



Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints du cancer : une comparaison France Allemagne

Bruno MARESCA, Anne DUJIN

CREDOC - Département « Evaluation des Politiques Publiques »

Adelheid HEGE, Christian DUFOUR

IRES

CAHIER DE RECHERCHE N° 248

NOVEMBRE 2008

Département « Evaluation des Politiques Publiques »

dirigé par Bruno MARESCA

Cette recherche a bénéficié d'un financement attribué au CREDOC par le programme de recherche de l'Institut National du Cancer (INCa, Département Sciences Humaines et Economie du Cancer).

SOMMAIRE

Introduction	5
Chapitre 1. Instituer la question du maintien dans l'emploi	12
1. <u>L'inscription de la notion de maintien dans l'emploi dans les politiques publiques</u>	12
2. <u>Le rôle des entreprises dans la gestion de la longue maladie</u>	17
2.1. <u>La notion de « disability management » : de la sphère médicale à la sphère du travail</u>	17
2.2. <u>La production de normes autour du maintien dans l'emploi par les entreprises</u>	20
Chapitre 2 : France et Allemagne, les instruments du maintien dans l'emploi .	23
1. <u>Le cadre législatif et réglementaire</u>	23
2. <u>Les différents dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi</u>	26
2.1. <u>Les conditions du maintien dans l'emploi, à la croisée de plusieurs « phénomènes sociaux » en interaction</u>	30
2.2. <u>Longue maladie et handicap</u>	31
2.3. <u>Les conditions de la représentation du personnel</u>	33
2.4. <u>Les modes de gestion du personnel</u>	35
Chapitre 3 : Les temps de la gestion du retour à l'emploi	37
1. <u>Le temps de l'arrêt maladie</u>	37
1.1. <u>La légitimité du lien salarié / entreprise pendant l'arrêt maladie</u>	38
1.2. <u>Le suivi informel des salariés en arrêt par le collectif de travail</u>	41
1.3. <u>En Allemagne, une démarche plus assumée, mais soumise à l'acceptation du salarié</u>	43
1.4. <u>L'interface entre l'espace du soin et l'espace du travail</u>	46
2. <u>Le temps du retour</u>	48
2.1. <u>La France : une gestion du retour à l'emploi au plus près du collectif de travail</u>	48
2.2. <u>L'approche allemande : des protocoles plus formalisés de retour diversement investis par les entreprises</u>	52
3. <u>Le temps de la réadaptation</u>	58
3.1. <u>Différents types d'adaptation de poste, aux contraintes différentes</u>	59
3.2. <u>Un exemple français de formalisation des démarches de maintien dans l'emploi</u>	64
3.3. <u>L'approche allemande</u>	68
3.4. <u>Le licenciement pour inaptitude en France, et pour incapacité en Allemagne</u>	70

Chapitre 4 : Les contextes plus ou moins favorables au retour à l'emploi.....	76
1. <u>Les variables exogènes : le type de pathologie et l'âge du salarié.....</u>	76
1.1. <u>Les spécificités du cancer en matière de gestion du maintien dans l'emploi</u>	76
1.2. <u>Des stratégies d'acteurs différentes en fonction de l'âge du salarié.....</u>	79
2. <u>L'importance des variables « relationnelles » : les relations du salarié avec son environnement professionnel</u>	81
2.1. <u>En France, l'importance des variables relationnelles, source d'effets discrétionnaires manifestes</u>	81
2.2. <u>En Allemagne, la formalisation des procédures n'exclut pas l'importance des variables relationnelles.....</u>	82
3. <u>Les jeux d'acteurs internes à l'entreprise et les variables organisationnelles.....</u>	83
3.1. <u>L'interface médecin du travail / ressources humaines</u>	84
3.2. <u>La mobilisation des représentants du personnel / représentants des handicapés</u>	86
3.3. <u>Les relations avec les acteurs extérieurs à l'entreprise</u>	87
4. <u>Le rapport du collectif de travail à l'exigence de productivité</u>	88
4.1. <u>Un phénomène d'intensification du travail qui touche toutes les entreprises et contraint leurs marges de manoeuvre</u>	88
4.2. <u>En France, en l'absence de protocole de gestion, des modes de régulation informels de la productivité des salariés</u>	89
4.3. <u>Les pressions de productivité agissent différemment sur les collectifs de travail allemands.....</u>	90
<u>Conclusion : Effets et limites du protocole.....</u>	92
<u>Bibliographie indicative</u>	98

INTRODUCTION

Le CREDOC s'est vu confier par l'Institut National du Cancer (INCa) un travail de recherche sur « les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints du cancer », dans le cadre d'une comparaison France / Allemagne. L'ambition de ce projet de recherche est d'apporter un éclairage, dans les entreprises françaises et allemandes, des logiques organisationnelles et des représentations de la question des salariés en longue maladie dans les entreprises, et de la façon dont ces déterminants conditionnent les possibilités d'intégration dans leur collectif de travail des salariés atteints du cancer. Plus précisément, il convient d'analyser dans quelle mesure la question de la maladie des salariés, et plus particulièrement des actifs atteints de cancer, constitue une préoccupation des employeurs, et dans quelle mesure cette question est instituée par les acteurs des entreprises. Il s'agit alors également d'étudier et de mettre en lumière les pratiques à l'égard de la longue maladie dans les politiques de gestion des ressources humaines et au regard des processus en cours de transformation des modes de gestion des entreprises (dérégulation, flexibilisation du travail, internationalisation des entreprises...).

La longue maladie et la problématique de l'emploi

Le rapport entre longue maladie et emploi est une thématique montante sur l'agenda des politiques sociales, à l'échelle nationale et internationale. Les problèmes de santé, ou étiquetés comme tels apparaissent en effet de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques. Un rapport récent de l'OCDE note ainsi qu'un nombre croissant de personnes d'âge actif tirent des prestations de maladie et d'invalidité leur principale source de revenu. A mesure que les régimes de chômage et d'aide sociale durcissent leurs exigences de recherche d'emploi et que les dispositifs de retraite anticipée sont abandonnés, les régimes de prestations pour affections de longue durée et les régimes d'invalidité subissent une pression croissante avec, à la clé, une augmentation du nombre de personnes d'âge actif qui perçoivent ces prestations et des dépenses publiques qui leur sont consacrées : « *il est urgent désormais de traiter ce phénomène de « médicalisation » des problèmes de marché du travail* »¹.

Toujours selon ce rapport, un même paradoxe touche la zone OCDE : l'état de santé général s'améliore. Pourtant, un nombre croissant de personnes sollicitent un soutien du revenu pour raisons de santé. Deux perspectives d'explication sont proposées par les auteurs. En premier lieu, l'évolution des exigences du marché du travail, et la généralisation de conditions de travail de plus en plus stressantes réduisent les niches pour les salariés moins productifs. En second lieu, l'explication par l'inadéquation des politiques, notamment des modes d'évaluation de l'invalidité et des régimes de prestation qui repoussent les personnes à capacités réduites hors du marché de l'emploi, dans une dépendance durable aux prestations, est considérée comme

1 Lever les obstacles au maintien dans l'emploi, OCDE 2006, p. 3

centrale par les auteurs. On voit donc que la question du maintien dans l'emploi se situe à la croisée de deux niveaux de questionnement : le niveau macro-économique d'une part, qui touche aux cadres institutionnels de gestion de la question à travers l'étude du recours aux mécanismes contractuels ou légaux de maintien dans l'emploi et de leurs effets à l'échelle nationale, et le niveau des entreprises d'autre part, qui touche aux modes d'organisation de la production au niveau des établissements, là où se déterminent concrètement les possibilités d'adaptation des postes. Or, les principales publications des instances internationales sur le sujet, si elles n'évident pas la question du fonctionnement des entreprises en tant que cadre même des actions de maintien dans l'emploi, privilégient toutefois la première approche en axant leurs préconisations opérationnelles sur l'optimisation de l'évaluation des capacités des salariés ou la nécessité de rendre incitatif le retour au travail à travers la réévaluation des modes d'attribution des revenus de substitution, selon un objectif d'augmentation du taux d'emploi des populations. Le fonctionnement interne des entreprises en fonction de leurs contraintes de production et de leur stratégie de développement constitue donc un point aveugle de l'analyse des conditions de mise en œuvre des actions de maintien dans l'emploi.

L'institution de la question du maintien dans l'emploi par les acteurs des entreprises

Si l'on se place du point de vue des entreprises, le maintien dans l'emploi renvoie à un champ de pratiques professionnelles, qui implique l'intervention conjointe de différents types d'acteurs, médecins du travail, ressources humaines, représentants du personnel, salariés, mais également des compétences extérieures à l'entreprise à travers les médecins conseils de la Sécurité Sociale en France, les représentants des caisses de retraite et de maladie en Allemagne. En termes d'analyse des pratiques professionnelles, la question centrale est de savoir si le maintien dans l'emploi est institué en tant que tel, aux yeux des acteurs, comme une problématique à gérer. Deux niveaux d'analyse apparaissent alors : pourquoi et comment la question se pose-t-elle ? Face à la nécessité de la gérer, quels modes de prise en charge sont conçus et mis en œuvre, avec quel degré de formalisation et d'institutionnalisation ?

France et Allemagne sont deux pays soumis à des évolutions macro-économiques comparables, qui, dans un contexte d'augmentation des exigences de productivité, ont des incidences notables sur la question du maintien dans l'emploi, notamment à travers les problématiques de l'emploi des seniors, de la lutte contre les discriminations et de l'emploi des personnes handicapées. Pour autant, France et Allemagne se caractérisent également par des rapports fortement différenciés à la question du maintien dans l'emploi. Une approche intégrée des différentes dimensions du maintien dans l'emploi prévaut en Allemagne, et s'impose aux entreprises à travers la notion de « gestion intégrée de l'insertion » et le droit à la réadaptation (« *Rehabilitation* »)² des salariés atteints de différentes formes de handicap, auxquels la maladie longue est facilement assimilée, tandis que les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi sont parcellaires en France, investies séparément par les acteurs de l'entreprise. Il s'agit essentiellement de l'obligation de reclassement, et d'emploi des personnes handicapées.

² Le chapitre suivant entre plus avant dans l'analyse de la notion de Réhabilitation et de sa traduction concrète en termes d'actions de maintien dans l'emploi.

Il en résulte des différences de mode d'appréhension du maintien dans l'emploi au niveau des entreprises. Il s'agit d'une question instituée en Allemagne, où l'articulation entre objectifs de politique publique et gestion du maintien dans les établissements se manifeste à travers un protocole de gestion, défini par la loi et qui est décliné sur chaque établissement rencontré. Les établissements français se caractérisent au contraire par une gestion au cas par cas du maintien dans l'emploi, plus ou moins justifiée et assumée par les acteurs rencontrés.

Méthodologie comparative

Pour développer une approche comparative sur la question de l'institution du maintien dans l'emploi par les acteurs des entreprises, deux méthodes peuvent être mobilisées : la méthode de comparaison par cas et la méthode de comparaison par variables. La méthode par les cas s'apparente à la réalisation d'études de cas. Elle repose sur l'examen approfondi et la confrontation entre plusieurs cas (pays, région, entreprise...) et se caractérise par l'étude de l'objet à travers une pluralité de dimensions. Steffen a par exemple fait le choix de cette approche dans son analyse des transformations des politiques de santé consécutives à l'épidémie du sida en Allemagne, France, Grande Bretagne et Italie³. Pour comprendre les dynamiques de transformation, elle considère à la fois la dimension épidémiologique du problème dans chaque pays, qu'elle combine avec une perspective historique et sociologique en prenant notamment en compte les relations entre l'Etat, les médecins et les associations qui assurent la prévention. Elle restitue ensuite les résultats de manière comparative en faisant apparaître les spécificités de chaque pays. L'avantage d'une comparaison par les cas est de permettre d'insister sur la complexité de l'écheveau de causalité, ainsi que sur l'ancrage national ou historique du phénomène et des dynamiques observés. Mais, en raison de leur forte contextualisation, les catégories d'analyses dégagées sont souvent peu généralisables.

L'approche par les variables ne s'attache pas aux cas en tant que tels, mais les décompose en variables. L'étape principale dans cette démarche méthodologique est la sélection des variables pertinentes compte tenu des hypothèses de travail formulées. Dans cette perspective, la comparaison vise à dégager, pour l'ensemble des cas étudiés, les effets induits par la présence ou l'absence de chaque facteur et l'importance relative de ce facteur par rapport aux autres.⁴ L'analyse par les variables, si elle n'ambitionne pas une contextualisation aussi poussée du phénomène étudié et ne se prête pas à une approche de type monographique, permet en revanche plus facilement de monter en généralité et d'identifier des nœuds de causalité dans l'analyse.⁵ L'objectif de la recherche étant ici d'identifier les principaux facteurs favorisant ou freinant la mise en place d'actions de maintien ou de retour à l'emploi et la façon dont ces facteurs se combinent pour expliquer l'état de la prise en charge de la question au sein de l'entreprise, le choix de la comparaison par variables est privilégié.

3 M. Steffen [2001], Les Etats face au Sida en Europe, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble

⁴ Voir C. Vigour [2005], De la comparaison dans les sciences sociales, pratiques et méthodes, Paris, La Découverte.

Plusieurs variables peuvent être retenues comme susceptibles de favoriser la mise en place d'actions de maintien / retour à l'emploi dans une entreprise : la nature de la convention collective de l'entreprise et le fait qu'elle aborde ou non la question du maintien / retour à l'emploi en cas de longue maladie, l'importance de la représentation syndicale des salariés, le degré d'intégration de la médecine du travail dans l'entreprise, notamment la présence physique du médecin du travail sur le lieu de travail des salariés, la capacité du collectif de travail à absorber les différences de productivité entre salariés (mode de gestion des absences, type d'organisation du travail...) ou encore le positionnement de l'entreprise sur les questions de responsabilité sociale et de lutte contre les discriminations.

Présentation du terrain et de la méthodologie d'enquête

Afin d'assurer la possibilité de recueillir, sur chaque établissement, le point de vue d'acteurs confrontés suffisamment souvent à la question du retour à l'emploi pour avoir élaboré un point de vue sur la question, le choix a été fait de travailler sur de grandes entreprises, au niveau d'établissements d'au moins 500 salariés en équivalent temps plein. Une sélection a donc de fait été opérée en faveur des contextes les plus favorables. En effet, les grandes entreprises disposent de moyens de gestion des ressources humaines et se caractérisent par des effectifs importants qui offrent des possibilités en matière de reclassement et d'adaptation des postes que les petites et moyennes entreprises n'ont pas. Les situations décrites ne sont donc pas représentatives de la majorité des situations de retour à l'emploi, en France comme en Allemagne.

Le choix a été fait de ne pas restreindre l'analyse comparative à un secteur d'activité, afin de diversifier les types de métiers et les modes d'organisation de la production étudiés, aspects susceptibles d'avoir une incidence notable sur les possibilités du maintien dans l'emploi. Toutefois, afin d'assurer la comparabilité entre France et Allemagne, on a fait en sorte que, à chaque établissement français retenu, corresponde une entreprise allemande comparable en termes d'effectif salarié et d'échelles de qualification des métiers.

⁵ Sur ce point, voir notamment P. Hassenteufel, [2000], « Deux ou trois choses que je sais d'elle. Remarques à propos d'expériences de comparaison internationale. » dans CURAPP [2000], « Les méthodes au concret », Paris, PUF.

FRANCE	ALLEMAGNE
Télécommunications Ancienne entreprise publique, de 1000 salariés, diversité des métiers (techniques, administratifs)	Energie 3 000 salariés, métiers diversifiés, techniques informatiques, commerciaux. Land actionnaire à 80%.
Metallurgie Site de production de 2000 personnes, prédominance des emplois ouvriers	Métallurgie (A et B) 2 sites de 1 200 à 7 000 salariés, prédominance des emplois ouvriers
Grande distribution Etablissement de 380 salariés insérés dans un groupe de 80 000 salariés. Vente et mise en rayon, logistique	Grande distribution Etablissement de 500 salariés, prédominance métiers de vente. Inséré dans un groupe de 30 000 salariés
Etablissement hospitalier Structure privée de 1 800 salariés, dont près de la moitié sont soignants (aides-soignants, infirmières, kinésithérapeutes).	Expédition logistique Ancien monopole d'Etat devenu entreprise privée. Filiale avec 2 000 salariés, faibles niveaux de qualification et métiers très diversifiés : artistiques, techniques, d'artisanat, commerciaux, administratifs

L'enquête de terrain dans les établissements français a eu lieu entre juin 2007 et juin 2008, et entre décembre 2007 et mai 2008 pour les établissements allemands. Les acteurs rencontrés ont pu varier quelque peu d'un établissement à l'autre. L'objectif était de recueillir, pour chaque établissement, le point de vue des différents acteurs mobilisés (officiellement ou non) sur les processus de retour à l'emploi :

- Direction / direction des ressources humaines
- Médecine du travail / infirmières / service social
- Encadrement direct
- Représentants du personnel
- Représentants des handicapés (Allemagne)
- Salariés ayant été en situation de retour à l'emploi
- Acteurs périphériques intervenant sur le retour à l'emploi : représentants des caisses, cabinets de psychosociologues spécialisés dans la gestion du retour à l'emploi

La grille de questionnement, adaptée en fonction des catégories d'acteurs, se décomposait en 4 grandes étapes.

- Comprendre quand, comment et avec quelles finalités les différents acteurs sont mobilisés sur un processus de retour à l'emploi et s'il existe une approche normée de la question dans l'entreprise : quand sont-ils informés de la situation du salarié ? Quel degré de connaissance en ont-ils ? Qui est force de proposition pour un aménagement ?... Sur ce point, il s'agissait de s'appuyer sur l'évocation d'exemples précis de trajectoires de salariés.
- Passer en revue les différents outils / dispositifs existants en faveur du maintien dans l'emploi et voir quel usage en est fait par les acteurs. Il s'agit alors de comprendre les

déterminants du choix d'une solution par rapport à une autre (mi-temps thérapeutique / adaptation / changement de poste...).

- Identifier les conditions sous lesquelles le salarié en situation de longue maladie parvient à rester intégré au collectif de travail et à l'activité de l'entreprise. Cet aspect renvoie à la question de la gestion des salariés malades par rapport à la stratégie de l'entreprise.
- Recueillir un avis prospectif des acteurs rencontrés sur la capacité de l'entreprise à assurer le maintien / retour à l'emploi des salariés en fonction des évolutions attendues des conditions de travail dans l'établissement.

Face au caractère souvent partiel des informations recueillies à travers ce questionnaire et pour dépasser une approche par les seules représentations des acteurs, une troisième étape de travail a consisté à solliciter un entretien auprès de la direction des ressources humaines ou du médecin du travail pour explorer en détail les dossiers de personnes ayant été en situation de longue maladie. Il s'agissait de reprendre leur trajectoire, depuis la déclaration de la maladie jusqu'au retour à l'emploi et le processus d'adaptation qui s'en suit, en faisant apparaître toutes les étapes : aménagements de poste, changement de poste / de service, évolutions de carrière, licenciement pour inaptitude...

Afin d'instruire la question des logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés en situation de maladie longue et revenant à l'emploi, il convient en premier lieu de voir dans quelle mesure et selon quels processus la question du maintien dans l'emploi a été instituée en France et en Allemagne. Ce questionnaire renvoie à la fois aux différents champs de politique publique qui ont mis à l'agenda cette thématique, et au degré d'appropriation et d'intégration de la notion dans les pratiques des acteurs des entreprises.

Une fois le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la problématique posée, il s'agira de voir quels sont les instruments législatifs et réglementaires du maintien dans l'emploi en France et en Allemagne, quels en sont les prescripteurs, les financeurs, à quelles conditions ils sont mobilisables par les acteurs de l'entreprise et de quelle conception du maintien dans l'emploi ils sont porteurs. Cette analyse permet de faire apparaître que, si les instruments sont nombreux dans les deux pays, les modalités d'appropriation et de mobilisation de ces instruments par les acteurs dans les établissements divergent fortement. Elles renvoient à différentes problématiques – rapport au handicap, modes de représentation du personnel, mode de gestion de la main d'œuvre – à travers lesquelles se construisent des modes de gestion différenciés du maintien dans l'emploi.

Il s'agira ensuite d'entrer plus avant dans l'analyse des processus de retour à l'emploi tels qu'ils apparaissent et sont gérés au niveau des différents établissements visités. On peut distinguer trois étapes dans un processus de retour à l'emploi : le temps de l'arrêt, qui précède le retour dans l'entreprise mais pendant lequel un lien peut être maintenu avec le salarié, le temps du retour proprement dit, quand le salarié réintègre son collectif de travail, et le temps de la réadaptation, quand la reprise au poste initial s'avère difficile. Pour chacune de ces étapes, des questions différentes se posent aux acteurs de l'entreprise, qui renvoient à des difficultés et des enjeux spécifiques. En définitive, le degré d'intégration entre ces trois dimensions est fonction du fait que la question du maintien dans l'emploi soit posée en tant que telle par les acteurs de

l'entreprise ou pas. La différence entre France et Allemagne est marquée à ce niveau. L'absence de prise en compte globale de ces dimensions renvoie le plus souvent à l'absence d'anticipation et à la gestion à chaud des situations, corollaire de l'absence de protocole de prise en charge.

Enfin, face au constat de forte différenciation des modes de gestion de la question d'un établissement à l'autre, il s'agira de se pencher sur les facteurs qui interviennent et interagissent dans la construction sociale de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail sur chaque établissement, et qui influent sur le mode d'appropriation des dispositifs juridiques par les différents acteurs impliqués dans les processus de maintien dans l'emploi. La comparaison entre France et Allemagne fait alors apparaître que la formalisation des processus de retour à l'emploi est une exigence dans un contexte où les entreprises ne pourront plus gérer de manière informelle l'ensemble des situations de réadaptation au travail auxquelles elles seront confrontées. Pour autant, le contexte de pression en termes de productivité souligne également les limites des procédures formalisées, et l'existence de dynamiques de mises à l'écart de certains salariés qu'elles ne peuvent enrayer. Il s'agira donc, en conclusion, d'examiner plus avant les enjeux de la formalisation d'un protocole de gestion du retour à l'emploi, à la fois en termes de fonctionnement des établissements et dans le cadre plus large d'une question de politique publique.

CHAPITRE 1. INSTITUER LA QUESTION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Au niveau des instances internationales, le maintien dans l'emploi est aujourd'hui institué en enjeu et en objectif de politique publique. Le rapport de l'OCDE présenté en introduction a ainsi posé la problématique du maintien dans l'emploi en rapport avec les questions de gestion du handicap et de la longue maladie dans une perspective de retour au travail des personnes concernées. Souhaitant explorer le paradoxe selon lequel l'état de santé général s'améliore dans la zone de l'OCDE tandis qu'un nombre croissant de personnes sollicitent un soutien du revenu pour raisons de santé, les auteurs en cherchent les raisons et visent à comprendre en quoi institutions et politiques y contribuent. Au cœur de ce questionnement se situe la notion de maintien dans l'emploi qui, dans le cadre des politiques publiques, recouvre « *les activités de prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé / handicap.* »⁶

Il s'agit ici de voir comment le maintien dans l'emploi a été institué en objectif à atteindre, pour les politiques publiques tout d'abord, et pour les entreprises ensuite, et comment se fait l'articulation entre ces deux niveaux, le premier prescriptif et décisionnel, le second opérationnel. En effet, le maintien dans l'emploi est une notion relativement récente, construite en rapport avec plusieurs problématiques qui ont pris une importance croissante ces dernières décennies sur l'agenda des politiques publiques, notamment la lutte contre les discriminations et l'intégration des personnes handicapées en entreprise, le vieillissement de la population active... Mais la notion renvoie également, au niveau opérationnel et décentralisé de chaque établissement, à des problématiques concrètes de gestion de la main d'œuvre dans un contexte de plus en plus compétitif. Aussi, s'interroger sur l'institution de la notion de maintien dans l'emploi implique de poser la question du rôle des acteurs des entreprises dans la gestion du retour à l'emploi et, plus largement, de leur implication dans les problématiques sociétales : quelle est l'articulation entre objectifs de politique publique et organisation des modes de production ?

1. L'INSCRIPTION DE LA NOTION DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

Le maintien dans l'emploi vise essentiellement à traiter les situations où des problèmes de santé ou de handicaps sont susceptibles de faire peser un risque sur l'emploi. En France, le maintien dans l'emploi a été directement constitué en objectif de politique publique à travers la question

⁶ Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés en Ile de France, *Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi*, mars 2005, p. 8.

de l'intégration des personnes handicapées en entreprise d'une part⁷, et la gestion du vieillissement de la main d'œuvre d'autre part⁸. Ces deux problématiques s'inscrivent plus largement dans le domaine des mesures d' « activation » du marché du travail, c'est-à-dire les actions qui visent à ramener à l'emploi des catégories de personnes qui s'en sont éloignées. Ces politiques ont été développées à partir du milieu des années 1980 sur fond d'une double évolution : la pression accrue sur les systèmes de retraite et les systèmes d'assurance maladie d'une part, et le resserrement des marges de manœuvre des employeurs d'autre part. Deux types d'obligation distincts s'imposent aux employeurs, qui recouvrent l'essentiel des actions de maintien dans l'emploi : l'obligation de reclassement d'une part⁹, et l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés d'autre part.

