

AGEFIPH Rhône Alpes.

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

Note de synthèse

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 :

- Construire un cadre de référence utilisable par tous pour évaluer l'existant et définir la situation cible.
- Proposer des indicateurs pour évaluer les besoins, les résultats et les critères d'excellence.
- Donner, à l'AGEFIPH, les éléments nécessaires pour animer et développer les dispositifs de maintien dans l'emploi au regard de cette situation cible.

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

- Une première étape consacrée à la construction du cadre de référence et au recueil des besoins et attentes
- Une deuxième étape dédiée au recueil des informations factuelles sur les processus, les dispositifs d'animation et de pilotage et sur les résultats.
- 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.

Nous présentons dans cette note les principaux enseignements de la mission et nos recommandations relatives à une situation cible.

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

1.1 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).

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

1.2 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

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 :

1.3 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 :

- c'est la première source de signalements.
- Il est décisionnaire sur l'inaptitude.
- c'est le premier opérateur de maintien sur la région.
- il ne peut être établi un pronostic fiable sans entretien avec le médecin du travail :
- il est responsable du « reclassement » pour l'ensemble des salariés.
- le médecin du travail est intégré dans le réseau du corps médical.
- le médecin du travail peut évaluer le risque de perte d'emploi.

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

1.4.1 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 :

- 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 rapidement¹ ?

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...).

- 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.

1.4.2 *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.

La promotion de l'offre génère la demande.

¹ Et, en particulier, avant que les échéances nées d'une consolidation ne rendent plus difficile la recherche d'une solution.

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

2.1 Le respect des finalités d'un service public :

- La clarté.
- L'équité.
- L'économie de moyens.

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

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

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

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

2.2.4 Favoriser le traitement des dossiers par le circuit normal

- Limiter 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.

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.

Il est probable que le nombre de salariés licenciés pour dans une année se situe entre 6 000 et 10 000².

² 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.

Si les chiffres issus de cette interrogation s'avéraient proches des pratiques réelles, ils conduiraient à au moins, deux enseignements :

- ils confirmeraient, la proportion de 80% des reclassements³ 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 maintien.

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 normal.

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

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).

	Région R.A	Ain (01)	Ardeche (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	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%

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 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.

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.

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.

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 meilleure détection des risques de perte d'emploi liés à l'inaptitude ou à la maladie.

4.1.2 Evaluation et orientation :

Organiser, animer et outiller un processus d'évaluation et d'orientation des cas détectés par le dispositif. On pourra viser une situation cible 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.

4.1.3 Pilotage :

Organiser, animer et outiller un processus de recueil et de traitement des informations. Compte tenu du fait qu'une partie importante des circuits d'informations en place actuellement – relevés d'activités des médecins du travail par les MIRT, 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.

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.
- Prise en charge pour le compte du médecin du travail concerné du traitement du dossier.
- Prise en charge totale du dossier lorsque les circonstances font qu'il est préférable que le dossier soit traité par un opérateur extérieur au « premier cercle » (nécessité de médiation, solutions complexes, formation, ..).

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.

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

Cette fonction consiste, peut être assurée dans le dispositif « normal » par les assistantes sociales⁴ et, dans une moindre mesure, par le médecin du travail. L'opportunité de dégager une ressource⁵ pour assurer ce service en subsidiarité de l'assistante sociale relève de la collaboration entre la CRAM et l'AGEFIPH.

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 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.

⁴ 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.

⁵ Sous forme de détachement de la CRAM ou de financement d'un poste par l'AGEFIPH.

ANNEXE

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. 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.

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.

