreprise à la fois acteur principal et « client » du dispositif de maintien.
- En l'absence de cadre de référence, les opérateurs de maintien risquent de devenir une institution parallèle au circuit « normal » de traitement du maintien.
- Les salariés confrontés à un problème d'inaptitude peuvent suivre des cheminements très différents.

1.1 S'accorder sur ce dont il est question :

1.1.1 Préciser le vocabulaire :

Maintien dans l'entreprise et maintien dans l'emploi.

Le maintien dans l'entreprise correspond au maintien du lien contractuel du salarié avec son entreprise³.

Le maintien dans l'emploi renvoie au cas où le salarié quitte son entreprise pour être embauché – immédiatement - dans une autre entreprise, sans passer par une période d'inscription par l'ANPE.

² Une des conditions nécessaires d'une collaboration efficace des différents acteurs qui participe à l'aide au maintien des travailleurs handicapés consiste dans le partage de cette « problématique » et de ces principes.

³ Sachant qu'on peut distinguer le maintien dans le poste et le maintien dans l'entreprise dans un autre poste.

La distinction de ces deux notions, qui sont deux modalités différentes de la prévention du risque de désinsertion, est nécessaire pour plusieurs raisons :

1. elle est au cœur d'une ambiguïté sur les missions de l'opérateur de maintien. La notion de maintien dans l'entreprise est, pour les opérateurs de maintien, une notion utile à la comptabilisation des traitements de dossiers. Mais nombre d'entre eux envisagent leur mission comme une mission de maintien dans l'emploi, motivée par un positionnement délibéré du type «prévention de la désinsertion sociale » et l'affirmation d'une singularité : « si nous ne le faisons pas, qui le fera ? ».
2. les actions de formation qui permettent au salarié menacé de licenciement pour inaptitude d'acquérir une qualification nouvelle et de s'orienter vers d'autres postes relèvent d'un " mix " entre ces deux formes de maintien. A l'issue de sa formation le salarié s'oriente souvent vers une autre entreprise mais conserve durant sa formation un lien contractuel avec son employeur d'origine.
3. les salariés dont on perçoit qu'il sera impossible de réussir le maintien dans l'entreprise se situent dans une position intermédiaire : ils ne relèvent plus tout à fait du maintien et pas encore du placement.

Dispositif de maintien et opérateur de maintien.

La définition de ces deux notions permet de lever une double ambiguïté :

1. Entre dispositif et opérateur
2. Sur ce que recouvre le terme d'opérateur.

La détection et la prévention du risque de perte d'emploi résultant d'une inaptitude ou d'une maladie fait intervenir de nombreux acteurs publics et privés qui sont en relation plus ou moins organisée entre eux. C'est l'ensemble de ces acteurs que nous dénommerons ***dispositif de maintien***, c'est à dire l'ensemble des acteurs qui interviennent ou sont susceptibles d'intervenir pour aider à ce qu'un salarié menacé de licenciement pour inaptitude ou maladie conserve son emploi.

Les principaux membres de ce dispositif de maintien sont, au delà d'un «premier cercle » constitué du salarié, de l'employeur et du médecin du travail, le médecin conseil de la CPAM, les services sociaux de la CRAM, la COTOREP, le médecin traitant, l'opérateur de maintien (cf. ci-dessous), CAP emploi, l'AGEFIPH, des spécialistes - ergonomes, spécialistes des appareillages -.

Les contours de ce que recouvre le terme « ***opérateur » de maintien*** sont moins précis que ceux qui désignent le dispositif. Nous pouvons retenir comme définition : «l'ensemble des personnes dédiées spécifiquement à l'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés menacés de licenciement ».

Mais il faut être conscient qu'il s'agit d'une définition qui peut recouvrir différentes configurations. En effet, selon l'histoire qui a présidé à la mise en place d'une organisation spécialement dédiée à l'aide au maintien dans l'emploi dans les départements, cette fonction peut être assurée :

3. au sein d'une structure pré-existante dont ce n'est pas la seule vocation : dans ce

cas l'aide au maintien est assuré(e) et se confond avec des personnes dédiées au maintien⁴ ,

4. par une structure ad'hoc créée à cet effet et dont c'est la mission principale ou unique,
5. par un ensemble constitué de personnes appartenant à différents organismes et se répartissant des rôles dans les actions à mener (cas du Rhône).

«Reclassement » et action de maintien dans l'entreprise.

Le terme de « reclassement⁵ » est utilisé par les médecins du travail pour qualifier les demandes qu'ils sont amenés à faire auprès des employeurs lorsqu'ils détectent un problème d'aptitude au poste de travail pour un salarié. Ce problème peut provenir d'un handicap, d'une maladie ou d'exigence particulière du poste. Ces demandes prennent diverses formes : aménagement de poste ou changement de poste de travail, adaptation des conditions de travail, acquisition d'un équipement ou obtention d'un financement.

Les actions de « reclassement » recouvrent donc les actions de maintien dans l'entreprise proprement dit⁶ mais elles s'étendent à d'autres cas qui ne relèvent pas du maintien dans la mesure où il n'y a pas risque de perte d'emploi⁷ comme, par exemple, une demande d'amélioration des conditions de travail, ou de renouvellement de matériel pour des salariés handicapés.

1.1.2 Repérer le champ de l'intervention des actions spécifiques en faveur des travailleurs handicapés :

Les actions destinées à maintenir un salarié menacé de licenciement dans son entreprise ne concernent pas que les travailleurs handicapés. Différents acteurs et différentes institutions prennent en charge ces actions, quel que soit le statut du salarié : médecine du travail, assistantes sociales de la CRAM, inspection du travail.

Traiter du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés suppose de repérer ce qui relève du cadre spécifique du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et ce qui relève de ce qu'on peut dénommer le « droit commun ».

⁴ Et dont le statut et le financement peuvent être divers – détachement de la CRAM, financement d'un poste par l'AGEFIPH, spécialisation d'un membre de la COTOREP,...

⁵ Dans la suite de ce rapport nous retiendrons cette définition du « reclassement » et parlerons de placement lorsqu'il s'agira de parler des changements d'entreprise.

⁶ C'est à dire toute action destinée à maintenir dans l'entreprise un salarié qui risque de perdre son emploi du fait d'une inaptitude pour cause de maladie ou de handicap à son poste.

⁷ L'un des médecins du travail qui a répondu à l'enquête exploratoire fait des demandes de reclassements pour, environ, le quart des salariés qu'il suit. En cela, il remplit sa mission. Mais ces salariés ne sont ni tous handicapés, ni tous menacés de perte d'emploi.

Ceci pose, principalement, trois questions de « frontière » :

Frontière entre « droit commun » et appui spécifique :

Une partie des aménagements de poste ne concerne pas des personnes reconnues travailleurs handicapés. Ces opérations de maintien sont opérées par le Médecin du Travail et ne relèvent pas de l'AGEFIPH.

Si juridiquement la frontière est délimitée nettement par les conditions auxquelles sont assujetties les aides de l'AGEFIPH, dans la pratique la frontière est moins nette :

1. Certains aménagements peuvent concerner des personnes qui ne sont pas handicapées mais dont le poste présente des exigences particulières. Mais d'autres peuvent concerner des personnes qui ne souhaitent pas de reconnaissance RQTH de manière à ne pas se faire « remarquer » par leur employeur. Dans ce cas, il s'agit d'une prévention qui si elle n'était pas assurée pourrait déboucher sur un licenciement.
2. Ces actions sont comptabilisées par les médecins du travail dans les « reclassements ».
3. Une partie des salariés qui sont pris en charge par l'opérateur de maintien débutent leurs parcours sans être reconnus travailleurs handicapés. La reconnaissance COTOREP est une étape de la recherche de solution quand elle s'avère utile - pour obtenir un financement, par exemple-.

Frontière entre risque de perte d'emploi et aménagement de poste sans risque de perte d'emploi :

Une partie des aménagements de poste ou d'appareillage concerne des améliorations des conditions de travail des travailleurs handicapés sans que ceux-ci soient menacés dans leur emploi.

La distinction est, parfois, facile à faire : C'est le cas, par exemple, d'un renouvellement d'appareil ou d'un aménagement de poste lorsque le matériel change. Mais, plus souvent, elle résulte d'un jugement subjectif qui intègre des facteurs objectifs – nature du handicap, exigences du poste, taille et métier de l'entreprise – et des facteurs humains – volonté du salarié et de l'employeur, qualité de la relation entre eux .

Ces actions qui ne relèvent pas du maintien dans la mesure où il n'y a pas de risque de perte d'emploi sont, cependant, des actions d'aide aux travailleurs handicapés et participent d'un suivi et d'une prévention⁸.

⁸ En ce sens elles méritent d'être menées et aidées. La question de la frontière pose seulement la question de qui fait quoi et non de leur utilité.

Frontière entre licenciement pour inaptitude et licenciement pour d'autres causes :

Le risque de perte d'emploi est, aussi, lié au risque de tout salarié d'entreprise de perdre son emploi. Le maintien dans l'emploi consiste à prévenir le licenciement pour inaptitude ou maladie. Cependant, dans le cas d'un licenciement économique, par exemple, la frontière est floue dans la mesure où il est plus difficile de trouver une solution interne de reclassement dans un autre poste pour un travailleur handicapé. Un travailleur handicapé occupe souvent un emploi peu qualifié. Son emploi sera donc, plus souvent menacé par des restructurations accompagnées de montée en qualification de l'entreprise.

1.1.3 S'accorder, a minima, ce qu'est une opération de maintien réussie, malgré le débat que cela soulève :

Il est, probablement, illusoire de chercher un consensus sur ce qu'est une action de maintien réussie, on ne peut que noter qu'il est nécessaire que les différents acteurs s'accordent a minima sur ce qu'on peut considérer comme une action de maintien « aboutie ».

L'absence de consensus provient du fait que l'évaluation d'une action de maintien soulèvent un débat sur différents points :

Par rapport à la volonté et l'intérêt du salarié :

La solution maintien n'est pas toujours la plus adaptée ou la plus souhaitable compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du salarié.

Parfois le salarié ne souhaite pas demeurer dans l'entreprise⁹, dans ce cas, une recherche de solution de maintien a peu de chance d'aboutir¹⁰. La situation du salarié peut, également, expliquer que le maintien dans l'emploi ne soit pas une solution satisfaisante pour lui¹¹.

Par rapport à la pérennité de la solution trouvée :

Un maintien dans l'emploi ne doit – au dire même des opérateurs – jamais être considéré comme acquis. Un travailleur maintenu peut se retrouver au bout de quelques mois en situation de précarité. Le salarié peut avoir présumé de ses forces et s'apercevoir au bout de quelques temps que " *ce n'est pas possible* ". La solution peut, également, avoir été plus ou moins « imposée » à l'une des deux parties –salarié ou employeur- qui finit par renoncer.

⁹ C'est, notamment, le cas de certains salariés victimes d'accidents du travail qui ne se voient pas retourner dans leur poste de travail ou leur atelier.

¹⁰ Sachant que l'opinion du salarié peut évoluer dans un sens ou dans un autre au cours du temps.

¹¹ C'est le cas de certains parcours de formation qui nécessitent que le salarié soit demandeur d'emploi, ou de remboursements d'emprunt associés à une assurance perte d'emploi – dans ce cas le salarié n'a pas intérêt, financièrement, à un mi-temps thérapeutique -.

Par rapport au maintien dans l'emploi :

Certains opérateurs de maintien considèrent comme une action de maintien réussie une action qui a conduit à un licenciement suivi d'un placement dans une autre entreprise.

La poursuite d'une formation est également citée, par certains, comme une action de maintien réussie.

1.2 Evaluer un opérateur de maintien consiste à évaluer une fonction de subsidiarité par rapport à des institutions publiques dont c'est la mission

Une partie des actions de maintien est réalisée par des opérateurs dont c'est la mission : Services sociaux de la CRAM, médecins du travail (avec, éventuellement, intervention de la COTOREP).

La recherche de solutions pour prévenir le risque de licenciement pour inaptitude ou maladie fait partie des missions du médecin du travail et de la COTOREP, elle fait depuis mars 2001, partie des trois missions principales des assistantes sociales de la CRAM.

- 1. Le maintien dans l'emploi fait partie des missions institutionnelles du médecin du travail. C'est lui qui effectue les visites de pré-reprise et de reprise du travail et qui prononce l' « inaptitude ». De plus , il est en relation directe avec l'employeur qui, lui-même est tenu de rechercher une solution en cas d'inaptitude au poste.*
- 2. Dans une circulaire de mars 2001, la CNAMTS et la CNAV assignent trois missions prioritaires aux services sociaux des CRAM. Parmi elles, figurent la « prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés. ». Il s'agit d'une évolution importante, puisque jusqu'à présent les assistantes sociales des CRAM axaient plutôt leurs efforts sur « la ré-insertion socioprofessionnelle des travailleurs handicapés » qui devient désormais une mission annexe.*
- 3. La COTOREP, qui intervient principalement pour évaluer le handicap et attribuer la qualité de travailleur handicapé (RQTH), prend des décisions concernant l'orientation du travailleur vers le milieu de travail ordinaire ou vers le milieu de travail protégé. Elle statue, également sur les demandes d'abattement de salaire présentées par les entreprises.*

La recherche d'une solution est une obligation – parfois oubliée – pour l'employeur lorsque celui-ci est amené à envisager un licenciement pour inaptitude au poste.

Les fonctions clefs du processus global de maintien sont assurées par des personnes appartenant à des structures différentes dont une partie seulement est financée par l'AGEFIPH

1. La fonction qualification pré-diagnostic est opérée selon les départements par :
 - Les services sociaux de la CRAM,
 - CAP emploi
 - Un organisme ad hoc
 - L'opérateur de maintien
 - Une plate-forme commune
2. La fonction d'orientation est assurée par :
 - Une commission ad hoc,
 - Les services sociaux de la CRAM,
 - L'opérateur de maintien, CAP Emploi
 - Une plate-forme commune
3. La fonction de recherche de solution par
 - L'opérateur de maintien
 - Le médecin du travail

1.3 Le dispositif de maintien dans l'emploi et l'opérateur de maintien ne peuvent être évalués qu'à partir d'une vision globale sur un territoire déterminé

C'est une première conséquence de la subsidiarité.

Un opérateur de maintien ne peut être évalué seul : sa performance apparente dépend des caractéristiques des cas qui lui sont soumis. Un opérateur de maintien peut se trouver dans la situation de traiter exclusivement des cas difficiles, voire des cas où les chances de réussir le maintien sont très faibles, ou, au contraire, d'aider des salariés handicapés qui ont peu ou pas de risques de perdre leur emploi.

Cela dépend de l'action des autres membres du dispositif, des modes de détection et d'orientation des risques et de la manière dont l'opérateur de maintien est « alimenté » en cas¹².

Un indicateur de base doit être le nombre de salariés TH licenciés pour inaptitude ou pour raison de maladie.

On peut, par contre, envisager d'évaluer l'effet résultant de l'action de l'ensemble des acteurs du dispositif de maintien sur un territoire déterminé (département, ou région, par exemple).

¹² Si l'opérateur de maintien est sollicité par le médecin du travail après une visite de pré-reprise les chances de maintien sont moindres que s'il est sollicité par une assistante sociale suite à un arrêt de maladie prolongé.

On référera alors les moyens humains et financiers consacrés à l'assistance au maintien des TH, au résultat obtenu sur l'ensemble du territoire en matière de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Ce qui conduit concrètement, à observer comment évolue le nombre de salariés travailleurs handicapés licenciés pour inaptitude ou pour raison de maladie.

L'observation doit concerner l'ensemble du dispositif et non le seul opérateur de maintien :

L'observation des données chiffrées 2000 montre qu'un opérateur contribue d'autant mieux à l'efficacité globale de maintien qu'il enregistre lui-même de bonnes performances en matière d'efficience¹³ ou que son facteur de transformation est plus élevé. Mais si ces chiffres éclairent l'apport positif qu'apporte le bon fonctionnement de l'opérateur de maintien, ils ne répondent pas aux questions qu'on peut se poser sur l'ensemble du dispositif et ses différentes branches.

Rien n'assure cependant que l'efficacité globale du maintien soit aujourd'hui meilleure en Haute-Savoie que dans l'Ain¹⁴, dans la mesure où nous ne connaissons pas le nombre de travailleurs handicapés licenciés pour inaptitude ou maladie.

1.4 Le médecin du travail est l'acteur central du dispositif d'aide au salarié et à l'entreprise à la fois acteur principal et « client » du dispositif de maintien.

Plusieurs facteurs concourent à placer le médecin du travail en position centrale :

1. c'est la première source de signalements : en 2000, ils ont fourni 40 % des 2000 signalements recensés par les opérateurs de maintien.
2. Il est décisionnaire sur l'inaptitude : les décisions du médecin du travail sont personnelles et très rarement contestées. Ils prononcent environ 8000 inaptitudes au poste ou à tout poste par an et près de 44 000 aptitudes avec aménagements et restriction.
3. c'est le premier opérateur de maintien sur la région : un entretien avec les MIRT avait fait évoquer le chiffre de 80 % des situations de maintien en entreprise traitées directement par les médecins. Cet ordre de grandeur est crédible au vu de l'écart entre les 50 000 inaptitudes totales ou partielles prononcées chaque année et les 2000 recensées¹⁵.
4. il ne peut être établi un pronostic fiable sans entretien avec le médecin du travail : même expérimentés, même après avoir rencontré le salarié, les techniciens maintiens sont unanimes à dire que seuls un entretien avec le médecin du travail leur permettra de faire un pronostic fiable sur l'évolution du dossier.

¹³ Cf. annexe chiffrée pour une appréhension de l'efficience e, de l'efficacité et du facteur de transformation.

¹⁴ Les deux départements qui affichent des résultats extrêmes (cf. annexe).

¹⁵ Mais l'absence de données précises, le scepticisme que cet ordre de grandeur a soulevé chez les opérateurs de maintien¹⁵ ont été des facteurs déclenchant à notre enquête complémentaire auprès des médecins du travail.

5. les bonnes relations avec médecine du travail sont gage d'efficacité : l'analyse des données chiffrées montrent que les départements où l'on observe les niveaux d'efficacité les plus élevés sont ceux dans lesquels les échanges avec les médecins du travail sont décrits comme les plus harmonieux et les plus ouverts.
6. il est l'acteur responsable de la prévention et du « reclassement » pour l'ensemble des salariés : le médecin du travail est l'initiateur de « reclassements » des salariés – travailleurs handicapés ou non – qui ne sont pas exposés au risque de perdre leur emploi mais à qui un aménagement de poste est nécessaire. Il participe ainsi à la prévention, à moyen terme, des risques de licenciement. Il est en situation d'anticiper un risque de perte d'emploi lorsque celui-ci provient d'une évolution du handicap ou des exigences du poste.
7. le médecin du travail est intégré dans le réseau du corps médical : il apparaît comme le destinataire naturel des signalements opérés par le médecin conseil et le médecin traitant. L'enquête exploratoire auprès des médecins du travail laisse penser que les médecins traitants sont à l'origine d'autant de signalements reçus par le médecin du travail que l'opérateur de maintien. Les médecins conseils sont à l'origine de plus du double de signalements que l'opérateur de maintien¹⁶.
8. le médecin du travail est en mesure d'arbitrer certaines questions de frontières en fonction de la situation : il peut évaluer le risque de perte d'emploi, il peut, également, apprécier la possibilité d'obtenir de l'employeur un reclassement sans aide – et sans demander au salarié de se faire reconnaître travailleur handicapé-.

1.5 En l'absence de cadre de référence, les opérateurs de maintien risquent de devenir une institution parallèle au circuit « normal » de traitement du maintien.

1.5.1 Historiquement, les efforts des partenaires impliqués dans le maintien ont consisté à améliorer les détections et à confier les cas détectés à l'opérateur de maintien.

Les efforts menés par les acteurs du dispositif de maintien se sont portés, notamment, sur deux axes :

1. - L'amélioration de la détection et du signalement :

Il s'agit de repérer suffisamment tôt un risque de désinsertion pour inaptitude ou maladie et d'organiser l'information dans le réseau de partenaires pour réagir rapidement¹⁷. ?

¹⁶ Ces chiffres – qui doivent être confirmés par une enquête plus systématique- illustrent le risque de focaliser l'attention sur l'opérateur de maintien. Nos interlocuteurs nous ont dit la difficulté d'impliquer les médecins traitants dans le dispositif de maintien . Alors qu'il s'avère qu'ils sont présents dans le dispositif : ils ne s'adressent pas à l'opérateur de maintien, mais directement à leur confrère médecin du travail.

¹⁷ Et, en particulier, avant que les échéances nées d'une consolidation ne rendent plus difficile la recherche d'une solution.

Ces efforts se sont traduits par l'organisation de l'information entre les acteurs et la mise en place de commissions d'orientation (CDME , CCG...).

2. L'apparition d'une offre de service de la part d'un opérateur de maintien :

Cette offre de service a pour fonction principale de rechercher avec le salarié – et en liaison avec le médecin du travail et l'employeur- une solution pour maintenir le salarié dans l'entreprise.

1.5.2 Au stade actuel de son développement cette dynamique risque de conduire à une divergence du dispositif : l'opérateur de maintien intervenant en parallèle et non en subsidiarité au circuit « normal ».

Ce risque de divergence trouve son origine dans un double mouvement :

Tout salarié repéré par les instances de détection et d'orientation est, actuellement, systématiquement, orienté vers l'opérateur de maintien.