Le principe de l'obligation de reclassement consiste à éviter que la santé ou le handicap ne constituent des raisons de licenciement¹⁰. L'obligation de reclassement n'entre en jeu qu'à partir du moment où un salarié est effectivement déclaré inapte à son poste par le médecin du travail (elle ne prend donc pas en compte la dimension du simple risque d'inaptitude), généralement lors de la visite de reprise après un arrêt de travail¹¹. Un avis d'inaptitude émis doit être confirmé à l'issue d'une deuxième visite, espacée de deux semaines (sauf en cas de danger immédiat pour la personne ou son entourage professionnel, l'avis de la première visite prenant alors effet immédiatement). Dans l'intervalle, une étude de poste conduite par le médecin du travail et d'éventuels examens médicaux complémentaires auront permis de préciser les restrictions des capacités du salarié. Au terme de cette procédure, si l'avis d'inaptitude est prononcé, les intéressés disposent d'un mois pour poser les bases du reclassement (identification d'un poste et des moyens à déployer). A l'expiration du délai, l'employeur propose un emploi approprié aux aptitudes du salarié. L'employeur n'est autorisé à licencier que s'il justifie de l'impossibilité de reclassement, non seulement sur le poste mais aussi dans

⁷ E. Escriva, Agir sur... les situations de handicap, le maintien dans l'emploi, Editions du réseau ANACT. Le maintien dans l'emploi en questions, édité par l'ENSP, 2004 ; E. Moreau, Le salarié handicapé dans l'entreprise, 2002 ; La gestion du handicap sur le lieu de travail, Bureau International du Travail (B.I.T.), Genève, 2002.

⁸ G. Schmidt, Les logiques d'action des entreprises à l'égard de l'âge, Travail et emploi n°63 ; A. Jolivet, Les comportements des entreprises à l'égard des salariés vieillissants, Analyse monographique de six établissements, Gérontologie et société, septembre 2002 ; A-M. Guillemard, Attitudes et opinions des entreprises à l'égard des salariés âgés et du vieillissement de la main d'œuvre, Gérontologie et société, n°70, octobre 1999 ; N. Catala, L'emploi des seniors, enquête d'entreprises, 2005.

⁹ Textes de référence : Loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage, Articles L. 122-24-4 et L. 122-32-5 du code du travail.

¹⁰ « ...l'employeur est tenu de trouver [au salarié déclaré inapte par le médecin du travail lors de la visite de reprise] un autre emploi approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations ou transformations du poste de travail » (Art. L. 122-24-4 du code du travail).

¹¹ D'après l'article R. 4624-21 du code du travail :

«Le salarié bénéficie d'un **examen de reprise de travail** par le médecin du travail: 1° Après un **congé de maternité** ; 2° Après une absence pour cause de **maladie professionnelle** ; 3° Après une absence d'au moins **huit jours** pour cause d'**accident du travail** ; 4° Après une absence d'au moins **vingt et un jours** pour cause de **maladie** ou d'accident non professionnel ; 5° En cas d'**absences répétées** pour raisons de santé.» Cette visite peut être précédée d'une visite de pré-reprise, facultative, qui ne peut avoir lieu qu'à l'initiative du salarié. Mais cette possibilité semble sous exploitée.

l'entreprise et le groupe. Il lui faut donc fournir la preuve qu'il a fait tout son possible pour maintenir la personne dans l'emploi.

Concernant l'obligation d'emploi des personnes reconnues handicapées, c'est la loi de 1975 qui a introduit la question de la « reconnaissance du handicap » comme un préjudice pour accéder à l'emploi ou le conserver, en mettant en place un système d'appréciation, par les Cotorep (Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel), du « taux d'incapacité » de la personne, et de la nécessité de l'attribution d'une reconnaissance administrative. Depuis cette date, la Cotorep peut être saisie pour l'attribution d'une telle reconnaissance au bénéfice de salariés, et ce de manière accélérée (qualifiée alors de procédure « diligente »), lorsqu'il y a risque de perte d'emploi pour cause d'inaptitude. La loi de 1987 dont les objectifs sont réaffirmés par la loi de 2005, a introduit une obligation de résultat en matière d'emploi de travailleurs handicapés, avec un quota de 6% des effectifs de l'entreprise. Cela implique pour l'employeur de mettre en place les conditions pour que des personnes aux capacités réduites puissent exercer un emploi dans l'entreprise, ce qui passe en partie par des actions de maintien dans l'emploi. Théoriquement, la mise en place de ces actions déborde le seul respect de ces obligations. Le cœur de l'activité de maintien dans l'emploi concerne en premier lieu la question de l'aptitude au poste de travail, dont l'évaluation relève de la médecine du travail. Mais le maintien dans l'emploi a également un aspect préventif et recouvre des actions face à des « risques d'inaptitude ». Les actions en sa faveur peuvent en effet concerner un salarié avec un handicap s'aggravant susceptible de conduire à une inaptitude ou à un arrêt de travail, ou un salarié en arrêt de travail pour raisons de santé aux incidences sur l'emploi méconnues.

Toutefois, en pratique, l'enquête de terrain en entreprises fait apparaître, nous le verrons, que le maintien dans l'emploi est pour les employeurs français une notion relativement abstraite qui n'existe pas en tant que telle. Les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi sont de natures différentes, et ne renvoient pas ou peu aux mêmes champs conceptuels pour les acteurs des entreprises. Ainsi, une entreprise peut avoir formalisé des actions en faveur de l'intégration des personnes handicapées et s'acquitter de l'obligation de reclassement sans qu'une politique globale de maintien dans l'emploi ne soit mise en place. Ce phénomène est également illustré par plusieurs travaux conduits sur les problématiques de l'obligation de reclassement et de l'emploi des travailleurs handicapés, qui prennent la forme d'identification de bonnes pratiques ou de recommandations soit en direction des entreprises et des salariés afin de guider ceux-ci dans leurs démarches (présentation des principaux dispositifs du maintien ou du retour à l'emploi), soit aux entreprises pour les inciter à trouver des solutions concrètes ou améliorées. Cette littérature spécialisée pose la question du maintien dans l'emploi au regard des contraintes de l'entreprise et de l'évolution des conditions de travail dans un univers concurrentiel¹². Le contexte d'évolution des stratégies de gestion des ressources humaines et de mobilisation de la main d'œuvre des entreprises, en réaction à de nouvelles

¹² T. Coutrot [1999], *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte ; T. Coutrot [1998], *L'entreprise néolibérale, nouvelle utopie capitaliste ?*, Paris, La Découverte.

contraintes de flexibilité, de réactivité et d'innovation, est généralement au cœur de l'analyse. Mais cette approche pratique qui consiste à faire des recommandations se fonde en premier lieu sur le constat que les entreprises françaises, n'ont, dans l'ensemble, pas adopté une stratégie globale de gestion de leurs ressources humaines fondée sur une approche intégrée des différentes problématiques relatives au maintien dans l'emploi.

En Allemagne, la question du maintien dans l'emploi a été instituée dans un contexte macro-économique relativement semblable à celui de la France, mais selon des modalités différentes. La réforme du Code social à partir de 2001 a redéfini le périmètre des responsabilités patronales face à la longue maladie et au handicap. Les employeurs sont aujourd'hui censés développer une approche proactive qui assure durablement l'aptitude au travail de la main-d'œuvre. Il leur est ainsi confié une fonction sociale auparavant essentiellement dévolue aux systèmes de protection sociale. Ce changement de paradigme a pour toile de fond une démographie en déclin (plus problématique encore qu'en France) et une crise de financement persistante des systèmes de protection sociale. La prolongation de l'espérance de vie combinée à des taux de natalité actuellement parmi les plus bas en Europe annonce, à terme, une main-d'œuvre à la fois moins nombreuse et plus âgée. D'ores et déjà, les entreprises voient se rétrécir le vivier de salariés qualifiés. Des réformes successives des systèmes d'assurance maladie et de retraite à partir de 2000 ont visé à parer aux déséquilibres financiers des systèmes de protection sociale liés au vieillissement d'une population qui vit plus longtemps, bénéficie d'une retraite prolongée et nécessite de ce fait plus de soins¹³. Les politiques de préretraite largement utilisées par les entreprises dans le cadre de leurs politiques de restructuration ont longtemps bénéficié d'aides publiques. Les réformes cherchent à inverser la dynamique, tout d'abord en obligeant les salariés à rester plus longtemps au travail : l'âge légal de départ à la retraite sera progressivement porté de 65 à 67 ans entre 2012 et 2029 ; le départ précoce (y compris pour cause de maladie) est sanctionné par d'importantes décotes. La pression sur les entreprises est de nature plus incitative : il s'agit de les convaincre de créer les conditions pour que les salariés puissent travailler plus longtemps avec les qualifications et l'état de santé adéquats. La démarche se fonde sur une approche beaucoup plus intégrée qu'en France des problématiques susceptibles de renvoyer au maintien dans l'emploi : handicap, gestion de la longue maladie et de la main d'œuvre vieillissante.

Depuis 2004 en effet, la loi oblige les entreprises allemandes à veiller à la réintégration des salariés en situation de maladie prolongée. La réforme du Code sociale institue la « gestion intégrée de l'insertion » (*Betriebliches Eingliederungsmanagement*, BEM) comme une obligation patronale (article 84.2). Dès lors que des salariés cumulent plus de 42 journées (ou six semaines) d'absence maladie dans l'année, consécutives ou non, il incombe à l'employeur de prendre des mesures visant à faciliter le retour dans l'emploi, à prévenir de nouvelles situations de maladie et à sécuriser l'emploi de la personne. Le Code social (*Sozialgesetzbuch III*) en reformulant l'ancienne législation sur le handicap, introduit en effet une notion élargie de la prévention et de la protection : au-delà des salariés « handicapés », il s'agit d'accompagner

¹³ Adelheid Hege (2006) , « Le modèle social allemand au défi de l'unification », in A. Hege et al., *Regards sur l'Allemagne unifié*, Paris, La Documentation française, p.47-85.

tous les salariés susceptibles de voir se détériorer leur état de santé dans la vie au travail. La nouvelle approche de la prévention mobilise, à côté de l'employeur, deux autres intervenants centraux : la personne malade elle-même perçue comme acteur « actif » dans les processus de réinsertion et par ailleurs libre d'accepter ou de décliner l'aide à la réinsertion qui lui est proposée ; et la représentation des salariés – conseil d'établissement (*Betriebsrat*), représentation des grands handicapés (*Schwerbehindertenvertretung*) – interlocuteur clé pour les politiques de prévention et de réinsertion dans l'entreprise.

La notion de prévention du Code social (Sozialgesetzbuch IX)

§ 84.2

« Quand des salariés sont, de façon continue ou réitérée, inaptes au travail durant une période excédant six semaines dans l'année, l'employeur, avec la représentation du personnel compétent dans le sens de l'article 93 et, quand il s'agit de personnes grands handicapés aussi avec la représentation des grands handicapés, en accord et avec la participation de la personne concernée, clarifie comment l'inaptitude au travail peut si possible être surmontée, quelles prestations et aides sont en mesure de prévenir une nouvelle situation d'inaptitude et comment le poste de travail peut être préservé (gestion intégrée de l'insertion, *betriebliches Eingliederungsmanagement*). Si nécessaire, le médecin du travail sera associé. »

Les nouvelles responsabilités patronales en matière de prévention et de facilitation du retour à l'emploi des salariés malades n'engendrent pas de nouvelles charges contributives : les systèmes de protection sociale continuent de prendre en charge l'essentiel des coûts (rééducation, aides à la réinsertion, reconversion professionnelle). Mais la loi interdit désormais aux employeurs de « renvoyer » purement et simplement leurs salariés malades vers les systèmes de protection sociale après s'être acquittés de leur obligation légale de maintenir le salaire pendant six semaines. La logique est à « l'activation » des employeurs : verser les charges sociales « ne suffit plus ». Le relatif consensus ayant permis l'adoption de la réforme à partir de 2001 suggère que le terrain était propice : la fidélisation de salariés « méritants » semble devenue une préoccupation croissante des employeurs en même temps que les syndicats, longtemps soucieux de protéger les salariés malades devant l'ingérence ou la pression patronale, estiment nécessaire de réagir aux risques accrus d'exclusion du marché du travail (et de la vie sociale) des salariés les plus vulnérables.

Bien que les évolutions macro-économiques ayant conduit à l'implication des employeurs dans la poursuite de l'objectif de maintien dans l'emploi soient similaires d'un pays à l'autre, les modalités de cette implication diffèrent fortement. En Allemagne, l'articulation entre objectifs de politique publique et mobilisation des employeurs est beaucoup plus étroite qu'en France, et se fait à travers une approche globale des différentes problématiques renvoyant au maintien dans l'emploi. Cela permet, nous le verrons, la mise en place de procédures de gestion partagées entre les différents acteurs. En France en revanche, les actions de maintien dans l'emploi sont investies à travers des obligations légales très diverses, ce qui ne suscite pas de dynamique globale autour de la question du maintien dans l'emploi. Ces différentes modalités d'articulation entre objectifs de politique publique et actions des entreprises impliquent d'interroger

l'inscription sociale des entreprises et les processus qui conduisent les employeurs à devenir les partenaires des pouvoirs publics dans une dynamique de co-construction de l'action publique.

2. LE ROLE DES ENTREPRISES DANS LA GESTION DE LA LONGUE MALADIE

2.1. La notion de « disability management » : de la sphère médicale à la sphère du travail

Les actions en faveur du maintien dans l'emploi des salariés handicapés ou malades se fondent sur la prise en compte des diminutions de capacités des personnes concernées au regard des exigences de leur poste de travail. Sur la base de cette reconnaissance, un processus d'adaptation du poste peut ensuite être amorcé. Le maintien dans l'emploi présuppose donc le dépassement de la seule approche médicale de la maladie et des handicaps qu'elle génère, vers une approche plus interactionniste qui prenne en compte l'environnement et le milieu de travail du salarié. Cette approche implique une nouvelle mobilisation des acteurs au niveau de l'entreprise confrontés aux situations de handicap ou de longues maladies, et a été théorisée à travers la notion de « disability management » (Galvin et Schwartz 1986), souvent traduite en Français par « gestion intégrée des incapacités ». Les auteurs ayant investi cette approche partent du postulat que, dans le contexte d'une entreprise donnée, réfléchir au maintien dans l'emploi de salariés connaissant des limitations fonctionnelles oblige à « s'interroger sur le rapport entre les caractéristiques des capacités fonctionnelles résiduelles temporaires ou permanentes des personnes atteintes d'une part, et les caractéristiques de l'emploi et du contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit d'autre part »¹⁴. Les conditions dans lesquelles se réalise le processus d'adéquation entre ces deux réalités permettent de décrire les facteurs qui influencent le retour au travail. A la suite de cela, la réadaptation au travail est définie comme « un ensemble d'actions posées pour permettre à un individu de rétablir la congruence entre ses capacités et les exigences de son environnement. »¹⁵ Cette approche par le « disability management » met donc en avant la dimension négociée, interactive et pluridisciplinaire des actions de maintien dans l'emploi. Il s'agit en effet de mobiliser les différents acteurs concernés (équipes médicales, ressources humaines, salariés, représentants du personnel) sur un projet précis d'adaptation de poste. En Amérique du Nord, les actions en faveur du maintien dans l'emploi prennent essentiellement la forme de programmes de réadaptation faisant intervenir aux côtés des salariés en situation de limitation fonctionnelle des équipes médicales qui formulent des propositions de réadaptation de postes et jouent un rôle d'interface entre le salarié et son environnement professionnel. La mise en place de programmes de maintien dans l'emploi concerne des types de pathologies variés, professionnelles ou non. Les maladies musculo-squelettiques sont toutefois une cible particulièrement représentée dans ces actions en faveur du maintien dans l'emploi.

¹⁴ MJ. Durand, P. Loisel, [2001], « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systématique. », *Pistes*, vol. 3, n°2, p. 2.

Tout un champ de littérature s'est développé autour de l'étude de ces programmes et de leur mise en oeuvre¹⁶. Deux axes principaux ont été investis par ces travaux. Une première série s'est penchée sur les pratiques de réinsertion thérapeutique au travail, en s'attachant au contenu même des programmes, aux conditions de leur réalisation et à leurs résultats sur l'évolution de la santé des salariés. Une autre série de travaux a en revanche porté sur le fonctionnement interne des entreprises cibles des programmes et l'identification de facteurs organisationnels plus ou moins favorables à la mise en œuvre et à la réussite d'actions de maintien dans l'emploi. Dans ces travaux, le concept américain de « disability management » constitue un véritable programme d'action dont l'objectif ultime est de réduire l'impact des incapacités, c'est à dire ses effets négatifs pour le travailleur et l'entreprise.

Le développement de la notion a marqué une évolution sensible de l'approche du maintien dans l'emploi depuis les années 1980. Différents auteurs mettent en lumière les facteurs ayant contribué au développement de pratiques de réinsertion professionnelle de travailleurs malades ou accidentés : l'évolution du contexte législatif sur l'intégration des personnes ayant des limitations fonctionnelles dans les milieux de travail en Amérique du Nord, l'importance grandissante des coûts associés à la réadaptation et les difficultés économiques rencontrées par les organismes responsables de l'indemnisation des lésions (Morrison 1993, Dahlen et Wernesson 1996), mais également des pressions structurelles accrues sur les entreprises, notamment le resserrement de leurs mécanismes de gestion internes à la faveur de la concurrence et de la mondialisation des marchés. Face à ces nouvelles contraintes, plusieurs approches du maintien dans l'emploi se sont succédées à travers les programmes.

Dans un premier temps, l'ensemble des interventions de prise en charge des handicaps des salariés mettait l'accent sur la réduction ou la disparition des handicaps, alors appréhendés en termes de « déficience ». L'approche était alors exclusivement médicale. Il s'agissait de permettre le plus rapidement possible au salarié de retrouver les conditions de travail qui précédaient la maladie ou l'accident. Cette approche ne pouvait donc concerner que certaines pathologies, essentiellement les dorso-lombalgies et les troubles musculo-squelettiques, et excluait les situations où un retour « à la normale » n'était pas envisageable des actions en faveur du maintien dans l'emploi. L'amorce de la réadaptation au travail s'est donc d'abord faite sur un postulat principalement axé sur l'amélioration des capacités des individus sans considération réel de l'environnement de travail. Le caractère partiel et l'inefficacité de cette approche ont été largement démontrés (Frank et al. 1996, Karjalainen et al. 2001, Loisel et al. 2001). Ces travaux (Mayer et collaborateurs 1985, 1987, 1989, Frank et al 1998, Nachemson 1999) ont modifié l'approche du maintien dans l'emploi en développant la thèse selon laquelle seule une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi, qui intègre le milieu de travail du salarié dans le diagnostic et ouvre la voie à des processus de réadaptation de postes, peut

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ Une revue de la littérature dans ce domaine est présentée dans MJ. Durand, P. Loisel, [2001], « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systématique. », *Pistes*, vol. 3, n°2.

aboutir à des résultats en termes de maintien dans l'emploi¹⁷. Ils convergent tous en faveur d'un déplacement de l'approche du maintien dans l'emploi du milieu médical vers le milieu du travail. C'est là que la notion de « disability management » prend tout son sens. Il s'agit en effet de favoriser les programmes d'intervention impliquant une démarche de collaboration entre les partenaires concernés au sein d'une entreprise par le retour à l'emploi et en relation avec un projet d'adaptation du poste des salariés concernés. Certains auteurs soulignent à cet égard le passage d'un paradigme de la « déficience », centré sur l'appréhension médicale des handicaps générés par la maladie, à celui de « l'incapacité », consistant à considérer la personne en lien avec son environnement professionnel. Sur cette base, une troisième génération de travaux s'est attachée à identifier les facteurs organisationnels facilitant ou freinant l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi et la réussite de ces dernières¹⁸.

L'approche développée dans le cadre de ces travaux est très pragmatique, essentiellement centrée sur les variables organisationnelles. A travers l'étude d'un large panel d'entreprises, il s'agit d'isoler des facteurs facilitant ou freinant la mise en œuvre de programmes de maintien dans l'emploi. On peut reprocher à ces travaux de développer une lecture trop mécanique de la question du maintien dans l'emploi (« si tel ou tel facteur est présent, alors la mise en œuvre de programmes s'en trouve facilitée / freinée... »). Mais ils ont le mérite de proposer une analyse de la gestion du retour à l'emploi dans ses dimensions les plus concrètes, en s'attachant à analyser le processus au niveau de l'établissement, là où les différents acteurs sont en présence et agissent autour de cas précis de salariés qui reviennent à l'emploi. L'enquête de terrain menée par le CREDOC et l'IRES a notamment fait apparaître que cette approche pratique du maintien dans l'emploi, via la notion de « disability management », avait diffusé auprès des acteurs d'entreprise mobilisés autour du retour des salariés au travail, bien que selon des modalités différentes entre France et Allemagne. Toutefois, ces travaux ne se penchent pas sur les processus d'appropriation de la question du maintien dans l'emploi par les différents acteurs

17 Dans une revue de l'ensemble des programmes de réadaptation utilisant des tâches allégées au travail, toutes atteintes physiques confondues, Krause (1998), montre que ces interventions ont un effet bénéfique sur le retour à l'emploi, divisant souvent par deux le nombre de jours d'absence au travail. Plus spécifiquement, Loisel et al. (1997) ont démontré, dans un essai clinique réalisé dans la région de Sherbrooke, que la combinaison d'une intervention clinique et d'une intervention en milieu de travail permettait de réduire de façon importante l'incapacité au travail par rapport à la prise en charge conventionnelle, en accélérant significativement (x 2,4) le retour au travail au poste régulier et en améliorant la qualité de vie des patients. Le coût avantage et le coût efficacité de ce programme se sont révélés importants, puisqu'une moyenne de 3291 dollars par travailleur investis dans les interventions a permis d'économiser une moyenne de 18509 dollars par travailleur et d'éviter ainsi une moyenne de 293 jours d'absence par travailleur après un suivi de 6 ans.

18 Baril et al. isolent ainsi différents types de facteurs susceptibles d'influencer l'implantation et la réussite de programmes de retour à l'emploi de travailleurs souffrant de lésions professionnelles dans quatre directions régionales de Montréal et l'Estrie¹⁸. Un premier type de facteurs touche à la structure de l'entreprise. Il s'agit de sa taille, de l'organisation du travail (notamment degré de spécialisation de la main d'œuvre), de la présence d'un syndicat (qui diminuerait les pratiques douteuses en matière de gestion des ressources humaines), et de l'existence d'un comité de santé et de sécurité du travail mobilisé sur les questions de retour à l'emploi. Un second type de facteurs concerne des éléments de « culture de l'entreprise » qui conditionnent l'approche de la longue maladie. Les auteurs isolent ainsi la volonté de l'employeur d'agir, la reconnaissance par ce dernier des incapacités du salarié, ainsi que la reconnaissance de la valeur de l'employé. Ces éléments sont eux-mêmes largement conditionnés par la qualité de la communication interne dans l'entreprise. Enfin, des facteurs externes, comme le contexte socio-économique, le réseau partenarial et associatif qui entoure l'entreprise, son degré de familiarité avec les situations de longue maladie sont examinés.

présents dans l'établissement, et ne posent pas la question de savoir comment les différentes parties prenantes formulent les enjeux relatifs au maintien dans l'emploi et se positionnent à l'égard des actions menées dans cette perspective. Or, le maintien dans l'emploi ne se pose pas dans les mêmes termes pour les différents acteurs, ces derniers ayant des objectifs, des contraintes et des ressources différents au regard de la stratégie globale de l'entreprise. Ces travaux passent donc à côté d'une dimension fondamentale des conditions du retour à l'emploi, qui invite à aborder l'établissement comme un lieu de production de régulation sociale et, très concrètement, de négociation des normes autour du travail.¹⁹

2.2. La production de normes autour du maintien dans l'emploi par les entreprises

La question des logiques d'actions des entreprises à l'égard des salariés en situation de longue maladie doit être posée à la lumière des processus d'inscription sociale des entreprises et de leur capacité à prendre en charge un certain nombre de problèmes sociaux. Jusqu'à la fin des années 1970, l'entreprise était certes un lieu majeur d'investigation sociologique²⁰, mais elle était essentiellement approchée comme un cadre dans lequel s'observent les mutations technologiques, les stratégies des acteurs patronaux et syndicaux, les relations de pouvoir de toutes sortes. L'approche de l'entreprise en tant que forme sociale souffrait alors d'un vide théorique. En effet, si la sociologie du travail et la sociologie des organisations s'intéressent toutes deux à ce qui se passe dans l'entreprise, elles n'en font pas le point de passage obligé de leur réflexion. La sociologie du travail, souvent imprégnée d'analyse marxiste, s'attache à l'étude du mouvement ouvrier et des conflits du travail. Elle approche le plus souvent l'entreprise à travers les syndicats et les représentants du personnel. La sociologie des organisations, marquée par les travaux anglo-saxons, se concentre sur les relations de pouvoir et les instances dirigeantes, et pénètre l'entreprise à travers ces dernières²¹. L'entreprise, en tant qu'institution, tend alors à se dissoudre dans l'analyse des jeux de pouvoirs.