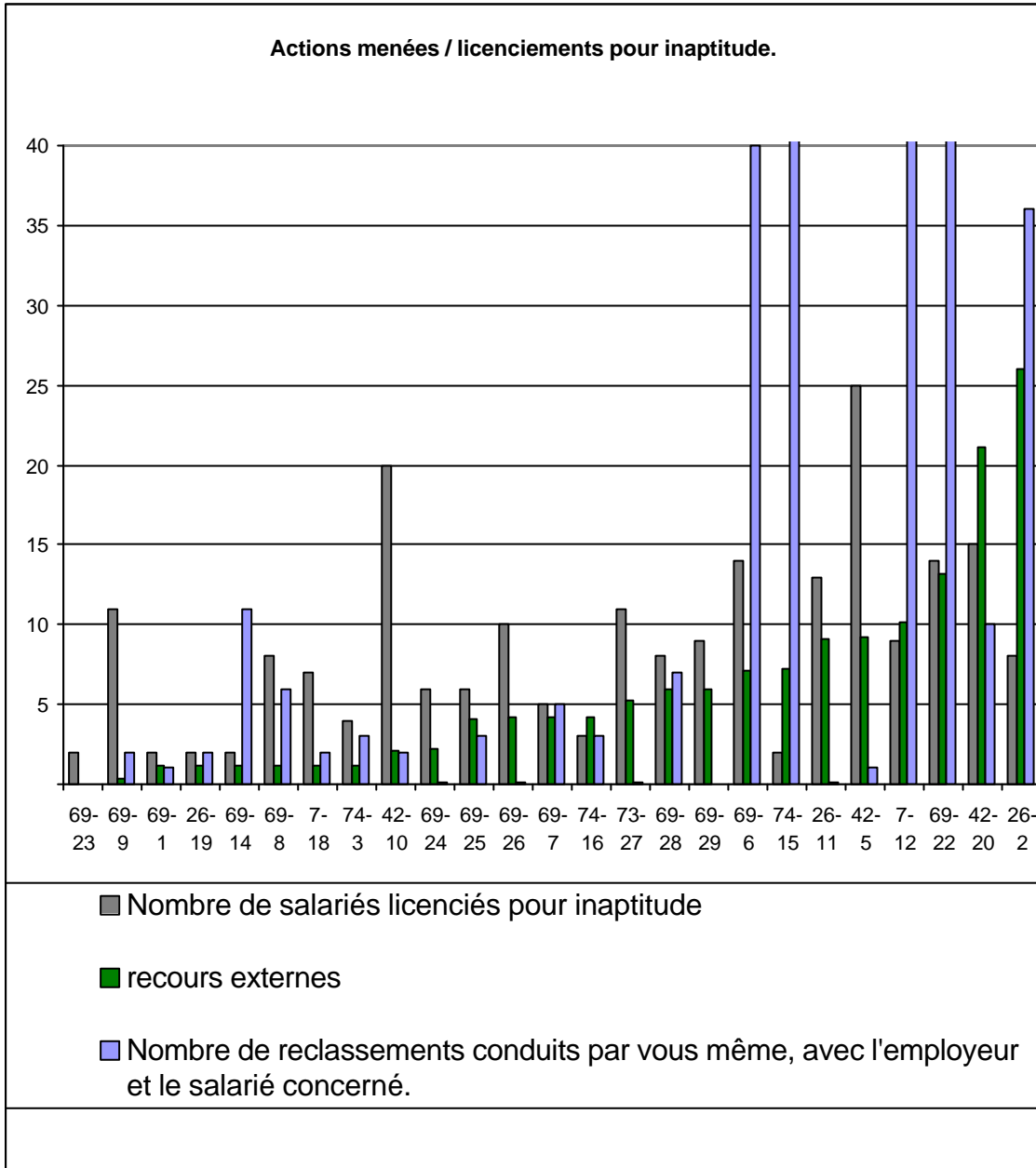
N.B. Les reclassements ne concernent pas toujours des TH ni des salariés menacés de licenciement.

- 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 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).