Les différentes procédures de détection et d'orientation mises en place dans les départements conduisent de facto à ce que les cas identifiés comme relevant du maintien soient systématiquement confiés à l'opérateur de maintien du département.

Cette orientation ne comporte pas d'interrogation sur l'opportunité de faire appel à un opérateur dédié en lieu et place du circuit « normal » que constituent le service social de la CRAM et le médecin du travail. Il n'est pas prévu, au moment de l'orientation, de cas où le dossier est repris par le médecin du travail.

Dans de nombreux cas cette procédure est légitime – si, par exemple, le cas à été signalé par le médecin du travail lui-même, ou s'il s'agit d'un cas difficile nécessitant de mobiliser différentes technicités -. Mais, à mesure que l'instance d'orientation verra transiter par elle un nombre croissant de cas détectés, le risque de confier à l'opérateur des cas qui pourraient – ou devraient- relever du circuit normal grandira.

La promotion de l'offre génère la demande.

L'offre de service maintien est portée par un organisme ou une personne – chargée de mission maintien- qui, à son tour, a organisé son propre circuit de promotion et d'approvisionnement, en partie avec les partenaires impliqués dans l'organisation du dispositif, et en partie directement par réseau auprès de médecins du travail ou d'employeurs ou de la CRAM.

L'opérateur de maintien développe, par son offre, une demande qui, en l'état actuel, n'est pas entièrement satisfaite¹⁸. C'est donc la présence de chargé de mission qui va induire une montée de cette demande.

Et ceci, d'autant plus qu'en l'absence de définitions précises des frontières, le « marché » potentiel pour un opérateur de maintien peut être constitué, à la limite, par l'ensemble des travailleurs handicapés en poste.

¹⁸ Sachant qu'il y a des différences selon les départements, la Loire apparaissant plus proche de l'asymptote que d'autres départements.

Ce développement parallèle peut être alimenté par des discours critiques sur les rôles respectifs des médecins du travail et des opérateurs de maintien :

Vis à vis de ce risque, l'existence de discours opposés sur les rôles et les capacités respectifs des médecins du travail et de l'opérateur constituent un facteur aggravant.

- Pour certains opérateurs les médecins du travail sont inaptes à traiter les cas de maintien : « Les cas qui nous sont transmis sont souvent des cas auxquels le médecin n'a pu apporter la solution » ; « Nous avons parfois le sentiment de servir de bonne conscience au médecin face au salarié ».
- Pour certains médecins du travail l'opérateur de maintien est un dispositif lourd et coûteux au rendement faible comparé à leurs propres actions de reclassement.

Ces discours, qui contiennent, probablement, leur part de vérité, peuvent rester stables dans le temps et concourir au développement de l'opérateur en parallèle au circuit normal et non en subsidiarité.

1.6 Les salariés confrontés à un problème d'inaptitude peuvent suivre des cheminements très différents.

Une partie de cette diversité résulte de la situation du salarié et de la nature de son handicap :

La prise en charge des salariés exposés dans leur emploi à un risque d'inaptitude s'opère dans des conditions qui peuvent varier selon les individus concernés, selon les entreprises ou bien encore les circonstances, la localisation géographique et bien entendu la nature du handicap.

- les caractéristiques propres à l'individu (son âge, sa qualification, sa situation de famille, sa personnalité etc.) sont autant de facteurs qui conduisent à des pronostics différents.
- les entreprises dans lesquelles ils travaillent : leurs activités, leur taille, leur culture etc.. offrent inégalement à leurs salariés des possibilités de reclassement.
- les circonstances et notamment les évolutions de la conjoncture économique peuvent également influencer de manière significative l'intensité des efforts que les employeurs sont disposés à fournir pour faciliter le maintien de travailleurs handicapés dans leurs entreprises.
- la localisation de l'entreprise (en ville ou en zone rurale), l'éloignement du domicile, le fait que l'entreprise et le domicile soient situés ou non dans un même département ne manquent pas non plus d'importance quand il s'agit de traiter un cas de maintien.
- Le handicap enfin, il n'est pas utile de s'y arrêter, procure des perspectives très différentes selon sa nature (physique, mentale, évolutive etc..)

Ces variables dont on mesure bien le poids introduisent un premier niveau de complexité dont il paraît difficile de s'affranchir : ce sont les composantes du problème à résoudre, celles-là mêmes qui font appel aux compétences du chargé de mission maintien.

Elle provient, également, des modalités de fonctionnement du dispositif de maintien.

Selon l'origine de la détection du risque et les pratiques des différents acteurs du dispositif, un salarié empruntera différents circuits qui limitent ou, au contraire, accentuent le risque de licenciement.

Trois scénarios se présente pour des travailleurs salariés ; susceptibles de connaître un problème d'aptitude dans leur poste de travail ; en raison d'un problème de santé (lié à une maladie ou à un handicap)

Parmi eux certains - et certains seulement - sont exposés au risque de rupture de leur contrat de travail. La distinction entre eux n'est pas établie d'entrée de jeu ni toujours évidente.

Premier scénario : le problème n'est pas détecté

(cf. schéma page19)

C'est assurément le plus simple à décrire mais des conséquences graves peuvent en résulter.

Ce scénario peut conduire à deux issues :

- 1) aucune mesure n'est prise et le salarié est maintenu dans son poste pour une durée indéterminée.

L'absence de détection peut résulter d'une défaillance du dispositif mais elle peut également correspondre à la volonté du salarié de ne pas s'exposer à des mesures qui pourraient attirer l'attention sur son sort.

- 2) l'inaptitude présente réellement un risque de licenciement et le risque n'est pas détecté avant l'échéance du licenciement.

Ce scénario correspond à un dysfonctionnement du système de détection des risques par le dispositif de maintien.

Second Scénario : le problème est détecté et ne fait pas peser de risque de licenciement sur le salarié :

(cf. schéma page 20)

L'estimation du risque de licenciement est nécessairement subjective : elle peut être opérée par un des acteurs ou confiée à une instance collégiale. Selon les acteurs qui interviennent et, selon leurs propres pratiques¹⁹, le salarié suit divers cheminements :

1. - Le cas est traité par le médecin du travail qui agit seul :

Ceci conduit, généralement, à une demande de reclassement qui peut aboutir à :

- un maintien dans le poste sans action particulière
- un maintien dans le poste avec une action particulière
- un maintien dans l'entreprise avec un reclassement.

Sachant que le médecin du travail peut être amené à ne rien demander à l'employeur (notamment, si le salarié ne souhaite pas d'action particulière).

Ce cheminement correspond typiquement au cas où la détection est opérée par le médecin du travail lui-même ou lui est signalé(e) par des confrères ou les assistantes sociales et qu'il estime qu'il n'y a pas de risque de perte d'emploi²⁰.

2. - Le cas est traité par est pris en charge par l'opérateur de maintien :

Ce cheminement correspond au cas où la détection aboutit soit directement à l'opérateur soit à l'instance d'évaluation (CDME, commission COTOREP ad hoc).

Dans ce cas, l'opérateur traite le dossier dès lors qu'il y a problème d'inaptitude et possibilité de maintien. Le transfert du dossier au médecin du travail, est (très) rare, même s'il n'y a pas de risque de licenciement.

L'opérateur prend en charge le dossier et traite avec le «premier cercle » des personnes concernées – salarié, médecin du travail, employeur-

Troisième scénario : le problème est détecté et fait peser un risque de licenciement sur le salarié :

(cf. schéma page 21)

Si le maintien dans l'entreprise apparaît possible, ce scénario comporte des cheminements identiques au scénario précédent – cas traité par le médecin seul, ou pris en charge directement par l'opérateur de maintien -.

S'y ajoutent un autre circuit qui consiste à ce que le médecin du travail sollicite l'opérateur pour l'aider à traiter le dossier.

¹⁹ Souhaitent-ils ou non traiter par eux-mêmes le dossier ou l'orienter vers un autre partenaire.

²⁰ Cf., en annexe, l'estimation faite des différents flux.

Les issues de ces cheminements sont plus ouvertes, puisqu'ils peuvent conduire :

- au licenciement – par absence de solution, ou par refus des propositions -,
- à une orientation du salarié vers des actions de formation,
- à un placement dans une autre entreprise sans inscription à l'ANPE.

Figure, également, dans ce scénario, le cas où l'évaluation de la situation conduit à estimer qu'une tentative de maintien est vouée à l'échec²¹. Dans ce cas le licenciement est inévitable.

²¹ C'est le cas, notamment, où le salarié exprime son refus de chercher une solution, ou bien celui où les délais qui séparent le signalement de la reprise du travail est trop court pour espérer trouver une solution.

SEFIPH

Salariés qui présentent pour des raisons de handicap ou de maladie un problème d'aptitude au poste de travail.

Dont *Salariés menacés par un risque de rupture du contrat de travail pour inaptitude.*

Problème non détecté.

Salariés pour lesquels le risque de licenciement n'est pas détecté avant l'échéance du licenciement.

Problème ne faisant pas l'objet d'une intervention particulière.

Salariés maintenus dans le poste sans action particulière.

Salariés licenciés pour inaptitude

Salariés pour lesquels l'aide d'un **opérateur de reclassement** est sollicité.

Salariés reclassés dans une autre entreprise sans inscription à l'ANPE

Salariés licenciés pour inaptitude et inscrits à l'ANPE

Salariés licenciés pour inaptitude non inscrits à l'ANPE

Maintien dans l'entreprise

Maintien du lien contractuel

Maintien dans l'emploi

Maintien dans le monde du travail

Sortie du monde du travail

Salariés qui présentent pour des raisons de handicap ou de maladie un problème d'aptitude au poste de travail.

Dont *Salariés menacés par un risque de rupture du contrat de travail pour inaptitude.*

Salariés pour lesquels le problème est détecté par l'un des acteurs du dispositif

Salariés pour lesquels le problème est identifié mais n'est pas porteur de risque de licenciement.

Salariés pour lequel le médecin du travail est alerté.

Salariés pour lesquels l'action de l'opérateur de maintien est demandée.

Salariés pour lesquels le problème est traité par le **médecin du travail.**

Salariés pour lesquels le problème est traité par l'**opérateur de maintien**

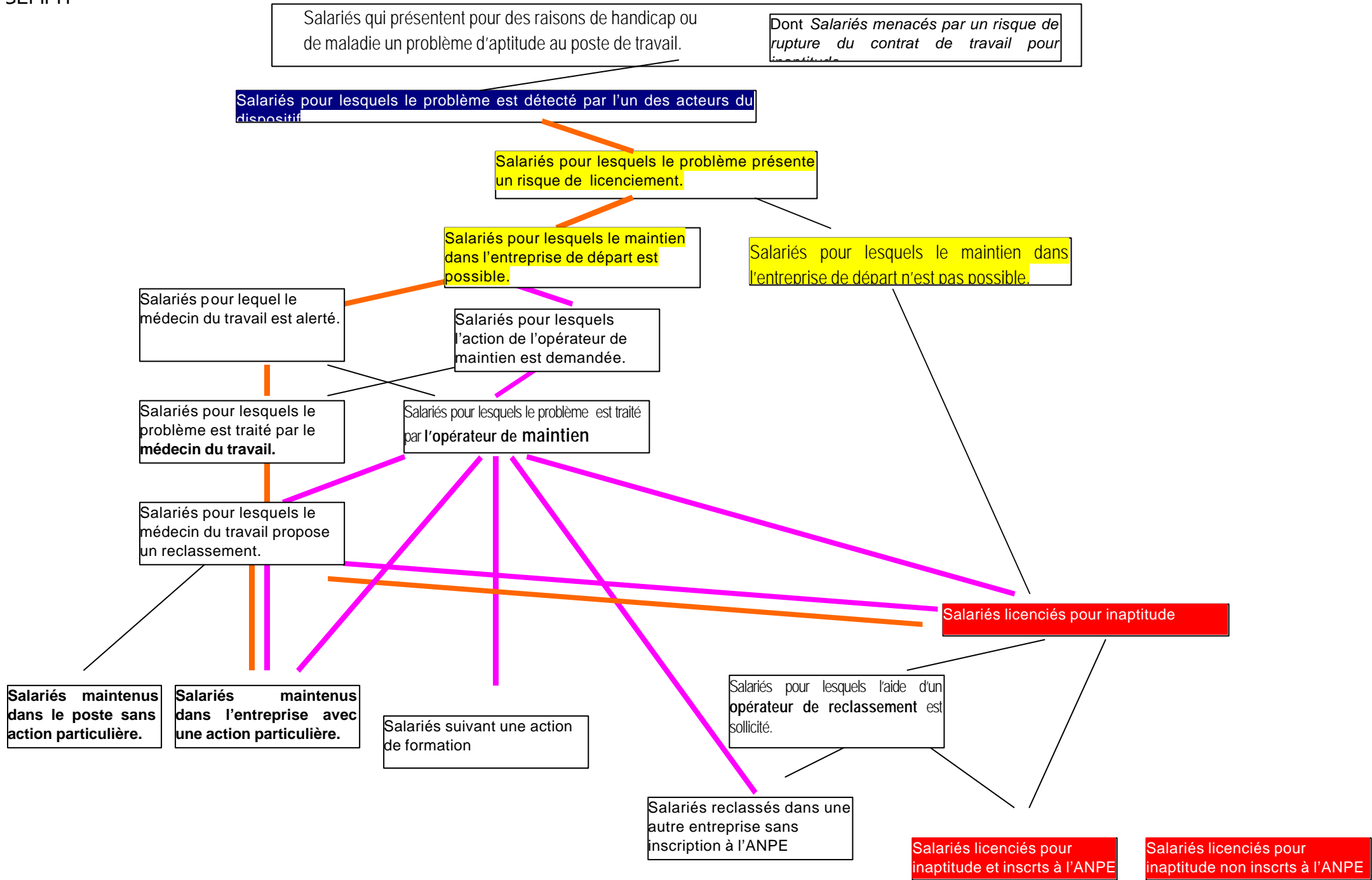
Problème ne faisant pas l'objet d'une intervention particulière.

Salariés pour lesquels le médecin du travail propose un reclassement.

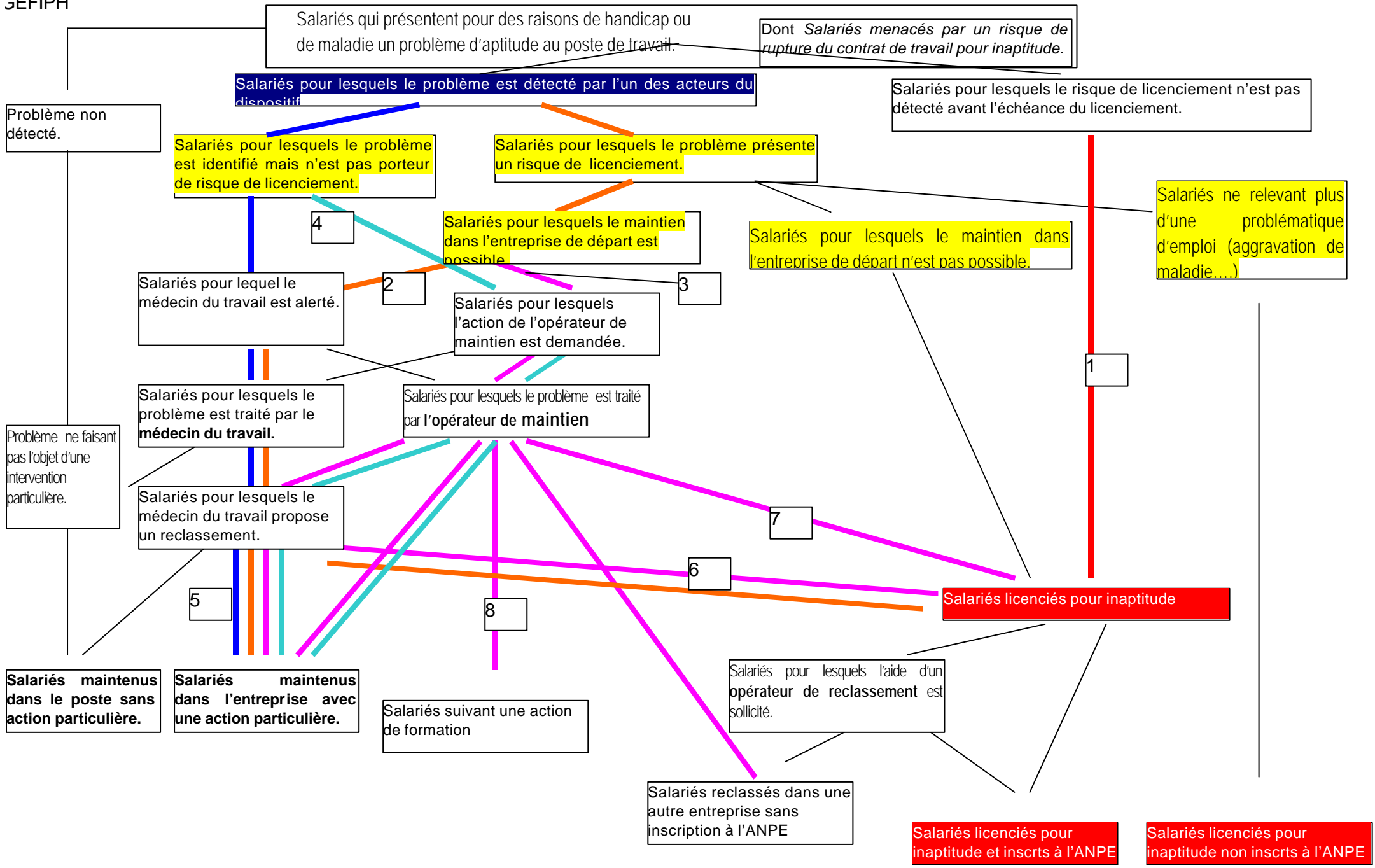
Salariés maintenus dans le poste sans action particulière.

Salariés maintenus dans l'entreprise avec une action particulière.

Maintien dans l'entreprise	Maintien du lien contractuel	Maintien dans l'emploi	Maintien dans le monde du travail	Sortie du monde du travail
----------------------------	------------------------------	------------------------	-----------------------------------	----------------------------



Maintien dans l'entreprise	Maintien du lien contractuel	Maintien dans l'emploi	Maintien dans le monde du travail	Sortie du monde du travail
----------------------------	------------------------------	------------------------	-----------------------------------	----------------------------



Maintien dans l'entreprise	Maintien du lien contractuel	Maintien dans l'emploi	Maintien dans le monde du travail	Sortie du monde du travail
----------------------------	------------------------------	------------------------	-----------------------------------	----------------------------

2 UNE PROPOSITION DE REFERENTIEL POUR EVALUER UN DISPOSITIF DE MAINTIEN :

Le schéma résultant des flux de traitement des cas d'inaptitude présenté(s) à la page précédente permet de formuler les principaux objectifs et facteurs de qualité d'un dispositif de maintien :

2.1 Le respect des finalités d'un service public :

2.1.1 La clarté :

faire en sorte que le système permette d'informer les partenaires concernés et le public sur les actions menées et les résultats obtenus et alimente un pilotage et une évaluation périodique du dispositif.

2.1.2 L'équité :

faire en sorte qu'un salarié menacé de licenciement pour inaptitude dispose du même service en matière de maintien dans l'emploi quelles que soient ses caractéristiques personnelles, celles de son emploi et sa localisation géographique.

2.1.3 L'économie de moyens :

Faire en sorte que l'organisation permette une utilisation efficiente des moyens mis pour assurer les fonctions.

2.2 Les objectifs propres au maintien :

2.2.1 Diminuer le nombre de salariés licenciés pour inaptitude durant une année dans la région ou le département

(case rouge en bas à droite).

Il s'agit de l'indicateur central pour le pilotage d'un dispositif de maintien dans l'emploi.

Cet indicateur central a trois mérites :

- rend compte de l'efficacité conjointe de tous les partenaires,
- il traduit l'énoncé même de la finalité « maintenir les salariés en entreprise »,
- il complète les indicateurs actuels (ex : nombre de salariés maintenus / nombre de dossiers ouverts) qui sont autant des indicateurs d'efficacité que des indicateurs de transformation sur une partie du flux.

Cet indicateur global est d'autant plus précieux qu'il permet d'évaluer les effets d'actions préventives ou d'actions de communications. Le ratio actuellement utilisé « nombre de salariés maintenus/nombre de dossiers ouverts » est un ratio essentiellement curatif.

2.2.2 Réduire au maximum le nombre de cas de salariés licenciés pour inaptitude qui n'ont pas été détectés avant l'échéance du licenciement²²

(flèche rouge n°1).

C'est un des objectifs les mieux partagés par tous les opérateurs rencontrés, ainsi que par les PDITH. Il est le fil directeur de la plupart des campagnes de communication entreprises, notamment à destination des médecins de ville.

2.2.3 Assurer des évaluations pertinentes du risque de licenciement et de l'opportunité d'une tentative de maintien

(cases jaunes)²³.

Il semble que dans 80 % des cas, une séquence du type « entretien d'un technicien maintien avec le salarié suivi d'un contact téléphonique du technicien avec le médecin du travail » suffise à poser un pronostic fiable sur le sort final du salarié.