Dans les années 1980 émergent en France des tentatives de constitution d'une sociologie de l'entreprise, notamment autour de Denis Segrestin et Renaud de Sainsaulieu²². Ces auteurs développent une approche à la croisée de la sociologie du travail et de la sociologie des organisations, avec pour objectif de penser le lien qui unit entreprise et société. Il s'agit alors de voir dans quelle mesure l'entreprise est un lieu d'articulation des dynamiques économiques et

¹⁹ Sur ce point, voir les travaux de A. Strauss, notamment A. Strauss [1992], *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Logiques Sociales L'Harmattan.

²⁰ Renaud de Sainsaulieu signale que la vingtaine de chercheurs réunis à son initiative au milieu des années 1980 pour réfléchir à la place de l'entreprise dans la société contemporaine, totalisaient, au cours de leurs carrières respectives, plus de 20 000 entretiens individuels réalisés dans un millier d'établissements différents correspondant à plus de 500 entreprises françaises. Voir R. de Sainsaulieu, *L'Entreprise, une affaire de société*, Paris, Presses de la FNSP, 1992, p. 19

²¹ C. Lafaye, *la sociologie des organisations*, Nathan Université, Paris, 1996

²² « Vers une théorie sociologique de l'entreprise », *Sociologie du Travail*, n°3, 1986, pp. 335-352.

sociales à travers l'étude de la place de l'entreprise dans la société contemporaine²³. Les évolutions économiques récentes auraient, paradoxalement, contribué à une réhabilitation de l'entreprise et de son rôle social dans les années 1980. Plus les entreprises ont été confrontées aux contraintes de la compétition et à ses aléas, plus les employeurs ont recouvré du crédit : « De bon gré ou non, la société s'est remise à faire confiance à ses entrepreneurs. A l'intérieur de l'entreprise, une plus grande présomption de légitimité à tous ceux qui, dirigeants, cadres, exécutants, disposaient d'une parcelle de responsabilité économique. »²⁴ Cette thèse d'une place croissante des entreprises dans la régulation sociale doit être approfondie au regard de leur capacité à produire de la norme sur un problème de nature sociétale, ici le retour à l'emploi. Pour cela il est nécessaire d'interroger la manière dont les différents acteurs des entreprises assimilent un objectif de politique publique, se l'approprient, construisent des discours et mettent en œuvre des actions allant dans son sens. C'est véritablement là que réside la dynamique d'institution de la question du maintien dans l'emploi. Le différentiel de capacité à produire de la norme entre France et Allemagne, et au sein de chaque pays, d'un établissement à l'autre, invite à mettre à jour les mécanismes d'articulation entre une question de société, un objectif de politique publique et le fonctionnement interne de chaque établissement.

Enfin, un troisième niveau d'institution de la question du maintien dans l'emploi concerne l'interrogation croissante, dans le domaine de la recherche médicale et en sciences sociales, sur les trajectoires des personnes ayant souffert d'une affection de longue durée, et l'évolution de leurs conditions de vie pendant et après la maladie²⁵. Ces recherches incluent généralement une réflexion sur les conditions de poursuite d'une activité professionnelle, mais en prenant le plus souvent le point de vue du salarié. Il s'agit alors de recueillir des informations sur sa trajectoire professionnelle (est-il retourné à l'emploi ? dans quelles conditions ?...) et sur son ressenti de la situation et de son évolution (quel a été le rapport avec les collègues de travail ? S'est-il senti discriminé ?...) Ce questionnement amène à s'interroger sur les conditions du retour à l'emploi et sur les variables qui, du point de vue du salarié, le rendent plus ou moins possible. Concernant le cancer, l'enquête menée par la DREES²⁶ fait actuellement référence en France sur le sujet. Le CREDOC a procédé à une exploitation secondaire de la base de données, afin de cerner plus avant les enjeux relatifs au maintien dans l'emploi pour les situations de cancer. Les

²³« Depuis toujours, l'entreprise a été tiraillée entre deux mouvements de sens contraires : le premier faisait d'elle le symbole de la rupture avec le monde concret, celui de la famille et des systèmes d'échanges localisés. Le second la rappelait au réel, lui enjoignait de prendre racine dans la cité et de s'alimenter à la source des identités forgées par la société pré-industrielle. L'histoire du XXe a été de ce point de vue très particulière. La naissance de l'entreprise moderne et, adossée à elle, celle des théories de l'organisation auraient donné cours à l'illusion Tayloriste de l'usine sans hommes, un système productif séparé du système social et débarrassé de la nécessité de se justifier devant la société. Or, aujourd'hui, cette fiction n'a plus cours. »D. Segrestin, *Sociologie de l'entreprise*, Paris, Armand Colin 1999, p. 195.

²⁴ *Ibid.*, p. 197

²⁵ Voir notamment : SPELTEN E.R., SPRANGERS M.A., VERBEEK J.H. [2002], « Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a litterature review », *Psychooncology*, Mar-Apr; 11(2):124-31 ; SPELTEN E.R., SPRANGERS M.A., VERBEEK J.H. [2003], « Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians », *Occup Environ Med.* 2003 May; 60(5):352-7

²⁶ Voir Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic, Etudes et résultats, DREES, °486, mai 2006 ; Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic, Etudes et résultats, DREES, °487, mai 2006.

conclusions qui en ressortent sont présentées dans le cours du texte, dans une perspective de confrontation aux résultats de l'enquête de terrain en entreprises.

Ces différentes dimensions du questionnement autour du maintien dans l'emploi permettent de saisir les processus à travers lesquels cette notion a été instituée en tant que telle, et les différences qui caractérisent la France et l'Allemagne de ce point de vue. Le maintien dans l'emploi renvoie à la fois à un objectif de politique publique, matérialisé à travers des obligations légales, et à des modes de gestion de la main d'œuvre dans chaque établissement. Il s'agit maintenant de voir quels sont les instruments du maintien dans l'emploi, et dans quelles conditions ils sont mobilisables par les acteurs des entreprises.

CHAPITRE 2 : FRANCE ET ALLEMAGNE, LES INSTRUMENTS DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

La France et l'Allemagne sont caractérisées par deux systèmes législatifs, réglementaires et institutionnels contrastés sur les questions d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et de gestion des situations de longue maladie par les entreprises, qui structurent les conditions d'action des acteurs du maintien dans l'emploi. Les deux pays se distinguent notamment sur la question de la durée de maintien du salaire en cas de longue maladie, plus favorable au salarié en France, et sur le degré de formalisation de la démarche de retour à l'emploi, plus important en Allemagne.

Mais expliquer les différences observées par les aspects contextuels et institutionnels uniquement repose sur des hypothèses qualifiées « d'universalistes » par la littérature, au sens où les politiques de maintien dans l'emploi seraient menées par des acteurs comparables dotés de rationalités universelles, bien qu'agissant dans des environnements culturels ou sous des contraintes institutionnelles différentes. L'autre hypothèse théorique mobilisable dans le cadre d'une approche comparative est de considérer que le maintien dans l'emploi renvoie à une multitude de phénomènes sociaux en interaction²⁷ – modes de gestion du personnel, représentations sociales du handicap, formes de représentation du personnel – qui ont entre eux une certaine cohérence, relativement spécifique à chaque société. Il s'agit alors de se pencher sur ces différents aspects et de voir en quoi ils sont susceptibles de structurer les conditions du retour à l'emploi.

1. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Les questions relatives aux obligations des différentes parties en présence (salariés, employeurs, assurance maladie, assurance vieillesse...) s'inscrivent dans un cadre défini par voie législative ou réglementaire. A ce niveau, d'importantes différences apparaissent entre la France et l'Allemagne, notamment concernant le maintien du salaire de la personne et l'existence de revenus de substitution.

En France, en cas de maladie, un arrêt de travail est délivré par le médecin traitant. Il doit être renouvelé tous les mois. Le Code du Travail précise les obligations du médecin du travail en matière d'arrêts de travail : une visite médicale de reprise est à effectuer à la suite d'un arrêt de travail d'au moins huit jours consécutifs à une maladie professionnelle / un accident du travail, ou d'un arrêt maladie de plus de 21 jours pour tout autre motif. Si les arrêts de travail successifs, continus ou discontinus sont inférieurs à 6 mois, le salarié a droit au versement

²⁷ sur cette notion, voir MAURICE, Marc, François SELLIER, Jean Jacques SILVESTRE (1979), "La production de la hiérarchie dans l'entreprise : recherche d'un effet sociétal: comparaison France-Allemagne", *Revue française de sociologie*, vol.20, pp.331-365.

d'indemnités journalières (IJ), versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie²⁸. Aussi, il est important de souligner que, dès le premier jour de l'arrêt maladie, la Sécurité Sociale se substitue en partie à l'employeur pour maintenir le revenu du salarié. A partir de trois ans d'arrêt, le salarié relève, jusqu'à sa retraite, du régime de la pension d'invalidité si sa capacité de travail est réduite des deux tiers. Le montant est de 30 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années en cas d'incapacité partielle et de 50 % en cas d'incapacité totale. Le salarié peut également demander à bénéficier d'une retraite anticipée s'il a plus de 60 ans, au titre de l'inaptitude au travail. Dans un très grand nombre de cas, les employeurs complètent les IJ, puis les rentes d'invalidité versées par la Caisse d'Assurance Maladie, à hauteur de 90 ou 100 % du salaire. En effet, les conventions ou accords collectifs de branche ou d'entreprise prévoient généralement un complément d'indemnisation versé par l'employeur ou substitution au salaire par les régimes de prévoyance. Enfin, le régime de prévoyance souscrit par l'entreprise peut venir compléter les indemnités journalières. C'est en général au sein des petites entreprises (moins de trois cents employés) que les régimes sont les moins protecteurs. En pratique, au-delà d'une centaine de jours d'arrêt de travail, les salaires peuvent se trouver réduits de moitié.

En Allemagne, le maintien du salaire est globalement moins favorable qu'en France. Pendant les premières six semaines de la maladie, les salariés occupant un emploi soumis à cotisations sociales continuent de percevoir l'intégralité de leur salaire, versé par l'employeur. Si la durée de maintien du revenu est au final moins longue qu'en France, l'implication financière de l'employeur dans la gestion de la longue maladie est donc plus importante. Certaines conventions collectives prévoient des durées de maintien du salaire (*Lohnfortzahlung*) plus longues. Il faut avoir exercé une activité ininterrompue de six mois au minimum pour voir se renouveler le droit au maintien du salaire. L'indemnité maladie (*Krankengeld*) prend la relève du salaire²⁹. Le montant de cette allocation versée par les Caisses d'Assurance Maladie correspond à 70 % du salaire antérieur ; il ne peut être supérieur au salaire net. L'indemnité est sujette à cotisations sociales (retraite, chômage, dépendance). Les salariés en situation d'incapacité au travail y ont droit pendant 78 semaines au maximum à l'intérieur d'une période de trois ans. Les droits ne sont renouvelés qu'après une reprise d'activité (soumise à cotisations sociales) d'une durée minimum de six mois. Après l'extinction des droits à l'indemnité maladie, les malades peuvent prétendre à des revenus de substitution. L'inaptitude prolongée au travail peut ainsi justifier des droits à l'allocation chômage, même si le contrat de travail n'est pas rompu. L'allocation chômage (*Arbeitslosengeld*), versée pendant 12 ou 18 mois en fonction de l'âge, correspond à 60 % du salaire net (67 % avec un ou plusieurs enfants à charge). A l'expiration de l'allocation chômage, l'incapacité persistante de travailler donne droit à « l'allocation

28 Les IJ correspondent à la moitié du salaire journalier de base si la personne a cotisé au moins 1015 fois le SMIC horaire pendant les six mois précédant l'arrêt de travail ou avoir travaillé 200 heures au cours des trois mois civils précédant l'arrêt de travail. Ces indemnités sont versées par la CPAM. Si les arrêts de travail successifs, continus ou discontinus sont compris entre 6 et 36 mois, le salarié continue à recevoir le versement d'indemnités journalières (demi salaire brut de base), s'il a cotisé au moins 2030 fois le SMIC horaire au cours des douze derniers mois précédents l'année civile ou a travaillé 800 heures au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois, et si il est immatriculé depuis au moins 12 mois au premier jour du mois au cours duquel est survenu l'arrêt de travail.

29 Les réformes récentes du système de santé ont mis fin au financement paritaire des indemnités de congé maladie, financé depuis 2006 par les seules contributions des salariés.

chômage II » (aussi appelée Hartz IV), d'un montant forfaitaire déterminé en fonction des ressources et des charges familiales de l'allocataire. L'allocation chômage II (Hartz IV) est le dernier filet de sécurité pour les personnes en incapacité de travailler n'accédant plus aux autres prestations sociales. Son montant de base est de 351 € en juillet 2008 pour une personne seule. Une pension d'incapacité de travail (*Erwerbsminderungsrente*) est versée par les caisses de retraite quand les salariés ne peuvent assumer une charge de travail normale³⁰.

Les acteurs allemands constatent un durcissement des conditions d'indemnisation sur fond de réformes de la protection sociale et de restructuration des entreprises à l'ère de la globalisation. Alors même que les employeurs tendent à calculer bien plus étroitement leurs volumes de main-d'œuvre, réduisant d'autant les possibilités d'emploi des personnes moins productives, les prestations sociales liées à la maladie longue sont accordées désormais de façon plus restrictive. Pour ne pas avoir à verser l'intégralité de l'indemnité maladie (78 semaines), les caisses d'assurance maladie se préoccupent activement du pronostic des malades. Devant une pathologie jugée difficilement réversible (comme les douleurs de dos chroniques par exemple), la caisse enjoindra l'assuré de déposer une demande de réadaptation (*Rehabilitation*). Si le diagnostic d'incapacité durable est validé, l'assurance retraite aura charge du malade ; elle devra le faire bénéficier de mesures de réadaptation ou lui verser une pension d'invalidité partielle ou totale (pour une durée de trois ans, renouvelable, ou indéterminée).

Les conditions d'accès à la pension d'invalidité toutefois se sont elles aussi détériorées après que la réforme des retraites de 2001 en a changé les conditions d'éligibilité. Ainsi elle est réservée désormais aux personnes incapables de travailler jusqu'à six heures par jour ; le seuil avait été fixé à huit heures auparavant³¹. Les expertises médicales concluent plus rarement à l'invalidité même partielle ; les progrès de la médecine se font ici sentir (autorisant des pronostics plus favorables dans le cas d'un cancer par exemple) mais sans doute aussi une autre perception de la protection due aux salariés malades. Ainsi, les acteurs des caisses de retraite relèvent *a posteriori* le caractère relativement généreux des critères appliqués à l'évaluation des dossiers dans le passé. Un refus de pension d'invalidité vaut obligation de réinsertion dans le marché du travail – dans des conditions souvent précaires, au vu de la situation de l'emploi, de l'âge souvent relativement avancé et de l'état de santé des personnes concernées. Les personnes inaptes à travailler dans leur métier d'origine perdent le droit à une pension d'invalidité, pour peu qu'une capacité de travail de six heures subsiste. « On peut voir des cas très durs devant le Tribunal social », confirme la responsable d'une antenne régionale de caisse de retraite. « Prenez le cas du travailleur peu qualifié du bâtiment, 53 ans, peut-être issu de l'immigration, qui ne peut plus exercer son métier. Le juge sera obligé de lui dire qu'il

³⁰ Pour y accéder il faut attester une durée minimale de cotisations sociales de 60 mois et une période de cotisation de trois ans au cours des cinq dernières années. La pension d'incapacité de travail est versée à taux plein quand la capacité de travail journalière est inférieure à trois heures. Les salariés en mesure de travailler entre trois et six heures par jour touchent une pension d'invalidité partielle, éventuellement cumulée, jusqu'à un certain plafond, avec un salaire. Les pensions d'incapacité (ou d'invalidité) sont limitées à trois ans en général, période éventuellement reconductible. Mais les caisses de retraites cessent de les verser si le retour dans une activité salariée est envisageable au moyen d'une réadaptation professionnelle (*berufliche Rehabilitation*).

³¹ L'accès à la pension d'invalidité totale présuppose une capacité de travailler inférieure à trois heures par jour (deux ans avant la réforme).

peut exécuter des travaux faciles jusqu'à six heures par jour. De quels travaux il s'agit, il n'est pas obligé de lui dire. La personne concernée répondra qu'elle ne trouvera pas ce type d'emploi. Elle a certainement raison, mais c'est le problème du marché du travail, ce n'est pas le problème de l'assurance retraite ».

Contrairement à la situation française où il est interdit à l'employeur de licencier un salarié au motif que ce dernier est malade, la maladie peut être un motif de licenciement en Allemagne. La jurisprudence reconnaît toutefois que la maladie longue peut entraver le bon fonctionnement de l'entreprise. Le licenciement de salariés reconnus comme « grands handicapés (*Schwerbehinderte*) » présuppose l'autorisation administrative de l'agence d'intégration (*Integrationsamt*) pour les salariés avec une ancienneté dans l'entreprise de six mois au minimum.

Dans un contexte d'économies budgétaires, de postulat d'augmentation du taux d'emploi des seniors³² et d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée qui se profile à l'horizon, la prévention dans l'entreprise même de l'incapacité prolongée de travail constitue un enjeu majeur – pour les systèmes de protection sociale pour lesquels le retour rapide dans le poste de travail des salariés malades a des répercussions financières considérables, et pour la société confrontée aux phénomènes d'exclusion et de pauvreté en son sein qui vont s'accroître.

2. LES DIFFERENTS DISPOSITIFS D'AIDE AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Comment sont mises en œuvre concrètement les actions de maintien dans l'emploi dans les établissements, et à travers quels instruments ? On présente ici différents dispositifs mobilisables par les employeurs et/ou les salariés au cours d'un processus de retour à l'emploi. Il s'agit de voir comment ils sont financés, quels acteurs (internes ou extérieurs à l'entreprise) sont mobilisés pour les mettre en œuvre, et dans quelle conception du maintien dans l'emploi ils s'inscrivent.

En France, les outils mobilisables par les employeurs et/ou les salariés dans la perspective du maintien dans l'emploi sont nombreux³³. On peut distinguer trois catégories principales d'instruments, selon qu'ils portent sur l'aménagement des horaires, l'aménagement du poste d'un point de vue fonctionnel (écran, fauteuil...), où qu'ils visent à permettre à la personne d'évoluer vers un autre poste. Au-delà du fait qu'ils sont mobilisables dans une perspective de maintien dans l'emploi, ces différents outils sont prescrits et financés par des acteurs différents,

³² Au printemps 2008, un bras de fer est engagé entre le gouvernement et les syndicats sur la prolongation, ou non, du dispositif du temps partiel vieillesse (*Altersteilzeit*) qui doit expirer en 2009. Ce régime permet le départ précoce de l'entreprise dans des conditions relativement avantageuses. Durant une période allant de un à six ans avant la retraite, les salariés peuvent soit travailler à temps partiel, soit continuer à travailler à temps plein pendant la première moitié de cette période pour cesser ensuite de travailler en attendant l'âge de la retraite. Le temps partiel est rémunéré jusqu'à 80 % par l'employeur qui bénéficie de subventions de l'agence pour l'emploi si un salarié est embauché à la suite d'un départ. La deuxième variante de ce dispositif est extrêmement populaire.

³³ Source : www.handipole.org, rubrique « outils »

et les conditions requises pour en bénéficier peuvent varier. En définitive, ils ne s'inscrivent pas dans une approche globale du maintien dans l'emploi.

Le temps partiel thérapeutique (MTT) est le dispositif le plus courant pour les salariés ayant été en situation de longue maladie. Il permet au salarié de travailler à temps partiel en bénéficiant d'un salaire plein. Son salaire est pris en charge en partie par l'employeur et en partie par la CPAM qui verse un complément de revenu. La durée et la répartition du temps de travail sont déterminées conjointement par le salarié et son employeur (travail un jour sur deux, six heures par jour, ou seulement le matin...) Le retour à temps partiel s'effectue généralement sur le même poste, aménagé ou non, mais une reprise sur un autre poste est également possible. La demande de MTT est adressée par le médecin traitant au médecin conseil de la Sécurité Sociale, qui donne son accord. L'employeur doit ensuite en accepter le principe. La prescription initiale de mi-temps thérapeutique ne devrait pas excéder une période de 3 mois, renouvelable. Six mois sont considérés de façon habituelle comme un maximum. En général, si le travail ne peut être repris à temps plein après un an et correspond au maximum des possibilités du patient, les acteurs envisagent une mesure de mise en invalidité de 1ère catégorie.

L'aménagement de poste, en tant qu'il mobilise des financements extérieurs à l'entreprise, consiste à adapter l'outil et l'organisation du travail pour compenser une situation de handicap identifiée. Il peut impliquer le choix et l'acquisition d'aides techniques spécialisées, pouvant être pris en charge par l'Agefiph en vue de l'adaptation du poste et de l'organisation de travail aux capacités de la personne handicapée. Le médecin du travail en est le prescripteur, et l'Agefiph finance, après que le salarié et l'entreprise ont monté un dossier de demande de subvention. Mais la possibilité de mobiliser cet outil implique que le salarié bénéficie de la reconnaissance de travailleur handicapé (loi de 1987), ce qui limite fortement, en pratique, la mise en place de cette démarche formalisée d'adaptation de poste. L'enquête de terrain montre que cela s'explique à la fois par la lourdeur des procédures administratives à engager face auxquelles le salarié se retrouve fréquemment seul, et la peur de la stigmatisation qu'un tel statut risquerait d'entraîner. Il s'agit pourtant d'une ressource intéressante pour les entreprises, pour lesquelles l'adaptation des postes peut avoir un coût élevé.

La conduite d'études ergonomiques préalables à la reprise du poste permet d'évaluer les possibilités de compensation du handicap par l'adaptation du poste de travail et de déterminer les aménagements à envisager en vue de faciliter le maintien dans l'emploi. Le prescripteur est le médecin du travail. Ce diagnostic d'un service d'ergonomie, peut être financé par l'Agefiph, est porte à la fois sur les possibilités de compensation de handicap par l'aménagement du poste et des situations de travail, ou la recherche dans l'entreprise des postes compatibles avec le handicap ou la déficience du salarié, et sur les moyens techniques et organisationnels à mettre en œuvre pour réduire l'écart entre les exigences du poste et les capacités du salarié. Là encore, l'aide est soumise à la reconnaissance de travailleur handicapé.

Enfin, le bilan PDITH permet de valider un projet, ou de favoriser l'émergence d'un projet de reclassement. Il s'agit d'un examen professionnel complémentaire qui peut avoir lieu pendant l'arrêt (sans perte d'indemnités journalières) ou en poste. Le salarié y a droit sans conditions d'âge ou d'ancienneté. Il est gratuit pour l'entreprise et ne nécessite pas de demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, mais nécessite un avis du médecin du

travail sur les aptitudes à l'emploi. Il est financé par l'Agefiph, et mis en œuvre par des centres de bilans ayant passé convention avec l'Agefiph.

Les entretiens auprès des représentants des ressources humaines des entreprises, mais également auprès d'autres acteurs extérieurs à l'entreprise, travaillant dans les services sociaux d'hôpitaux par exemple, et susceptibles d'intervenir sur le retour à l'emploi des salariés, font apparaître une très faible connaissance de ces différents outils, à l'exception notable du mi-temps thérapeutique. Les principaux obstacles à leur mobilisation évoqués sont tout d'abord le morcellement des prescripteurs et financeurs. Les dispositifs ne s'intègrent pas dans une procédure plus globale de gestion du retour à l'emploi. Le second obstacle réside dans le fait que la possibilité d'en bénéficier repose souvent sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, qui fonctionne comme un frein important pour les salariés français. Ces derniers en effet ne souhaitent pas être stigmatisés à travers ce statut, ce qui témoigne du fait que handicap et longue maladie appartiennent à des champs de représentation tout à fait distincts en France, que la notion de maintien dans l'emploi n'est pas parvenue à fédérer.