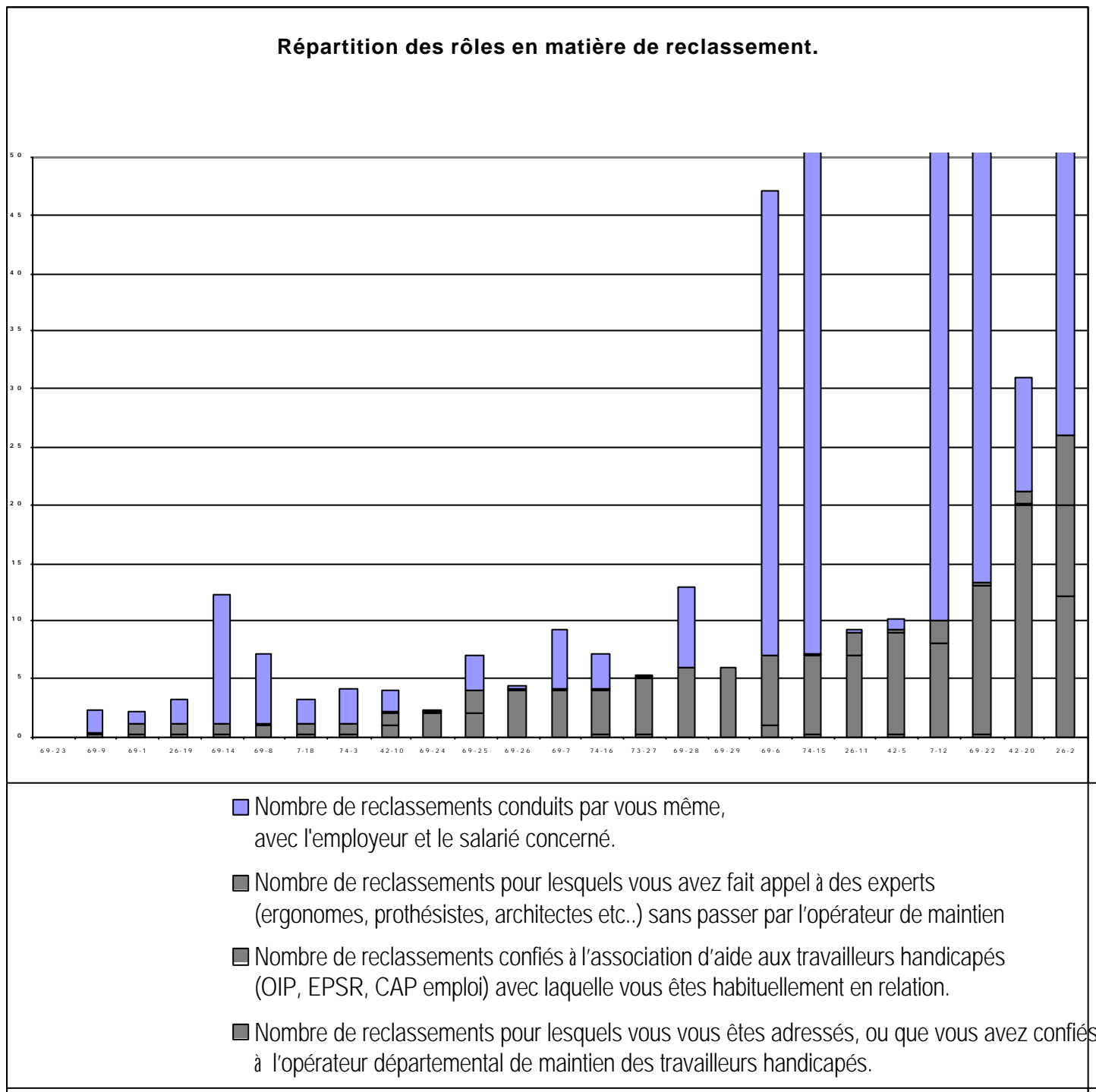
Ces trois fiches sont instructives en ce sens qu'elles font apparaître des pratiques médicales très différentes. Certains médecins identifient les cas qui posent problème, d'autres semblent ne pas s'en préoccuper. Certains traitent le problème et d'autres choisissent de le faire sous traiter etc...

Fiche 1



Fiche 2

Répartition des rôles en matière de reclassement.



Fiche 3