La difficulté qui s'attache, actuellement, à l'évaluation est d'ordre culturel ou de la représentation :

- les opérateurs de maintien se sentent investis d'un rôle de dernier recours, notamment face aux médecins du travail : procéder à une évaluation, donc courir le risque d'entériner un pronostic défavorable, n'est pas dans leur culture.
- les cas où l'on sait très vite que le salarié ne sera pas maintenu dans l'entreprise sont traités par tous les opérateurs de maintien au nom du principe selon lequel il n'y a pas de structure ad'hoc tant qu'ils ne sont pas licenciés. L'opposition à la notion d'évaluation a donc potentiellement la forme d'un « Evaluer, pourquoi ? puisque l'aiguillage a une seule branche jusqu'au licenciement ».

²² Dans le cas d'arrêt pour maladie ou accident du travail, on peut affiner cet objectif : nombre de salariés licenciés pour inaptitude non détectés avant la visite de reprise, voire de pré-reprise.

²³ Incluant un système de pilotage pour progresser dans ces évaluations.

2.2.4 Favoriser le traitement des dossiers par le circuit normal

(flèche orange n°2)²⁴.

Il faut rappeler sur ce point que le circuit normal inclut aussi l'entreprise à qui le devoir de reclassement s'impose. Accréditer l'idée que le circuit normal est de passer par un technicien spécialisé peut conduire à une hypertrophie des opérateurs de maintien²⁵.

Limiter le traitement des dossiers par l'opérateur de maintien aux seuls cas où celui-ci apporte un plus par rapport au circuit normal

(flèche rouge carmin n° 3)

Réduire au maximum le nombre de cas de salariés travailleurs handicapés ne présentant pas de risque de licenciements traités pour un maintien²⁶.

(flèche bleue claire n° 4).

²⁴ Ce critère ne concerne pas seulement l'articulation entre médecin du travail et opérateur de maintien, il concerne plus généralement le fait de favoriser le traitement des cas par les acteurs du dispositif normal et, notamment, la CRAM, le médecin conseil, la COTOREP, les médecins traitant.

²⁵ C'est sûrement légitime dans le cas de petites entreprises (PME, entreprises familiales) où les opérateurs de maintien signalent tous des patrons généralement très ouverts au maintien, mais pas en situation de traiter les aspects techniques et financiers du dossier. On peut s'interroger sur la teneur du discours à tenir aux entreprises ; faut-il leur dire « N'ayez pas peur du problème, on est là pour vous aider – voire le traiter à votre place » qui est le fond du discours actuel ou bien « C'est votre devoir, si vous n'y arrivez pas, venez nous voir ».

²⁶ Ceci ne préjuge pas de la possibilité pour un opérateur – CAP emploi ou opérateur de maintien- de proposer une offre de service de suivi des travailleurs handicapés en poste dans le cadre d'une politique de prévention à moyen terme et d'amélioration des conditions de travail des salariés.

3 QUELLE APPRECIATION PEUT-ON PORTER SUR LES DISPOSITIFS ACTUELS AU REGARD DE CETTE GRILLE ?

3.1 Les flux qui transitent par les opérateurs de maintien ne représentent qu'une faible part du nombre de cas de reclassements opérés dans la région.

L'enquête exploratoire effectuée auprès de médecins du travail ne réunit pas un échantillon suffisant pour pouvoir donner des chiffres précis sur les différents flux de traitement des cas de risques de perte d'emploi. Elle permet cependant d'éclairer la question et d'avoir des ordres de grandeur de ces flux.

Le nombre de salariés licenciés pour inaptitude en 2000 qui ressort des réponses des médecins du travail²⁷ s'élève à 0,4% des effectifs salariés que suivent ces médecins. Appliqué aux effectifs salariés du secteur privé de la région Rhône Alpes, ce taux correspond à un chiffre de 6000 salariés licenciés pour inaptitude dans l'année. Ce chiffre est à rapprocher du nombre de déclarations d'inaptitudes prononcées en 2000 (8 000). Cela donne un ordre de grandeur : il est probable que le nombre de salariés licenciés pour dans une année se situe entre 6 000 et 10 000²⁸.

L'estimation du nombre de reclassements opérés par les médecins du travail par leurs propres moyens sans appel à un opérateur est plus difficile, car la dispersion des pratiques est très forte (cf. annexe 2). Il se situe, probablement, aux environs de 12 000 reclassements.

Durant la même année les opérateurs de maintien de la région ont reçu 2150 signalements et ouverts 1900 dossiers. Parmi les travailleurs handicapés qu'ils suivaient, 290 ont été licenciés en 2000.

Si ces chiffres s'avéraient proches des pratiques réelles, ils conduiraient à, au moins, deux enseignements :

- ils confirmeraient, la proportion de 80% des reclassements²⁹ opérés par les médecins du travail par eux-mêmes qui est parfois avancée.
- ils indiqueraient qu'une proportion importante des salariés licenciés pour inaptitude n'ont pas été vus par l'opérateur de maintien³⁰.

²⁷ Il s'agit du nombre de licenciements dont ils ont eu connaissance. Certains médecins du travail n'ont qu'une information incomplète sur les licenciements pour inaptitude.

²⁸ Fourchette volontairement très large pour rappeler qu'il s'agit d'un premier défrichage de l'observation des pratiques. L'estimation plus précise de ce chiffre constitue une priorité des actions à mener pour permettre un pilotage du maintien.

²⁹ Sachant que figurent dans ces reclassements des actions qui ne relèvent pas du maintien mais de l'aménagement des postes, et de la prévention pour des salariés dont une part ne sont pas des travailleurs handicapés.

³⁰ Parmi elles figurent des personnes qui ont été repérées et ont fait l'objet d'une demande de reclassement par le médecin du travail et d'autres qui n'ont pas été détectées ou pour lesquelles le maintien n'était pas possible.

Ces chiffres montrent bien l'enjeu de la subsidiarité et d'un fonctionnement efficace du dispositif de maintien. Les flux les plus importants sont traités par le circuit normal³¹. L'objectif d'ensemble du dispositif consiste, alors, à :

- diminuer le nombre de salariés licenciés pour inaptitude chaque année et pour cela, a minima, faire en sorte que ces 6 000 à 10 000 salariés licenciés pour inaptitude aient été détectés et pris en charge par le dispositif, au niveau de la détection et de l'évaluation³²,
- construire une articulation efficace entre le travail des acteurs du circuit « normal » et l'opérateur de maintien de manière à ce que ce dernier aide à trouver une solution pour les cas qui nécessitent soit une médiation soit une technicité que ne possède pas le médecin du travail, sans, pour cela que l'ensemble des salariés présentant des problèmes d'aptitude au poste ne transite par l'opérateur.

3.2 On observe des différences d'efficacité importantes d'un département à l'autre.

L'efficacité des dispositifs départementaux ne pourra être précisément évaluée que lorsqu'il sera possible de disposer d'une estimation précise du nombre de salariés licenciés pour inaptitude.

Une approche quantitative de la question est cependant possible en retenant comme indicateur d'efficacité le nombre de maintiens dans l'entreprise assurés par l'opérateur départemental pour 1000 personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi dans le département. La comparaison de cet indicateur pour les différents départements montre de fortes disparités :

Le ratio « d'efficacité » (nombre de maintiens)/ (nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi) varie de 1 à 4 selon les départements.

Les indicateurs d'efficience (nombre de maintiens au poste + nombre de maintiens dans l'entreprise/ Effectif total de l'opérateur) font apparaître un éventail plus important (rapport de 1 à 7).

Le facteur de transformation (nombre de maintiens au poste/ nb de signalements) évolue dans une fourchette moins importante (de 1 à 2,8).

Ces différences, qui sont analysées dans l'annexe 1, incitent à rechercher dans les départements les plus performants les facteurs explicatifs de leur réussite. Certains facteurs méritent d'être relevés. On peut citer, notamment :

³¹ Ce qui est vrai pour la recherche de solution l'est, également, pour le signalement. Les médecins du travail sont d'abord informés par leurs confrères – médecins conseils, médecins traitants -.

³² Mais pas nécessairement vus par l'opérateur en charge de la recherche de solution.

- l'état du marché du travail : dans les départements qui ont les problématiques sociales les plus lourdes, les taux de transformation et l'efficacité sont plus faibles.
- les relations entretenues entre l'opérateur et les médecins du travail : les deux départements les plus efficaces sont ceux dans lesquels l'opérateur entretient des relations étroites avec les services de médecine du travail.

Il n'est, cependant, pas possible d'en tirer des enseignements en terme d'organisation et de processus. Et ce, pour deux raisons principales :

- interpréter de manière précise ces chiffres nécessite d'avoir une idée de la nature des cas qui sont traités par l'opérateur : s'agit-il de cas représentatifs de l'ensemble des salariés ayant des problèmes d'inaptitude ou seulement des cas les plus difficiles ?
- en dépit des différences d'organisation observées et des résultats contrastés, les différents dispositifs font apparaître une large convergence dans leur logique de fonctionnement et leur dynamique d'évolution.

3.3 Tous les dispositifs se placent dans une logique de développement de l'activité de l'opérateur de maintien et non de subsidiarité.

3.3.1 L'organisation des dispositifs de maintien n'a pas été conçue dans l'optique d'un processus de subsidiarité.

La notion de performance globale du maintien n'est ni recherchée, ni diffusée à l'échelle des départements.

C'est une idée à laquelle chacun adhère et apporte une contribution, mais dans la pratique, ce sont les facteurs de transformation de chaque entité qui comptent (combien de personnes maintenues rapportées au nombre de dossiers ouverts).

Les systèmes d'information ne permettent pas d'avoir cette vision globale de l'efficacité du dispositif dans son ensemble. On ignore si l'action qui est menée est globalement efficace à l'échelle du département et sur quels fronts il y a progrès ou régression (signalement, maintien, placement externe ..).

Les dispositifs n'ont pas positionné le médecin du travail comme maître d'œuvre du maintien.

Selon les départements et les personnes rencontrées, le médecin du travail est considéré comme un informateur, un partenaire ou un client de l'opérateur, mais non comme maître d'œuvre de l'opération de maintien.

3.3.2 L'accent est mis sur l'accroissement du nombre de signalements dans une logique de développement de l'activité de l'opérateur de maintien.

L'idée qu'il soit intéressant de faire progresser le flux entre signalement et médecin du travail (ligne 2 du schéma p.21) sans passer par l'opérateur de maintien n'est pas naturelle. La tendance générale est, au contraire, à capter au maximum le flux issu du signalement pour le diriger sur l'opérateur de maintien.

Ceci s'explique aisément : les dispositifs ont été créés et développés à l'initiative de personnes qui cherchaient éviter des situations dans lesquelles se retrouvaient des travailleurs handicapés dont le risque de perte d'emploi n'avait pas été repéré ou pas repéré à temps. Il s'agissait, dans cette optique, de résoudre simultanément la question du signalement et celle du traitement du cas. L'apparition et le développement de l'activité d'un opérateur dédié au maintien se sont opérés dans la même logique d'« offre ».

La collecte des signalements représente au yeux des acteurs des dispositifs, une priorité.

Cette attention accordée à la collecte des signalements répond à trois mobiles :

- élever les chances de succès de l'intervention dans la mesure où un signalement précoce permet souvent un traitement plus efficace
- limiter le nombre de personnes non détectées,
- avoir l'assurance que son cas sera traité.

Ces trois mobiles se confortent et concourent à limiter le nombre de cas non détectés. Cependant, dans la mesure où la frontière entre les cas qui nécessitent l'intervention d'un opérateur maintien spécialisé et ceux qui ne devraient pas relever de sa compétence (quand, le cas par exemple, peut être traité par le médecin du travail) est difficile à établir, il y a, de fait, confusion entre signalement d'un cas à risque et traitement par l'opérateur de maintien.

L'accroissement des volumes de signalements va de pair avec celui de l'activité de maintien. Il n'est pas possible de faire la part, dans cette orientation, entre souhait de l'opérateur de développer son activité et souci de pallier une éventuelle défaillance ou un manque de compétence supposé du médecin du travail.

La dynamique propre de développement des opérateurs est organisée dans une logique d'accroissement des signalements et de traitement par l'opérateur de toutes les situations présentant un risque de licenciement.

Elle se traduit concrètement par un accroissement des signalements et des volumes traités par l'opérateur ³³, au fur et à mesure que de l'information et de la publicité sur le dispositif sont opérées. Mais ne sont pas mis en place des systèmes de régulation qui organisent l'articulation entre circuit normal et opérateur, au risque de voir le système diverger, l'opérateur se substituant aux acteurs du circuit normal.

³³ Les opérateurs de maintien cherchent à optimiser le nombre de maintien qu'ils réalisent et, aussi, le nombre de placements externes dans une autre entreprises au nom de la prévention de la désinsertion sociale. Dans l'ensemble le maintien dans l'entreprise cède le pas en termes de valeur et de représentation au maintien dans l'emploi.

La nécessité de surveiller le ratio nombre de maintiens réalisés sur signalements est bien comprise mais, compte tenu du souci de traiter la prévention de la désinsertion, une évaluation sur le ratio (maintien + placement)/signalements serait préférée par les opérateurs. Il peut en résulter des difficultés ou des ambiguïtés de comptabilisation : une personne en formation CIF qui quittera probablement son entreprise pour aller dans une autre au terme de la formation est-elle maintenue dans l'entreprise ou dans l'emploi, ou bien pas encore maintenue ? Les positions divergent.

Les actions qui porteraient directement sur les risques menées par exemple avec des entreprises pour prévenir l'apparition de pathologies pouvant créer des handicaps, n'apparaissent, quant à elle, qu'au deuxième rang des priorités.

4 NOS RECOMMANDATIONS : UNE PROPOSITION DE SITUATION CIBLE

4.1 Mettre en place des moyens spécifiques chargés de gérer l'articulation entre le dispositif « de droit commun » et les prestataires dédiés

Ces ressources ont pour vocation d'assurer les trois fonctions suivantes :

4.1.1 *Facilitation de la détection et du signalement :*

- Animer et outiller le dispositif de manière à favoriser une meilleure³⁴ détection des risques de perte d'emploi liés à l'inaptitude ou à la maladie.
- Animer et outiller le dispositif de manière à ce que l'information relative à un risque soit transmise au(x) membre(s) du dispositif les plus à même de traiter la question.

On pourra viser une situation cible où tout signalement fait l'objet d'une réponse.

4.1.2 *Evaluation et orientation :*

Organiser, animer et outiller un processus d'évaluation et d'orientation des cas détectés par le dispositif. Ceci nécessite de définir :

- 1/ la composition d'une instance d'évaluation
- 2/ les cas dans lesquels l'instance est sollicitée et ceux dans lesquels le dispositif fonctionne sans passage par cette étape d'orientation
- 3/ les informations nécessaires pour statuer et les acteurs qui fournissent ces informations³⁵.

On pourra viser une situation cible où tout salarié qui est l'objet d'une évaluation du risque est recensé pour le pilotage ultérieur et où, dès lors qu'il y a risque :

- le médecin du travail est maître d'œuvre et formule (systématiquement) sa « commande » à l'opérateur maintien et aux autres partenaires du dispositif.
- L'assistante sociale de la CRAM est saisie du dossier pour avoir l'expression du salarié et formule sa « commande » à l'opérateur maintien.

³⁴ meilleure = au bon moment et au bon endroit

³⁵ Ce dernier point soulève la question de l'opportunité de dégager des ressources dédiées à la fonction d'évaluation socioprofessionnelle – concrètement à la réalisation d'entretiens socioprofessionnels - . cf. infra.

4.1.3 Pilotage :

Organiser, animer et outiller un processus de recueil et de traitement des informations relatives :

- à l'activité et aux résultats du dispositif,
- aux déclarations d'inaptitudes et à leurs conséquences,
- aux licenciements pour longue maladie.

Organiser, animer et outiller l'exploitation de ces résultats par les acteurs du dispositif pour faire progresser le maintien dans le département (et la région).

Compte tenu du fait qu'une partie importante des circuits d'informations en place actuellement – relevés d'activités des médecins du travail par les MIR, CRAM – relèvent du niveau régional, nous préconisons deux niveaux de pilotage :

- un niveau départemental qui recherche avec les acteurs du dispositif les moyens de progresser.
- un niveau régional qui définit les orientations politiques du maintien dans la région.

On cherchera à ce que le pilotage puisse avoir une idée de la couverture du territoire. Trois circuits d'informations pourraient être activés dans ce but :

- 1) les recensements opérés par les opérateurs de maintien qui pourraient présenter des résultats d'activité au niveau des médecins du travail³⁶.
- 2) les statistiques remontant des médecins du travail au MIRT en y ajoutant les quelques informations qui manquent – en particulier : licenciement des salariés pour lesquels ils ont prononcé une inaptitude partielle ou totale.
- 3) un circuit d'information à mettre en place pour les licenciements durant l'arrêt de maladie.

³⁶ Au niveau de l'opérateur un tableau d'activité par médecin pourrait prendre la forme ci-dessous.

Médecin	Nombre de opérations de maintien en cours avec lui	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers fermés	Dont Maintien	Dont formation	Dont placement sans inscription à l'ANPE	Dont licenciements sans placement immédiat

4.2 Susciter et piloter des offres de service à destination des acteurs du dispositif « de droit commun ».

4.2.1 Une offre de service pour la recherche d'une solution et la mise en œuvre d'un maintien, en distinguant trois prestations différentes assurées par le conseiller de maintien

Cette prestation est assurée par un conseiller de maintien. Nous préconisons de distinguer trois prestations différentes assurées par ce conseiller de maintien

Assistance au médecin du travail dans sa recherche d'une solution de maintien :

Dans ce cas de figure le médecin du travail assure lui-même le traitement du dossier et fait appel à l'opérateur de maintien selon les besoins³⁷.

Prise en charge pour le compte du médecin du travail concerné du traitement du dossier :

Dans ce cas pour des raisons de complexité et de technicité du dossier ou de l'avantage que peut procurer la position externe de l'opérateur, c'est l'opérateur qui assure le traitement du dossier, pour le compte du médecin du travail qui demeure maître d'œuvre. Ce dernier « passe commande » à l'opérateur.

Substitution au médecin du travail :

Il s'agit du cas où le médecin du travail ne « répond » pas au signalement qui lui est fait. Dans ce cas il sera souhaitable qu'il y ait une commande passée à l'opérateur de maintien soit par un acteur habilité (par exemple la CRAM ou la COTOREP) soit par la personne ou la commission chargée de l'orientation au niveau du département (CDME, commission élargie de la COTOREP).

La commande ne serait passée que dans le cas où le médecin du travail ne répond pas ou se dessaisit explicitement du dossier³⁸.

Cette prestation de service nécessite deux types de compétences :

- techniques : rechercher une solution, connaître les diverses solutions techniques possibles et les aides qui peuvent être sollicitées - et les circuits de décisions pour les obtenir- etc.
- de médiation : aboutir à un consensus des trois acteurs décisionnaires concernés : salarié, employeur et médecin du travail.

³⁷ Concrètement cela signifie que l'opérateur de maintien ne rencontre pas nécessairement le salarié, surtout s'il s'agit d'aider le médecin à monter un dossier de financement. Dans la pratique cela signifierait dans l'idéal que le conseiller maintien visiterait les médecins du travail et traiterait avec eux des différents dossiers en cours. L'unité de compte AGEFIPH deviendrait la visite au médecin et le nombre de dossiers traités avec les médecins dans ce cadre.

³⁸ Sachant que ce processus ne doit pas nuire à la réactivité, la « non réponse » du médecin dans un délai donné, valant désistement.

4.2.2 Une offre de service pour l'évaluation du risque et de la meilleure orientation à proposer.

Cette fonction consiste, avant tout, à recueillir la parole du salarié et à estimer l'opportunité et les chances d'un maintien compte tenu de sa volonté et de sa situation extra professionnelle.

Elle peut être assurée dans le dispositif « normal » par les assistantes sociales³⁹ et, dans une moindre mesure, par le médecin du travail. On peut estimer que l'opportunité de dégager une ressource⁴⁰ pour assurer ce service en subsidiarité de l'assistante sociale relève de la collaboration entre la CRAM et l'AGEFIPH. Le service consiste à établir un évaluation socioprofessionnelle permettant d'éclairer l'orientation.

Nous préconisons que la sollicitation de cette ressource réponde à un fonctionnement analogue à celui du conseiller maintien dans lequel l'assistante sociale de la CRAM serait maître d'œuvre de l'opération-.

4.3 Définir une organisation distinguant trois niveaux d'animation et de pilotage :

L'organisation comporterait trois volets : la mise en place de deux instances de pilotage et la recherche d'un support – ressource et lieu d'affectation - pour assurer une fonction d'animation et de pilotage opérationnel.

4.3.1 une instance régionale de pilotage de la politique de maintien.

Cette instance sera chargée d'évaluer le fonctionnement et les résultats des dispositifs de maintien dans la région et de définir des orientations en matière de politique de maintien. Elle regroupera les principales institutions régionales impliquées dans le maintien : DRTE, MIRT, CRAM, AGEFIPH.

4.3.2 un comité de pilotage départemental du maintien

Il regroupe les principales institutions départementales impliquées dans le maintien : DDTE, CPAM, COTOREP, AGEFIPH. Ces principales missions consistent à :

- suivre l'application de la convention départementale sur le maintien et propose des axes d'évolution
- suivre les indicateurs de résultats
- veiller à la mise en cohérence avec les orientations politiques régionales
- proposer les actions nécessaires pour faire progresser le dispositif : communication, réorganisation des moyens, recherche et qualification de prestataires, enquêtes d'évaluation ...