Par comparaison avec la France, les outils de maintien dans l'emploi en Allemagne sont structurés autour de la notion de « réhabilitation » (réadaptation) qui existe de longue date Outre-Rhin. Les prestations des trois grands systèmes d'assurance sociale – maladie, chômage, retraite – s'organisent autour de cet objectif, et structurent les actions menées en entreprise. Pour les assurés, la *Rehabilitation* est un droit, pris en charge par l'assurance retraite pour les salariés, et par l'agence pour l'emploi pour les chômeurs³⁴. Pour avoir droit aux prestations (plus généreuses) de l'assurance retraite, une durée minimum de cotisation est requise (six mois au minimum au cours des deux années précédentes pour accéder aux prestations médicales (« *medizinische Rehabilitation* ») et quinze ans pour bénéficier des mesures, éventuellement longues, de reconversion professionnelle, « *berufliche Rehabilitation* »). Les systèmes d'assurance (retraite, maladie, chômage) disposent d'un réseau de conseillers (« *Rehabilerater* ») censés informer les malades sur leurs droits ainsi que sur les institutions et les instruments de réadaptation appropriés³⁵. Les personnes reconnues grands handicapés (*Schwerbehinderte*) à la suite par exemple de maladies chroniques lourdes ou d'un cancer (*cf. infra*) bénéficient des services de l'agence d'intégration (*Integrationsamt*). Ces agences financées à partir des contributions des entreprises ne respectant pas le quota de salariés handicapés prescrit (5 %) accordent des aides financières et matérielles (réaménagement du poste de travail, subvention aux coûts salariaux et aux frais de formation professionnelle, personnel d'accompagnement ...) et mettent à disposition des malades et des entreprises un réseau de conseillers spécialisés. Les caisses d'assurance maladie sont en mesure d'exercer une pression certaine pour que leurs assurés sortent du statut de bénéficiaires passifs d'allocation maladie et s'insèrent dans les circuits de la *Rehabilitation*. A leur demande, les services médicaux de l'assurance retraite sont tenus d'examiner, puis de statuer sur la pertinence de mesures de réadaptation ou de verser une pension d'invalidité dans le cas d'un jugement

³⁴ Les caisses d'assurance maladie ayant en charge la réadaptation médicale des retraités.

³⁵ Avec la réforme de l'assurance chômage, le réseau auparavant efficace des conseillers de réhabilitation de l'agence pour l'emploi a été fragilisé selon les acteurs de la réadaptation professionnelle. Avec le transfert de la gestion de l'allocation chômage II à de nouveaux acteurs (les communes), les droits à la reconversion professionnelle des bénéficiaires de « Hartz IV » ne sont souvent plus identifiés.

négatif. La réforme du Code social (*Sozialgesetzbuch IX*) entreprise au début des années 2000 vise à élargir et à infléchir les politiques de réinsertion professionnelle et de prévention des entreprises. Elle introduit le terme de participation (*Teilhabe*) pour mettre en exergue les droits des handicapés et malades de longue durée à la participation à part entière à la vie sociale et à la vie au travail. Aux termes du *Sozialgesetzbuch* (SGB) IX, les acteurs dans l'entreprise sont incités à veiller à la prévention de la maladie et à la réintégration des salariés malades en s'appuyant sur plusieurs instruments. Les accords d'intégration (*Integrationsvereinbarungen*) négociés avec la représentation des grands handicapés (SBV) et le conseil d'établissement (BR) précisent les droits des grands handicapés en matière d'emploi, de conditions de travail, de santé, d'aménagement de poste, de qualification. La négociation d'un tel accord n'est toutefois pas obligatoire. Tous les salariés d'un établissement sont potentiellement concernés par la « gestion intégrée de l'insertion » (*betriebliches Eingliederungsmanagement*, BEM) (voir *supra*) dont bénéficient les salariés dont l'arrêt de travail excède 6 semaines, consécutives ou non, dans l'année. C'est (théoriquement) une obligation depuis 2004 au titre du « devoir de sollicitude » (*Fürsorgepflicht*) de l'employeur à l'égard des personnes malades et de l'objectif de prévention, objectifs plus fortement affirmés dans le nouveau Code social (SGB IX). Le but est de prévenir la perte d'aptitude au travail, de réduire l'absentéisme et de préserver les postes d'emploi. La gestion du BEM au sein de l'établissement est confiée à une équipe d'intégration (*Integrationsteam*), composée en général d'un représentant de la DRH, d'élus du conseil d'établissement et de la personne de confiance des grands handicapés (SBV), d'un médecin du travail, d'un membre du service social. Des mesures (techniques, médicales, sociales) appropriées sont mises en œuvre « avec l'accord et la participation » des personnes concernées. Le BEM bénéficie des aides financières et techniques ainsi que du conseil des acteurs de la réadaptation (assurances retraites, maladie, chômage). Les coopérations entre acteurs d'entreprises et structures de soins et de réadaptation sont encouragées. Toutefois, aucune sanction n'est prévue en absence de BEM.

A côté de mesures de (re)qualification, d'aménagement des postes de travail, d'amélioration générale des conditions de travail..., la réintégration progressive (*stufenweise Wiedereingliederung*) est l'un des dispositifs phare dans le cadre du BEM. Ce dispositif appelé aussi « modèle de Hambourg » (*Hamburger Modell*) préexistait à la réforme du Code social. Il consiste à mettre en œuvre, avec l'accord de l'employeur et de la personne malade concernée, un plan de réinsertion par étapes. Progressivement, les horaires et les exigences de travail sont augmentés. La mesure dure généralement entre quelques semaines et six mois. Le prescripteur est le médecin de famille. L'objectif est de permettre à la personne malade de reprendre rapidement contact avec son milieu de travail et de préparer de façon progressive son retour dans l'emploi, sous contrôle médical. Pendant toute la période de réintégration progressive, le salarié préserve son statut de malade et continue de toucher les indemnités maladie.

Gestion intégrée de l'insertion (BEM) : les principales étapes

La gestion intégrée de l'insertion repose en règle générale sur un accord d'établissement qui en définit les étapes et les acteurs. Il s'agit d'un processus très formalisé afin d'éviter tout préjudice pour le salarié et de respecter le postulat de confidentialité et de secret médical. Schématiquement, le BEM se déroule de la façon suivante.

- 1) A l'aide souvent de logiciels dédiés, le service du personnel recense les personnes en incapacité de travail pendant six semaines dans l'année.
- 2) Le salarié est contacté par une personne de confiance (membre de l'équipe d'intégration notamment) et informé de l'existence du BEM et de son caractère volontaire.
- 3) Un premier entretien réunit le (la) salarié(e) concerné(e) et les acteurs de la réinsertion : direction du personnel, personne de confiance, représentant du personnel et de la SBV, médecin du travail, auxquels est associé éventuellement le supérieur hiérarchique. En amont, le poste de travail aura généralement été visité et analysé. Lors de cet entretien, les difficultés et mesures possibles sont discutées ; le salarié a l'occasion de décliner ou d'accepter la participation au BEM ce qu'il fera par écrit.
- 4) Une table ronde pouvant associer des intervenants externes (organismes de réadaptation professionnelle, assurances maladie, retraite, agence pour l'emploi ...) envisage les mesures de réintégration possibles.
- 5) Un plan de réinsertion (mesures, calendrier) est défini avec la personne concernée et les aides sont sollicitées auprès des organismes compétents.
- 6) La mesure est appliquée, documentée et évaluée.

D'après : Integrationsamt Berlin (2005), *Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement*.

Dans les deux pays, différents outils existent donc et sont mobilisables à différents stades du processus de retour à l'emploi. En revanche, ces dispositifs s'intègrent en Allemagne dans une approche globale, celle de la « réhabilitation », qui se traduit par un protocole de gestion du retour à l'emploi défini au niveau national, alors qu'ils sont plus épars en France, où la notion de maintien dans l'emploi ne fédère pas suffisamment les acteurs potentiellement concernés. Ces différences sont certes relatives à des cadres législatifs et des contextes institutionnels propres à chaque pays, mais elles renvoient également à ce que certains auteurs qualifient de « formes et de processus de socialisation différents »³⁶, qui ne se construisent ni ne se combinent de la même façon dans deux sociétés, et structurent le mode de fonctionnement des acteurs.

2.1. Les conditions du maintien dans l'emploi, à la croisée de plusieurs « phénomènes sociaux » en interaction.

Les représentations sociales du handicap, les conditions de représentation du personnel et les modes de gestion de la main d'œuvre constituent trois variables essentielles, qui conditionnent les modes de gestion du maintien dans l'emploi au-delà des aspects législatifs, institutionnels et instrumentaux. On s'appuie ici sur les travaux de Maurice, Sellier et Silvestre sur les écarts de salaires dans l'industrie entre France et Allemagne, qui ont montré comment les spécificités du

³⁶ MAURICE, Marc, François SELLIER, Jean Jacques SILVESTRE (1979), "La production de la hiérarchie dans l'entreprise : recherche d'un effet sociétal: comparaison France-Allemagne", *Revue française de sociologie*, vol.20, pp.331-365.

« rapport social » propre à chaque pays (différences de processus d'industrialisation, de légitimation de la place de l'entreprise dans la société, de mode de constitution de la classe ouvrière) ont véritablement « construit » les acteurs de l'entreprise et les rapports sociaux entre eux. Certes ce travail, qui a été mené à la fin des années 1970, ne rend pas compte des transformations profondes intervenues dans les entreprises liées notamment à la globalisation de l'économie, mais il a néanmoins posé plusieurs jalons importants pour l'analyse des rapports sociaux dans l'entreprise en France et en Allemagne, qui restent pertinents aujourd'hui.

2.2. Longue maladie et handicap

Le premier « phénomène social » que l'on peut identifier comme porteur de différenciation entre France et Allemagne dans la gestion du maintien dans l'emploi tient aux représentations sociales du handicap, et au rapport entre longue maladie et handicap.

En Allemagne, état de maladie et de handicap sont distingués par les acteurs, mais sont pris en compte de manière globale par le Code social: « *Sont handicapées les personnes dont les fonctions physiques, les capacités mentales ou la santé psychique diffèrent de l'état typique de leur âge pendant une durée excédant selon toute probabilité six mois* », écrit le nouveau Code social (*Sozialgesetzbuch IX*, §2) qui introduit aussi la notion de « personnes menacées de handicap » pour lesquelles une telle détérioration prolongée de l'état de santé « normal » est prévisible. Le handicap (*Behinderung*) a, depuis longtemps, droit de cité dans l'entreprise allemande et cette situation n'est pas sans rejaillir sur la perception de la longue maladie. Le handicap est notamment considéré comme une affaire d'entreprise à prendre en compte conjointement avec la longue maladie au motif que la plupart des situations de handicap adviennent durant la vie de travail ; elles concernent plus particulièrement les personnes plus âgées, et les salariés peu qualifiés davantage que leurs homologues qualifiés (selon les syndicats, 4 % seulement des handicaps ont une origine congénitale et 84 % ont été acquis durant la vie au travail).

Cette reconnaissance légale de la place du handicap dans l'entreprise et de la proximité entre longue maladie et handicap se double d'une absence de réticence des différents acteurs de l'entreprise à assumer la visibilité du handicap dans l'entreprise (qu'il ne faut toutefois pas assimiler à intégration sans heurts des personnes concernées)³⁷ et la proximité qu'il entretient avec la gestion de la maladie longue. Cela est notamment lié au fait représentatif, particulièrement développé en Allemagne. Le grand handicap a ainsi droit à sa propre représentation. Des représentants des handicapés sont présents dans les entreprises allemandes depuis le lendemain de la Première Guerre mondiale. A l'époque, la société cherchait à s'acquitter de ses devoirs à l'égard de ses citoyens mutilés de guerre : ils bénéficiaient d'une préférence à l'embauche et d'une protection particulière contre le

³⁷ Ce qui ne veut pas dire que les handicaps soient « visibles ». Les acteurs allemands insistent beaucoup sur la notion de « compensation des désavantages du handicap » dans l'établissement qui vise à mettre la personne reconnue handicapée à égalité avec les salariés « normaux », à l'aide de moyens techniques ou d'une mutation de poste. Si une forte allergie interdit le travail en cuisine, elle ne compromet aucunement le travail administratif, par exemple.

licenciement et, depuis 1923, du droit d'élire un représentant. Les représentants des grands handicapés (*Schwerbehindertenvertreter*, SBV) (qui ne sont pas nécessairement eux-mêmes handicapés) sont maintenant élus tous les quatre ans par les grands handicapés dans l'entreprise qu'ils doivent réunir une fois par an. Ils ont à contrôler l'application effective des droits de leurs mandants, à requérir, auprès de l'employeur et des organismes sociaux, les équipements et instruments nécessaires à leur emploi et à accompagner et à conseiller les grands handicapés.

La coopération avec l'instance de représentation des salariés, le conseil d'établissement (*Betriebsrat*, BR) dont la *Schwerbehindertenvertretung* (SBV) est formellement autonome, est programmée. La SBV participe aux réunions du BR et intervient aux assemblées du personnel. Comme le BR, elle est formellement indépendante des syndicats, mais (aussi comme le BR) la majorité des représentants des handicapés sont syndiqués. Le syndicat de la métallurgie IG Metall estime ainsi que 85 % des SBV de la branche sont ses adhérents auxquels il destine une importante offre de formations, financées par l'employeur. La hiérarchie à l'intérieur du système représentatif n'en est pas moins explicite et souhaitée plus que contestée par le conseil d'établissement. La SBV ne dispose pas comme le BR de droits de codétermination assortis d'un droit de veto ; c'est le BR qui signera les accords d'entreprise, y compris sur le thème de la prévention et sur les politiques de réinsertion à la suite de maladies longues dès lors que les intérêts de tous les salariés sont en jeu. La réforme récente du Code social consacre le statut de la SBV et élargit indirectement son champ de compétences. Certes, l'instance reste formellement compétente pour les seuls salariés reconnus grands handicapés. Mais avec la montée en charge du postulat de prévention, la représentation de salariés « menacés de handicap » devient une préoccupation croissante, tout comme l'accompagnement des personnes en longue maladie qu'il s'agit de réinsérer dans l'emploi. Selon la gravité du handicap, certaines protections juridiques sont garanties par la loi. Un degré d'invalidité de 50 % reconnu par l'administration confère le statut de « grand handicapé » (*Schwerbehinderte-r*). Les grands handicapés bénéficient d'une protection renforcée contre le licenciement – qui présuppose une autorisation administrative – et de quelques journées de congé supplémentaires. Ils ont droit au temps partiel et à l'aménagement de leur poste de travail. Le certificat de *Schwerbehinderter* peut être délivrée pour une durée déterminée, notamment pour les situations de longue maladie. C'est le cas des malades atteints du cancer auxquels est reconnu en règle générale un taux d'invalidité de 50 % pour une durée de cinq ans, renouvelable en fonction de l'évolution de la maladie. Le statut de grand handicapé peut aussi être accordé aux personnes ayant un taux d'invalidité de 30 % mais auxquelles le marché du travail local n'offre pas d'emploi compatible avec la nature du handicap.

Se dessine ainsi en filigrane un mode fonctionnement où la gestion handicap (auquel la maladie longue est assimilée) est communautarisée et donne lieu à une prise en charge à la fois plus collective et plus explicite. En France, au contraire, la situation concernant les représentations sociales de la longue maladie et du handicap est doublement différente. Sans explorer ici les ressorts et les constructions socio-historiques qui font que le handicap et la longue maladie sont plus stigmatisants pour les salariés qu'en Allemagne, le travail de terrain mené fait apparaître deux conclusions majeures. D'une part, la visibilité du handicap dans l'entreprise est encore trop faible pour engendrer une dynamique collective de gestion de la question. Si la loi définit la

possibilité d'être reconnu travailleur handicapé, et de bénéficier à ce titre d'un statut particulier, cette reconnaissance, en pratique, isole le salarié par rapport au collectif de travail plus qu'elle ne lui permet pas d'être représenté en tant que tel dans l'entreprise. Les enquêtes de terrain au niveau des établissements font notamment apparaître que les acteurs ont une représentation très positive des personnes malades ou handicapées qui font « comme tout le monde », voire cachent leur pathologie au reste du collectif de travail pour rester dans une dynamique professionnelle. Ce sont souvent ces salariés qui sont désignés comme les plus courageux, ce qui témoigne de la difficulté à penser de manière légitime le statut de personne malade dans l'entreprise. D'autre part, et par conséquent, les salariés en situation de longue maladie sont très réticents à être reconnus travailleurs handicapés, de peur que cela ne nuise à leur évolution de carrière, ou même à leur intégration dans le collectif de travail.

« Ah non, je ne voulais surtout pas de ça. Je voulais me battre. Etre reconnue handicapée, pour moi, c'était un échec, ça voulait dire que je n'étais pas capable de m'en sortir par moi-même. J'avais peur que ça me suive toute ma vie, alors qu'il fallait justement dépasser la maladie. »
Grande Distribution, salariée

« En même temps, on voit des choses extraordinaires, des gens qui se battent et font comme si ils n'étaient pas malades. Je pense à des cas de personnes qui se faisaient dialyser ou faisaient leurs chimio en posant des RTT. Il faut soutenir ces personnes dans leur combat, ne pas leur renvoyer qu'elles sont malades. » *Télécommunications, responsable d'établissement*

Les conséquences pour la gestion du maintien dans l'emploi sont de plusieurs ordres. La gestion du handicap et de la longue maladie renvoie *in fine* à une multiplicité de situations individuelles dans l'entreprise, que les ressources humaines gèrent au cas par cas, revendiquant de faire du « sur-mesure » pour chaque personne concernée. Du fait de ce paradigme du « cas par cas », le respect des obligations légales à travers lesquelles est investi le maintien dans l'emploi (reclassement et emploi des personnes handicapées) n'implique pas la formalisation d'une procédure de prise en charge qui serait la même pour tous les salariés concernés. Le fait que cela puisse relever d'une approche collective constitue même un modèle repoussoir, au nom de la nécessité de prendre en compte les spécificités de chaque situation. Mais en pratique, en l'absence de dynamique collective, l'approche des ressources humaines françaises consiste souvent, pour chaque cas, à éviter d'être pris en défaut au regard des obligations légales en matière de reclassement.

2.3. Les conditions de la représentation du personnel

Le second « phénomène social » dont l'incidence sur la gestion du retour à l'emploi est notable concerne les modalités de représentation du personnel et l'échelle de localisation des négociations. On rejoint ici la question de la dialectique entre l'individuel et le collectif dans la gestion du retour à l'emploi, déjà en jeu à travers la représentation du handicap et de la longue maladie. Dans les caractéristiques de la représentation du personnel et le mode de dialogue entre syndicat et entreprise, réside un des principaux ressorts de création de norme autour du maintien dans l'emploi, à travers l'existence d'un dialogue institutionnalisé entre les acteurs.

On a en Allemagne une reconnaissance mutuelle de l'entreprise et du syndicat, considérés comme deux institutions fondamentales de la société. Cette reconnaissance s'est manifestée tôt, avec le développement des conventions collectives, alors que ce système ne s'est imposé en France que dans les années 1950. Cette attitude exprime aussi, à côté de la force du statut ouvrier et de l'organisation syndicale ouvrière, le prestige de l'entreprise dans la société allemande et son rôle social. Les relations professionnelles allemandes se jouent traditionnellement dans une dualité branche – établissement, étroitement articulée. Des normes générales sur les salaires et les conditions de travail s'appliquent au niveau de branches toutes entières et s'imposent aux entreprises. Maurice, Sellier et Silvestre soulignent ainsi que, au-delà des apparences institutionnelles, l'activité syndicale de négociation se déroule à un niveau beaucoup plus élevé en France qu'en Allemagne, donc plus loin de l'entreprise, au niveau des confédérations syndicales. Au niveau de l'établissement se déterminent les normes du travail concret, avec un statut important reconnu aux conseils d'établissement³⁸. Le conseil d'établissement (*Betriebsrat*), instance de représentation des salariés dans les établissements employant 5 salariés et plus, a ainsi pour tâche, à côté de la représentation des grands handicapés, de contrôler l'application effective des droits des handicapés. Les agences d'intégration (*Integrationsamt*) doivent recueillir son avis (comme celui des représentants des handicapés) avant toute autorisation du licenciement d'une personne reconnue grand handicapé. Le *Betriebsrat* doit plus généralement être entendu par l'employeur au sujet des embauches, mutations et licenciements dans l'établissement. Il doit ainsi vérifier qu'en cas de licenciement, les critères dits sociaux sont respectés qui protègent certains salariés plus que d'autres (en fonction notamment de l'ancienneté, de l'âge, des charges familiales, du handicap). La non-consultation des élus et la non-communication au *Betriebsrat* des motifs d'un licenciement invalident ce dernier.

En France, le maintien dans l'emploi ne constitue pas d'emblée une question à investir pour les représentants du personnel. Les questions de santé au travail sont prises en charge par les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)³⁹. Ces derniers ont pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à la disposition de celui-ci par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Ils doivent également veiller à l'observation de prescriptions réglementaires adoptées dans ce but. (Art. L 236-2 du Code du Travail). Le CHSCT analyse les conditions de travail et les risques professionnels exposant les salariés de l'établissement. Il est consulté avant tout aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions des travail et quand

³⁸ Le terme d'établissement (*Betrieb*) et non pas d'entreprise (*Unternehmen*) est d'ailleurs utilisé pour désigner l'espace où les acteurs (salariés, employeurs ...) se rencontrent physiquement. L'établissement est un espace de construction de normes plus important que l'entreprise bien que des instances de représentation centrales existent aussi à ce niveau (Dufour et Hege, 2002). L'enquête du CREDOC et de l'IREC illustre l'autonomie de l'établissement et de ses acteurs au sein de l'entreprise pour organiser les relations sociales et pour réaliser des arbitrages sociaux (voir monographie Metallurgie).

³⁹ L'obligation de constituer un CHSCT concerne tous les établissements et toutes les entreprises de droit privé (y compris le bâtiment et les travaux publics), les établissements industriels, commerciaux et agricoles publics ainsi que les établissements sanitaires et sociaux publics (Art. L.231-1 du code du travail). Dans les établissements de 50 salariés et plus, où il n'a pas été possible de créer un CHSCT (carence de candidatures), les délégués du personnel exercent les attributions du CHSCT et disposent des mêmes moyens que les membres des comités.

l'employeur envisage de mettre en œuvre des technologies introduisant des mutations de travail importantes. Dans le cadre de l'accomplissement de sa mission générale, le CHSCT procède à des inspections régulières, réalise des études et effectue des enquêtes. Le chef d'établissement met à sa disposition les informations nécessaires à ses missions et les moyens destinés à la préparation et à l'organisation des réunions et déplacements imposés par les enquêtes et inspections (Art. R. 236-10). Son activité est donc pour l'essentiel centrée sur la prévention des risques professionnels.

Qu'il s'agisse du CHSCT ou du comité d'établissement, ces acteurs, ont, dans l'ensemble, une faible capacité de mobilisation collective sur la question du maintien dans l'emploi. Les élus interviennent essentiellement à titre individuel aux côtés d'un salarié en difficulté avec sa hiérarchie au cours d'un processus de retour à l'emploi, et n'ont donc pas de discours structuré sur la question du retour à l'emploi. Eux-mêmes renvoient l'idée selon laquelle l'approche au cas par cas doit primer sur ce sujet.

Concernant l'institution du maintien dans l'emploi comme question pour les acteurs de l'entreprise, le rapport entre prise en charge individuelle et gestion collective est fondamental. La question qui se pose aux acteurs est de savoir si les situations de handicap ou de longue maladie (qui ne concerneront jamais tous les salariés d'une entreprise), appellent des réponses sur-mesure, et que le sur-mesure est le contraire de l'approche collective ou si, au contraire, la gestion des situations individuelles doit s'inscrire dans des normes définies collectivement. En Allemagne, les conditions de la représentation du personnel et du handicap sont plus favorables à la définition de normes collectives, et donc à la mise en place de protocoles formalisés. Toutefois, les résultats de l'enquête de terrain invitent à en relativiser les effets, notamment au vu du constat que, même en présence de normes collectives sur la gestion du retour à l'emploi, des hiérarchies implicites entre les salariés, fondées sur leur productivité réelle ou supposée, l'image et l'intégration dont ils bénéficient au sein du collectif de travail, restent vecteur de différenciation dans la gestion du retour à l'emploi.

2.4. Les modes de gestion du personnel

Enfin, les traditions de mode de gestion du personnel constituent une troisième dimension du cadre cognitif qui structure les modes de gestion du retour à l'emploi. Maurice, Sellier et Sylvestre soulignent que le champ du travail concret, de l'exécution des tâches, a en Allemagne une autonomie par rapport à la direction et aux dimensions administratives de l'organisation du travail. Cette autonomie se manifeste par une proximité de fait entre ce que l'on peut qualifier de gestion technique et gestion sociale. En France au contraire, la gestion sociale, et tout ce qui peut avoir une influence sur le statut du personnel, y compris dans le champ du travail et de son organisation concrète, tend à remonter vers le sommet de la hiérarchie. Alors que les établissements allemands se caractérisent par des formes de cogestion des questions de ressources humaines avec l'encadrement, liée à la relative autonomie de ce champ de travail concret par rapport au champ administratif et directionnel de l'entreprise les deux champs se confondent en France, d'où la gestion des difficultés à toujours remonter au sommet et à s'éloigner de la sphère productive – l'atelier ou l'usine – qui en sont pourtant le théâtre.

Au niveau des établissements rencontrés, il apparaît nettement que les ressources humaines françaises, plus déconnectées de la sphère productive qu'en Allemagne, tout en ayant un pouvoir hiérarchique plus important vis-à-vis de l'échelon opérationnel, tendent à adopter une approche plus juridique de la gestion du maintien dans l'emploi, tandis qu'elle est plus pragmatique et cogérée en Allemagne. Les incidences en sont notables sur la manière dont s'établit le dialogue entre l'encadrement direct et les ressources humaines dans le cadre des processus d'adaptation des postes.

Si un panel d'instruments de retour à l'emploi permet théoriquement de couvrir les différentes dimensions du retour à l'emploi en France comme en Allemagne, les conditions de mobilisation des outils ne sont pas les mêmes, en raison de processus de socialisation différents qui caractérisent les relations entre acteurs dans les établissements français et allemands. Il s'agit maintenant d'entrer plus avant dans l'analyse des trajectoires de retour à l'emploi telles qu'elles sont gérées dans les établissements visités.

CHAPITRE 3 : LES TEMPS DE LA GESTION DU RETOUR A L'EMPLOI

Le retour du salarié dans l'entreprise après une longue maladie se décompose en trois étapes, qui correspondent à trois niveaux d'interrogation sur le rapport entre longue maladie et aptitude au travail. Tout d'abord, la période pendant laquelle le salarié est en arrêt maladie, plus ou moins longuement ou à travers un processus de reconduction des arrêts qui ne permettent pas d'anticiper le retour effectif à l'emploi. Au cours de cette étape, le salarié maintient parfois un contact avec l'entreprise dans la perspective du retour à l'emploi. Vient ensuite la période pendant laquelle le salarié revient au travail. Cette étape débute en France avec la visite de reprise, parfois précédée, mais c'est rarement le cas, de la visite de pré-reprise⁴⁰. Il s'agit d'un moment clé puisque c'est là que les différents acteurs du retour à l'emploi vont être mobilisés pour s'assurer que la personne peut effectivement reprendre le travail, et définir les conditions de cette reprise. Enfin, le troisième temps est celui de l'adaptation ou du changement de poste, voire du reclassement. Cette étape n'est pas systématique, elle a lieu lorsque le salarié n'a pas pu reprendre le poste qu'il occupait. C'est l'avis du médecin du travail sous la forme de restrictions d'aptitude ou de déclaration d'inaptitude au poste occupé qui déclenche ce processus. La question de la réadaptation au travail, voire des possibilités de mobilité du salarié au sein de l'entreprise se trouve alors posée.

Les politiques de maintien dans l'emploi ont pour objectif que ces trois étapes soient le plus intégrées possible. Pour autant, la distinction entre les trois n'est pas formelle. Pour chacun de ces « temps », des questions différentes se posent aux acteurs de l'entreprise, qui renvoient à des difficultés et des enjeux spécifiques. En définitive, le degré d'intégration entre ces trois dimensions est fonction du fait que la question du maintien dans l'emploi soit posée en tant que telle par les acteurs de l'entreprise ou pas. La différence entre France et Allemagne est marquée à ce niveau. L'absence de prise en compte globale de ces dimensions renvoie le plus souvent à l'absence d'anticipation et à la gestion à chaud des situations, corollaire de l'absence de protocole de prise en charge.

1. LE TEMPS DE L'ARRET MALADIE

La période de l'arrêt, pendant laquelle le salarié ne travaille plus, est une étape à part entière dont l'étude est primordiale pour la compréhension des processus de retour à l'emploi. Il s'agit de voir ce qui est légalement institué en termes de rapport salarié / entreprise pendant la longue maladie, et ce que cela produit dans l'entreprise comme mode de gestion de la question. Mais, au-delà des aspects légaux et réglementaires, différentes formes de relations peuvent être

⁴⁰ Voir chapitre 1

établies entre le salarié et son collectif de travail pendant cette période, aux incidences notables sur le retour à l'emploi.

1.1. La légitimité du lien salarié / entreprise pendant l'arrêt maladie

Dans les entreprises françaises, la question du maintien dans l'emploi n'est pas instituée aux yeux des acteurs de l'entreprise tant que le salarié est en arrêt. Cet état des choses est pour une large part liée au fait que les représentants de l'entreprise, qu'il s'agisse des ressources humaines, du médecin du travail ou du personnel d'encadrement, ne sont pas autorisés à établir un contact avec le salarié en tant que tels, c'est-à-dire s'exprimant au nom de l'entreprise. Cette interdiction est évoquée par les directions et les ressources humaines comme une donnée incontournable, qui s'impose de l'extérieur par la loi et ne permet pas à l'entreprise d'anticiper le retour à l'emploi. Dans certains établissements, cette explication est souvent mobilisée par les représentants de la direction et les gestionnaires du personnel pour justifier de l'impossibilité de recourir à des procédures de prise en charge qui poseraient la question du retour à l'emploi avant la reprise effective du travail par le salarié. La visite de pré-reprise constitue le principal instrument de maintien dans l'emploi mobilisable en amont du retour du salarié. Elle permet, à travers le dialogue entre le salarié et le médecin du travail, d'évaluer les possibilités de retour au poste initial, et d'envisager d'éventuelles adaptations. Mais cette possibilité est sous-utilisée par les salariés, qui souvent n'en ont pas connaissance. L'autre forme d'intervention d'un acteur de l'entreprise pendant la période d'arrêt du salarié est le fait du service social, qui peut être interne ou externe. Sur les quatre entreprises françaises rencontrées, une seule bénéficie des services d'une assistante sociale. Dans deux autres entreprises, ce poste existait, mais n'a pas été renouvelé après le départ de la dernière personne à l'occuper. L'assistante sociale est un acteur autorisé à prendre contact avec le salarié en arrêt de longue maladie. Sur l'entreprise Télécommunication, elle envoie un courrier dans lequel elle se met à disposition du salarié pour un rendez-vous ou une conversation téléphonique. En pratique, l'effet est faible sur la préparation du retour à l'emploi proprement dit. Les salariés qui prennent contact avec elle le font quand ils constatent une baisse de leur revenu après un certain nombre de mois d'arrêt, pour savoir quels sont leurs droits. Par ailleurs, elle constate que les salariés qui se retournent vers elle sont précisément ceux qui n'ont pas gardé contact d'eux-mêmes avec leur collectif de travail. Nous verrons par la suite qu'il s'agit généralement des cas les moins favorables pour le retour à l'emploi.

En dehors de ces deux possibilités, l'établissement d'un contact par l'entreprise n'est pas considéré comme légitime, quand bien même il pourrait être utile dans une perspective d'optimisation de la gestion du personnel. Le chapitre est alors pour ainsi dire clos, et rien n'est alors officiellement fait pour préparer le retour de la personne, cela avec l'ambition affichée de protéger les salariés et le secret médical, et de ne faire peser aucune pression sur la personne malade.

« Ah non, on ne fait rien pendant l'arrêt, c'est interdit vous savez. L'entreprise n'a pas à se manifester, cela pourrait être interprété comme une pression. » *DRH, Métallurgie*

« C'est peut être critiquable, car on aimerait parfois en savoir plus pour anticiper, mais c'est comme ça. On a absolument pas le droit d'entrer en contact avec les salariés. La maladie relève de la sphère personnelle. L'entreprise n'est pas légitime là dedans. *Responsable des relations sociales, Télécommunication*

Les conséquences sur la gestion du retour à l'emploi en sont perceptibles à plusieurs niveaux. Tout d'abord, on est frappé en France de la faible connaissance qu'ont les acteurs des ressources humaines de la situation de l'entreprise quant au nombre de salariés en longue maladie. Le basculement d'une personne en longue maladie est une étape administrative clairement identifiable. Aussi les entreprises ont-elles cette information. Mais les entretiens font apparaître que les ressources humaines interrogées sur ce sujet n'ont pas d'emblée en tête le nombre, même approximatif, de salariés concernés, ce qui montre qu'il ne s'agit pas pour eux d'une question à gérer. Leur discours témoigne au contraire du fait qu'un certain nombre de salariés « disparaissent » littéralement de l'entreprise, bien que toujours présents dans les effectifs, au moment où ils basculent en longue maladie. L'autre conséquence touche à l'absence de visibilité qui en découle quant à la gestion du personnel. Les arrêts de travail successifs sont enregistrés, mais les ressources humaines n'ont aucun moyen d'anticiper l'évolution de la situation, et n'établissent pas de bilan périodique de la situation des personnes absentes pour cause de maladie. A la différence du suivi des effectifs des salariés handicapés ou de seniors et de leurs caractéristiques, le suivi des personnels en situation de longue maladie n'est pas consacré par l'article L 132-12 du *Code du Travail*.

Directions et ressources humaines sont les principaux porte-parole de cette impossibilité d'anticiper le retour à l'emploi au motif de l'illégitimité du lien salarié/entreprise pendant l'arrêt maladie. Toutefois, à mesure que l'on descend dans le collectif de travail, les difficultés engendrées par cette absence de gestion de la longue maladie en amont du retour à l'emploi apparaissent et sont exprimées, notamment par l'encadrement direct. De même, il apparaît que l'établissement d'un contact informel avec le salarié est fréquent en dépit de l'interdiction, ce qui invite à relativiser la prégnance de cette dernière. Toutefois, il faut souligner que, dans les entreprises françaises, le refus du contact entre l'entreprise et le salarié ayant pour motif la protection de ce dernier est une donnée structurante dans les représentations que se font les acteurs de la question du maintien dans l'emploi. Ainsi, même si cela n'est pas systématique, les représentants du personnel peuvent conforter cet état de fait, en veillant au respect de la règle. L'entreprise Grande distribution a notamment vu éclater un conflit entre les chargés de mission de l'accord « Handipacte », dont l'entreprise est signataire, et les représentants du personnel lorsqu'il a été question, au moment de la renégociation de l'accord, d'inscrire dans le protocole la prise de contact par les ressources humaines avec les salariés en arrêt depuis plus de 3 mois. Ce principe d'anticipation a été massivement refusé par les syndicats, qui y voient un risque que les directeurs d'établissement se servent de cette possibilité pour licencier plus facilement les personnes, ou du moins exercer une pression sur les conditions de leur retour. Eux-mêmes n'envisagent pas de prendre contact avec la personne, sauf de manière informelle,

quand ils en sont proches. La collaboration entre l'entreprise et le salarié dans la perspective du retour à l'emploi ne fait pas partie des représentations, même idéalisées, des acteurs qui représentent l'entreprise, ni de ceux qui représentent les salariés. Et les intermédiaires potentiels que sont les représentants du personnel se définissent comme les garants du maintien de la distance.

Si de manière générale les entreprises françaises ne se projettent pas d'elles-mêmes dans une dynamique de prise de contact avec les salariés en arrêt, dans une perspective de gestion de la longue maladie et d'anticipation du retour à l'emploi, ce processus peut être le fait d'acteurs périphériques, spécialisés dans l'accompagnement des salariés en difficulté de réinsertion dans l'emploi. Cette dynamique se développe, puisque deux des assureurs des entreprises rencontrées ont été approchés par ces prestataires de service. L'assureur de l'entreprise a en effet intérêt à ce que les salariés reviennent au travail afin d'éviter les phénomènes de chronicisation et le basculement vers l'invalidité, qui est prise en charge par l'organisme de prévoyance. Il s'agit alors de proposer aux salariés arrêtés depuis un certain nombre de mois, une rencontre avec des professionnels spécialisés dans le maintien dans l'emploi (psychologues, ergonomes...) qui, si le salarié le souhaite, peuvent prendre contact avec les acteurs de l'entreprise (ressources humaines, médecine du travail, encadrement direct) afin d'envisager le retour au travail et les éventuelles adaptations à mener. Si le retour dans l'entreprise n'est pas envisageable, soit qu'il n'y ait pas de poste adapté disponible, soit que le salarié ne le souhaite pas, ils peuvent proposer des évolutions vers d'autres entreprises, voire d'autres métiers. Le principe qui sous-tend la démarche est donc proche du modèle prôné dans le cadre du « disability management ». Il s'agit de promouvoir une professionnalisation de la gestion des incapacités, en permettant aux différentes parties prenantes de rechercher une solution qui corresponde à leurs besoins respectifs. Dans l'entreprise Télécommunication, l'adhésion de l'assureur à ce type de dispositif depuis 2001 a sensiblement formalisé la démarche de gestion du retour à l'emploi, même si le recul n'est pas suffisant pour avoir une idée des effets produits sur les trajectoires des salariés. Mais, à la différence de ce que l'on observe en Allemagne ou dans l'entreprise Grande Distribution en France, où la formalisation de la démarche, même partielle, est le fait des acteurs de l'entreprise et implique les partenaires sociaux, il s'agit là d'un mouvement d'externalisation de la gestion de la question, justifiée au nom de la nécessité de s'appuyer sur des professionnels pour gérer cette question, l'entreprise n'ayant pas vocation à traiter les problèmes de société. Aussi, bien qu'il s'agisse d'un outil de gestion de l'organisme de prévoyance, ce dispositif rencontre potentiellement l'intérêt des différents acteurs mobilisés dans le cadre du retour à l'emploi des salariés, qui y cherchent à la fois une réponse à leurs difficultés et le moyen d'établir une médiation entre le salarié et l'entreprise à travers quelqu'un de « neutre », au statut d'expert⁴¹. Cela signale en creux la faiblesse de l'articulation entre fonctionnement de l'entreprise et objectif de politique publique. La gestion du retour à l'emploi n'est pas envisagée par ces acteurs comme relevant pleinement de la responsabilité de l'employeur.

⁴¹ Le recul temporel depuis la mise en place du dispositif n'est pas suffisant pour permettre d'en apprécier les effets. Les gestionnaires des ressources humaines rencontrés, s'ils en soulignent l'intérêt potentiel, font

Le dispositif proposé par le prestataire S. dans l'établissement Télécommunications et sa réception

« Le courrier est envoyé. Si il y a une volonté de reprendre, un accord de la personne, alors on va contacter l'entreprise. La première étape c'est l'analyse du poste. Ça peut être essentiellement fonctionnel, et on fait ça avec un ergothérapeute. Ça peut porter plus sur la charge de travail, le poids du poste, auquel cas on parle avec le responsable du salarié, ou les ressources humaines. A partir de là, il nous faut évaluer quelle est l'ouverture de l'entreprise à l'égard du salarié et de sa situation. » *Prestataire S., responsable France*

« La retour à l'emploi se passe souvent mal quand la personne débarque et que rien n'est préparé. Mais dans le fait d'anticiper, ce qui est en question c'est la capacité à regarder en face la diminution des capacités, à la fois pour l'employeur et pour le salarié. Qui est capable de parler de baisse fonctionnelle ? C'est pour ça qu'on est là. » *Prestataire S, responsable France*

« En tant qu'employeurs, on est assez désarmé face à cette question. On a fait le constat que les gens sortaient des effectifs et qu'il y avait un risque non nul qu'on les oublie. Ils restaient là, mais sans être disponibles. Le dispositif Posaction, c'est en fait une action préventive. En termes de gestion, on ne peut pas laisser dans les effectifs, qui vont vouloir revenir un jour et ne le pourront peut être pas. Cet outil doit nous permettre de gagner en visibilité à ce niveau » *Télécommunication, Responsable des relations sociales*

« Idéalement, ça devrait nous permettre d'aboutir à une discussion sereine sur l'adaptation du poste. Avec ce dispositif, la discussion pourrait se baser sur l'analyse de la perception du salarié sur son évolution dans l'entreprise. Ce dont il a envie, ce qui lui fait peur. Mais on n'en est pas encore là » *Télécommunication, Responsable des relations sociales*

« L'intérêt pour l'entreprise, c'est très clairement de moins s'impliquer sur ces questions. Il y a des professionnels qui ont toute une série de solutions. Ce n'est pas notre métier » *Direction de l'établissement*

« On ne peut pas charger l'entreprise de régler tous les problèmes sociaux. On n'est pas un hôpital » *Responsable des relations sociales*

1.2. Le suivi informel des salariés en arrêt par le collectif de travail

Dans les situations où la gestion du retour à l'emploi n'est pas externalisée, et où les ressources humaines et la direction campent sur l'impossibilité d'établir un lien avec le salarié en arrêt, il existe néanmoins de nombreuses formes de suivi des personnes en arrêt, qui sont le fait du collectif de travail. Bien qu'informels, ces contacts ont un impact déterminant sur les conditions du retour à l'emploi. Les coups de téléphone, les visites à domicile ou à l'hôpital, où les déjeuners à l'extérieur du bureau constituent un suivi souvent très étroit de la personne, qui permet à l'encadrement direct d'être informé de la situation et d'anticiper le retour du salarié. Pour ce type de trajectoire, la solidarité entre les collègues de travail semble jouer un rôle important. C'est au nom de l'amitié que l'on a pour le salarié que le contact est maintenu. L'équipe se sent alors investie d'un rôle de soutien qui passe par la préservation du poste de la personne tant qu'elle est arrêtée, la mise en place d'arrangements internes au service pour pallier à son absence, et l'anticipation de son retour afin que celui-ci soit le plus favorable possible.

toutefois preuve d'un certain attentisme à l'égard du dispositif, et soulignent la méfiance des salariés à son égard.

Entreprise – Télécommunication. Exemple de suivi informel

Cas de cancer du sein, femme de 51 ans au moment du diagnostic, responsable du soutien administratif, entretien avec sa responsable de service.

- opérée en avril 2006
- 4 mois d'arrêt
- en août, arrêt reconduit pour un mois
- retour en mi-temps thérapeutique en septembre 2006, pour 6 mois
- en février, demande à passer à mi-temps
- en mai 2007, demande à passer à 4/5^e
- pas de remplacement pendant le processus.

« Elle nous avait parlé, au cours d'une conversation banale, qu'elle avait une visite de dépistage du cancer du sein. C'était uniquement « j'ai rendez-vous pour une mammo ». Et puis on lui a dit qu'elle devait faire une deuxième visite, elle me l'a dit et ensuite j'ai su le diagnostic. Là, tout a été vitesse grand V, elle a été opérée, là elle était en arrêt maladie simple. Pendant tout ce temps, elle a échangé avec l'équipe, elle a tenu à en parler. On s'est tous dit qu'il fallait soutenir la démarche de cette personne. »

Comment l'équipe s'est-elle organisée pendant son absence ?

« Dans un cas comme ça, on ne remplace pas. Ce ne serait pas soutenir la personne dans son combat si elle apprenait qu'elle a été remplacée. Non, on a réparti sa charge de travail sur l'équipe, moi-même j'en ai pris une partie. C'était une bonne amie aussi, donc les personnes sont solidaires. »

Dans certaines situations potentiellement plus compliquées en raison d'effectifs réduits ou d'organisation d'horaires complexes, ce mode de fonctionnement peut également exister. Ainsi, dans l'établissement hospitalier, la responsable d'un secrétariat chargée d'une équipe de 28 personnes a procédé à la réorganisation complète de son équipe en prévision du retour en mi-temps thérapeutique d'une femme atteinte d'un cancer du sein arrêtée pendant 5 mois. Les collègues de travail ont pris contact avec la personne. Au cours d'un déjeuner, la responsable de service et la salariée se sont rencontrées. La responsable a conseillé à la salariée de prendre contact avec le médecin du travail pour une visite de pré-reprise afin d'anticiper les éventuelles restrictions d'aptitude. Quand le mi-temps thérapeutique a été proposé, la responsable a réuni son équipe autour d'une table pour procéder aux aménagements d'horaires nécessaires et a fait à la salariée une proposition de planning que celle-ci a acceptée. Autrement dit, lorsque la salariée est revenue au travail, son retour avait été anticipé et préparé en amont. Les aspects organisationnels afférents au retour de la salariée ont été gérés en interne, sans que les ressources humaines n'interviennent. De même, la salariée, conseillée par l'encadrement direct, a sollicité elle-même la médecine du travail pour une visite de pré-reprise. Dans ce type de cas de figure, la gestion du retour à l'emploi repose sur l'échelon du service, au plus près du collectif de travail, et il appartient aux acteurs situés à ce niveau de mobiliser eux-mêmes, selon leur identification des besoins, les acteurs compétents sur les questions qui se posent à eux.

Mais ces situations très favorables, qui sont une réalité dans les services, soulignent en creux la dimension fortement discrétionnaire du processus à l'œuvre. En l'absence de procédure qui s'appliquerait à tous, le fait d'être intégré à son collectif de travail et de pouvoir compter sur ses collègues conditionne la possibilité de garder un lien pendant l'arrêt, ce qui fait une différence considérable sur les conditions du retour à l'emploi entre les salariés. En effet, le processus sera

beaucoup plus fluide pour ceux qui auront maintenu le dialogue avec l'univers professionnel que pour ceux qui reprennent sans qu'aucune préparation en amont n'ait été suggérée. Le spectre du licenciement pour inaptitude est ainsi plus menaçant pour les personnes qui retournent au travail sans réflexion préalable sur la possibilité de reprendre le même poste qu'avant l'arrêt. Ainsi, les situations précédemment décrites contrastent avec les cas de retour inopiné du salarié après parfois plusieurs mois voire années d'absence, pour lequel il n'existe aucun poste disponible, et qui n'a pas fait de visite de pré-reprise. Les chances de parvenir à le maintenir dans l'emploi sont alors compromises puisqu'un poste doit être trouvé dans le mois qui suit la déclaration d'inaptitude. Dans l'urgence, l'encadrement, le médecin du travail, les ressources humaines et parfois l'assistante sociale cherchent un poste adapté, sans toujours y parvenir. D'où des solutions qui consistent, dans le meilleur des cas, à demander au salarié de prolonger son arrêt, où à l'affecter de manière provisoire à des tâches qui n'ont rien à voir avec ses qualifications, le temps de trouver une solution pérenne.

« Quand les salariés en parlent, qu'ils évoquent leur situation qu'ils disent ce qu'ils ont, alors tout se passe bien. Parfois il n'y a même pas de longue maladie. La personne fait des petits arrêts, passe un peu à mi temps... Dans ces cas là, je constate que l'entreprise fait tout pour que la personne ne perde pas sa place. Mais quand ça ne se passe pas comme ça, certains salariés disparaissent, parfois pendant plusieurs années. Quand ils cherchent à revenir, ils s'adressent à moi et je leur explique que leur poste a été pourvu, qu'ils sont dans les effectifs de l'entreprise mais en indisponible. A ce moment, ils sont découragés par tout ce qu'il y aurait à faire»
Télécommunication, Assistante sociale

« Vous ne pouvez pas imaginer les moments d'angoisse qu'il y a quand un salarié débarque un beau matin, qu'on ne l'a pas vu depuis un, deux ans, parfois plus et qu'il s'attend à retrouver son poste. Il se présente à son atelier et son chef ouvre des yeux ronds, il a été remplacé, on ne sait pas ce qu'on va en faire ! Alors on demande s'il peut prolonger son arrêt, le temps de trouver une solution. Et là, il faut discuter avec tout le monde, le chef d'atelier, mettre les gens autour d'une table pour que ça marche. Et on a que quinze jours (...) C'est comme ça que j'ai vu des salariés se retrouver à classer des dossiers ou même, à faire le ménage dans les ateliers en attendant qu'on trouve quelque chose pour eux. »
Métallurgie, médecin du travail

Ces éléments sont confortés par les résultats de la ré exploitation des données de l'enquête DREES, qui fait apparaître que les salariés ayant parlé de leur maladie sur leur lieu de travail ont plus de chance d'avoir bénéficié d'une adaptation de poste. La convergence de ces données renvoie au caractère plus ou moins intégrateur des collectifs de travail en fonction de variables relationnelles éminemment subjectives qui jouent un rôle fondamental, en amont du retour au travail proprement dit.

1.3. En Allemagne, une démarche plus assumée, mais soumise à l'acceptation du salarié

En Allemagne, espace privé du salarié malade et espace professionnel apparaissent *a priori* moins cloisonnés. Une approche intégrée de l'insertion incite les acteurs à construire des passerelles entre temps de l'arrêt et temps de retour tout en respectant la sphère privée et la volonté du malade. Le positionnement des acteurs par rapport à l'arrêt prolongé pour cause de maladie est toutefois intimement lié à leurs choix de fond en matière de maintien/retour dans

l'emploi. Une typologie des établissements allemands visités les classe en trois catégories en fonction de leur approche du retour à l'emploi après la longue maladie. L'approche « volontariste » tout d'abord, où la politique de réinsertion repose sur un consensus des acteurs et fait partie du statut autant que de l'image sociale de l'entreprise ; l'approche « négociée » ensuite, où le dynamisme de la représentation des grands handicapés (SBV, *Schwerbehindertenvertretung*) impose à la direction un comportement proactif en matière de réinsertion ; l'approche « contrariée » enfin, où la politique de réinsertion est - aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel - un enjeu secondaire dans l'ensemble politiques sociales de l'établissement, sous contrainte d'autres priorités. Concernant l'étape de l'arrêt maladie, il est plus clairement énoncé par les acteurs que l'établissement d'un contact avec le salarié pendant l'arrêt maladie est bénéfique dans une perspective d'anticipation du retour à l'emploi, bien que le déclenchement du processus reste subordonné à la volonté du salarié de rester en lien avec son entreprise. Représentants des handicapés et représentants du personnel, vont être en recherche de ce contact pour faciliter la suite du processus. Cette démarche, qu'elle soit plus ou moins aboutie d'une entreprise à l'autre, est symptomatique d'une approche plus intégrée des différentes étapes du retour à l'emploi. En effet, la période d'arrêt est envisagée par les différents acteurs de l'entreprise comme un moment à prendre en compte pour anticiper le retour de la personne. Dans chaque entreprise, un mode de prise de contact avec la personne en arrêt est choisi (coup de téléphone, panier de chocolats, fleurs), et mis en œuvre systématiquement. Si le salarié répond et se déclare prêt à maintenir le lien avec l'univers professionnel, des mesures sont mises en place pour anticiper le retour à l'emploi. Toutefois, d'une entreprise à l'autre, le mode d'investissement du temps de l'arrêt par les acteurs de l'entreprise diffère sensiblement, et n'est pas toujours au service de la reprise du travail dans les meilleures conditions possibles pour le salarié.