³⁹ Les assistantes sociales sont, dans le dispositif « normal », les acteurs qui sont les plus à même de recueillir la parole et d'analyser avec lui toutes les composantes extra-professionnelles de sa situation.

⁴⁰ Sous forme de détachement de la CRAM ou de financement d'un poste par l'AGEFIPH.

- définir le système d'information en liaison avec le niveau régional.

4.3.3 une fonction d'animation et de pilotage opérationnel du maintien

La mission assurée par cette personne consiste à :

- élaborer une convention départementale du maintien reliant les principaux acteurs du dispositif et, a minima, la CRAM – services sociaux et médecins conseils - , les médecins du travail, la COTOREP, le conseiller maintien.

La convention sur laquelle les partenaires doivent s'accorder cherchera à définir et faire vivre un processus qui concerne l'ensemble des acteurs du dispositif de maintien⁴¹. La convention décrit le processus d'évaluation / orientation : Elle définit – selon les cas de figure – qui est destinataire du signalement et qui il informe de la suite donnée⁴².

- mettre en place et animer une instance collégiale pour évaluer le risque et orienter les salariés lorsque cette évaluation ne peut être faite par un des acteurs du processus « normal »,
- informer les partenaires sur les rôles de chacun et le fonctionnement du dispositif.
- faire vivre un système d'information sur les activités de détection /évaluation/ maintien dans le département.

Cette fonction sera assurée par à un animateur du dispositif indépendant des prestataires de service – conseillers maintien, CAP emploi, ergonomes, ..., sachant que les modalités pratiques d'organisation de cette fonction – volume de travail, lieu d'affectation- seront définies par le comité de pilotage départemental.

⁴¹ Elle cherchera, notamment, à: -

Inclure dans le processus décrit dans la convention- et animé par l'animateur du dispositif- les circuits du dispositif « normal ». cela concerne, en premier lieu, le circuit CRAM -> médecin du travail, mais également, le circuit médecin conseil -> médecin du travail et médecin traitant -> médecin du travail, médecin du travail -> conseiller maintien, etc.

Positionner les services sociaux de la CRAM comme maître d'œuvre de l'évaluation : ceci signifie, notamment, que l'appel à un spécialiste de l'évaluation ne se fait qu'après avoir consulté la CRAM.

Positionner le médecin du travail comme maître d'œuvre de la recherche d'une solution et de sa mise en œuvre. Ceci signifie, notamment : que l'appel au conseiller maintien ne peut se faire qu'après avoir consulté le médecin du travail et que celui-ci ait choisi ou bien de faire lui-même ou de demander une assistance (et dans ce cas pour quel type de prestation). ; et que le circuit « normal » de signalement consiste à informer le médecin du travail – circuit à privilégier pour le médecin conseil et le médecin traitant -.

⁴² Elle précise, en particulier, le fonctionnement du processus normal et les conditions d'appel au dispositif dédié – conseiller maintien, prestataire pour l'entretien socioprofessionnel –

4.4 Mettre en place un système de suivi et d'information :

Mettre en place un système d'information permettant de suivre le devenir d'un dossier lorsqu'un cas a été détecté.

Ce système de suivi doit permettre de suivre une personne quel que soit le lieu de détection et de s'assurer que la personne destinataire d'un dossier ne laisse pas dormir le dossier.

Cela suppose de recenser tous les cas, y compris ceux qui suivent le circuit normal.

Consolider toutes les informations concernant les personnes licenciées pour inaptitude :

Notamment par le biais de CAP emploi à qui le salarié s'adresse à la suite du licenciement.

Etablir des statistiques ayant pour entrée le médecin du travail :

Pour assurer l'équité.
Pour avoir un idée des besoins et des pratiques.

Etablir des statistiques selon la branche professionnelle.

Pour pouvoir avoir une politique différenciée selon la nature des activités et des risques en partenariat avec les fédérations professionnelles.

5 NOS RECOMMANDATIONS : VOIES ET MOYENS POUR FAIRE EVOLUER LE SYSTEME :

La prévention des risques de licenciement auxquels sont exposés les travailleurs handicapés a conduit à créer des dispositifs de " maintien dans l'emploi " dans chaque département de la Région Rhône Alpes.

Ces dispositifs ont une ancienneté variable et sont aujourd'hui tous différents.

L'idée première consistant à s'interroger sur leurs niveaux de performances respectifs pour en déduire le choix du " modèle " que l'on pourrait présenter comme exemplaire ne résiste pas à l'examen.

C'est le modèle lui même dont ils sont tous dérivés qu'il convient de faire évoluer en proposant des mesures qui favoriseront la convergence des systèmes en place vers le système cible que nous venons de décrire (Cf. 3.1).

5.1 Préserver l'énergie des personnes actuellement investies dans les dispositifs de maintien et procéder par étapes en les associant

Le système décrit précédemment est un système cible, qui correspond à un système arrivé à maturité.

Les dispositifs existants fonctionnent grâce à des personnes fortement motivées, « pionnières » dans la prise en charge du maintien.

Faire évoluer les dispositifs dans le sens que nous indiquons doit préserver l'engagement de ces personnes.

Deux conditions au minimum sont nécessaires pour cela :

- Procéder par étapes : commencer par une recherche action sur les pratiques actuelles des médecins du travail (cf infra), mettre en place un système d'information et de suivi (cf infra) puis mettre en place des conventions entre les acteurs.
- Associer les acteurs à la description définitive du système cible et à l'évolution des dispositifs : les chemins par lesquels les dispositifs y arriveront, les options concrètes qui seront prises vont dépendre des départements. C'est le rôle des PDITH de piloter les changements avec les acteurs concernés en lien avec le comité de pilotage régional :

5.2 Créer un Comité de pilotage régional.

Les évolutions souhaitées ne se produiront pas de manière spontanée ni même à la seule initiative des acteurs de terrain. Il faut qu'elles soient impulsées à l'échelon régional qui

- Fait le lien avec les politiques régionales de l'emploi
- surplombe le niveau départemental auquel les dispositifs se sont mis en place et a la visibilité nécessaire de la couverture du territoire
- dispose d'un recul suffisant pour prendre la mesure des problèmes à traiter et soit garant à la fois de l'homogénéité des systèmes et de l'égalité de traitement des personnes susceptibles de perdre leur emploi pour inaptitude
- détient la capacité de mobiliser les moyens sur des enjeux importants

Bien entendu, la création d'un comité de pilotage régional n'est concevable que si les différentes composantes que sont les MIRT, la CRAM, la DRTE ... conjuguent leurs efforts avec ceux de l'AGEFIPH.

Les premières réunions de cette instance pourront être consacrées à la définition et la mise en place des comités de pilotage départementaux.

5.3 Réaffirmer que le maintien dans l'entreprise est l'objectif premier du dispositif

- Orienter les bilans AGEFIPH sur le maintien dans l'entreprise :
 - Lister et préciser les cas qui ne relèvent pas en entrée du maintien dans l'entreprise (exemple : l'opérateur de maintien doit-il traiter les dossiers des personnes qui ne veulent pas rester dans leur entreprise ?).
 - Préciser éventuellement sous quelles conditions et avec quel statut ces cas sont traités. En effet, dans des Départements comme la Drôme, se pose le problème de l'absence de structure pour suivre le dossier de la personne qui ne sera pas maintenue, mais pas encore licenciée.
 - Lister et préciser les cas qui ne sont pas comptabilisés en sortie comme du maintien (ex : bénéficiaire d'un CIF dont on ne sait encore si il sera maintenu à son retour de formation)

- Eclairer les bilans « opérateurs de maintien » par le schéma des flux départemental, ce qui permettrait de valoriser des actions amont, menées à titre préventif.

5.4 Engager une " recherche-action " avec le concours des médecins du travail.

Les médecins du travail jouent le tout premier rôle pour maintenir les TH dans leur emploi.

Mais :

- en ont-ils tous clairement conscience ?
- en ont-ils tous la même volonté et la même capacité ?

La réponse à ces questions ne peut être uniforme.

Les médecins ne deviendront pas acteurs " par décret ". Il faut les sensibiliser, les informer, les former connaître leurs besoins et répondre à leurs attentes si l'on veut obtenir qu'ils se mobilisent sur l'objectif.

Une enquête auprès des médecins du travail est certainement indispensable pour bien connaître leurs points de vue : le test que nous avons réalisé doit maintenant permettre de mener à bonne fin cette consultation.

Mais au delà de l'enquête, il faut sans doute engager avec eux une démarche d'exploration qui pourrait prendre la forme d'une recherche-action dans laquelle seraient impliqués deux groupes de médecin:

- un premier groupe composé de 20 à 30 médecins résolus à faire évoluer les pratiques en ce qui concerne le maintien dans l'emploi des TH dans les entreprises où ils interviennent. La connaissance des initiatives prises par chacun, celle des difficultés rencontrées et des résultats obtenus fournirait la matière pour capitaliser les expériences dans un guide sur les bonnes pratiques.
- un second groupe témoin (# 80 médecins) constitué de manière aléatoire permettrait de mesurer les marges de progrès à réaliser et de formaliser une démarche d'accompagnement.

5.5 Mettre en place un système d'information et de suivi des dispositifs de maintien au niveau départemental

La mise en place du système d'information et de suivi des actions menées et des résultats obtenus doit être préalable à la signature d'une convention entre les acteurs. Trois axes de travail peuvent être poursuivis :

se coordonner avec les organismes existants pour organiser les informations au niveau départemental

Cela concernerait notamment :

- la MIRT pour examiner de quelles informations départementales elle dispose
- la COTOREP
- L'ANPE et l'ASSEDIC (recensement des licenciements pour inaptitude)

mettre en place un recueil d'information sur les activités de détection, d'évaluation, de maintien

Ce sera une des missions de l'animateur du dispositif de :

- - mettre en place un système de repérage des cas détectés et de suivi des dossiers
- - établir des statistiques avec les médecins du travail (cf travail avec la MIRT)
- - établir des statistiques avec les branches professionnelles

traduire dans les indicateurs de l'AGEFIPH la diversité des offres de service.

L'activité des acteurs, notamment ceux financés par l' AGEFIPH, constituera une autre source d'information pour le pilotage du dispositif.

Cela pourra concerner toutes les prestations en appui aux médecins du travail et assistantes sociales de la CRAM, selon le degré de substitution de l'opérateur. Un certain nombre d'indicateurs ont été proposés et devront être testés : par exemple, nombre d'évaluations faites pour la CRAM, nombre de médecins du travail assistés, nombre de dossiers traités à la demande de médecins du travail ...

5.6 Travailler avec les branches professionnelles.

La dangerosité des métiers et des conditions de travail est inégale selon les professions.

Parmi les sujets d'étonnement de l'étude, il faut mentionner la faible implication des branches professionnelles dans les actions menées en faveur du maintien. Certains de nos interlocuteurs font volontiers référence à des populations à risque (les saisonniers par exemple).

Une action ciblée sur des risques propres à l'exercice de certaines activités et relayée par les branches professionnelles concernées constitue sans aucun doute un axe de progrès à ne pas négliger.

5.7 Aider les conseillers maintien à développer leurs compétences.

Les problèmes soulevés pour renforcer l'efficacité des dispositifs maintien, invitent bien entendu l'ensemble des intervenants à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles : les médecins du travail, mais aussi les assistantes sociales, les employeurs, les salariés etc...

Si nous attirons l'attention sur les conseillers maintien, c'est pour plusieurs raisons :

- Ils pratiquent un nouveau métier pour l'exercice duquel on a fait appel à des profils différents : ergonomes, responsables de ressources humaines, consultant etc...
- C'est un métier dans lequel nous proposons de dissocier deux types de fonction (Cf. infra)
 - les fonctions d'animation chargées d'accroître l'efficacité du dispositif " normal " : faciliter la détection et le signalement, évaluer et orienter, assurer le traitement des informations relatives au fonctionnement et aux résultats de l'activité.
 - les fonctions de prestataires de services : assistance au médecin, sous-traitance sous la responsabilité du médecin ou substitution dans le cas où le médecin décide de se dessaisir du dossier.

- C'est un métier qui est exercé dans un certain isolement : plusieurs conseillers maintien sont avides de savoir comment leurs collègues de la région procèdent pour traiter certains cas ou pour aborder certaines situations.
- C'est un métier enfin dans lequel certains sont installés de façon précaire et d'autres jouissent d'une position relativement confortable. Certains ont dû lutter pour se faire admettre dans le paysage et d'autres sont devenus incontournables.

Toutes ces caractéristiques militent en faveur d'une réflexion et d'un programme d'action à mener au niveau régional pour :

- définir ce que sont les missions et les attributions des conseillers maintien,
- identifier les compétences qu'ils doivent acquérir pour remplir leurs fonctions,
- leur donner la maîtrise des outils techniques, juridiques, financiers dont ils ont l'usage,
- d) et leur permettre d'acquérir les bonnes pratiques pour organiser leur travail et fonctionner en réseau.

Plan détaillé

1	LA POSITION DU PROBLEME TELLE QU'ELLE RESSORT DE NOS ENTRETIENS ET DE NOS OBSERVATIONS :	5
1.1	S'accorder sur ce dont il est question :	5
1.1.1	Préciser le vocabulaire :	5
	Maintien dans l'entreprise et maintien dans l'emploi. Dispositif de maintien et opérateur de maintien. "Reclassement " et action de maintien dans l'entreprise.	
1.1.2	Repérer le champ de l'intervention des actions spécifiques en faveur des travailleurs handicapés :	7
	Frontière entre " droit commun " et appui spécifique : Frontière entre risque de perte d'emploi et aménagement de poste sans risque de perte d'emploi : Frontière entre licenciement pour inaptitude et licenciement pour d'autres causes .	
1.1.3	S'accorder, a minima, ce qu'est une opération de maintien réussie, malgré le débat que cela soulève :	9
	Par rapport à la volonté et l'intérêt du salarié Par rapport à la pérennité de la solution trouvée Par rapport au maintien dans l'emploi	
1.2	Evaluer un opérateur de maintien consiste à évaluer une fonction de subsidiarité par rapport à des institutions publiques dont c'est la mission	10
	Une partie des actions de maintien est réalisée par des opérateurs dont c'est la mission : Services sociaux de la CRAM, médecins du travail (avec, éventuellement, intervention de la COTOREP). Les fonctions clefs du processus global de maintien sont assurées par des personnes appartenant à des structures différentes dont une partie seulement est financée par l'AGEFIPH	
1.3	Le dispositif de maintien dans l'emploi et l'opérateur de maintien ne peuvent être évalués qu'à partir d'une vision globale sur un territoire déterminé	11
	Un indicateur de base doit être le nombre de salariés TH licenciés pour inaptitude ou pour raison de maladie. L'observation doit concerner l'ensemble du dispositif et non le seul opérateur de maintien :	
1.4	Le médecin du travail est l'acteur central du dispositif d'aide au salarié et à l'entreprise à la fois acteur principal et " client " du dispositif de maintien.	12
1.5	En l'absence de cadre de référence, les opérateurs de maintien risquent de devenir une institution parallèle au circuit " normal " de traitement du maintien.	13

1.5.1	Historiquement, les efforts des partenaires impliqués dans le maintien ont consisté à améliorer les détections et à confier les cas détectés à l'opérateur de maintien.	13
1.5.2	Au stade actuel de son développement cette dynamique risque de conduire à une divergence du dispositif : l'opérateur de maintien intervenant en parallèle et non en subsidiarité au circuit " normal " .	14
	<p>Tout salarié repéré par les instances de détection et d'orientation est, actuellement, systématiquement, orienté vers l'opérateur de maintien. La promotion de l'offre génère la demande. Ce développement parallèle peut être alimenté par des discours critiques sur les rôles respectifs des médecins du travail et des opérateurs de maintien</p>	
1.6	Les salariés confrontés à un problème d'inaptitude peuvent suivre des cheminements très différents.	15
	<p>Une partie de cette diversité résulte de la situation du salarié et de la nature de son handicap : Elle provient, également, des modalités de fonctionnement du dispositif de maintien. Premier scénario : le problème n'est pas détecté Second Scénario : le problème est détecté et ne fait pas peser de risque de licenciement sur le salarié : Troisième scénario : le problème est détecté et fait peser un risque de licenciement sur le salarié :</p>	
2	UNE PROPOSITION DE REFERENTIEL POUR EVALUER UN DISPOSITIF DE MAINTIEN :	23
2.1	Le respect des finalités d'un service public :	23
	<p>La clarté : L'équité : L'économie de moyens :</p>	
2.2	Les objectifs propres au maintien :	23
2.2.1	Diminuer le nombre de salariés licenciés pour inaptitude durant une année dans la région ou le département	23
2.2.2	Réduire au maximum le nombre de cas de salariés licenciés pour inaptitude qui n'ont pas été détectés avant l'échéance du licenciement	24
2.2.3	Assurer des évaluations pertinentes du risque de licenciement et de l'opportunité d'une tentative de maintien	24
2.2.4	Favoriser le traitement des dossiers par le circuit normal	25
	<p>Limitier le traitement des dossiers par l'opérateur de maintien aux seuls cas où celui-ci apporte un plus par rapport au circuit normal Réduire au maximum le nombre de cas de salariés travailleurs handicapés ne présentant pas de risque de licenciements traités pour un maintien.</p>	

3	QUELLE APPRECIATION PEUT-ON PORTER SUR LES DISPOSITIFS ACTUELS AU REGARD DE CETTE GRILLE ?	26
3.1	Les flux qui transitent par les opérateurs de maintien ne représentent qu'une faible part du nombre de cas de reclassements opérés dans la région.	26
3.2	On observe des différences d'efficacité importantes d'un département à l'autre.	27
	Le ratio " d'efficacité " (nombre de maintiens)/ (nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi) varie de 1 à 4 selon les départements.	
3.3	Tous les dispositifs se placent dans une logique de développement de l'activité de l'opérateur de maintien et non de subsidiarité.	28
3.3.1	L'organisation des dispositifs de maintien n'a pas été conçue dans l'optique d'un processus de subsidiarité.	28
	La notion de performance globale du maintien n'est ni recherchée, ni diffusée à l'échelle des départements. Les dispositifs n'ont pas positionné le médecin du travail comme maître d'œuvre du maintien.	
3.3.2	L'accent est mis sur l'accroissement du nombre de signalements dans une logique de développement de l'activité de l'opérateur de maintien.	29
	La collecte des signalements représente au yeux des acteurs des dispositifs, une priorité. La dynamique propre de développement des opérateurs est organisée dans une logique d'accroissement des signalements et de traitement par l'opérateur de toutes les situations présentant un risque de licenciement.	
4	NOS RECOMMANDATIONS : UNE PROPOSITION DE SITUATION CIBLE	31
4.1	Mettre en place des moyens spécifiques chargés de gérer l'articulation entre le dispositif " de droit commun " et les prestataires dédiés	31
4.1.1	Facilitation de la détection et du signalement :	31
4.1.2	Evaluation et orientation :	31
4.1.3	Pilotage :	32
4.2	Susciter et piloter des offres de service à destination des acteurs du dispositif " de droit commun ".	33
4.2.1	Une offre de service pour la recherche d'une solution et la mise en œuvre d'un maintien, en distinguant trois prestations différentes assurées par le conseiller de maintien	33
	Assistance au médecin du travail dans sa recherche d'une solution de maintien Prise en charge pour le compte du médecin du travail concerné du traitement du dossier Substitution au médecin du travail	
4.2.2	Une offre de service pour l'évaluation du risque et de la meilleure orientation à proposer.	34

4.3	Définir une organisation distinguant trois niveaux d'animation et de pilotage :	34
4.3.1	une instance régionale de pilotage de la politique de maintien.	34
4.3.2	un comité de pilotage départemental du maintien	34
4.3.3	une fonction d'animation et de pilotage opérationnel du maintien	35
4.4	Mettre en place un système de suivi et d'information :	36
	Mettre en place un système d'information permettant de suivre le devenir d'un dossier lorsqu'un cas a été détecté. Consolider toutes les informations concernant les personnes licenciées pour inaptitude : Etablir des statistiques ayant pour entrée le médecin du travail : Etablir des statistiques selon la branche professionnelle.	
5	NOS RECOMMANDATIONS : VOIES ET MOYENS POUR FAIRE EVOLUER LE SYSTEME :	37
5.1	Préserver l'énergie des personnes actuellement investies dans les dispositifs de maintien et procéder par étapes en les associant	37
5.2	Créer un Comité de pilotage régional.	38
5.3	Réaffirmer que le maintien dans l'entreprise est l'objectif premier du dispositif	38
5.4	Engager une " recherche-action " avec le concours des médecins du travail.	39
5.5	Mettre en place un système d'information et de suivi des dispositifs de maintien au niveau départemental	40
	se coordonner avec les organismes existants pour organiser les informations au niveau départemental mettre en place un recueil d'information sur les activités de détection, d'évaluation, de maintien traduire dans les indicateurs de l'AGEFIPH la diversité des offres de service.	
5.6	Travailler avec les branches professionnelles.	41
5.7	Aider les conseillers maintien à développer leurs compétences.	41

ANNEXE 1

SYNTHESE données chiffrées

Ce document est le commentaire des tableaux figurant en Annexe 4

Sommaire de l'annexe « données chiffrées »

1. LE RECUEIL

- 1.1 Objectifs
- 1.2 Les sources
- 1.3 Le matériau recueilliet ses manques
- 1.4 La présentation des données

2. COMMENTAIRES SUR LES DONNEES

- 2.1 Des démographies générales comparables
- 2.2 Examen de quelques données
- 2.3 La question de l'efficacité et de l'efficience
 - 2.3.1 Données quantifiées
 - 2.3.2 Commentaires par département

6 LE RECUEIL

6.1 Objectifs

L'objectif poursuivi était de rassembler les données qui, de manière directe ou indirecte, aident à caractériser la problématique du maintien dans l'emploi, notamment pour tenter de saisir où se trouvent les principales différences d'un département à l'autre, puisque le département constitue la maille d'étude.