Dans les établissements les plus investis sur la question de la réintégration au travail, le temps d'arrêt des malades est approché dans une double perspective. D'une part, il faut laisser au/à la salarié-e le temps de la convalescence – et de la coupure. D'autre part, l'expérience montre qu'une coupure prolongée tend à compliquer voire à compromettre la réinsertion : il faut donc « penser » d'emblée les différentes étapes de la réinsertion. Quand les salariés malades sont anciens dans l'entreprise, le contact est assez souvent maintenu durant l'arrêt maladie, par les collègues, des supérieurs, la SBV, *via* des coups de téléphone notamment. La responsable du personnel membre de l'équipe d'intégration de Communication connaît la plupart des salariés par son passage dans un grand nombre de départements. On lui téléphone facilement. Le représentant des grands handicapés d'Expédition Logistique téléphone systématiquement aux malades dès lors qu'il a connaissance de l'arrêt prolongé. L'établissement Automobile a maintenu la tradition du paquet cadeau (chocolats, confitures...) offert aux malades ; la personne de confiance des grands handicapés va le leur apporter à domicile ou à l'hôpital. Le principe selon lequel il faut respecter la volonté de la personne (qui peut-être ne veut voir personne) est cependant sacré.

Les acteurs qui investissent ce rôle de prise de contact l'envisagent souvent comme une démarche permettant de rompre l'isolement des malades, de manière volontariste. Ainsi, la représentante des grands handicapés de l'établissement B de Métallurgie note l'influence parfois un peu morbide d'un entourage familial (rural) qui, incitant les malades notamment atteints du

cancer à se ménager et à « surtout ne rien faire », renforce le caractère anxiogène de la maladie. « Les gens ont parfois besoin qu'on leur dise : vas-y, fais l'essai, on sera contents de te voir revenir. A la maison, on les enferme dans un placard parfois ». Pour autant, dans tous les établissements sont signalés des cas de coupures totales entre les malades et les entreprises pendant la longue maladie, généralement à l'initiative des malades. Les retours sans préparation, « du jour au lendemain sans crier gare », ont de bonnes chances de conduire à l'échec, selon l'avis concordant des médecins du travail, des responsables du personnel et des représentants des salariés. Si le salarié accepte le contact, la procédure de réintégration progressive peut alors être mise en place (la section suivante détaille les conditions de cette procédure).

Les malades de longue durée rentrent souvent, après la phase d'hospitalisation, en clinique de réadaptation. Dans l'idéal – mais qui semble rarement se réaliser – les contacts en vue de la future réinsertion devraient avoir lieu durant cette phase, selon nos interlocuteurs. Ni le malade, ni son médecin de famille ne sont jugés compétents pour rendre objectivement compte durant la réadaptation des caractéristiques et des exigences du poste de travail qu'il vont retrouver. Une convention vient d'être signée avec l'assurance retraite dans la région de Métallurgie A et B pour que les médecins du travail jouent un rôle plus actif durant la réadaptation médicale de sorte que la thérapie puisse intégrer les exigences professionnelles mais aussi alerter sur les aménagements nécessaires du poste de travail. L'établissement Communication cherche à mobiliser durant la phase même de la réadaptation les organismes susceptibles de financer d'éventuelles aides techniques.

« A quoi ça nous sert d'attendre que la personne revienne après trois mois de maladie après une hernie discale ? Le salarié dit : Je veux bien reprendre le travail, mais mon médecin m'interdit de faire ceci et cela. Alors je n'ai plus qu'à le renvoyer à la maison en attendant la nouvelle table de travail qui n'arrivera pas avant trois semaines – du pur gaspillage ». *Communication, responsable du personnel.*

Il faut toutefois se garder d'idéaliser la démarche de prise de contact et ses effets. Dans certains établissements, cette possibilité d'établir un lien pour anticiper et optimiser les conditions du retour est utilisée comme un moyen de pression par l'entreprise. Les ouvriers de l'établissement A de Métallurgie doivent s'attendre à un entretien avec les services du personnel dès leur retour. Il faudra alors « justifier » son état de maladie et de santé retrouvé, devant les membres de la hiérarchie éventuellement en ignorance de la gravité de la maladie. « Il est déjà arrivé que le responsable du personnel ignore que la personne en face de lui avait développé un cancer. C'est très pénible », selon un membre du conseil d'établissement présent à ce type d'entretiens. Expédition-logistique suit pour les arrêts prolongés un protocole déjà ancien « d'entretiens de collaborateurs » en plusieurs étapes. Comme chez Métallurgie A ce système hésite entre les deux logiques de facilitation de l'insertion et de pression sur la personne malade. S'il s'agit aussi de réfléchir sur l'aide que peut apporter l'entreprise, l'entretien risque de préparer le diagnostic d'incapacité en cas de maladie prolongée ou réitérée. Les convocations chez le médecin du travail sont craintes. « Officiellement, il est interdit de téléphoner aux malades pendant l'arrêt maladie. Mais il est arrivé que les malades soient convoqués pendant

cette période », affirme le représentant des grands handicapés, relatant le cas particulièrement choquant d'un jeune homme atteint d'un cancer grave qui après son opération a été sommé à répétition de rendre compte de son état de santé et de la durée probable d'incapacité. « En tant que représentant, je m'y oppose, je suis prêt à aller jusqu'au tribunal de travail. J'essaie de désamorcer les choses le plus possible en amont ; je parle de façon informelle avec les supérieurs hiérarchiques. Mais dans les filiales où il n'y a pas de représentants, ou une représentation faible, ça marche beaucoup à la pression. Très vite, c'est la menace du médecin du travail ». Les directions des filiales travaillent elles-mêmes sous une forte pression de résultat et jugent peu concevable d'aller contre les directives de la centrale. Au sein de la même entreprise, d'un établissement à l'autre, les approches et sensibilités sociales du management ne sont cependant pas les mêmes.

1.4. L'interface entre l'espace du soin et l'espace du travail

Outre la question du lien entre le salarié et son collectif de travail, une autre dimension de la question de l'arrêt maladie et de la transition avec le retour à l'emploi concerne l'articulation entre l'espace du soin et l'espace du travail, et la capacité des différents acteurs qui y officient à établir des synergies autour des trajectoires des personnes.

En France, la faiblesse des passerelles entre l'espace du soin et celui du travail est notable. Ainsi, le chef du service social d'un centre de lutte contre le cancer pointe de lui-même les défaillances de son activité sur le terrain du retour à l'emploi. L'essentiel des interventions du service touche au conseil pour assurer les meilleurs revenus de substitution possibles pour des personnes menacées par la précarité suite à une rupture trop longue avec le milieu du travail, ou dans des situations où le retour à l'emploi n'est plus envisageable. Mais le fait de préparer le retour dans l'entreprise avec un salarié en fin de traitement n'est pas intégré dans l'activité du service.

Plus largement, l'interface entre médecin conseil, médecin traitant, qui sont deux acteurs clés dans cette étape qu'est l'arrêt maladie, et le médecin du travail, apparaît très faible, ce que déplorent souvent les acteurs de l'entreprise, notamment les ressources humaines et les médecins du travail. Selon plusieurs médecins du travail, il manque une prise de conscience chez les médecins traitants et les médecins conseils, des conséquences des décisions qu'ils prennent sur la sphère du travail. Ainsi, les médecins traitants devraient s'enquérir plus en amont des métiers des salariés et de leurs contraintes, afin de préparer ces derniers aux éventuelles difficultés à prendre en compte au moment du retour au travail. Du côté de la Sécurité Sociale, la politique d'activation des travailleurs qui se développe actuellement apparaît clairement à travers les contrôles plus stricts effectués auprès des salariés en arrêt. Mais cette remise au travail ne s'accompagne pas d'une réflexion sur les postes de travail concernés. Certains médecins du travail voient ainsi revenir à leur poste des salariés qu'ils auraient déclaré inaptes. Il faut alors adapter le poste ou, quand ce n'est pas possible, trouver une solution pour maintenir la personne en emploi. Plus encore, le médecin conseil, dont les décisions ont pourtant une importance capitale, est le grand absent du processus de retour à l'emploi. Refusant d'être en contact avec les ressources humaines au nom de la protection du salarié, il

est également très difficilement joignable par le médecin du travail. Ses décisions ont des incidences considérables sur les marges de manœuvre des acteurs de l'entreprise. Pour autant, il n'y a pas de dialogue avec lui autour des cas des salariés concernés.

« La législation est ainsi faite que quand la Sécu dit qu'il faut reprendre « LE » travail, ça s'impose. Mais c'est bien autre chose de retrouver « UN » travail, c'est-à-dire un poste, avec ses spécificités, ses contraintes. » *Ressources Humaines, Grande Distribution*

« Les gens qui sont centrés sur le soin ont, et c'est normal, la guérison comme objectif. Mais ils ne parlent pas du travail. Par exemple, passer la visite de pré-reprise, ce n'est pas connu, ni chez les salariés, ni chez les médecins traitants. Or, elle peut être passée n'importe quand, elle n'a pas de valeur juridique, mais elle peut donner des pistes, on peut réfléchir à la manière de s'y prendre. » *Médecin du travail, Grande Distribution*

« C'est de plus en plus difficile de joindre les médecins conseils. On tombe sur des plateformes, on laisse des messages mais on ne vous rappelle jamais. Ce n'est pas pour contester leur avis, mais pour discuter, comprendre. Nous on doit prendre le problème à bras le corps, selon l'angle du travail, qui est bien spécifique. » *Médecin du travail, Etablissement hospitalier*

En définitive, selon les acteurs de l'entreprise, il manquerait en France du côté de l'espace du soin et de la Sécurité sociale une réflexion en termes d'aptitude au poste de travail. Cette question reste cantonnée à la sphère du travail puisque c'est le médecin du travail qui, à travers la déclaration d'aptitude ou d'inaptitude, juge de l'adéquation entre les capacités du salarié et son poste de travail. Or c'est à ce niveau précis que se situe la question du maintien dans l'emploi. La gestion de cette question n'est donc pas transversale aux différents espaces que traverse la personne en affection de longue durée.

En Allemagne, les acteurs ayant à gérer dans les établissements visités le retour des salariés en longue maladie entretiennent des contacts étroits avec les acteurs de la Sécurité sociale. Cette situation ne peut sans doute pas être extrapolée, même si les caisses, dans un souci d'économies, cherchent à promouvoir la politique de prévention des entreprises et développent une approche plus offensive à leur égard. Les représentants des grands handicapés sont souvent particulièrement engagés dans ces relations, ce qui permet de régler un certain nombre de problèmes avant même le retour du salarié en longue maladie (aides techniques, plan de réintégration progressive, etc.). Le point faible du système est toutefois, selon les acteurs interviewés, l'articulation déficiente entre acteurs de la réhabilitation et acteurs gérant le retour dans l'établissement. Il n'y a guère de contacts entre médecins du travail et cliniques de réhabilitation durant cette phase pendant laquelle le malade n'est suivi de l'extérieur que par son médecin traitant. Des projets pilotes ont été montés pour intégrer davantage les médecins du travail dans les dispositifs de la réhabilitation médicale. La gestion du maintien dans l'emploi s'inscrit donc dans un réseau d'acteurs et de compétences qui dépassent l'établissement et inscrivent la question dans une problématique de gestion publique, dont les normes encadrent le fonctionnement des acteurs des entreprises.

2. LE TEMPS DU RETOUR

En France, c'est la visite de pré-reprise, ou plus fréquemment la visite de reprise, au cours de laquelle le médecin du travail va se prononcer sur l'aptitude du salarié à reprendre le travail, qui marque le début du retour à l'emploi proprement dit. Une fois cette étape franchie, la gestion du retour du salarié commence alors pour les ressources humaines et au niveau du collectif de travail. Dans toutes les entreprises françaises rencontrées, c'est la gestion à chaud, au plus près du collectif de travail, qui caractérise la plupart du temps le mode de fonctionnement des acteurs autour du retour à l'emploi. Une entreprise, l'entreprise Grande Distribution, a mis en place un protocole structuré de prise en charge du maintien dans l'emploi. Ce protocole s'inscrit dans le cadre d'un accord d'entreprise négocié avec les partenaires sociaux sur la question de la gestion du handicap en entreprise, Handipacte. En théorie, ce protocole a vocation à s'appliquer à l'ensemble des situations de retour à l'emploi de personnes souffrant d'une ALD, à travers la reconnaissance pour ces dernières du statut de travailleur handicapé. En pratique toutefois, les dispositions de l'accord ne sont mobilisables qu'à partir du moment où une inaptitude est constatée et qu'il est nécessaire d'envisager un reclassement. Le temps du retour proprement dit n'est pas couvert par les dispositions. En Allemagne, les procédures de retour à l'emploi sont plus formalisées, avec la gestion intégrée de l'insertion (BEM) et le dispositif de réintégration progressive ; la coopération entre les acteurs impliqués est plus explicitement prescrite. Mais les effets produits d'une entreprise à l'autre sont contrastés, mettant en lumière l'importance des jeux d'acteurs qui se saisissent des dispositifs dans des perspectives différentes.

2.1. La France : une gestion du retour à l'emploi au plus près du collectif de travail

L'entreprise Télécommunication en France offre une illustration aboutie de gestion informelle et au plus près du collectif de travail du retour des salariés à l'emploi après un arrêt maladie, acceptée par les différents acteurs de l'entreprise comme allant de soi. La gestion de la question dans l'établissement est caractérisée par l'importance des « arrangements intra-services », au détriment du recours aux dispositifs légaux (aménagement de poste, bilans de compétences, bilan PDITH de maintien dans l'emploi...). Le schéma le plus courant évoqué, notamment pour les cas de cancer est celui de l'arrêt pendant 6 mois, suivi d'un mi-temps thérapeutique pendant 6 mois, puis éventuellement d'un passage à mi-temps pendant 6 mois (cependant loin d'être systématique). La personne reprend ensuite dans les conditions qui précédaient son départ. Pour ce type de trajectoire, la mobilisation des ressources humaines et du médecin du travail est très faible et, pour les cas de cancer, les aménagements de poste formalisés sont rares. Les cas évoqués spontanément au cours des entretiens témoignent de situations où les postes sont laissés disponibles le plus longtemps possible dans les services en attendant le retour de la personne. Selon cette gestion informelle, les équipes se partagent la charge de travail du salarié pendant son absence. Les ressources humaines sont plus ou moins informées de ces situations. Ainsi, il est fréquent que, au sein d'une équipe, un salarié malade soit « couvert » par ses

collègues, alors qu'il n'est plus en état de travailler normalement. Ces pratiques concernent aussi bien le moment où le salarié est en traitement, que la période qui suit. Les différents acteurs s'accordent pour dire que les pratiques de gestion de ces situations par les services résultent de l'historique de l'entreprise, de son passé d'entreprise publique et de modes de gestion paternalistes qui perdurent, au niveau des directions comme de la part des chefs d'équipe. Cette approche au cas par cas et le faible recours aux dispositifs légaux sont présentés de manière positive par la plupart des acteurs rencontrés. Le refus d'une protocolisation ou d'une systématisation de la démarche est généralement justifié au nom d'une attitude humaniste. La mise en place d'une procédure systématisée de prise en compte des situations de longue maladie et, plus largement, le recours aux dispositifs légaux, sont interprétés comme des symptômes de défaillance du collectif de travail dans sa capacité à faire face aux situations de maladie grave avec humanité. Sur cet aspect, il existe une convergence des points de vue entre les ressources humaines, la direction de l'établissement et les responsables de service.

Télécommunications : une gestion non formalisée du retour à l'emploi qui fait consensus parmi les acteurs

« Sur ces questions, on est dans l'humanisme, pas dans la stratégie de l'entreprise. Majoritairement, ces situations reposent sur l'existence d'une certaine solidarité » (Responsable des relations sociales).

« On est une entreprise très humaine. On ne se débarrasse jamais des salariés malades. Ces situations peuvent toujours se gérer humainement. Quand on travaille ensemble, on doit pouvoir s'entraider » (Directrice de l'établissement).

« Il ne faut pas que l'entreprise édicte des règles sur ce qu'il faut faire dans ces situations. Les procédures, c'est pour quand il y a conflit, incompréhension » (Responsable de service).

Plus encore, l'ensemble des acteurs rencontrés exprime une préférence pour éviter au maximum d'adapter le poste et de le garder tel qu'il était avant le départ de la personne plutôt que de tenter une adaptation, au motif que cette dernière signifierait au salarié que la maladie a diminué ses capacités. Le réflexe qui sous-tend cette démarche renvoie à une volonté explicite de « faire comme avant la maladie ». Mais cela souligne la difficulté de reconnaissance, par les collectifs de travail, de la maladie ou de ses séquelles dans l'espace professionnel.

Un as de gestion informelle dans l'entreprise Télécommunications

Secrétaire dans une équipe de 15 personnes, qui a développé un cancer du sein.

L'équipe a été mise au courant de sa situation en avril 2006. La personne a été arrêtée pendant 6 mois. Elle a ensuite bénéficié de 6 mois de mi-temps thérapeutique. En juin 2007, elle a exprimé le souhait de passer à 4/5^e de temps. A aucun moment elle n'a été remplacée. La situation a été prise en charge de bout en bout au sein de l'équipe, qui s'est arrangée pour pallier son absence. La direction de l'établissement et les ressources humaines étaient au courant de la situation mais ne sont pas intervenues. Ni le médecin du travail ni l'assistante sociale n'ont été mobilisés. Le recours aux dispositifs réglementaires a été faible en dehors du mi-temps thérapeutique. Un processus d'adaptation de poste a néanmoins eu lieu, mais de manière informelle et sans que la transformation des tâches ou de la charge de travail puisse être identifiée-précisément.

Au niveau de l'équipe, la gestion interne de ce « cas » consiste à ménager cette personne, y compris après la reprise du travail à 4/5^e de temps. La responsable d'équipe souligne qu'elle porte une attention accrue à ses horaires et, plus largement, au fait de ne pas la confronter à des situations de travail « stressantes ».

« Elle occupe le même poste qu'avant, mais obligatoirement, je mets moins de choses sur ses épaules. J'évite les situations stressantes pour elle, autant que faire se peut. Mais il ne faut pas qu'elle ait l'impression qu'elle a un traitement différent » (*Responsable de service*).

Toutefois, l'évocation spontanée de ces situations relativement favorables et caractérisées par la fluidité de la gestion des arrêts et des retours à l'emploi masque l'existence de cas plus conflictuels, qui ne sont mentionnés qu'à la marge, et sont présentés comme exceptionnels. La méthode de « l'exploration de dossier », qui consiste à dépouiller, aux côtés d'un responsable des ressources humaines, le dossier d'une personne ayant connu un processus de retour à l'emploi après une ALD, permet de mettre en lumière le caractère parfois chaotique des trajectoires, où transparait en filigrane un processus de marginalisation du salarié par rapport à la dynamique de l'entreprise et au collectif de travail.

Trajectoire d'une salariée

Age	Née en 1948
Entrée dans l'entreprise	1975
Qualification	E (cadre)
Fonction(s) occupée(s) Déroulement carrière	Technicienne supérieure du 1/5/76 au 31/3/83, Promue cadre technique du 1/4/83 au 30/06/84, Intègre T. en qualité de cadre technique du 1/7/84 au 31/12/89 ARRET MALADIE Promue Cadre supérieure technique (B23) chargée de mission auprès du responsable RH du 1/1/90 au 31/05/91, Nommée Responsable technique d'application à la DRH de 1/6/91 au 31/08/97, Nommée Responsable opérateur du 1/09/97 au 30/04/99 au service réseaux et systèmes d'ingénierie, Nommée Responsable projets ingénierie à la direction des sites et des infrastructures du 1/5/99 au 31/08/03, Chargée de mission à la DRH responsable de projets du 1/9/03 au 17/3/04, Placée en congé maladie à compter du 18/3/04. Le 23 juillet 2007 Mme F est en longue maladie.
Maladie grave	1 ^{er} arrêt en du 30/05/88 au 30/04/89 pour un cancer du sein Concertation avec le médecin du travail, l'assistante sociale lors de la commission médicale prévue dans la convention collective en vigueur

*Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints du cancer :
une comparaison France Allemagne*

	à cette date 11 mois d'arrêts maladie successifs
Reprise du travail	En mai 1989. Prescription médicale pour une adaptation de poste, un temps partiel. Recommandations faites par l'institut Curie et le médecin conseil de l'entreprise
Adaptation du poste	Temps partiel pendant 1 an dans le même service et au même poste qu'avant la longue maladie
Déroulement de carrière	Promotion au choix en janvier 1990 Changement de poste en 1991 : nommée responsable technique d'application (coordination et développement informatique à la DRH) En sept 2003 : suppression du poste de la Direction des Sites dans le cadre d'une réorganisation Mme F. est affectée à une « mission » à la DRH comme responsable de projets
Maladie grave : rechute	Arrêt en mars 2004, pour un cancer du foie, puis arrêts successifs de 2 mois, puis de 3 mois puis renouvellement jusqu'en janvier 2007 Pas de concertation avec le médecin du travail ni l'assistante sociale pendant la période d'arrêt Passage en invalidité en janvier 2007 sur décision du médecin de la sécurité sociale Aucune concertation avec l'entreprise
Perspective de reprise	Pas de retour envisagé : passage automatique en retraite à 60 ans en 2008.

Ce parcours est symptomatique des difficultés à réintégrer de manière stable et pérenne le collectif de travail après la rupture de l'arrêt maladie. En effet, la suppression du poste est suivie du passage en « mission », c'est-à-dire du passage de la personne dans un volant de salariés qui ne sont pas affectés à un poste mais restent dans les effectifs de l'entreprise, en quasi-disponibilité, et susceptibles d'accepter des missions dans différents services. Selon les ressources humaines, les passages en mission sont souvent le résultat de situations difficiles voire conflictuelles avec l'encadrement direct, ou plus largement d'une difficulté à trouver sa place dans le fonctionnement de l'équipe. Le plus souvent, le passage en mission constitue la première étape d'un processus de marginalisation, puis de sortie de l'entreprise. Dans ce cas précis, il est suivi de près par une rechute, puis par un passage en invalidité.

Dans d'autres entreprises, cette difficulté des salariés ayant connu une rupture liée à la longue maladie à réintégrer pleinement le collectif de travail est plus clairement identifiée, voire dénoncée par certains acteurs, notamment le médecin du travail. Dans l'entreprise Métallurgie et l'établissement hospitalier, il n'y a ainsi pas de consensus des acteurs sur le fait que la gestion informelle du retour à l'emploi est satisfaisante et n'a pas besoin de s'inscrire dans un protocole. Les exemples de salariés dont le retour à l'emploi se passe difficilement sont suffisamment nombreux pour qu'une demande de formalisation de la démarche émerge. Cette dernière se fonde essentiellement sur le constat des effets discrétionnaires de l'absence de protocole, face auxquels les médecins du travail sont *in fine* impuissants. Le caractère plus ou moins intégrateur de l'équipe du salarié et la bonne volonté du chef de service pour faciliter son retour exercent une influence très forte sur les possibilités même du maintien dans l'emploi.

Dans l'entreprise Grande Distribution, l'accord d'entreprise Handipacte⁴², qui porte notamment sur le maintien dans l'emploi, n'a pas permis de formaliser une démarche de gestion du retour

⁴² Le paragraphe suivant explore plus avant le contenu de cet accord sur la question de la réadaptation des postes

des salariés après un arrêt de longue durée. En effet, les démarches de maintien dans l'emploi proposées dans le cadre de l'accord portent sur l'adaptation des postes et les procédures de reclassement, une fois seulement qu'une inaptitude est constatée. L'étape où les salariés reviennent à l'emploi après un arrêt de longue durée n'est ainsi pas couverte par les dispositions de l'accord. Comme ailleurs, c'est la gestion à chaud du retour à l'emploi qui prévaut dans l'entreprise. Le fait même que cet accord ne se penche sur la problématique du maintien dans l'emploi qu'au moment de la constatation d'une inaptitude ou, plus largement de la difficulté d'un salarié à occuper son poste, témoigne de l'absence d'institution de cette question en France.

2.2. L'approche allemande : des protocoles plus formalisés de retour diversement investis par les entreprises

Plusieurs outils existent en Allemagne pour gérer le retour à l'emploi des salariés, notamment la gestion intégrée de l'insertion (BEM) et le dispositif de réintégration progressive qui abordent de manière intégrée la prise de contact avec le salarié et la facilitation de son retour au travail, dans une perspective d'assurer les meilleures chances de maintien dans l'emploi dès l'étape du retour.