6.2 Les sources

Les principales sources consultées sont les suivantes :

Au plan des données :

- Etude «Caractéristiques et évolution de l'emploi et du chômage en Rhône-Alpes », publiée par la DRTEFP (ISBN 2-11 – 091708-3), disponible sur Internet,
- Etude « Rhône-Alpes Santé Travail – Bulletin des Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail N°89 - Septembre 2000», publiée par la DRTEFP, disponible sur Internet,
- Tableau de bord 2001 – Statistiques et indicateurs du handicap et de l'insertion professionnelle en Rhône-Alpes – Septembre 2001, publiée par le CRDI Rhône-Alpes, disponible sur Internet,
- Bilan 1999 des maladies en relation avec le travail en Rhône-Alpes, par le Docteur Hatem Ben Hayed de la DRTEFDP, disponible sur Internet,
- Etude « Personnes handicapées et emploi », publiée en décembre 2000 par le CRDI Rhône-Alpes, disponible sur Internet.
- Données sur déclarations AT fournies par M. Poguet CRAM
- Données sur arrêts de travail et AT transmis par CPAM à la CRAM par Madame Croizat (il convient de souligner ici que ces données sous réserve sachant que toutes les CPAM ne font pas de remontées de ces données).

Au plan des personnes contactées :

- CRDI Rhône-Alpes : Madame Catherine Gremaud à Valence,
- DR ANPE : Madame Geneviève Cottet-Eymard,
- DRTEFP : Madame Isabelle Magaud,
- CRAM : Madame Jacqueline Croizat, Monsieur JP Poguet.

6.3 Le matériau recueilliet ses manques

Les données recueillies couvrent des domaines assez variés comme on peut le voir dans les tableaux Excel qui ont été constitués :

- effectif salarié du département,
- nombre d'établissements,
- situation de l'emploi,
- situation de l'emploi des personnes handicapées,
- données COTOREP,
- invalidité,
- AT et MP,
- médecine du travail
- activités opérateurs de maintien,
- effectif maintien.

Mais il faut noter :

- des disparités de dates assez importantes – certaines données sur la population salariée datant de 1998,
- une absence de caractérisation départementale de l'activité de la Médecine du Travail, liée à la « grève des statistiques »,
- la non disponibilité d'une donnée centrale pour une telle étude qui est le nombre annuel de licenciements pour inaptitude. Le nombre de salariés inscrits à l'ANPE suite à un licenciement pour inaptitude n'est pas non plus suivi ni par l'ANPE ni par les ASSEDIC : la rubrique n'est pas prévue, et ces deux organismes n'envisagent pas qu'elle le soit un jour car ce serait faire courir un risque au salarié que de lier son nom à la cause de son licenciement.

6.4 La présentation des données

Elles sont réunies dans l'annexe 2 qui comporte trois feuillets. :

- - Le premier feuillet présente les données brutes, département par département,
- - Le deuxième feuillet présente les mêmes données, mais en les ramenant pour chaque département au pourcentage du nombre de salariés du secteur privé au 31 12 99,
- - Le troisième feuillet reprend encore les mêmes données mais en les recalculant dans chaque département comme si chacun d'eux avait eu 200 000 salariés du secteur privé au 31 12 99. Le chiffre de 200 000 a été retenu car 8 départements à 200 000 salariés donnent 1 600 000 salariés soit à 1% près le nombre réel de salariés de RA au 31 12 99 (1 590 000).

C'est le 3° feuillet qui image sans doute le mieux les disparités départementales.

7 COMMENTAIRES SUR LES DONNEES

7.1 Des démographies générales comparables

Bien sûr, chaque département est différent par sa population, ses activités, son histoire économique mais il ne faut pas en surdimensionner les spécificités : il est par exemple rare qu'en valeur relative (onglet N°2 sur expression en pourcentage) l'écart entre le département le plus faible et le plus fort excède 40 % : les valeurs moyennes obtenues au niveau régional sont représentatives.

Pour fixer les idées, on peut ici donner le tableau sur la situation générale de l'emploi (rapportée au nombre de salariés du secteur privé au 31 12 99 :

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1998	18,6%	15,0%	26,1%	24,1%	20,4%	23,4%	16,4%	16,9%	14,9%
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1999	17,2%	13,2%	26,9%	22,9%	19,3%	21,6%	14,6%	15,6%	14,0%
Nombre d'inscriptions à l'ANPE suite licenciements économiques en 1998	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,4%	1,7%	1,4%	1,0%	1,5%
Nombre de chômeurs de longue durée recensés par ANPE à fin décembre 1998	5,7%	4,2%	7,4%	7,7%	6,0%	7,4%	5,3%	4,9%	4,3%
Embauches (hors intérim) en 1998 d'après DPAE	65,6%	50,2%	71,5%	71,1%	58,7%	51,2%	69,5%	88,7%	72,1%

7.2 Examen de quelques données

On se basera ici sur les données recalculées comme si tous les départements avaient eu une population salariée du secteur privé de 200 000 habitants (feuillelet 3) :

Donnée	Valeur la plus faible	Valeur la plus forte	2 départements les plus faibles	2 départements les plus forts
Nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi au cours de 2000	1527	3187	Rhône, Haute-Savoie	Loire, Ardèche
Nombre de demandeurs d'emplois handicapés au 31 12 99	1311	2998	Savoie, Haute-savoie	Loire, Ardèche
RQTH (total A+B+C) accordées par COTOREP en 2000	2197	5966	Savoie, Rhône	Loire, Ardèche
Nombre de rentes invalidité (1 ^o catégorie) accordées en 98	101	360	Rhône, Drôme	Ardèche, Loire
Nombre d'AT dans les entreprises privées en 99	20 297	15 221	Rhône, Isère	Ain, Savoie
Nombre de rentes AT avec IPP d'au moins 10 % en 99	132	234	Haute-Savoie, Drôme	Savoie, Loire
Nombre de déclarations Maladies Professionnelles en 99	92	475	Rhône, Ardèche	Loire, Ain

La Loire et l'Ardèche ressortent comme les départements ayant, à proportion de leur population, les situations les plus lourdes vis à vis du handicap.

On peut faire le même exercice en s'intéressant au chiffres extraits des bilans des opérateurs de maintien pour l'année 2000 (hors Isère –pas de dispositif en 2000) :

Données	Valeur la plus faible	Valeur la plus forte	2 départements les plus faibles	2 départements les plus forts
Nombre de signalements reçus en 2000	119	969	Ain, Rhône	Ardèche, Loire
Nombre de dossiers fermés en 2000	96	706	Ain, Rhône	Ardèche, Loire
Nombre de maintiens au poste ou dans l'entreprise en 2000	66	295	Ain, Rhône	Ardèche, Loire
Effectif opérateur en 2000	1,5	12,6	Haute-Savoie, Ain	Ardèche, Drôme

Les constats principaux sont les suivants :

Les disparités sur les chiffres du handicap d'un département à l'autre (tableau du dessus) sont dans un rapport de 1 à 2,5.

Elles sont dans un rapport de 1 à 7 quand on s'intéresse à la caractérisation de l'activité des opérateurs de maintien.

Les deux départements ayant la problématique handicap la plus lourde sont ceux qui ont, également, l'activité la plus forte des opérateurs de maintien, à savoir l'Ardèche et la Loire, ce qui paraît cohérent.

7.3 La question de l'efficacité et de l'efficience

7.3.1 Données quantifiées

Pour les 7 départements dont on considère les chiffres pour 2000, il est possible de se poser la question de l'efficacité, puis celle de l'efficience des opérateurs de maintien.

On définira ici :

l'efficacité comme le nombre de salariés maintenus dans leur poste ou du moins dans l'entreprise en 2000, rapporté au nombre de demandeurs d'emploi handicapés inscrits en 2000 divisé par 1000. Autrement dit : nombre de salariés maintenus en entreprise pour 1000 demandeurs d'emploi handicapés inscrits en 2000.

l'efficience comme le nombre de salariés maintenus dans leur poste ou du moins dans l'entreprise en 2000, rapporté à l'effectif ETP (Agefiph + financement autre) de l'opérateur.

Il est également possible de s'intéresser à une autre grandeur qui traduit la capacité d'un opérateur de maintien à traiter les cas qui lui sont soumis :

le taux de transformation est donné comme le rapport entre le nombre de maintiens au poste ou dans l'entreprise et le nombre de signalements faits. Précisons que ce taux calculé en rapprochant le nombre de signalements faits en 2000 du nombre de maintiens faits en 2000 est purement indicatif car il ignore le fait que la durée moyenne de traitement d'un dossier est de l'ordre de 6 mois et suppose donc que les flux de signalement et de maintien soient constants.

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Efficacité = (nombre de maintiens au poste + nombre de maintiens dans l'entreprise/ pour 1000 personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi)	63	43	112	74	NS	87	41	118	155
Efficience = (nombre de maintiens au poste + nombre de maintiens dans l'entreprise/ Effectif total de l'opérateur)	46	34	23	42	NS	54	25	81	153
Facteur de transformation = (nombre de maintiens au poste/ nb de signalements)	46%	66%	30%	35%	NS	42%	32%	84%	82%

Au vu de ce tableau :

les dispositifs les plus efficaces au plan de leur impact départemental sont par ordre décroissant : Haute-Savoie, Savoie, Ardèche, Loire, Drôme, Ain, Rhône.

les dispositifs les plus efficents (ou si on veut être plus clair, les plus productifs au regard des moyens humains engagés) sont par ordre décroissant : Haute-Savoie, Savoie, Loire, Drôme, Ain, Rhône, Ardèche.

Les dispositifs ayant la meilleure capacité de transformation sont par ordre décroissant : Savoie, Haute-Savoie, Ain, Loire, Drôme, Rhône, Ardèche.

On observe par ailleurs que :

Dans les départements qui ont les problématiques sociales les plus lourdes (Ardèche, Loire), les taux de transformation et l'efficacité sont plus faibles. Difficultés des entreprises, difficultés à faire évoluer des personnels faiblement qualifiés à la base font partie des facteurs explicatifs.

Efficacité et efficacité ne sont pas toujours corrélées : par exemple l'Ardèche a une mauvaise efficacité (c'est à dire un rendement des moyens humains engagés faibles) mais elle a une bonne efficacité rapportée à la situation de l'emploi des TH.

7.3.2 Commentaires par département

Les disparités qui caractérisent les chiffres précédents appellent bien sûr une tentative de commentaire sur les situations départementales des opérateurs de maintien :

L'Ardèche est un département dans lequel l'opérateur est globalement efficace malgré certains services de médecine du travail peu ouverts à la démarche et la disparité de motivation des CPAM du Département. Le cloisonnement géographique dans ce département est fort.

Au plan de la productivité, ce département dispose d'un effectif important mais lourdement pénalisé en 2000 par des arrêts (longue maladie et maternité) ; l'efficacité réelle des techniciens maintien est sûrement supérieure à celle calculée (de 50 à 80 % selon notre estimation).

On notera également que l'opérateur ne comptabilise pas comme maintien dans l'entreprise les salariés en CIF tant qu'ils n'ont pas réintégré leur entreprise initiale.

Il faut noter aussi que l'opérateur cherche à faire évoluer le dispositif « amont » (au niveau de la prise en charge des dossiers) vers un système de « référents », plus proche du modèle 74 ou 38.

Cette démarche semble tout à fait pertinente au vu du nombre de signalements recueillis (le plus élevé de tous les départements en proportion de la population) alors que tous les médecins du travail ne coopèrent pas. En effet, en « engrangeant » trop de dossiers qu'il n'est pas le mieux à même de traiter, l'opérateur pénalise son efficacité et éventuellement l'image de son action.

Enfin, on doit souligner que l'Ardèche est un département dans lequel l'opérateur envisage d'avoir des actions plus préventives au niveau des entreprises ou (autres organismes) de sorte à éviter des dossiers de maintien futurs sans solution.

La Drôme est également un département dans lequel l'opérateur de maintien travaille dans un environnement hétérogène du point de vue de la collaboration avec les services de Médecine du Travail.

Par ailleurs, le fonctionnement avec la Cotorep est, en 2000 encore, marqué par un positionnement assez rigide du médecin responsable qui ne favorisait pas la résolution des cas (pour illustrer ce point, on peut par exemple rappeler que le taux de RQTH catégorie C était de très loin le plus faible de la région ; 2,5 fois moins que la Savoie à population comparable).

Enfin, on notera que l'opérateur de maintien est rattaché au PDITH et n'a pas avec CAP'Emploi des relations fluides. Le problème de la passerelle entre le TH qui ne peut être reclassé dans son entreprise et le même TH une fois licencié qui recommence (et non poursuit) un parcours avec CAP'Emploi est posé. Dans les chiffres (onglet 3), on voit un corollaire de ce point avec le plus fort taux de reclassements externe parmi les opérateurs, probablement lié au souci de compenser l'absence de passerelles efficaces.

La Loire est un département dans lequel l'opérateur de maintien a un ancrage ancien, et s'est donc constitué un réseau solide à la fois avec les services de médecine du travail et avec les services de CAP'Emploi auquel il est aujourd'hui intégré.

La Loire a aussi la particularité d'être un dispositif fortement territorialisé qui met en avant la notion de bassin (cela valant à la fois pour l'opérateur de maintien mais aussi pour Cap'Emploi et d'autres acteurs sociaux).

Avec le 2^e taux de signalement rapporté à la population salariée, une efficacité et un taux de transformation moyens malgré une situation sociale lourde dans le département, la Loire peut constituer une bonne image du modèle semi-institutionnel stabilisé. Son risque est celui d'une croissance des effectifs internes qui lui ferait passer un seuil (actuellement l'effectif est de 5 personnes) pour lequel les nécessités de coordination interne pénaliseraient une efficacité déjà moyenne.

La Haute-Savoie est un département dont les bons chiffres de l'opérateur de maintien méritent analyse. Il est caractérisé par des bonnes relations avec l'ensemble des services de médecine du travail, mais surtout par un dispositif original de répartition des dossiers entre les différents acteurs du Département au sein d'une « cellule maintien dans l'emploi ». Cette cellule n'est pas un simple appendice de la réunion technique Cotorep mais une instance propre au maintien à la quelle participent entre autres le médecin de la Cotorep, la médecine du travail, la CRAM et CAP'Emploi.

Il faut aussi noter une très bonne complémentarité de l'opérateur de maintien avec l'ergonome de Cap'Emploi : celle-ci est souvent directement saisie par les médecins du travail pour lancer des aménagements de poste : cela aboutit à des maintiens comptabilisés, mais avec une moindre charge de dossier sur le technicien maintien⁴³.

Deux questions viennent bien sûr à l'esprit : la situation sociale plutôt favorable du département explique-t-elle pour partie cette bonne performance ? l'efficacité est-elle liée au fait que l'opérateur ne reçoit que des cas « faciles » ? A la première question, le rapprochement des données avec un département de même taille comme la Loire fait penser que la réponse est oui. Mais sur la seconde, il faut considérer que le ratio d'efficacité est donné par rapport au nombre de TH inscrits comme demandeurs d'emploi et observer qu'il ne peut y avoir que des cas faciles dans l'ensemble des TH d'un département. Cela incite donc à considérer la Haute-Savoie comme une référence de performance et donc à retenir dans son organisation ce qui la différencie des autres

⁴³ nous n'avons pas perçu dans les autres départements une aussi bonne relation avec les ergonomes départementaux, loin de là

départements à savoir une affectation amont des dossiers concertée avec tous les acteurs qui sont autant de référents possibles.

Cette organisation pose d'ailleurs un problème indirect qui est la difficulté du PDITH à se positionner sur l'animation du « dispositif de maintien » avec toutes ses filières, alors que dans les faits c'est l' « opérateur de maintien » avec ses réunions « cellules » périodiques qui en paraît le maître d'œuvre.

La Savoie est un département également exemplaire dans la mesure où il fait apparaître de très bons résultats (en 2° position pour l'efficacité et pour l'efficience et en 1° position pour le taux de transformation.).

Ces performances méritent d'autant plus de retenir l'attention que la structure dédiée au maintien - de création récente (Nov. 98) - est cependant très légère (1,5 EQTP). On peut les expliquer par la conjugaison de deux facteurs :

Le profil de la chargée de mission qui a tenu dans un passé récent les fonctions de Responsable de Ressources Humaines d'une petite structure et son ancrage dans le dispositif qui lui permet d'entretenir des contacts étroits avec les médecins du travail et le Medef.

- - Elle est en effet rattachée administrativement à une Association (AMTS) qui regroupe les 47 Médecins du Travail du Département (et 40 assistantes médicales)..
- - Elle participe aux réunions tenues par la Cellule de Coordination Générale qui siège à la COTOREP
- - et travaille en bonne intelligence avec CAP Emploi.

L'AIN fait partie des deux départements qui présentent une « efficacité » faible. On peut y voir le résultat de l'absence de collaboration entre les principaux acteurs du dispositif.

Une Cellule pour la Prévention de la désinsertion professionnelle a été mise en place en 1997, à l'initiative du service social de la CRAM. Elle réunissait le service social de la CRAM, CAP EMPLOI et Interface O1, ex-cellule Travailleur Handicapé du MEDEF.

Le service social de la CRAM a décidé à la fin de l'année 1999, après 3 années de fonctionnement, de se retirer du dispositif, en raison des résultats insuffisants et du manque de clarification des champs d'intervention de CAP EMPLOI et d'Interface O1. La cellule n'a pas continué de fonctionner ensuite.

Aujourd'hui, les acteurs interviennent sans se coordonner.(Exception à cela, la convention de partenariat qui lie le service social de la CRAM et le SRAME 01, Soutien à la Réinsertion et Action de Maintien dans l'Emploi du Centre de Rééducation Professionnelle MANGINI, qui s'occupe de personnes cérébro-lésées.) CAP EMPLOI n'a pas de ressources affectées au maintien.

L'absence de collaboration entre les principaux acteurs se traduit par des dysfonctionnements :

- Absence de transmission entre le service social de la CRAM et Interface 01, et entre le service social de la CRAM et CAP EMPLOI
- Nécessité pour Interface 01 de déployer des efforts importants pour « s'alimenter »
- Absence de lieu d'échange d'expériences et de traitement de l'orientation spécifique au maintien.

Le repérage des personnes qui relèvent du maintien est réalisé par le service social de la CRAM, les médecins du travail, Interface 01 et CAP EMPLOI.

Le seul lieu qui semble fonctionner comme lieu d'orientation est l'équipe technique de la COTOREP à laquelle participent le service social de la CRAM, Interface 01, CAP EMPLOI, l'ANPE, l'AFPA ... Les cas de maintien qui y sont traités sont répartis entre Interface 01 et CAP EMPLOI. En 2000, 11 dossiers ont été confiés à Interface 01 (sur les 77 qu'Interface a traité.)

Pour le reste, chaque acteur essaie de traiter les cas de maintien dans les limites de ses compétences et moyens.

Une expérience intéressante est en cours depuis fin 2001 au sein de la CPAM pour rendre possible les évaluations en milieu de travail quand les personnes sont en arrêt de travail. Leurs indemnités journalières sont maintenues.

Pour les trois indicateurs retenus, le département du Rhône se situe en bas de la fourchette, tant en terme d'efficacité qu'en terme d'efficience ou de transformation. L'interprétation de cet état de fait est plus complexe que pour le département de l'Ain.

En effet, l'histoire du dispositif de maintien dans le Rhône est une histoire mouvementée, puisque l'organisation du dispositif a changé de schéma deux fois en moins de cinq ans.

Le dispositif actuel – qui fait suite à la disparition de l'organisme en charge de l'animation du maintien – date du milieu de l'année 2000. Il comprend un « opérateur de maintien » constitué de trois organismes distincts : l'association Par-Emploi⁴⁴ et deux associations CAP Emploi qui assurent la recherche de solutions et l'assistance à leur mise en oeuvre.

La convention signée entre les différents partenaires du maintien à l'occasion de la mise en place de ce dispositif n'a pas gommé les différences d'appréciation entre partenaires sur les modes opératoires souhaitables.

L'effet résultant est une situation peu satisfaisante au regard des chiffres.

⁴⁴ chargée d'animer le dispositif et de préparer la CDME qui décide de l'orientation des travailleurs qui lui sont signalés. Par-Emploi effectue les diagnostics socioprofessionnels lorsque ceux-ci n'ont pas été faits par la CRAM.

On peut supposer que les changements d'intervenants ne favorisent pas la lisibilité du dispositif et, en particulier, brouillent la vision que peuvent en avoir les médecins du travail.

Plus précisément, le Rhône semble cumuler deux handicaps : le nombre de signalements qui est traité par l'opérateur est faible, relativement aux autres départements et l'origine des signalements ne favorise pas un traitement précoce des cas repérés.