Tous les établissements rencontrés pratiquent depuis longtemps la « réintégration progressive » (*stufenweise Wiedereingliederung*). Ces grands sites conduisent plusieurs dizaines voire une centaine d'expériences de ce type par an. Un plan de réintégration est établi avec le médecin du travail, les charges et leur augmentation progressive sont définies comme la durée de la mesure (généralement entre quelques semaines et six mois). L'instrument donne en règle générale de très bons résultats. On ne nous signale pas de résistances patronales (l'accord de l'employeur est obligatoire) ; celles-ci seraient plutôt le fait de salariés réticents notamment devant les sacrifices salariaux subis (l'indemnité maladie versée durant cette période est sensiblement inférieure au salaire).

« C'est un instrument indispensable (...) Avant c'était : soit tu es malade, soit tu es guéri. Comme si cela existait. On se déshabituait vite du travail ; la maladie, les douleurs, la peur, ça vous transforme. Il faut apprendre à se repositionner et à retrouver ses marques dans un processus de travail finalement très régulé. Le dispositif permet de réapprendre progressivement la vie en communauté. Après une absence d'une année, beaucoup de choses auront changé dans l'usine. Mon ancien secteur aura peut-être été supprimé. Et puis, il y a l'angoisse : est-ce que je serai encore capable de tenir le rythme, est-ce que je pourrai encore m'entendre avec les personnes autour de moi ? » *la représentante des grands handicapés de Métallurgie , également représentante centrale pour l'entreprise et le groupe.*

L'usage du dispositif ne distingue guère les établissements offensifs et rétifs en matière de réintégration des salariés en longue maladie. Ciblé sur des cas individuels, il semble parfaitement compatible avec des stratégies de prévention intégrées et de long terme comme avec des approches plus sélectives et ponctuelles. L'effet d'aubaine semble minime, selon nos interlocuteurs (recours par l'employeur à de la main-d'œuvre « gratuite »). Si les tensions peuvent occasionnellement surgir dans les groupes de travail, elles sont relativisées par nos interlocuteurs. Elles relèvent plus d'un problème d'alchimie entre les personnes. « On sait que les personnes sont encore malades et pas encore vraiment de retour dans l'entreprise. Et puis, dans les groupes de travail il existe généralement des relations personnelles. Le ou la collègue vient de traverser l'épreuve d'une grave maladie et on est plutôt content qu'il puisse revenir » (représentante des handicapés Energie). La représentante des grands handicapés de Grand Magasin dit cependant avoir déjà eu à couper court à des formes de harcèlement à l'encontre de collègues fragilisées notamment par des maladies psychologiques, harcèlement éventuellement toléré sinon implicitement encouragé par le/la chef de rayon.

Un accord d'intégration négocié au niveau de l'établissement ou, plus souvent, au niveau de l'entreprise, existe dans l'ensemble des entreprises allemandes visitées. Il garantit aux personnes grands handicapés le droit à la participation à la vie au travail, à un poste de travail adapté et à la réinsertion. Les malades du cancer sont concernés. Leur est généralement reconnu un degré de handicap de 50% pour une durée de quelques années. Dans l'établissement Communication, l'accord couvre aussi les personnes ayant déposé une demande de reconnaissance de handicap du fait de la détérioration de leur état de santé. Les personnes reconnues grands handicapés ont légalement droit à des congés supplémentaires et une protection améliorée contre le licenciement. Les accords d'entreprise précisent leurs droits à l'aménagement des horaires.

Tous les établissements visités ont par ailleurs négocié un accord sur la politique de réinsertion et de prévention dans le cadre de la gestion intégrée de l'insertion (BEM) prescrite par le nouveau Code social (§ 84.2 SGB IX de 2004, voir *supra*) ou sont en train de mettre en place une telle politique. Les accords signés remontent généralement à 2006, guère avant, et les expériences avec le nouveau protocole n'excèdent guère une année au moment des entretiens. Formellement, les procédures se ressemblent. Ainsi, une « équipe d'intégration » a été instituée dans tous les établissements ou est en voie de formation. Mais sur le fond, les logiques divergent. Le caractère disciplinaire des traditionnels « entretiens de retour de maladie » ou autres « entretiens de collaborateurs » reste vivant dans les établissements à l'approche « contrariée » à l'égard de la réinsertion. Par leur insertion dans des réseaux externes, les acteurs rencontrés dans les autres établissements – la représentante des grands handicapés

d'Énergie ou la conseillère sociale de Communication par exemple – signalent souvent des approches dénoncées comme « disciplinaires » dans leur environnement. Cette observation sert souvent à souligner le caractère non standard, exceptionnel, de l'établissement « volontariste ».

Dans ces sites « volontaristes », la légalisation du « BEM » a incité les acteurs à repenser et/ou à expliciter les relations des intervenants dans le processus de retour : avec les malades, entre eux-mêmes, avec les acteurs externes ; la stratégie de réinsertion s'inscrit clairement dans une logique qui se veut gagnante pour l'entreprise (du point de vue social, mais aussi économique) autant que pour les personnes concernées. Dans les établissements à l'approche « négociée », les représentants voient dans l'article 84.2, qui institue le dispositif de « gestion intégrée de l'insertion » décrit au chapitre 2, un précieux allié pour consolider une politique de maintien dans l'emploi systématique et cohérente.

Les établissements volontaristes ou négociateurs jugent essentielle, pour la réussite de la réinsertion, la qualité du contact avec la personne malade au moment même du retour. Il faut à la fois la mettre en confiance quant au soutien qui lui sera offert et la laisser libre de son choix de se faire « aider » ou non. Elle doit également être rassurée quant à la confidentialité des données personnelles et médicales. Ce passage est estimé d'autant plus délicat que plusieurs acteurs pèsent dans le jeu de la réinsertion avec notamment, du côté de la pérennité de l'emploi, la direction du personnel, et du côté de la santé, la médecine du travail. Dans plusieurs établissements les équipes d'intégration ont mis un soin particulier dans la formulation de la lettre adressée aux malades réintégrant l'établissement après de longues absences. « Elle doit être ni trop personnelle, ni trop administrative. La personne doit sentir qu'elle a le choix d'accepter ou de refuser mais qu'en tout cas, elle pourra compter sur de l'aide. En même temps, en acceptant le BEM, elle entre dans un parcours complexe avec des côtés bureaucratiques », expliquent les acteurs de l'établissement Communication qui s'inscrit dans une approche « volontariste » de la gestion du retour. Car le processus de BEM sera documenté tout au long de la procédure, de la signature initiale des participants signifiant leur acceptation du BEM (ou un refus) à sa clôture, en passant par la formulation du projet et les différentes étapes de mise en œuvre.

**Lettre adressée par l'équipe d'intégration de l'établissement Communication
aux salariés quand ils rentrent d'une longue maladie**

LE BEM, une chance pour vous !

Le BEM vise à faciliter la sortie d'une situation d'incapacité de travail ou à la prévenir et il entend vous aider à retrouver votre poste de travail. Plus important encore, il veut contribuer au maintien de votre propre santé.

Rien n'est possible sans votre participation ! Vous serez associé à l'ensemble du processus.

Les facteurs liés à l'entreprise jouent-ils un rôle ? Nous étudierons la question et chercherons ensemble des solutions.

Il faut rester en contact ! Ainsi vous facilitez votre réinsertion dans le processus de travail.

Nous vous y accompagnerons, car vous passez une partie importante de votre vie sur votre lieu de travail.

Ce que nous vous proposons :

Pour un premier entretien, nous vous proposons de choisir un interlocuteur parmi les membres de notre équipe d'intégration.

Nous sommes là pour :

solliciter des offres de conseil, de réadaptation et/ou de soins
aménager le poste, le temps et l'organisation du travail
déterminer, avec les acteurs compétents, des mesures de qualification
choisir des moyens d'assistance technique
élaborer un plan de réintégration progressive
solliciter du conseil social.

Les membres de l'équipe d'intégration et personnes contacts :

[avec nom et numéro de téléphone : médecin du travail, représentante RH, conseillère sociale, représentant des grands handicapés, élu du conseil d'établissement] »

Le « temps du retour » est ainsi géré différemment dans les trois types d'établissements que nous avons rencontrés. Dans les établissements « volontaristes », on mise clairement sur les synergies entre les acteurs aux compétences et pouvoirs complémentaires. On attribue à cette approche un taux élevé de réinsertions pleinement réussies. On souligne aussi le rôle essentiel d'une personnalité « moteur » particulièrement investie et/ou experte.

Dans l'établissement Communication, les personnes malades sont invitées à choisir un « pilote » au sein de l'équipe d'intégration. Cette personne de confiance les suivra dans toutes les étapes de la réinsertion. Respectant les obligations de confidentialité, elle orchestrera les relations avec les autres acteurs : le médecin du travail pour les questions d'ordre médical, la conseillère sociale pour les implications psychologiques, le représentant des grands handicapés pour la sollicitation des organismes sociaux externes ou la procédure de reconnaissance du handicap, la direction du personnel pour une mutation ou reconversion, etc. Le choix de la plupart des personnes de retour de longue maladie semble se porter sur la personne de confiance des grands handicapés, homme clé du dispositif de réinsertion et parfaitement identifié dans cette fonction.

Chez Energie, le rôle moteur semble revenir au médecin du travail, ancien dans l'entreprise, et très investi par ailleurs dans une politique de santé « intégrée » (fondée notamment sur un volet de prévention important, où la diététique trouve sa place autant que la formation de la hiérarchie à la gestion de problèmes de dépendance dans leurs équipes). Selon la représentante des grands handicapés, le service de médecine du travail a un statut valorisé et une forte visibilité dans l'entreprise : « Il nous accompagne tout au long de notre vie de travail ». En dehors des visites prescrites, les salarié(e)s s'y rendent facilement, pour vérifier leur tension, ou pour demander un conseil. C'est souvent sur recommandation du médecin du travail, que les acteurs (SBV, RH) se retrouvent lors d'une « table ronde » pour examiner les possibilités de réinsertion d'un malade, lui-même présent à l'entretien.

Dans l'établissement Automobile, le BEM repose sur une approche quasi scientifique. Elle aurait été élaborée sous une pression de maîtrise des coûts et un cahier de charge d'économies imposé par l'entreprise mère : la réinsertion dans de bonnes conditions combinée à une politique de prévention très en amont de l'usure professionnelle aurait effectivement été économiquement payante. Le processus est géré par trois personnalités pilotes : le médecin du travail, une disability manager certifiée et auparavant ingénieure dans l'entreprise et le représentant des grands handicapés, proche de la retraite. « On a cherché à mettre en place

une approche positive de la réinsertion qui ne se pose pas d'abord la question de savoir ce que la personne ne sait plus faire, mais ce qu'elle sait et veut faire ». Ici aussi, toute personne ayant cumulé six semaines de maladie est suivie par l'équipe d'intégration. Un bilan précis de ses compétences et possibilités est établi et confronté à un relevé tout aussi précis des caractéristiques du poste de travail. Associant aides techniques, réintégration progressive et valorisation des performances et compétences, le BEM permettrait dans près de 95 % des cas la réinsertion dans l'ancien poste de travail, ce qui est l'objectif recherché. L'établissement est certifié pour son approche BEM et l'équipe d'intégration a souvent l'occasion de la présenter publiquement. Lors de notre visite, nous bénéficions d'une présentation powerpoint, disponible en allemand et en anglais, qui sert à sa médiatisation.

L'implication active de la personne malade dans le processus de réinsertion est perçue comme une évidence dans les établissements volontaristes. « On ne peut tout de même pas décider au-dessus de la tête de la personne », nous est-il dit à plusieurs reprises. Sa présence aux « tables rondes » et autres « entretiens BEM » la concernant ne semble provoquer ni stress ni tensions. La participation d'acteurs externes (caisses de maladie, de retraite) n'est pas rare quand des mesures spécifiques semblent s'imposer (aménagement du poste de travail, formation ...). Les acteurs estiment maîtriser suffisamment les problèmes tant de confidentialité (secret médical) que d'implications psychologiques pour mettre à l'aise la personne malade. On estime aussi se trouver dans une situation non porteuse de conflits : pour tout le monde (employeur, caisses, malade), la réinsertion dans de bonnes conditions et, partant, la plus rapide possible compte tenu de la pathologie et des nécessités de convalescence, constitue « la meilleure solution, évidemment ».

Dans les établissements « négociateurs », la personne de confiance des grands handicapés agit (et se comprend) comme garante et garde-fou d'une politique de maintien dans l'emploi des personnes en maladie longue, qui, sans cette vigilance, s'épuiserait peut-être dans une procédure formelle avec des effets d'exclusion plus marqués. Dans les établissements Métallurgie B et Grand magasin, les représentantes de grands handicapés, anciennes dans leurs établissements et dans leurs fonctions, ont su s'imposer comme des actrices incontournables des politiques de santé. Elles ne craignent le conflit ni avec la direction et la hiérarchie intermédiaire, ni, éventuellement, avec leur collègues du conseil d'établissement. Elles peuvent se prévaloir d'un bilan électoral très favorable, et leur efficacité locale leur a valu l'élection au poste de représentantes centrales des grands handicapés de leurs entreprises et groupes respectifs. Elles animent des réseaux de SBV de leurs syndicats (IG Metall et Ver.di). Leur expertise et persévérance leur a permis de se faire des alliés dans les organismes sociaux (caisses maladie et retraites notamment) : l'entreprise trouve son compte dans les aides efficacement mobilisées, et les malades aussi. Si sous leur égide le BEM fonctionne de façon « vertueuse » dans l'établissement, elles n'estiment pas pouvoir renoncer pour autant à l'accompagnement personnel de chaque malade – tant elles restent conscientes des « pièges » que pourrait tendre aux salariés encore fragilisés par la maladie un management agissant lui-même sous une forte pression de réduction des effectifs. Ainsi, la représentante des grands handicapés au Grand Magasin défend fermement son statut central dans le dispositif BEM. Dans la distribution, l'entreprise se range du côté des « bons » employeurs. La présence d'une représentation du personnel structurée et un taux de syndicalisation élevé ont contribué à éviter

la transformation, courante ailleurs, des CDI à temps plein ou partiel en petits emplois partiels précaires, en vue de réduire les coûts salariaux. Mais dans un contexte de restructurations sans fin, la maladie n'est pas sans entrer dans la stratégie de réduction du personnel. « Il y a des pressions. Parfois, un responsable du personnel évoque, devant la personne malade, l'environnement économique, les mesures de restructuration, la fusion des secteurs, avant de suggérer : ' Ne pourriez-vous pas envisager de mettre à disposition votre poste de travail ? ' Et il va lui proposer une indemnité. Parfois, les collègues tombent dans ce piège. Pour moi, c'est la pire des choses : qu'on puisse offrir de l'argent à une personne pour lui acheter son poste de travail ». Il n'est donc pas question pour cette représentante de laisser les malades seul(e)s face à une RH même « compréhensive ». « Le premier 'entretien de retour' a toujours lieu ici, dans mon bureau et beaucoup d'informations ne quittent pas ce lieu ». Lors de l'entretien obligatoire avec la responsable du personnel, la représentante veille à se placer directement à côté de la personne malade : « Quand elle commence à en dire trop, je lui donne un coup de pied sous la table ». Encore déstabilisées par la maladie et la longue coupure avec le milieu professionnel, les personnes malades, dans un climat policé et qui se veut protecteur, pourraient se faire soustraire des informations susceptibles d'être utilisées en leur défaveur plus tard.

Si les SBV des établissements « négociateurs » réussissent à imposer une politique de maintien dans l'emploi cohérente et de long terme, leurs homologues dans les établissements à la politique de réinsertion « contrariée » se trouvent dans une position clairement défensive. Ils agissent ou réagissent davantage selon une logique du cas par cas, comme semblent aussi le faire leurs directions. La représentation des grands handicapés d'Expédition-Logistique ne peut imposer à la direction une application autre que formelle du BEM : elle sait que toute prolongation de la maladie expose davantage la personne au risque de ne plus être considérée comme employable, l'absence d'alternatives professionnelles étant rapidement évoquée. « Plus la maladie dure ou se répète, plus la charge de la preuve est du côté du salarié. Ce ne sera plus à l'employeur de réfléchir aux remèdes, mais au salarié de démontrer s'il est encore 'acceptable' (« *tragbar* ») pour l'entreprise ou non ». La différence entre Métallurgie A et B est ici saisissante. Il s'agit de deux établissements frères, géographiquement voisins, d'une entreprise à la tradition paternaliste et réputée pour son engagement social. Mais alors que la représentante des grands handicapés de Métallurgie B a joué un rôle de premier plan pour « codéterminer » les normes que l'entreprise a adoptées en la matière⁴³ et pour donner à l'établissement une image de précurseur sur le terrain du BEM, la SBV de Métallurgie A apparaît quelque peu désarmée devant le face-à-face qu'organise la direction du personnel avec les malades et dans lequel, même associée, la représentation des grands handicapés semble jouer un rôle plutôt subalterne. Contrairement à ce qui se passe chez Métallurgie B, la SBV de Métallurgie A semble renoncer à revendiquer un rôle autonome face au conseil d'établissement. Or, celui-ci, confronté à un plan social avec un échéancier précis des réductions de personnel pour les prochaines années et engagé dans la lutte pour récupérer ou défendre des lignes de production, ne considère pas nécessairement comme prioritaire la réinsertion dans l'emploi de

⁴³ Cette représentante et a été auditionnée parmi d'autres syndicalistes par les commissions parlementaires dans le cadre de la réforme de l'article 84.2 du Code social.

personnes déjà fragilisées. Les aider à accéder à une pension d'invalidité pourrait ne pas être considéré comme la pire des solutions.

A ce stade, deux conclusions provisoires peuvent être retenues à partir de l'enquête empirique dans les établissements allemands. On observe, d'une part, que la mobilisation des mêmes instruments et des mêmes protocoles produit des résultats assez contrastés, ce qui incite à s'intéresser de plus près aux acteurs qui investissent (ou non) ces protocoles. Et on relève, d'autre part, le rôle souvent décisif des représentant(e)s des grands handicapés, figures représentatives largement ignorées des présentations officielles du modèle social allemand au profit des conseils d'établissement (dont elles sont indépendantes tout en y étant alliées), mais dont l'intervention représentative spécialisée peut avoir un poids considérable dans de grands établissements, pour les possibilités de maintien dans l'emploi des malades de longue durée, et l'orientation des politiques sociales plus généralement.

La différence essentielle entre France et Allemagne est donc que l'étape du retour à l'emploi n'est pas une étape qui existe en tant que telle en France, alors que c'est le cas en Allemagne. Sans que les résultats soient toujours unanimement positifs, il y a consensus des acteurs des établissements pour dire que le retour d'un salarié à l'emploi après un arrêt de longue durée doit être pensé et géré dans le cadre des dispositifs prévus à cet effet. Elle présuppose notamment une coopération suivie entre les acteurs, aussi bien internes qu'externes aux établissements. En France au contraire, la question du maintien dans l'emploi ne concerne que les situations qui appellent une réadaptation au travail, et donc l'intervention d'acteurs spécialisés, d'où une anticipation moindre et une gestion à un niveau très décentralisé du collectif de travail.

3. LE TEMPS DE LA READAPTATION

Quand le salarié ne peut reprendre à son poste d'origine, se pose alors la question de l'adaptation de son poste à ses capacités, ou de sa mobilité au sein de l'entreprise dans le cadre d'un changement de poste. Plusieurs types d'adaptation existent. Tout d'abord, ce qui relève de l'adaptation du poste existant. Il peut alors s'agir d'une adaptation organisationnelle (horaires), d'une adaptation du poste de travail lui-même (fauteuil, écran...), ou d'une transformation du contenu des tâches. Vient ensuite le changement de poste, quand le salarié ne peut reprendre à son poste, même adapté. Ce changement peut s'effectuer dans le même service ou en dehors. Il peut impliquer que le salarié suive une formation. Enfin, en France comme en Allemagne, quand aucune solution pérenne n'est trouvée, la question du licenciement du salarié pour inaptitude ou incapacité se trouve posée.

En France, ce sont les notions d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail, établies par le médecin du travail au moment de la visite de reprise, qui fondent le processus d'adaptation ou de changement de poste. En Allemagne, le dispositif de réintégration progressive identifie, avec la personne malade, les difficultés à occuper le poste d'origine et amène à poser la question de l'adaptation. Comme pour les étapes précédentes, le temps de l'adaptation se différencie donc

entre France et en Allemagne par le degré de formalisation de la démarche. Les conséquences en sont visibles à deux niveaux : le moment où la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée d'une part, et le niveau de gestion de la question d'autre part. En France, le corollaire de l'absence de formalisation des processus de retour à l'emploi est que c'est au moment où se pose la question de l'adaptation du poste, face au constat que le salarié ne peut plus travailler dans les mêmes conditions qu'avant, que la problématique du maintien dans l'emploi émerge pour les acteurs de l'entreprise, et non avant. C'est donc sur l'obstacle que la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée pour la première fois. Par comparaison, ce questionnement démarre plus en amont en Allemagne. Par ailleurs, en l'absence de formalisation des démarches, c'est au niveau du service ou de l'atelier que l'adaptation est gérée, reposant pour l'essentiel sur les épaules de l'encadrement direct. Prévaut alors un modèle selon lequel les chefs de service ou d'ateliers sont en charge du problème et se saisissent, en fonction de la situation, des différentes ressources disponibles : les conseils du médecin du travail et l'intervention des ressources humaines le cas échéant. La réadaptation d'un salarié au travail est donc d'abord une problématique individuelle, prise en charge dans le cadre d'un dialogue entre la personne et son responsable direct. Elle ne devient une question qui concerne l'ensemble des acteurs du maintien dans l'emploi que dans les cas conflictuels ou difficiles. En Allemagne au contraire, l'existence de procédures définies et reconnues comme légitimes induit la mobilisation des différents acteurs institués comme compétents pour intervenir sur le maintien dans l'emploi pour chaque situation qui se présente sur l'établissement.

Toutefois, dans les deux pays, la question de l'adéquation entre les capacités d'un salarié et son poste de travail reste un phénomène à analyser au regard du fonctionnement interne de chaque établissement et de la façon dont l'organisation et la rationalisation du travail y prévaut. L'utilisation de l'aptitude avec restriction et de l'inaptitude en France, ainsi que leur équivalent allemand, révèle le déploiement par les acteurs de stratégies propres à chaque établissement, atelier ou service. Les restrictions médicales ou l'inaptitude peuvent notamment fonctionner comme une variable d'ajustement entre les parties concernées par l'organisation du travail et de la production.

3.1. Différents types d'adaptation de poste, aux contraintes différentes

L'aménagement des horaires de travail constitue, en France comme en Allemagne, la situation la plus simple à gérer. Pour les cas de cancer, le dispositif le plus fréquemment mobilisé est le mi-temps thérapeutique. Les adaptations qui portent sur ce registre sont rarement conflictuelles, même si elles posent parfois des problèmes au responsable d'équipe soucieux de rationaliser l'organisation du travail de l'équipe. Ainsi, au sein des services qui fonctionnent en sous effectif ou en horaires décalés, l'organisation du mi-temps peut déjà constituer un souci voire être source de tensions.

« Rien que le mi-temps thérapeutique, je sais que ça peut poser de gros problèmes. Sur l'organisation des horaires, c'est à voir avec les RH et les chefs de service. On essaie de négocier en amont, pour dire que la personne, ce sera très difficile pour elle de travailler très tôt, ou très tard, mais on a pas toujours ce qu'on veut » *médecin du travail, Etablissement hospitalier*

« Quand je suis revenue, j'ai fait un mi-temps thérapeutique, mais bon c'était pas très facile. Au début, ça passe bien, mais quand on a pas de séquelles visibles comme moi, ou qu'on fait partie des gens plutôt jeunes, il y en a dans l'équipe qui ont du mal à comprendre pourquoi on ne fait plus de fermeture, et moins de week-end, ça crée des tensions. Ça aurait été plus simple, à la limite, que je sois à mi-temps, comme ça personne ne pouvait m'embêter. » *salariée, Grande Distribution*

« Les directeurs de magasin tournent très vite, ils ne restent pas plus de deux ans en poste. Quand un nouveau arrive, il peut décider de tout remettre en cause, tous les aménagements qu'on s'est cassé la tête à trouver, parce qu'il trouve que ce n'est pas optimal pour l'organisation. Ça commence en général avec l'organisation des mi-temps thérapeutiques. » *médecin du travail, Grande Distribution*

Les adaptations qui touchent à l'aménagement du poste de travail (fauteuil, écran...) sont courantes pour les postes administratifs, le plus souvent pour les troubles musculo-squelettiques et les dorso-lombalgies. La seule contrainte importante à leur mise en œuvre est leur coût qui, dans le contexte de la grande entreprise, peut être surmontée. Ce type d'adaptation se rencontre régulièrement pour les cas de cancer dès lors que le métier est technique et nécessite de manière incontournable des postures physiques contraignantes. Dans ce cas de figure, il s'agit d'adaptations lourdes à gérer dans le cadre de l'économie générale d'une équipe. Ainsi, dans la grande distribution, le métier de caissier devient problématique dès lors que la personne ne peut rester assise longtemps, ou soulever des charges importantes. Les salariées ayant été atteintes d'un cancer du sein sont particulièrement concernées. Des caisses adaptées aux restrictions de poste existent (fauteuil spécial, hauteur du clavier différente...), mais en nombre insuffisant pour offrir à tous les salariés qui en auraient besoin un poste adapté. Leur renouvellement sur chaque magasin n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins. Les dispositifs de caisse rapide, caisses automatiques ou « scannettes » sont également utilisés comme des postes « adaptés » en ce qu'ils permettent de réduire nettement les postures douloureuses et les ports de charge aux caisses, même s'ils n'ont pas été pensés dans cette perspective. Mais les adaptations proposées restent partielles au regard de certains handicaps physiques. Ainsi, même sur ces caisses spécifiques, le port de charges telles que les packs d'eau ou de lait ne peut être systématiquement évité. Bien souvent, il n'existe pas non plus d'autre possibilité de reclassement sur le magasin, les postes de mise en rayon ou de service aux stands impliquant également des ports de charge importants. Les postes de caisse à la station essence ont également été mentionnés comme un vivier de postes de reclassement, mais ils sont trop peu nombreux pour couvrir les besoins. De même, en usine, le travail à la chaîne est caractérisé par des contraintes physiques incontournables, pour lesquelles l'adaptation du poste ne peut être que très partielle. Dans ce type de contexte, la possibilité d'adapter les postes aux contraintes physiques rencontre donc de nombreux obstacles liés à la nature même des postes et à la souplesse de l'organisation du travail dans l'atelier ou le magasin, liée au nombre de poste éligibles à une adaptation.