- les signalements qui sont traités par Par-Emploi proviennent en grande majorité de la COTOREP⁴⁵. Or les dossiers de reconnaissance RQTH traités par la COTOREP ne relèvent pas nécessairement du maintien. Par ailleurs, certains salariés ne font une demande que lorsque l'inaptitude est prononcée.
- La CRAM, jusqu'à un passé récent⁴⁶, ne participait que pour une très faible part aux signalements – entre 20 et 30 signalements par an-

⁴⁵ Le Rhône se distingue nettement des autres départements sur ce point ;

⁴⁶ Cette situation devrait évoluer compte tenu de la nouvelle orientation donnée aux missions des services sociaux des CRAM.

Annexe 2

Résultats de l'enquête exploratoire auprès de médecins du travail de la région

Les résultats de l'enquête auprès des médecins du travail.

L'enquête auprès de médecins du travail a été décidée après la première étape de la mission. L'opération a conduit à construire un questionnaire qui a reçu l'aval de la MIRT. Celle-ci s'est impliquée dans la formulation des questions et dans sa diffusion.

Avec son appui, et la contribution des opérateurs, deux catégories de médecins - tous inter-entreprises - ont été interrogés :

- ceux qui travaillent régulièrement avec les opérateurs de maintien
- ceux qui ne le font pas.

Au total 30 médecins ont répondu (sur # 160 à qui le questionnaire a été adressé).

Nous disposons donc d'une base de données qui à défaut d'être représentative, est significative en ce sens qu'elle renseigne sur la dispersion des comportements. La présentation des résultats de ce sondage-test semble indispensable à la compréhension du fonctionnement des dispositifs maintien.

Sur chacune des fiches que nous présentons :

- les profils sont triés de gauche à droite en fonction de la fréquence des recours du médecin au dispositif maintien.
- les numéros correspondent aux départements d'origine (Ex : 69 pour le Rhône) et au classement des questionnaires en fonction de l'ordre dans lequel ils nous sont parvenus.

Fiche 1 :

Elle met en évidence les différents profils et l'intensité des comportements associés:

- médecins qui enregistrent des licenciements pour inaptitude sans intervention de leur part. Ex : 69/23
- médecins qui enregistrent des licenciements et conduisent eux mêmes des actions de reclassement. Ex :69/9
- médecins qui enregistrent des licenciements, conduisent des actions de reclassement et ont recours à une aide extérieure. Ex : 26/2
- médecins qui ont recours à une aide externe et ne conduisent pas ou peu d'action de reclassement. Ex : 73 27, 69 24.

N.B.Les reclassements ne concernent pas toujours des TH ni des salariés menacés de licenciement.

Fiche 2

Elle met en relief les différentes modalités utilisées pour réaliser les reclassements : actions conduites en interne, avec l'assistance d'un expert, avec le concours d'un organisme spécialisé (OIP, EPSR, CAP emploi) ou bien avec l'opérateur de maintien du département.

Fiche 3

Elle recense les salariés qui font l'objet d'un reclassement, les licenciements motivés par l'inaptitude (malgré ou sans demande de reclassement) et les salariés maintenus dans l'entreprise sans que leur demande de reclassement ait abouti.

Fiche 4

Elle éclaire les conditions dans lesquelles s'opère la détection des cas d'inaptitude potentiels et fait ressortir

- le rôle déterminant du corps médical dans cette détection. (médecins du travail, médecins conseils de la SS et médecins traitants).
- le rôle de " poisson pilote " que joue l'opérateur maintien auprès de certains médecins (et de certains seulement).

Ces quatre fiches sont instructives en ce sens qu'elles font apparaître des pratiques médicales très différentes. Certains médecins identifient les cas qui posent problème, d'autres semblent ne pas s'en préoccuper. Certains traitent le problème et d'autres choisissent de le faire sous traiter etc...

Fiche 5 :

Elle est indicative des flux que l'on peut imaginer à partir d'une extrapolation des résultats du sondage. La plus grande prudence est donc recommandée dans le commentaire. Rapprochés toutefois des chiffres officiellement connus par ailleurs, les ordres de grandeur indiqués pour les différents cas de figure ne semblent pas déraisonnables.

C'est ainsi par exemple que le nombre de travailleurs licenciés pour inaptitude obtenu par extrapolation s'élèverait à 5 600. Chiffre que l'on peut mettre en regard avec les 8 000 déclarations d'inaptitude recensés par la MIRT. C'est un chiffre qui démontre l'importance de l'enjeu. Toute appréciation sur le fonctionnement des dispositifs de maintien n'a de sens que rapportée aux dispositions qui sont prises pour le réduire de manière efficace.

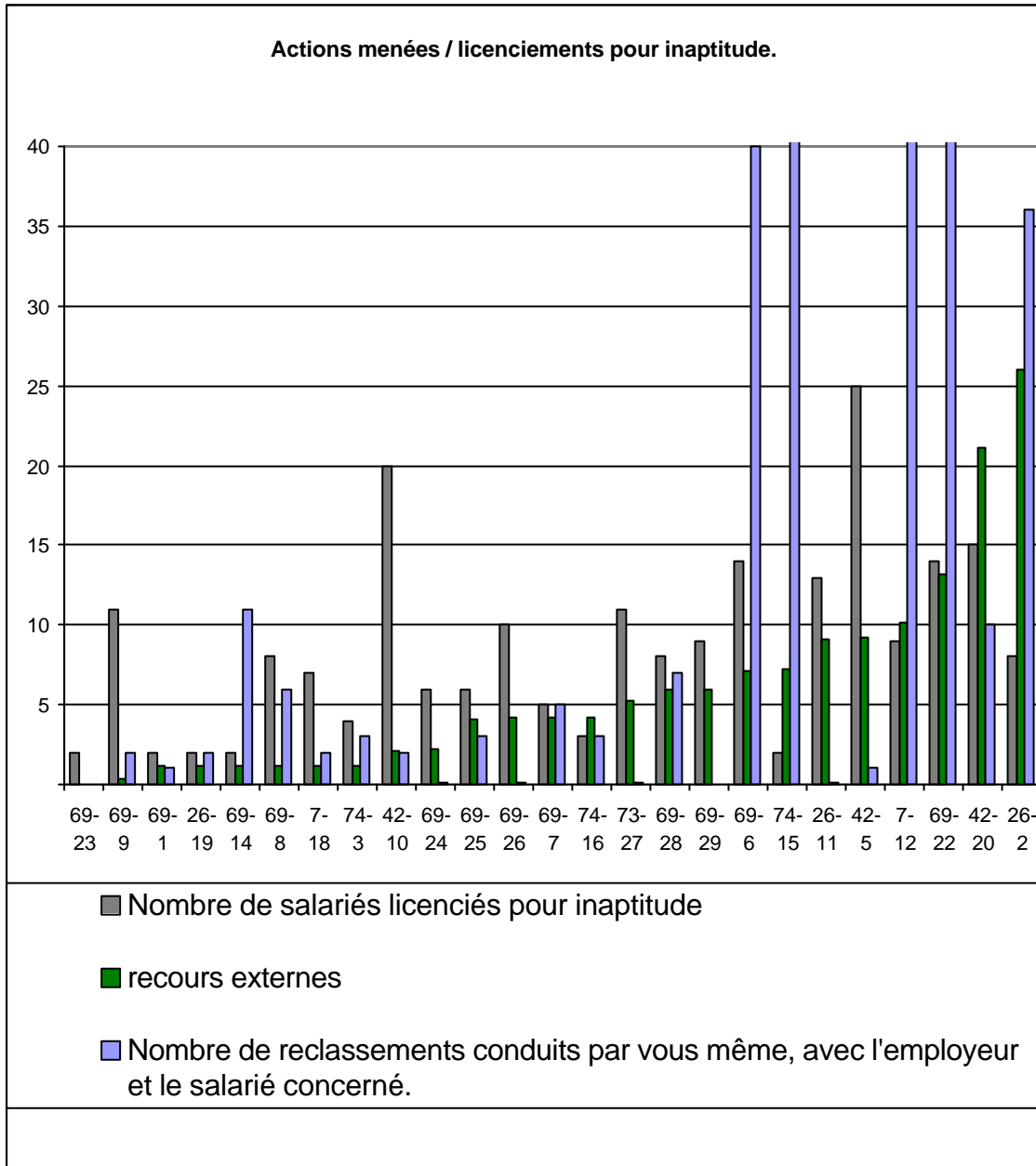
A cet égard on doit mesurer les effets comparés des actions engagées par le premier cercle (employeur salarié et médecin du travail) ou circuit court et celles qui mettent à contribution l'opérateur de maintien.

- le circuit court lèverait le risque de licenciement dans 50% des cas à propos desquels un problème d'inaptitude au poste de travail a été décelé (soit # 12 000 cas sur 20 000 ou 25 000).
- le circuit associant l'opérateur maintien à l'action du premier cercle (dans lequel sont traités les cas a priori plus complexes) serait en mesure de lever ce risque pour 700 salariés (# 5 %).

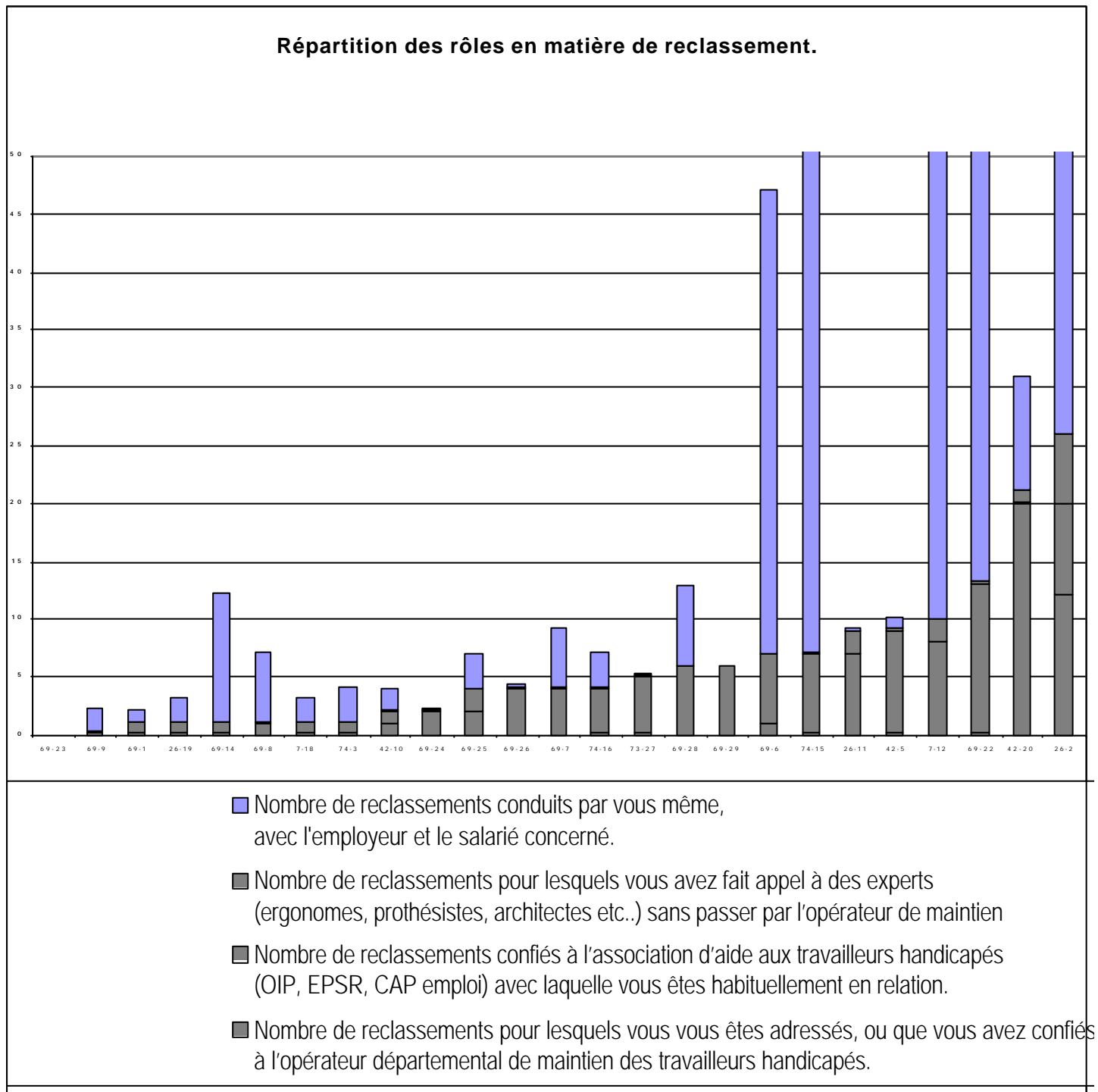
Le rapport serait donc de 1 à 10 et l'on est en droit de se demander où faire porter l'effort pour améliorer l'efficacité du dispositif maintien dans l'emploi :

- renforcer la capacité de traitement des cas par le premier cercle en agissant de manière appropriée sur les médecins du travail, les employeurs et les salariés eux mêmes ?
- ou renforcer les modalités d'intervention des auxiliaires du premier cercle que sont les opérateurs de maintien ?

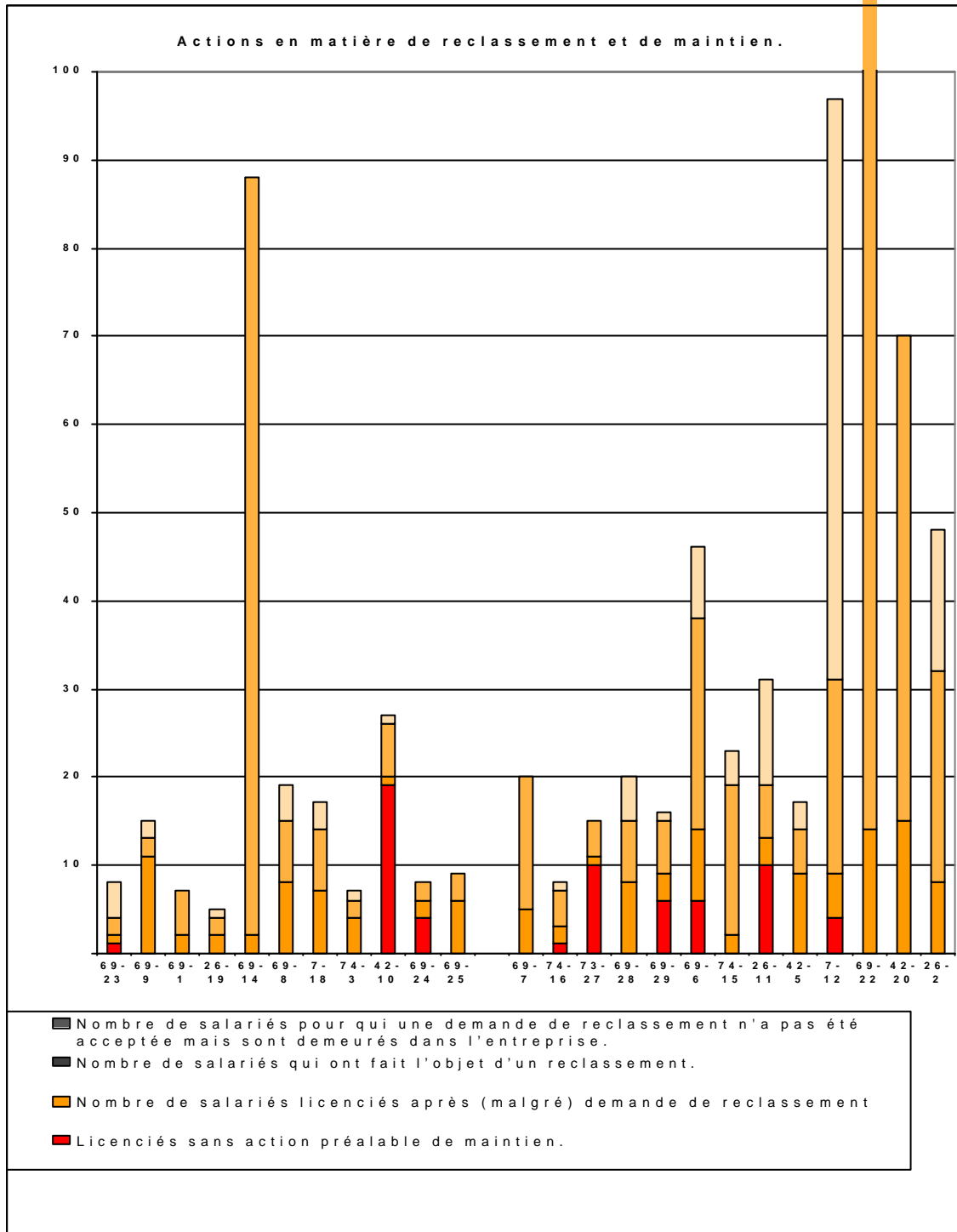
Fiche 1



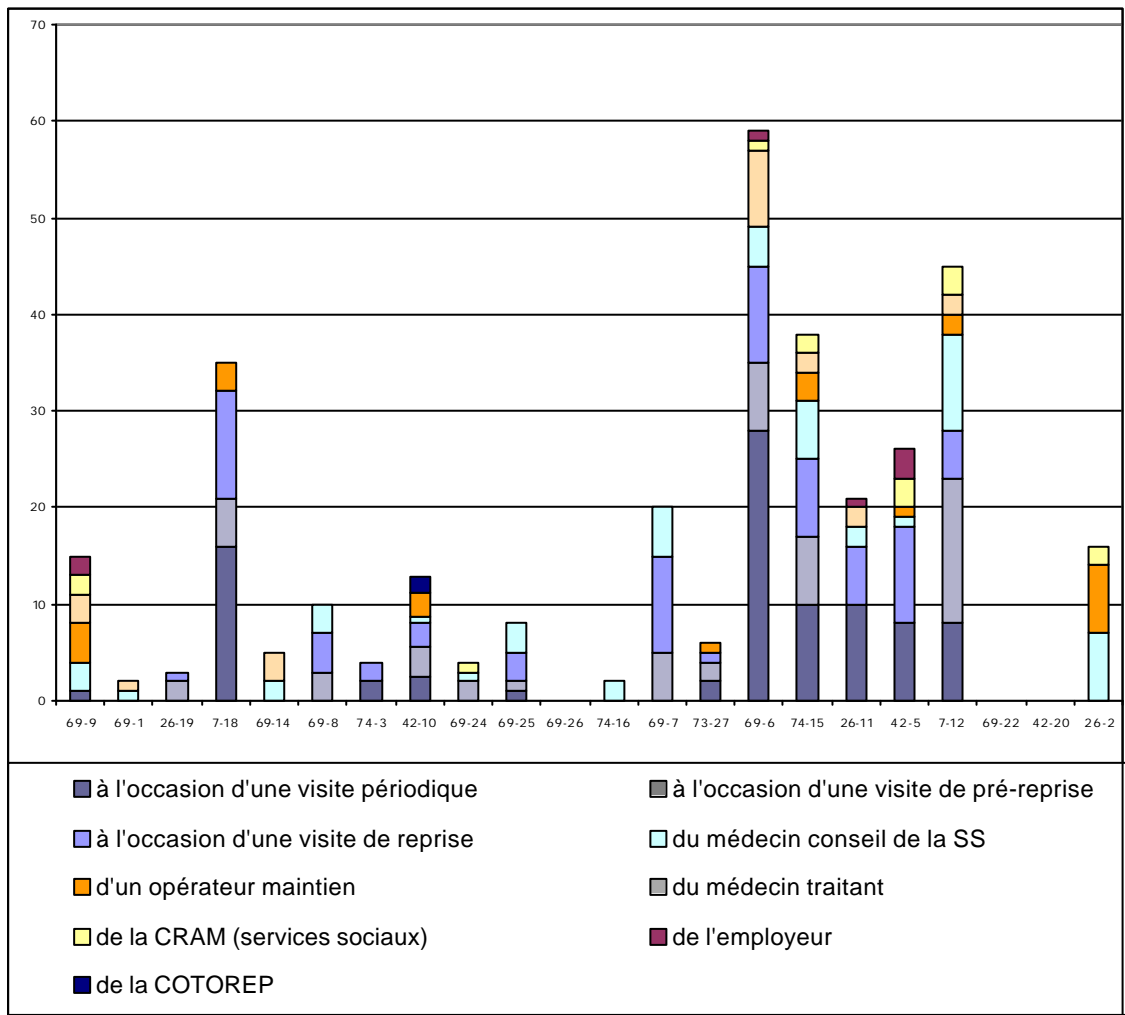
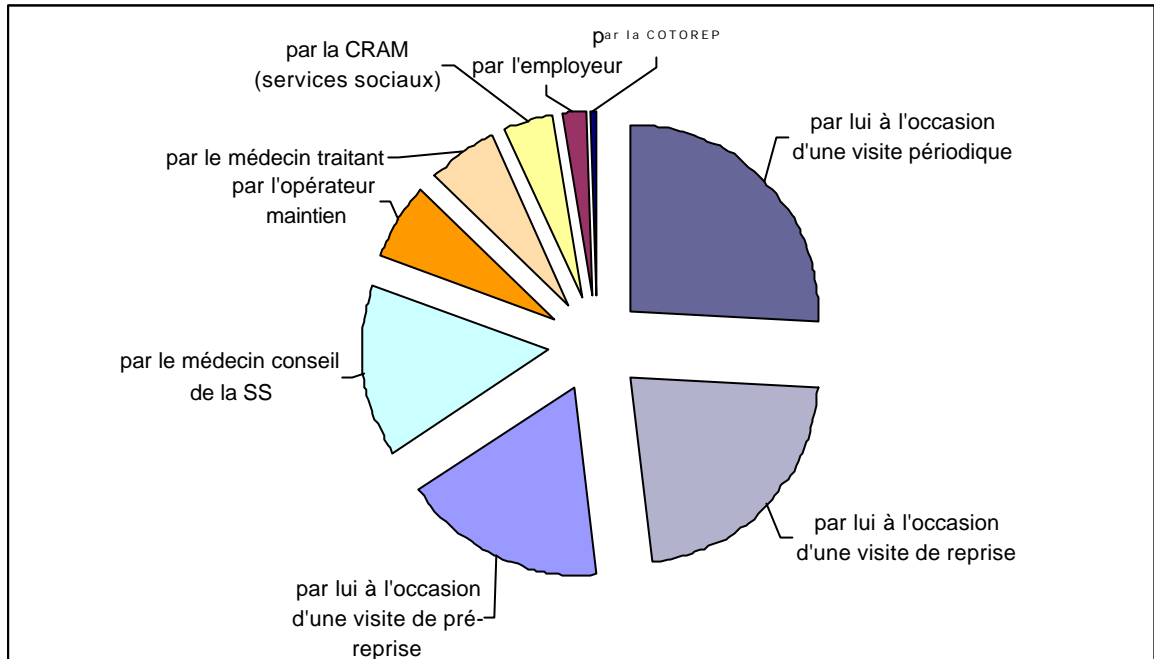
Fiche 2



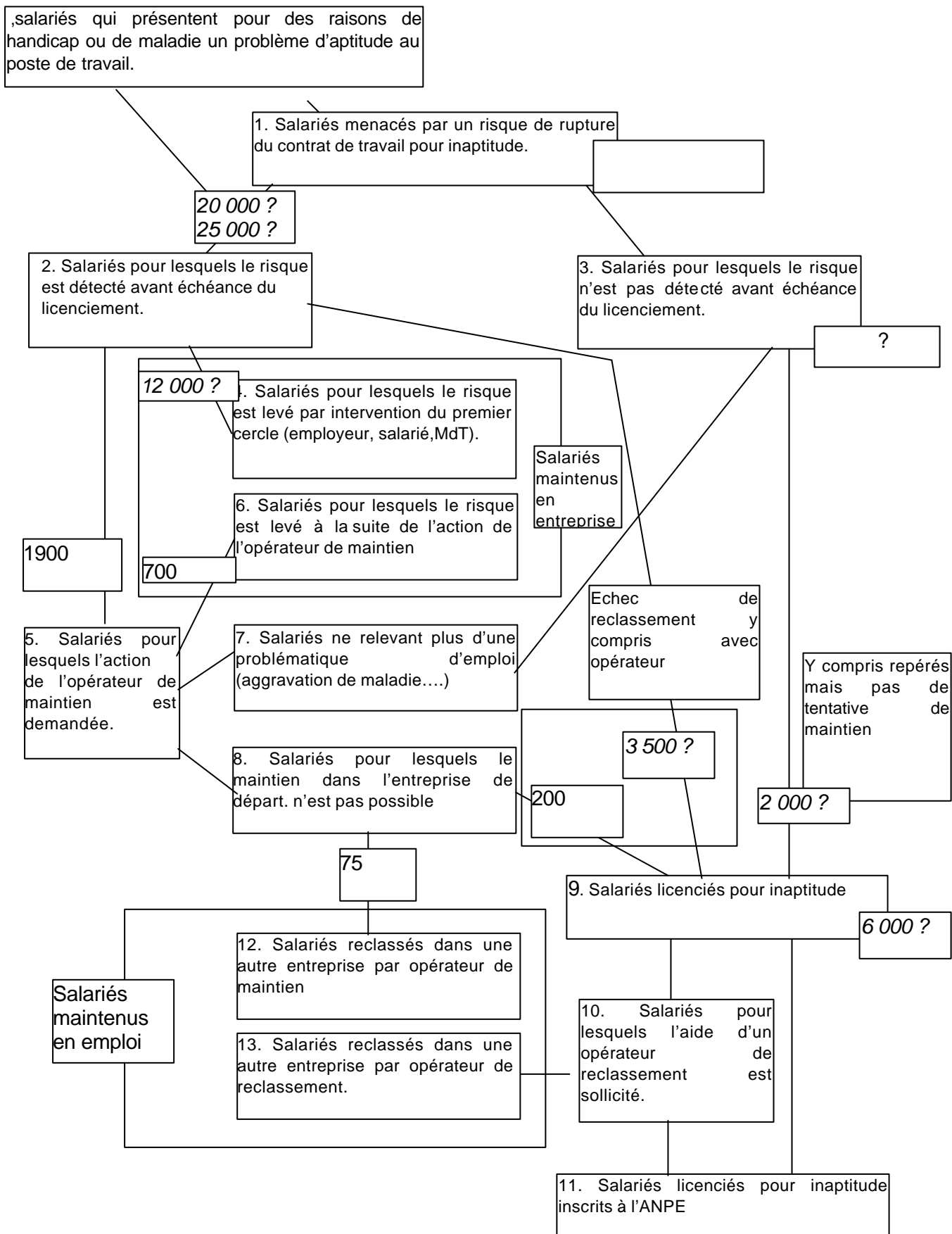
Fiche 3



Fiche 4



Fiche 5



Réponses aux parties 4 et 5 du questionnaire.

(18 réponses exploitables pour ces questions)

4 - Vos relations avec les partenaires du dispositif de maintien

4.1 Parmi les partenaires suivants, avec lesquels avez-vous été en relation au cours du premier semestre 2001 ? Dans quelles circonstances ?

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur Maintien	CAP Emploi	Autre (Précisez)
Cas signalé(s) par votre partenaire	2	3	8	2	3	3
Cas pour le(s)quel(s) votre partenaire a sollicité votre avis	0	1	10	7	6	2
Cas pour le(s)quel(s) vous avez travaillé avec le partenaire à la recherche d'une solution	2	1	1	11	5	1
Cas que vous avez vous même signalé(s) à votre partenaire.	16	0	5	10	7	1
Autres cas (précisez)	0	0	0	0	1	0

Mettre une croix si vous avez été en relation avec ce partenaire.

4.2 - Quels sont les motifs les plus fréquents qui vous conduisent à travailler avec ces différents partenaires ?

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur Maintien	CAP Emploi	Autre (Précisez)
Le dossier comporte des phases administratives que vous ne pouvez mener seul (disponibilité, savoir faire etc..)	5	6	3	7	7	1
Un oeil neuf pour aider à l'émergence d'une solution	0	0	1	8	6	0
L'étude du poste fait appel à une technicité particulière	1	0	0	10	6	1
L'intervenant extérieur exposera plus clairement au salarié les tenants et aboutissants de sa situation	1	6	1	10	8	0
Le risque d'invalidité est important : il faut anticiper en élargissant le champ d'investigation	5	2	3	11	10	0
La règle et / ou l'usage prescrivent que l'intervenant soit systématiquement contacté	3	0	1	1	3	0
Autres motifs (précisez)	2	0	0	1	-	0

4.3 Dans quels cas leur intervention vous semble-t-elle incontournable :

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur Maintien	CAP Emploi	Autre (Précisez)
Les cas les plus complexes parce qu'ils obligent à conjuguer plusieurs logiques différentes	6	4	4	11	7	2
Les cas qui demandent du temps pour dégager la solution	3	3	7	10	4	1
Les cas qui impliquent des investissements importants	6	0	1	11	6	2
Les cas où l'on doit surmonter le scepticisme des personnes concernées (employeur, salariés, collègues etc..)	3	0	1	13	7	0
Autres cas (précisez)	0	0	0	0	-	0

5 - Aides et freins au maintien dans l'emploi

Quels sont les obstacles que vous devez surmonter pour réaliser une opération de maintien ?

- la nature du handicap ou l'état de santé du salarié	12
- l'origine du handicap	1
- la volonté du salarié	12
- la position du chef d'entreprise	14
- la complexité du dossier à monter	2
- le manque de temps pour s'occuper du cas	6
- les délais à tenir avant que s'engage la procédure de licenciement	7
- la nature des postes de travail	11
- le manque de moyens pour aménager les postes	5
- autre (précisez).	2

5.2- Disposez-vous des informations et des outils nécessaires pour mener à bien les opérations de maintien ?

	OUI	14
	NON	4

Si non, lesquels vous font défaut ?

5.3 Que vous procure la collaboration avec l'opérateur maintien ? Mentionnez les quatre contributions les plus importantes.

Quatre croix maximum

- une analyse méthodique des cas dans toutes leurs dimensions	9
- la prise en charge des démarches administratives	13
- l'ingénierie financière du projet : estimation des investissements à réaliser, recherche des financements etc...	11
- la mobilisation d'un réseau des partenaires	12
- une force de persuasion et le renfort de votre propre crédibilité (tant du côté de l'employeur que du salarié)	10
- la garantie du secret médical	1
- un allègement de votre emploi du temps (réunions, concertation etc..)	4
- une médiation auprès de l'employeur et du salarié	10
- autre (précisez).	1

Annexe 3

Questionnaire de l'enquête exploratoire auprès de médecins du travail de la Région



Enquête auprès des médecins du travail

AGEFIPH Rhône Alpes.

Evaluation des dispositifs de maintien
dans l'emploi en Rhône Alpes



Le 12/11/2001



RAPPEL DU CHAMP DE LA MISSION

L'objet de cette étude concerne les dispositifs de maintien dans l'entreprise d'un travailleur handicapé ou, si l'on préfère, le maintien du lien contractuel d'un salarié handicapé avec son employeur.

Il s'agit donc des dispositions prévues pour prévenir ou pour traiter les situations dans lesquelles un salarié, du fait d'un handicap se trouve exposé au risque de rupture de son contrat de travail

- soit parce qu'à la suite d'un accident ou d'une maladie son état de santé restreint sa capacité de travail et donc d'occuper son poste de travail dans l'entreprise avec la même efficacité
- soit parce que son poste de travail évolue et introduit de nouvelles exigences auxquelles il peut difficilement répondre compte tenu de son handicap
- soit parce qu'à la suite d'une réorganisation, l'entreprise éprouve des difficultés à lui trouver un poste compatible avec son handicap.

N.B.

Les dispositifs de placement des personnes handicapées **avant** leur entrée dans l'entreprise - qui sont traités par d'autres organismes - ne rentrent pas dans le champ de cette étude.

En revanche, la mission examinera les connexions existantes avec CAP emploi dès lors que le reclassement hors de l'entreprise est envisagé.

1.1– VOS COORDONNÉES

7.4

Département	
Service de médecine du travail (Nom et coordonnées)	
Votre nom	
Téléphone	
E-mail	

1.2- Votre secteur de responsabilité

- **Secteur** géographique couvert ?

- Caractéristiques des **entreprises** suivies ?
 - 5 tailles (en nombre de salariés)
 - 6 activités dominantes
 - 7 autre spécificité (précisez) :

2 – LES OPÉRATIONS DE MAINTIEN RÉALISÉES EN 2000 ET 2001

2.1 – Place des opérations de maintien dans l'ensemble de votre activité ?

		année 2 000	premier semestre 2 001
1	Nombre de salariés suivis		
2	Nombre d'entreprises		
3	Nombre de visites de pré-reprise		
4	Nombre de salariés pour lesquels un reclassement ⁴⁷ a été demandé par vous, médecin du travail. Parmi ces demandes de reclassements :		
5	Nombre de salariés qui ont fait l'objet d'un reclassement ⁴⁸		
6	Nombre de salariés qui n'ont pas fait l'objet d'un reclassement mais sont demeurés dans l'entreprise		
7	Nombre de salariés licenciés.		
8	-> Parmi les salariés qui ont fait l'objet d'un reclassement (ligne 5 ci-dessus) combien étaient reconnus Travailleurs Handicapés		

⁴⁷ Par reclassement on entend une intervention sous quelle que forme que ce soit (aménagement ou changement de poste de travail, adaptation des conditions de travail, acquisition d'un équipement, formation et / ou obtention d'un financement) nécessaire pour maintenir un salarié qui risque de perdre son emploi du fait d'un problème de santé. (Ce salarié n'est pas nécessairement reconnu Travailleur Handicapé).

⁴⁸ Y compris les salariés non déclarés Travailleurs Handicapés.

2.2 - Quels types de mesures ont été mis en oeuvre pour réaliser ces opérations de reclassement ? Avec quelles fréquence y a-t-on eu recours ?

Mesures (1)	Nombre (2)
aménagement du poste de travail	
orientation et affectation à un autre poste de l'entreprise	
adaptation des conditions de travail	
formation	
obtention d'un financement	
autre (précisez)	

(1) Certaines mesures peuvent être associées.

5 A défaut de chiffres précis, indiquez une estimation mettant en évidence les mesures les plus fréquentes

2.3 - Quels intervenants ont été mobilisés pour réaliser ces opérations de maintien et avec quelle fréquence ?

Cas de figure (1)	Nombre (2)
Nombre de reclassements conduits par vous même, avec l'employeur et le salarié concerné.	
Nombre de reclassements pour lesquels vous avez fait appel à des experts (ergonomes, prothésistes, architectes etc..) sans passer par l'opérateur de maintien	
Nombre de reclassements pour lesquels vous vous êtes adressés, ou que vous avez confiés, à l'opérateur départemental de maintien des travailleurs handicapés.	
Nombre de reclassements confiés à l'association d'aide aux travailleurs handicapés (OIP, EPSR, CAP emploi) avec laquelle vous êtes habituellement en relation.	
Autre possibilité	

5 Les différents cas de figure sont exclusifs les uns des autres.

6 A défaut de chiffres précis, indiquez une estimation mettant en évidence les interventions les plus fréquentes.

2.4 Comment se sont opérés la détection et le signalement de ces cas ?

Circonstance ou initiatives	Nombre (1)
Vous avez vous-même pu détecter le risque et prendre l'initiative de rechercher une solution ...	
à l'occasion d'une visite périodique	
à l'occasion d'une visite de pré-reprise	
à l'occasion d'une visite de reprise	
Total des détections que vous avez pu opérer vous-même ?	
Vous avez été contacté par le salarié lui-même ...	
alors qu'il était en activité	
alors qu'il était en arrêt de travail	
Total des détections que vous avez pu opérer à l'initiative du salarié	
Vous avez été contacté par quelqu'un qui vous a signalé le risque ? il s'agissait ...	
du médecin traitant	
de l'employeur	
du médecin conseil de la SS	
de la COTOREP	
de la CRAM (services sociaux)	
d'un opérateur maintien	
autre (précisez).	
Total des cas qui vous ont été signalés	

(1) A défaut de chiffres précis, indiquez une estimation mettant en évidence les modalités les plus fréquentes.

3 - LES ECHECS ENREGISTRES EN MATIERE DE MAINTIEN.

3.1 Disposez-vous d'informations sur les cas de licenciements pour inaptitude ?

OUI systématiquement	OUI partiellement	NON

7.4.1 Si OUI :

	en 2000	en 2001
De combien de licenciements pour inaptitude avez-vous eu connaissance dans les entreprises que vous suivez ?		

3.2 -Parmi les cas de licenciements dont vous avez eu connaissance, y a-t-il des cas où le licenciement aurait pu être évité ?

OUI	NON

3.3 -Si OUI, comment auraient-il pu être évités

4 - VOS RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES DU DISPOSITIF DE MAINTIEN

4.1 Parmi les partenaires suivants, avec lesquels avez-vous été en relation au cours du premier semestre 2001 ? Dans quelles circonstances ?

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur maintien	CAP Emploi	Autre (précisez)
Cas signalé(s) par votre partenaire						
Cas pour le(s)quel(s) votre partenaire a sollicité votre avis						
Cas pour le(s)quel(s) vous avez travaillé avec le partenaire à la recherche d'une solution						
Cas que vous avez vous même signalé(s) à votre partenaire.						
Autres cas (précisez)						

Mettre une croix si vous avez été en relation avec ce partenaire.

4.2 - Quels sont les motifs les plus fréquents qui vous conduisent à travailler avec ces différents partenaires ?

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur maintien	CAP Emploi	Autre (précisez)
Le dossier comporte des phases administratives que vous ne pouvez mener seul (disponibilité, savoir faire etc..)						
Un oeil neuf pour aider à l'émergence d'une solution						
L'étude du poste fait appel à une technicité particulière						
L'intervenant extérieur exposera plus clairement au salarié les tenants et aboutissants de sa situation						
Le risque d'inaptitude est important : il faut anticiper en élargissant le champ d'investigation						
La règle et / ou l'usage prescrivent que l'intervenant soit systématiquement contacté						
Autres motifs (précisez)						

Mettre une croix pour indiquer la raison principale pour laquelle vous vous mettez en relations avec ce partenaire.

4.3 Dans quels cas leur intervention vous semble-t-elle incontournable :

	COTOREP	Assistante sociale CRAM	Médecin conseil CRAM	Opérateur maintien	CAP Emploi	Autre (précisez)
Les cas les plus complexes parce qu'ils obligent à conjuguer plusieurs logiques différentes						
Les cas qui demandent du temps pour dégager la solution						
Les cas qui impliquent des investissements importants						
Les cas où l'on doit surmonter le scepticisme des personnes concernées (employeur, salariés, collègues etc..)						
Autres cas (précisez)						

5 - AIDES ET FREINS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

5.1 Quels sont les obstacles que vous devez surmonter pour réaliser une opération de maintien ?

Repérez les quatre plus fréquents.

Quatre croix maximum↓

- la nature du handicap ou l'état de santé du salarié	
- l'origine du handicap	
- la volonté du salarié	
- la position du chef d'entreprise	
- la complexité du dossier à monter	
- le manque de temps pour s'occuper du cas	
- les délais à tenir avant que s'engage la procédure de licenciement	
- la nature des postes de travail	
- le manque de moyens pour aménager les postes	
- autre (précisez).	

5.2- Disposez-vous des informations et des outils nécessaires pour mener à bien les opérations de maintien ?

OUI	NON

7.4.2 Si non, lesquels vous font défaut ?

5.3 Que vous procure la collaboration avec l'opérateur maintien ? Mentionnez les quatre contributions les plus importantes.

Quatre croix maximum↓

- une analyse méthodique des cas dans toutes leurs dimensions	
- la prise en charge des démarches administratives	
- l'ingénierie financière du projet : estimation des investissements à réaliser, recherche des financements etc...	
- la mobilisation d'un réseau des partenaires	
- une force de persuasion et le renfort de votre propre crédibilité (tant du côté de l'employeur que du salarié)	
- la garantie du secret médical	
- un allègement de votre emploi du temps (réunions, concertation etc..)	
- une médiation auprès de l'employeur et du salarié	
- autre (précisez).	

5.4 Que serait-il souhaitable qu'il vous apporte en plus ?

6 - COMPLEMENTS ET COMMENTAIRES

Indiquez ci-dessous tout commentaire ou information que vous souhaiteriez apporter à propos du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Annexe 4

Données chiffrées

Feuillet 1

CHIFFRES RECUEILLIS AUPRES DE DIVERSES SOURCES

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)	Source
EFFECTIFS SALARIES										
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 99	1 590 036	129 573	55 535	113 826	284 602	185 987	532 094	106 166	182 253	UNEDIC cité par CRDI
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour l'industrie	486 293	51 695	21 801	34 331	97 501	69 287	129 917	22 479	59 282	UNEDIC cité par DRTEFP
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour la construction	116 009	10 620	5 251	9 584	19 914	13 219	35 590	8 906	12 925	UNEDIC cité par DRTEFP
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour le tertiaire	930 313	62 114	27 577	67 384	158 209	99 552	347 565	66 008	101 904	UNEDIC cité par DRTEFP
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS										
Etablissements secteur privé hors agriculture au 31 12 98	162 648	12 341	6 972	12 308	28 093	20 067	49 408	12 419	21 040	INSEE cité par CRDI
Etablissements assujettis loi 1987 au 31 12 98	9 567	883	334	667	1 660	1 046	3 344	596	1 037	CRDI
SITUATION DE L'EMPLOI										
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1998	295 392	19 419	14 519	27 480	57 967	43 520	87 336	17 952	27 199	ANPE citée par DRTEFP
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1999	273 093	17 073	14 925	26 013	55 061	40 084	77 818	16 567	25 552	ANPE citée par CRDI
Nombre d'inscriptions à l'ANPE suite licenciements économiques en 1998	22 767	1 841	819	1 716	3 938	3 162	7 550	1 097	2 644	ANPE citée par DRTEFP
Nombre de chômeurs de longue durée recensés par ANPE à fin décembre 1998	90 602	5 404	4 114	8 710	17 021	13 837	28 444	5 221	7 851	ANPE citée par DRTEFP
Embauches (hors intérim) en 1998 d'après DPAE	1 043 421	65 091	39 698	80 950	167 062	95 253	369 860	94 191	131 316	ASSEDIC citée par DRTEFP

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte- Savoie (74)	Source
SITUATION DE L'EMPLOI DES HANDICAPES										
Nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi au cours de 2000	15 731	1 187	729	1 250	3 032	2 964	4 062	1 034	1 473	ANPE citée par CRDI
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 1999 (catégorie 1)	13 874	953	663	1 240	2 471	2 788	3 840	724	1 195	ANPE
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 2000 (catégorie 1)	12 097	812	634	1 148	2 162	2 465	3 215	644	1 017	CRDI
Nombre de personnes handicapées sorties de l'ANPE pour reprise d'emploi au cours de 2000	5 421	452	230	401	1 196	865	1 249	395	633	ANPE citée par CRDI
DONNEES COTOREP										
RQTH totales A+B+C par COTOREP Année 2000	24 322	1 501	1 418	1 523	5 645	4 897	5 873	1 166	2 299	COTOREP citée par CRDI
RQTH cat A par COTOREP Année 2000	4 232	74	183	341	761	1 564	794	204	311	COTOREP citée par CRDI
RQTH cat B par COTOREP Année 2000	12 576	792	767	996	3 574	1 895	2 704	541	1 307	COTOREP citée par CRDI
RQTH cat C par COTOREP Année 2000	7 514	635	468	186	1 310	1 438	2 375	421	681	COTOREP citée par CRDI

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74) Source

INVALIDITE

Nombre de rentes d'invalidité attribuées (1° catégorie-avantages de base) dans l'année 1998	1 382	105	100	75	329	269	269	88	147	CNAMTS cité par CRDI
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES										
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées en 99	132 630	13 150	4 481	9 729	22 211	16 249	40 494	10 054	16 262	CRAM RA (AT reconnus)
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées de moins de 20 personnes en 99	44 889	4 164	1 956	3 424	7 808	5 276	12 133	4 087	6 041	" "
Nombre d'AT signalés par les CPAM à la CRAM en 1999 avec arrêt	4 021	52	240	200	1 196	1 098	919	275	41	Mme Croizat CRAM avec réserve liée à l'hétérogénéité des CPAM quant à cette remontée d'informations
Nombre de rentes AT attribuées avec une IPP d'au moins 10 % en 1999	1 504	124	48	96	268	211	513	124	120	CNAMTS cité par CRDI
Déclarations maladies professionnelles en 1999	2 136	307	51	168	557	442	246	160	205	DRTEFP - Médecine du travail

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)	Source
DONNEES MEDECINE DU TRAVAIL										
Nombre de visites effectuées par médecins du travail en 1998	1 451 700									Rhône-Alpes Santé Travail N° 89 de septembre 2000
dont visites de pré-reprise	8 710									
dont visites de reprise	68 230									
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte	1 272 569									Rhône-Alpes Santé Travail N° 89 de septembre 2000
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte avec aménagement ou restriction	43 927									
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte temporaire	6 655									
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte au poste ou à tout poste	7 987									

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74) Source

**DONNEES SUR MAINTIEN (2000
sauf chiffres 1999 en italiques)**

Nombre d'actions liées au maintien dans l'emploi	2 689	74	425	19	44	738	589	231	569	AGEFIPH citée par CRDI
Signalements										
Nombre de signalements reçus	2 154	77	269	261	0	606	515	146	280	Compilation STRAVIA d'après bilans des opérateurs de maintien
Nombre de signalements par Médecine du Travail	727		104	52		222	47	98	204	
Nombre de signalements par SS (CRAM, CPAM)	318		100	73		112	19	4	10	
Nombre de signalements par COTOREP	634		22	4		154	383	41	30	
Nombre de signalements par autres sources	374		43	57		118	66	54	36	
							69 : estimation			

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)	Source
Traitements										
Nombre de signalements réorientés	274			73			184	17		Compilation STRAVIA d'après bilans des opérateurs de maintien
Nombre de dossiers de maintien ouverts par opérateur de maintien	1 878	77	269	186		606	331	146	263	
Nombre de dossiers de maintien fermés par opérateur de maintien	1 632	62	196	154		520	260	183	257	
dont nombre de maintiens au poste	690	45	44	55		197	107	73	169	
dont nombre de maintiens dans l'entreprise	308	6	38	37		60	58	49	60	
dont nombre de reclassements externes	91		7	40		13	9	17	5	
dont nombre de licenciements pour inaptitude	291		42	41		122	47	12	27	
Nombre de maintiens ayant impliqué des mesures AGEFIPH									109	
Nombre de maintiens avec abattement de salaire COTOREP									27	
Nombre de maintiens sans mesure particulière autre qu'interne entreprise									86	

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74) Source

EFFECTIF OPERATEUR MAINTIEN

Effectif EQTP total	21	1,50	3,50	2,20	0,00	4,77	6,50	1,50	1,50	Données STRAVIA
Effectif financé par AGEFIPH	18,7	1,50	2,70	1,20	0,00	3,80	6,50	1,50	1,50	
dont financement direct AGEFIPH	1			1,20						
dont refinancement mise à dispo CRAM	0									
dont refinancement mise à dispo CPAM	0									
Effectif financé par CPAM	1			1,00						
Effectif financé par CRAM	1					1,00				
Effectif financé par Conseil Régional	2		0,80			1,00				

42 : Plus sec commun avec CAP Emploi

OPERATIONS FINANCEES PAR L'AGEFIPH

Aménagements de postes financés en 2000	469	34	25	50	67	62	144	38	49	AGEFIPH (concerne le maintien à 80 % mais porte aussi sur des embauches)
Primes de maintien (en vue reclassement) en 2000	312	13	40	19	45	45	92	26	32	AGEFIPH (déclenchées essentiellement par les opérateurs de maintien)

EFFICACITE et EFFICIENCE

Effacité = (nombre de maintiens au poste + nombre de maintiens dans l'entreprise/ pour 1000 personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi).	63	43	112	74	NS	87	41	118	155	Calcul STRAVIA
Efficiency = (nombre de maintiens au poste + nombre de maintiens dans l'entreprise/ Effectif total de l'opérateur)	46	34	23	42	NS	54	25	81	153	Calcul STRAVIA
Facteur de transformation = (nombre de maintiens au poste/ nb de signalements)	46%	66%	30%	35%	NS	42%	32%	84%	82%	Calcul STRAVIA

Feuillet 2

**POURCENTAGES
RAMENES A L'EFFECTIF DES SALAIRES SECTEUR PRIVE**

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
--	------------	----------	--------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-----------------

EFFECTIFS SALARIES									
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 99	1 590 036	129 573	55 535	113 826	284 602	185 987	532 094	106 166	182 253
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour l'industrie	30,58%	39,90%	39,26%	30,16%	34,26%	37,25%	24,42%	21,17%	32,53%
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour la construction	7,30%	8,20%	9,46%	8,42%	7,00%	7,11%	6,69%	8,39%	7,09%
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour le tertiaire	58,51%	47,94%	49,66%	59,20%	55,59%	53,53%	65,32%	62,17%	55,91%
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS									
Etablissements secteur privé hors agriculture au 31 12 98	10,23%	9,52%	12,55%	10,81%	9,87%	10,79%	9,29%	11,70%	11,54%
Etablissements assujettis loi 1987 au 31 12 98	0,60%	0,68%	0,60%	0,59%	0,58%	0,56%	0,63%	0,56%	0,57%
SITUATION DE L'EMPLOI									
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1998	18,58%	14,99%	26,14%	24,14%	20,37%	23,40%	16,41%	16,91%	14,92%
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1999	17,18%	13,18%	26,87%	22,85%	19,35%	21,55%	14,62%	15,60%	14,02%
Nombre d'inscriptions à l'ANPE suite licenciements économiques en 1998	1,43%	1,42%	1,47%	1,51%	1,38%	1,70%	1,42%	1,03%	1,45%
Nombre de chômeurs de longue durée recensés par ANPE à fin décembre 1998	5,70%	4,17%	7,41%	7,65%	5,98%	7,44%	5,35%	4,92%	4,31%
Embauches (hors intérim) en 1998 d'après DPAE	65,62%	50,24%	71,48%	71,12%	58,70%	51,21%	69,51%	88,72%	72,05%

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
SITUATION DE L'EMPLOI DES HANDICAPES									
Nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi au cours de 2000	0,99%	0,92%	1,31%	1,10%	1,07%	1,59%	0,76%	0,97%	0,81%
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 1999 (catégorie 1)	0,87%	0,74%	1,19%	1,09%	0,87%	1,50%	0,72%	0,68%	0,66%
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 2000 (catégorie 1)	0,76%	0,63%	1,14%	1,01%	0,76%	1,33%	0,60%	0,61%	0,56%
Nombre de personnes handicapées sorties de l'ANPE pour reprise d'emploi au cours de 2000	0,34%	0,35%	0,41%	0,35%	0,42%	0,47%	0,23%	0,37%	0,35%
DONNEES COTOREP									
RQTH totales A+B+C par COTOREP Année 2000	1,53%	1,16%	2,55%	1,34%	1,98%	2,63%	1,10%	1,10%	1,26%
RQTH cat A par COTOREP Année 2000	0,27%	0,06%	0,33%	0,30%	0,27%	0,84%	0,15%	0,19%	0,17%
RQTH cat B par COTOREP Année 2000	0,79%	0,61%	1,38%	0,88%	1,26%	1,02%	0,51%	0,51%	0,72%
RQTH cat C par COTOREP Année 2000	0,47%	0,49%	0,84%	0,16%	0,46%	0,77%	0,45%	0,40%	0,37%

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

INVALIDITE

Nombre de rentes d'invalidité attribuées (1° catégorie-avantages de base) dans l'année 1998	0,09%	0,08%	0,18%	0,07%	0,12%	0,14%	0,05%	0,08%	0,08%
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES									
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées en 99	8,34%	10,15%	8,07%	8,55%	7,80%	8,74%	7,61%	9,47%	8,92%
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées de moins de 20 personnes en 99	2,82%	3,21%	3,52%	3,01%	2,74%	2,84%	2,28%	3,85%	3,31%
Nombre d'AT signalés par les CPAM à la CRAM en 1999 avec arrêt	0,25%	0,04%	0,43%	0,18%	0,42%	0,59%	0,17%	0,26%	0,02%
Nombre de rentes AT attribuées avec une IPP d'au moins 10 % en 1999	0,09%	0,10%	0,09%	0,08%	0,09%	0,11%	0,10%	0,12%	0,07%
Déclarations maladies professionnelles en 1999	0,13%	0,24%	0,09%	0,15%	0,20%	0,24%	0,05%	0,15%	0,11%

DONNEES MEDECINE DU TRAVAIL	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Nombre de visites effectuées par médecins du travail en 1998	91,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
dont visites de pré-reprise	0,55%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
dont visites de reprise	4,29%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte	80,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte avec aménagement ou restriction	2,76%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte temporaire	0,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte au poste ou à tout poste	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

DONNEES SUR MAINTIEN (2000 sauf chiffres 1999 en italiques)

Nombre d'actions liées au maintien dans l'emploi	0,17%	0,06%	0,77%	0,02%	0,02%	0,40%	0,11%	0,22%	0,31%
Signalements									
Nombre de signalements reçus	0,1355%	0,0594%	0,4844%	0,2293%	0,0000%	0,3258%	0,0968%	0,1375%	0,1536%
Nombre de signalements par Médecine du Travail	0,0457%	0,0000%	0,1873%	0,0457%	0,0000%	0,1194%	0,0088%	0,0923%	0,1119%
Nombre de signalements par SS (CRAM, CPAM)	0,0200%	0,0000%	0,1801%	0,0641%	0,0000%	0,0602%	0,0036%	0,0038%	0,0055%
Nombre de signalements par COTOREP	0,0399%	0,0000%	0,0396%	0,0035%	0,0000%	0,0828%	0,0720%	0,0386%	0,0165%
Nombre de signalements par autres sources	0,0235%	0,0000%	0,0774%	0,0501%	0,0000%	0,0634%	0,0124%	0,0509%	0,0198%

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Traitements									
Nombre de signalements réorientés	0,0172%	0,0000%	0,0000%	0,0641%	0,0000%	0,0000%	0,0346%	0,0160%	0,0000%
Nombre de dossiers de maintien ouverts par opérateur de maintien	0,1181%	0,0594%	0,4844%	0,1634%	0,0000%	0,3258%	0,0622%	0,1375%	0,1443%
Nombre de dossiers de maintien fermés par opérateur de maintien	0,1026%	0,0478%	0,3529%	0,1353%	0,0000%	0,2796%	0,0489%	0,1724%	0,1410%
dont nombre de maintiens au poste	0,0434%	0,0347%	0,0792%	0,0483%	0,0000%	0,1059%	0,0201%	0,0688%	0,0927%
dont nombre de maintiens dans l'entreprise	0,0194%	0,0046%	0,0684%	0,0325%	0,0000%	0,0323%	0,0109%	0,0462%	0,0329%
dont nombre de reclassements externes	0,0057%	0,0000%	0,0126%	0,0351%	0,0000%	0,0070%	0,0017%	0,0160%	0,0027%
dont nombre de licenciements pour inaptitude	0,0183%	0,0000%	0,0756%	0,0360%	0,0000%	0,0656%	0,0088%	0,0113%	0,0148%
Nombre de maintiens ayant impliqué des mesures AGEFIPH	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0598%
Nombre de maintiens avec abattement de salaire COTOREP	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0148%
Nombre de maintiens sans mesure particulière autre qu'interne entreprise	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0000%	0,0472%

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

EFFECTIF OPERATEUR MAINTIEN

Effectif EQTP total	0,00135%	0,00116%	0,00630%	0,00193%	0,00000%	0,00256%	0,00122%	0,00141%	0,00082%
Effectif financé par AGEFIPH	0,00118%	0,00116%	0,00486%	0,00105%	0,00000%	0,00204%	0,00122%	0,00141%	0,00082%
dont financement direct AGEFIPH	0,00008%	0,00000%	0,00000%	0,00105%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%
dont refinancement mise à dispo CRAM	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%
dont refinancement mise à dispo CPAM	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%
Effectif financé par CPAM	0,00006%	0,00000%	0,00000%	0,00088%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%
Effectif financé par CRAM	0,00006%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00054%	0,00000%	0,00000%	0,00000%
Effectif financé par Conseil Régional	0,00011%	0,00000%	0,00144%	0,00000%	0,00000%	0,00054%	0,00000%	0,00000%	0,00000%

42 : Plus sec
commun
avec CAP
Emploi

OPERATIONS FINANCEES PAR L'AGEFIPH

Aménagements de postes financés en 2000	0,029%	0,026%	0,045%	0,044%	0,024%	0,033%	0,027%	0,036%	0,027%
Primes de maintien (en vue reclassement)	0,020%	0,010%	0,072%	0,017%	0,016%	0,024%	0,017%	0,024%	0,018%

Feuillet 3

**TOUS CHIFFRES RECALCULES COMME
SI CHAQUE DEPARTEMENT AVAIT 200 000 SALARIES PRIVES EN 99**

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
--	------------	----------	--------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-----------------

EFFECTIFS SALARIES									
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 99	1 600 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour l'industrie	517 886	79 793	78 513	60 322	68 517	74 507	48 832	42 347	65 055
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour la construction	124 690	16 392	18 911	16 840	13 994	14 215	13 377	16 777	14 184
Effectifs salariés secteur privé au 31 12 98 pour le tertiaire	898 635	95 875	99 314	118 398	111 179	107 053	130 640	124 349	111 827
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS									
Etablissements secteur privé hors agriculture au 31 12 98	172 159	19 049	25 108	21 626	19 742	21 579	18 571	23 395	23 089
Etablissements assujettis loi 1987 au 31 12 98	9 547	1 363	1 203	1 172	1 167	1 125	1 257	1 123	1 138
SITUATION DE L'EMPLOI									
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1998	314 574	29 974	52 288	48 284	40 735	46 799	32 827	33 819	29 848
Nombre de demandeurs d'emploi inscrits en décembre 1999	296 106	26 353	53 750	45 707	38 693	43 104	29 250	31 210	28 040
Nombre d'inscriptions à l'ANPE suite licenciements économiques en 1998	22 780	2 842	2 949	3 015	2 767	3 400	2 838	2 067	2 901
Nombre de chômeurs de longue durée recensés par ANPE à fin décembre 1998	94 444	8 341	14 816	15 304	11 961	14 880	10 691	9 836	8 615
Embauches (hors intérim) en 1998 d'après DPAE	1 066 065	100 470	142 966	142 235	117 400	102 430	139 021	177 441	144 103

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
SITUATION DE L'EMPLOI DES HANDICAPES									
Nombre de personnes handicapées inscrites comme demandeurs d'emploi au cours de 2000	17 063	1 832	2 625	2 196	2 131	3 187	1 527	1 948	1 616
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 1999 (catégorie 1)	14 891	1 471	2 388	2 179	1 736	2 998	1 443	1 364	1 311
Nombre de demandeurs d'emploi handicapés au 31 12 2000 (catégorie 1)	13 261	1 253	2 283	2 017	1 519	2 651	1 208	1 213	1 116
Nombre de personnes handicapées sorties de l'ANPE pour reprise d'emploi au cours de 2000	5 909	698	828	705	840	930	469	744	695
DONNEES COTOREP									
RQTH totales A+B+C par COTOREP Année 2000	26 259	2 317	5 107	2 676	3 967	5 266	2 208	2 197	2 523
RQTH cat A par COTOREP Année 2000	4 613	114	659	599	535	1 682	298	384	341
RQTH cat B par COTOREP Année 2000	13 754	1 222	2 762	1 750	2 512	2 038	1 016	1 019	1 434
RQTH cat C par COTOREP Année 2000	7 892	980	1 685	327	921	1 546	893	793	747

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

INVALIDITE

Nombre de rentes d'invalidité attribuées (1° catégorie-avantages de base) dans l'année 1998	1 603	162	360	132	231	289	101	166	161
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES									
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées en 99	138 618	20 297	16 138	17 095	15 608	17 473	15 221	18 940	17 846
Nombre d'AT survenus dans des entreprises privées de moins de 20 personnes en 99	49 537	6 427	7 044	6 016	5 487	5 674	4 560	7 699	6 629
Nombre d'AT signalés par les CPAM à la CRAM en 1999 avec arrêt	4 226	80	864	351	840	1 181	345	518	45
Nombre de rentes AT attribuées avec une IPP d'au moins 10 % en 1999	1 506	191	173	169	188	227	193	234	132
Déclarations maladies professionnelles en 1999	2 438	474	184	295	391	475	92	301	225

DONNEES MEDECINE DU TRAVAIL	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Nombre de visites effectuées par médecins du travail en 1998	1 451 700	0	0	0	0	0	0	0	0
dont visites de pré-reprise	8 710	0	0	0	0	0	0	0	0
dont visites de reprise	68 230	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte	1 272 569	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = apte avec aménagement ou restriction	43 927	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte temporaire	6 655	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés déclarés par médecine du travail en 1998 = inapte au poste ou à tout poste	7 987	0	0	0	0	0	0	0	0

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

DONNEES SUR MAINTIEN (2000 sauf chiffres 1999 en italiques)

Nombre d'actions liées au maintien dans l'emploi	3 784	114	1 531	33	31	794	221	435	624
Signalements									
Nombre de signalements reçus	2 974	119	969	459	0	652	194	275	307
Nombre de signalements par Médecine du Travail	1 131	0	375	91	0	239	18	185	224
Nombre de signalements par SS (CRAM, CPAM)	634	0	360	128	0	120	7	8	11
Nombre de signalements par COTOREP	506	0	79	7	0	166	144	77	33
Nombre de signalements par autres sources	548	0	155	100	0	127	25	102	40

	Région R.A	Ain (01)	Ardèche (07)	Drôme (26)	Isère (38)	Loire (42)	Rhône (69)	Savoie (73)	Hte-Savoie (74)
Traitements									
Nombre de signalements réorientés	229	0	0	128	0	0	69	32	0
Nombre de dossiers de maintien ouverts par opérateur de maintien	2 754	119	969	327	0	652	124	275	289
Nombre de dossiers de maintien fermés par opérateur de maintien	2 356	96	706	271	0	559	98	345	282
dont nombre de maintiens au poste	900	69	158	97	0	212	40	138	185
dont nombre de maintiens dans l'entreprise	456	9	137	65	0	65	22	92	66
dont nombre de reclassements externes	150	0	25	70	0	14	3	32	5
dont nombre de licenciements pour inaptitude	424	0	151	72	0	131	18	23	30
Nombre de maintiens ayant impliqué des mesures AGEFIPH		0	0	0	0	0	0	0	120
Nombre de maintiens avec abattement de salaire COTOREP		0	0	0	0	0	0	0	30
Nombre de maintiens sans mesure particulière autre qu'interne entreprise		0	0	0	0	0	0	0	94

Région R.A Ain (01) Ardèche (07) Drôme (26) Isère (38) Loire (42) Rhône (69) Savoie (73) Hte-Savoie (74)

EFFECTIF OPERATEUR MAINTIEN

Effectif EQTP total	30,8	2,3	12,6	3,9	0,0	5,1	2,4	2,8	1,6
Effectif financé par AGEFIPH	25,1	2,3	9,7	2,1	0,0	4,1	2,4	2,8	1,6
dont financement direct AGEFIPH	2	0	0	2	0	0	0	0	0
dont refinancement mise à dispo CRAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dont refinancement mise à dispo CPAM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Effectif financé par CPAM	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Effectif financé par CRAM	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Effectif financé par Conseil Régional	4	0	3	0	0	1	0	0	0

42 : Plus sec commun avec CAP Emploi

OPERATIONS FINANCEES PAR L'AGEFIPH

Aménagements de postes financés en 2000	524	52	90	88	47	67	54	72	54
Primes de maintien (en vue reclassement) en 2000	396	20	144	33	32	48	35	49	35