« Vous savez, sur un magasin, avec la spécialisation accrue des tâches, la disparition du maximum des emplois administratifs, une fois que vous ne pouvez plus être en caisse, en général c'est pour des questions de manutention. Donc vous ne pouvez plus non plus faire de la mise en rayon. Là il n'y a pas 36 solutions possibles. » *Médecin du travail, Grande Distribution*

« Des fois l'adaptation est très difficile ou impossible. Une femme de 46 ans qui dernièrement a eu un cancer de l'intestin, a été opérée. Bon, elle doit aller aux toilettes toutes les vingt minutes. Le travail à la chaîne est exclu bien sûr. Et trouver autre chose dans l'atelier n'est pas évident ». *Médecin du travail, Métallurgie*

Les adaptations qui touchent à la réallocation des tâches ou à la transformation du contenu de la charge de travail sont les plus fréquentes pour les cas de cancer en France. Le plus souvent, leur mise en place obéit à un processus informel, non maîtrisé par les acteurs, qui réagissent de manière spontanée à ce qu'ils perçoivent (parfois subjectivement) de l'état de la personne. Ces formes d'adaptation, hors de tout protocole, se trouvent majoritairement dans le tertiaire, quand les contraintes physiques ou d'horaires ne sont pas suffisamment fortes pour empêcher la réallocation de la charge de travail parmi les membres d'une équipe. Ce type d'adaptation est fréquemment présenté comme un modèle, symptomatique de la solidarité des équipes et de la capacité du collectif de travail à être réactif et adaptatif en fonction des contraintes qui s'imposent à lui. Néanmoins, les adaptations informelles réussies, invoquées pour justifier l'inutilité des protocoles formalisés, sont l'envers des situations où le salarié n'est pas suffisamment intégré à son équipe, ou pas suffisamment reconnu par cette dernière, pour voir jouer à son avantage la solidarité du collectif de travail.

Enfin, quand l'adaptation du poste existant se révèle impossible, le changement de poste ou reclassement en France, constitue l'étape suivante du processus de réadaptation. L'arbitrage entre adaptation et changement peut se révéler complexe et n'a pas uniquement à voir avec des critères de nature strictement médicaux. Bien souvent, il renvoie en partie à des stratégies d'organisation du travail au sein des équipes. En effet, l'adaptation du poste transforme l'organisation interne d'un service ou d'un atelier. Elle implique parfois une rationalisation de l'organisation qui peut être lourde de contraintes, surtout dans le contexte français où l'encadrement direct gère la question presque seul. Les situations décrites spontanément par les ressources humaines ou les directeurs d'établissement où les postes sont adaptés de manière informelle grâce à la solidarité des équipes, ne semblent pas être les cas majoritaires. Dans un contexte de contraintes de productivité élevées et lorsque certaines équipes sont soumises à une pression importante ou fonctionnent en sous-effectif, les restrictions édictées par le médecin du travail peuvent être très mal reçues. C'est notamment le cas dans les services où le travail est à dominante technique et où les restrictions d'aptitude peuvent contraindre à réorganiser l'ensemble du fonctionnement de l'équipe. La présence d'un salarié dont la charge de travail est allégée, ou qui ne peut plus contribuer au travail collectif de la même manière qu'avant, n'est pas longtemps tolérée dans les équipes, qui préfèrent que la personne change de poste.

Dans l'entreprise Télécommunication, les types de métier (technique administratif ou commercial) font ainsi l'objet de traitements différenciés de la part de l'entreprise sur la question de l'adaptation du poste. Cette dernière est considérée comme plus facile pour les postes administratifs, pour lesquels un aménagement des horaires ou une reconfiguration des

tâches est plus envisageable que sur des postes d'ingénieurs, de commerciaux ou de techniciens. Les aménagements d'horaires ou de réallocation des tâches pour ces métiers à dominante technique bouleversent plus encore l'organisation du travail et engendrent des situations difficiles à gérer au sein des équipes. Les ressources humaines vont spontanément vers un changement de poste quand des difficultés apparaissent. De même, chez Métallurgie, la possibilité d'adapter les postes n'est pas la même d'un atelier à l'autre, en fonction des contraintes de productivité qui y prévalent. L'atelier dans lequel est fabriqué le produit phare de l'entreprise est ainsi caractérisé par des cadences beaucoup plus soutenues. Il n'y a presque pas d'adaptation de poste dans ces équipes. La seule solution réside dans le fait de trouver un poste ailleurs.

L'adaptation des postes, source de crispation dans les équipes

« Dans la pyramide fonctionnelle de l'entreprise, on est obligé d'avoir des politiques différentes. Une secrétaire retrouvera le même poste qu'au moment de son départ, c'est sûr. Pour les techniciens, quand ils ne peuvent plus effectuer des travaux physiques sur les installations industrielles, c'est déjà plus compliqué. On a des systèmes de formation pour les faire évoluer vers des postes d'informaticiens, mais ça ne marche pas toujours. Pour les postes commerciaux, c'est encore plus au cas par cas. Ça dépend des liens que la personne maintient avec son équipe, mais aussi de l'évolution de la charge de travail sur son poste » *Télécommunications, Direction de l'établissement*

« Dans des services où il y a 3 aides soignantes pour faire le travail de 5, où chaque heure est comptée, les restrictions d'aptitude que je prononce tiennent environs 2 mois avant que quelqu'un crise et qu'on vienne me remonter les bretelles, soit les ressources humaines, soit directement la responsable de l'équipe. On me demande de dire « apte » ou « inapte », mais il faut choisir. Les restrictions c'est trop compliqué à gérer. » *Etablissement hospitalier, médecins du travail.*

« Quand une caissière bénéficie d'une adaptation de ses horaires, qu'elle ne fait plus d'horaires en soirée, ça passe bien au départ car les gens savent qu'elle a été malade. Mais peu à peu, ça se crispe, on ne comprend pas pourquoi elle a ce traitement privilégié. Surtout dans le cas de pathologies comme le cancer, où les séquelles ne sont pas forcément visibles. C'est très dur pour tout le monde, donc le personnel n'est pas toujours enclin à être solidaire. C'est pourquoi on doit beaucoup communiquer. » *Grande distribution, DRH*

Pour autant, le changement de poste ne constitue pas toujours une solution plus aisée à mettre en oeuvre. S'il est favorisé par certains responsables d'équipes qui ne souhaitent pas avoir à gérer des salariés avec restrictions d'aptitude, il est en revanche redouté par les ressources humaines, qui peinent souvent à trouver un poste adéquat pour permettre de reclasser la personne. Le cas de la salariée de la grande distribution qui a souhaité faire une formation pour accéder à des postes administratifs après un cancer du sein ne lui permettant plus de travailler au rayon charcuterie traiteur, et qui lui a été refusée au motif qu'il n'y aurait pas de poste de ce type disponible pour elle à l'issue de sa formation, témoigne des incertitudes qui pèsent parfois sur la possibilité d'un changement de poste. Les possibilités de reclassement apparaissent largement conditionnées par la souplesse organisationnelle de la structure. Par ailleurs, du côté de l'encadrement, il existe parfois une méfiance à l'égard des salariés en reclassement ou qui changent de poste après une longue maladie, méfiance qui porte essentiellement sur les capacités de travail de la personne.

En définitive, il apparaît que l'adaptation comme le changement de poste constituent une source de difficultés qui nécessitent une gestion globale, à l'échelle de l'établissement. En dépit du discours de certaines directions des ressources humaines, le travail de terrain fait apparaître que la mise en cohérence de la force de travail disponible avec les postes existants et les besoins de l'entreprise constitue un travail en soi, qui ne peut être géré au niveau des services, par l'encadrement direct uniquement. La mise en place de la figure du « régulateur » dans l'établissement Métallurgie en témoigne. Cette fonction n'a pas été créée dans le seul but de gérer la question des retours à l'emploi. Il s'agissait au départ d'assurer les restructurations internes liées aux changements de processus de fabrication, qui impliquaient une réorganisation des équipes. Il n'y a pas eu, dans l'établissement, d'institution officielle de cette fonction. La figure du régulateur est ainsi exceptionnelle en ce qu'elle est entièrement contingente. Issu du collectif de travail, le régulateur, qui avait fait la preuve de sa connaissance approfondie de l'établissement, des différents métiers et de l'organisation du travail, a peu à peu été missionné par la direction et les ressources humaines pour gérer les changements de poste dans et entre les équipes. Sa compétence en la matière le rend légitime à intervenir aux yeux de tous les protagonistes du maintien dans l'emploi, qu'il s'agisse des ressources humaines, des maîtrises, des représentants du personnel ou des salariés eux-mêmes. Positionné au-dessus des chefs d'ateliers, son rôle est triple : il assure d'abord le dialogue entre médecins du travail, chefs d'ateliers, salariés et, le cas échéant, représentants du personnel. En l'absence de poste compatible avec les capacités fonctionnelles du salarié, le régulateur est chargé de trouver un poste dans une autre équipe. Enfin, il gère les modifications que ces démarches ont sur l'organisation du travail des équipes dans leur ensemble, pour assurer l'efficacité des conditions de production et l'adéquation entre les postes et la force de travail disponible. En dépit de la reconnaissance unanime de son caractère indispensable, la pérennisation de la fonction du régulateur n'est pas explicitement envisagée par la direction. Le régulateur lui-même exprime des craintes sur son départ à la retraite approchant, et sur la nécessité qu'il y a à lui permettre de transmettre son savoir.

« Tout ce processus ne passe pas forcément par nous. On a le régulateur, qui connaît très bien la maison. C'est lui qui gère la question au niveau des ateliers. Il reprend le processus de la personne, voit ce qu'elle sait faire, voit où on peut la mettre. C'est lui aussi qui est en contact avec les représentants du personnel» *Ressources humaines*

« On considère qu'on est pas à plaindre sur l'établissement, on a M. X [régulateur] qui connaît très bien les ateliers, qui est quelqu'un de bien et de juste sur ces questions. » *Représentants du personnel*

« Sans lui, ça ne pourrait pas tourner. Il a des années d'expérience, connaît très bien la maison, les gens lui font confiance. » *Médecin du travail*

La présence du régulateur traduit deux caractéristiques du fonctionnement de l'établissement en matière de gestion du retour à l'emploi. Tout d'abord, la volonté de régulation en interne qui prévaut sur cette entreprise, en dehors de tout protocole structuré de prise en charge des salariés qui reviennent de longue maladie, et l'absence d'implication « officielle » de la direction et des ressources humaines. Cela traduit ensuite l'insuffisance de la gestion au plus près du collectif de travail. Le travail quotidien du régulateur montre que la question du retour à l'emploi

ne peut être uniquement gérée au niveau des ateliers. Elle nécessite une réflexion et une mise en œuvre globale, au niveau de l'établissement, sur l'organisation du travail.

3.2. Un exemple français de formalisation des démarches de maintien dans l'emploi

Un degré de formalisation de la démarche de réadaptation au travail est toutefois franchi dans l'entreprise Grande Distribution, où une procédure de prise en charge du retour à l'emploi est prévue dans le cadre de l'accord Handipacte. Ce dernier a d'abord été signé en 1995 pour une seule région, à titre expérimental, à une date où les ressources humaines s'interrogeaient sur la possibilité d'atteindre les 6% de salariés reconnus travailleurs handicapés dans les supermarchés, où les postes sont lourds en contraintes physiques⁴⁴. La signature de l'accord au niveau national a eu lieu en 1998. Il a été renouvelé en 2000. Cet accord porte sur l'embauche et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Il s'agit donc d'une entrée partielle dans la problématique du maintien dans l'emploi. Il a notamment vocation à s'appliquer à l'ensemble des situations de réadaptation au travail dès lors que le salarié concerné bénéficie de la reconnaissance de travailleur handicapé. L'essentiel des situations de retour à l'emploi après une ALD, et notamment de cancer, sont donc susceptibles de relever des démarches prévues par le dispositif. L'accord de groupe 2000-2010 se décline en 6 axes d'intervention :

Les 6 axes de l'accord « Handipacte »

Plan d'embauche

Recruter 300 personnes handicapées d'ici à 2010
Développer des partenariats pour réussir les recrutements
Mettre en place des moyens pour faciliter l'accueil et l'intégration des personnes handicapées

● Plan de maintien dans l'emploi :

Maintenir dans l'emploi les collaborateurs handicapés, ou qui le deviendraient, pour autant que leur handicap le permette

● Plan d'insertion et de formation :

Accueillir 350 stagiaires d'ici à 2010
Développer les contrats de professionnalisation et d'apprentissage

● Plan de sensibilisation et de communication : ● Impliquer l'ensemble des membres de l'encadrement, les partenaires sociaux et les partenaires externes

● Partenariat avec les Entreprises Adaptées (EA) et les Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT) :

Accueillir des personnes issues de ces structures sous forme de stages ou contrats de mise à disposition Acheter des produits ou des prestations de service à ces structures

● Anticiper l'apparition du handicap :

Développer une formation à la prévention du handicap physique et psychique.

⁴⁴ Aujourd'hui, le groupe est à 9,12% de travailleurs handicapés (34% employé commercial confirmé, 14% employé commercial, 21% employé de restauration, 31% restants répartis entre caristes, manutention, dépanneurs, agents d'entretiens, agents administratifs, standardistes, responsables commerciaux, responsables de projet...).

Concernant le volet maintien dans l'emploi, ce que prévoit l'accord porte sur deux plans : des aides financières de l'Agefiph pour la mise en place d'adaptations de postes ou l'aide au reclassement d'une part, et la sensibilisation et la formation en interne au maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap. Un guide a été réalisé à l'attention des différents intervenants autour du maintien dans l'emploi (encadrement direct, responsables du personnel, responsables de magasin, ressources humaines, médecins du travail) qui précise les démarches à suivre pour les situations de maintien dans l'emploi relatives à différents « emplois-types ». Il a été financé par l'Agefiph et a été élaboré avec des cabinets d'ergonomie. Le guide présente d'une part des situations ou « cas de figure » qui posent des questions relatives à la problématique du maintien dans l'emploi : restriction d'aptitude incompatible avec le poste, problème de polyvalence d'un travailleur handicapé, problème d'efficacité-productivité d'un travailleur handicapé, problème de qualité du service rendu par un travailleur handicapé, problème de motivation d'un travailleur handicapé, difficultés relationnelles entre un travailleur handicapé et son environnement de travail.

Pour chacun de ces cas de figure, le guide présente un protocole d'actions qui, dans une telle situation, ont permis ou permettraient le maintien dans l'emploi. Par exemple, pour le cas de figure « restriction d'aptitude incompatible avec le poste » concernant un responsable entretien qui, après la pose d'une prothèse à la hanche ne peut plus monter en hauteur et doit éviter les stations assises et debout prolongées et la manutention, le guide propose tout d'abord la concertation avec le médecin du travail sur la formulation de l'avis d'inaptitude et la mesure des attentes du salarié par le directeur et le responsable du personnel, qui permettent d'atteindre l'accord des personnes impliquées dans la recherche d'une solution de reclassement sur un autre poste. A l'issue de cette première phase de concertation, le directeur du magasin doit repérer un besoin nouveau sur un poste, par exemple au niveau de la station essence (déléguer cette tâche, augmenter la sécurité de la station en évitant les entrées et sorties du personnel de la cabine), afin d'envisager un reclassement. Le choix de responsable de station est ensuite fait, dans la mesure où il satisfait le salarié et correspond à son niveau de qualification (agent de maîtrise). Les écarts entre capacités du salarié et exigences du poste sont mesurés par le médecin du travail en concertation avec l'intéressé et la direction du magasin. Les aménagements à mettre en œuvre sont identifiés avec l'aide du médecin du travail et l'intervention d'un ergonome extérieur (siège assis-debout pour l'encaissement en cabine, système libre service pour les bouteilles à gaz, mise en place de jauges électroniques pour les cuves à carburant). Pour faciliter les démarches, les intervenants concernés peuvent s'appuyer sur des « fiches emploi type », qui détaillent pour chaque type de poste les activités principales et les critères d'appréciation ou les résultats attendus.

En 2006, 89 situations de maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés ont été gérées et ont trouvé une issue favorable à travers ce type de démarche. Pour autant, ce que propose l'accord Handipacte n'est pas comparable aux protocoles de maintien dans l'emploi tels qu'ils prévalent en Allemagne. La différenciation se joue à plusieurs niveaux et fait apparaître les dimensions structurelles de l'absence d'institution du maintien dans l'emploi. Tout d'abord, le champ de couverture effectif du dispositif n'est pas le même. La reconnaissance du statut de

travailleur handicapé est loin d'être systématique pour les salariés connaissant une diminution de leur capacité de travail, notamment les cas de cancer. L'effet de stigmatisation semble trop important pour que les salariés potentiellement concernés y voient un avantage suffisant. Les ressources humaines et la médecine du travail se sont engagées dans un travail de communication sur le sujet, en proposant systématiquement de faire la démarche dans les situations où cela se justifie. Mais les résultats sont relativement faibles, et difficiles à évaluer. On mesure ici l'importance et la difficulté qu'il y a à entrer dans une approche intégrée des différentes problématiques du maintien dans l'emploi, ainsi que le caractère central de la question de la visibilité du handicap dans l'entreprise. En effet, l'accord prévoit sur le papier la prise en compte intégrée des différentes problématiques, sans pour autant parvenir à la rendre opérante dans une perspective de maintien dans l'emploi. Les salariés ayant souffert d'ALD entrent par la petite porte dans le dispositif, et il faut pour cela que la médecine du travail et les ressources humaines se rendent persuasives, expliquant notamment que les chances de maintien dans l'emploi seraient accrues si l'entreprise pouvait bénéficier d'aides financières pour adapter le poste. Cela témoigne en creux du fait que la diminution des capacités du salarié justifiant que ce dernier bénéficie d'un statut et d'une représentation particuliers n'est pas perçue comme légitime, y compris par les salariés concernés. Pour les cas de cancer en particulier, la reconnaissance du statut de travailleur handicapé et les possibilités que cette dernière offre sont investies dans une perspective utilitariste, pour accroître les chances de maintien dans l'emploi du côté du salarié, et pour faire bénéficier l'entreprise d'aides financières du côté des acteurs gestionnaires de la question. Le statut de travailleur handicapé va souvent à l'encontre de la représentation que la personne ayant eu un cancer se fait de sa situation. Il aspire en effet à être reconnu comme une personne guérie, c'est-à-dire capable de travailler dans des conditions normales.

Par ailleurs, les démarches proposées dans le cadre du guide du maintien dans l'emploi sont symptomatiques d'une manière d'investir la réadaptation au travail en France, fort différente de celle qui prévaut en Allemagne. En effet, la gestion de la question, formalisée à travers le guide, a pour point de départ l'identification d'une difficulté, le plus souvent par le responsable direct ou le directeur de magasin. Suite à cela, il appartient aux acteurs situés à ce niveau opérationnel d'engager le dialogue avec le salarié, puis de solliciter le médecin du travail, qui offrira alors des ressources spécifiques (intervention d'un ergonome, commande de matériel adapté...) Autrement dit, c'est uniquement à partir du constat d'un dysfonctionnement à l'échelon opérationnel que peut être engagée une démarche de maintien dans l'emploi en s'appuyant le cas échéant sur les ressources disponibles dans l'entreprise, alors que la protocolisation devrait normalement fonctionner en sens inverse, dans une perspective d'anticipation des difficultés susceptibles d'émerger au niveau opérationnel. Plus fondamentalement, les rôles des différents acteurs du maintien dans l'emploi se trouvent redistribués au profit de l'encadrement direct, sur lequel repose l'évaluation de la situation et l'enclenchement d'une prise en charge qui dépasse l'échelon du service. En l'absence d'une telle dynamique au niveau des responsables opérationnels, il n'y a donc aucune raison pour que la gestion de la réadaptation au travail diffère de ce que l'on observe dans les autres établissements. En témoigne la trajectoire d'une jeune femme travaillant au rayon charcuterie traiteur d'un magasin qui, après un cancer du sein, n'a pas pu reprendre à son poste.

Souhaitant bénéficier d'une formation pour être réorientée vers un emploi administratif, cette possibilité lui a été refusée au motif qu'il n'y aurait pas de poste disponible pour elle dans ce champ de compétence. Craignant le licenciement pour inaptitude, elle s'est retournée vers l'ANPE qui a financé un bilan de compétence et l'a accompagnée dans une demande de Fongecif pour changer de voie et s'engager dans une formation d'infirmière.

Cas de Mme X, femme de 35 ans, employée au rayon charcuterie-traiteur d'un hypermarché

- Cancer du sein déclaré en mai 2004, au cours d'un congé parental. Le retour au travail était prévu pour le 1^{er} avril 2005.
- Traitement de mai 2004 à janvier 2005. Le retour au travail est maintenu le 1^{er} avril. Il n'y a donc pas eu d'arrêt maladie. Une visite de pré-reprise est demandée par la salariée.
- Mise en place d'une reconnaissance de travailleur handicapé, reprise du travail à un poste de caissière
- L'aide du Fongessif s'étend de septembre 2006 à septembre 2008
- Idéalement, la salariée aimerait obtenir un licenciement de la part de son employeur, afin de bénéficier du chômage jusqu'en novembre 2009, date à laquelle prend fin sa formation d'infirmière.

« Je me suis renseignée pendant mon congé, sachant dès le début que je ne pourrai pas reprendre au rayon charcuterie à cause du port de charge et des objets coupants. J'aurais bien évolué vers de l'administratif, mais je n'avais pas de BTS commercial, ce qui était nécessaire. C'est l'ANPE qui m'a financé un bilan de compétence et m'a orientée vers l'idée du Fongessif pour la formation d'infirmière. Ils m'ont aussi parlé de la reconnaissance de travailleur handicapé. Ensuite, j'ai été voir le médecin du travail, avec qui on a lancé le dossier pour la reconnaissance de travailleur handicapé, et Mme Y [chargée de mission handicapée] pour le Fongessif. C'était très contraignant, il y avait énormément de paperasse. »

« En attendant de savoir si ces démarches allaient aboutir, il fallait bien que je continue. Et là, il n'y avait pas cinquante postes disponibles. La caisse adaptée, avec la scannette, éventuellement, mais ça n'allait pas tout à fait quand même. Et là, la responsable du personnel a été claire. Si la caisse ne convenait pas, je risquais le licenciement pour inaptitude. Ça me pendait au nez, il fallait que j'évolue. »

« Je suis contente, je suis bien consciente que beaucoup de gens qui ont un cancer s'en sortent moins bien, mais j'ai quand même le sentiment d'un parcours du combattant. A l'hôpital, on m'a bien soignée, on m'a dit que je récupérais bien, mais personne n'en avait rien à faire de ce que j'allais faire de ma vie. Et du côté de l'entreprise, on ne m'a pas proposé une palette de possibilités. Ils ont été présents, je ne dis pas, mais on est loin d'avoir exploré toutes les pistes ensemble. »

Le cas de cette salariée est présenté par les ressources humaines et l'encadrement direct comme exemplaire en matière de maintien dans l'emploi. Le caractère pugnace de la personne et sa volonté manifeste de « s'en sortir » y sont pour beaucoup dans cette vision positive. Mais l'examen critique d'une telle trajectoire fait apparaître la faiblesse des interventions des acteurs du maintien dans l'emploi autour de la salariée. Le maintien dans l'emploi reste ici une problématique individuelle qui, à aucun moment, ne se constitue en enjeu collectif pour les différentes parties en présence, en dépit de l'existence d'un accord d'entreprise sur la question du maintien dans l'emploi. La plus value d'un véritable protocole se situerait précisément à ce niveau, dans sa capacité à faire entrer les différentes situations individuelles relevant de la problématique du maintien dans l'emploi dans un cadre collectif établi sur des normes

partagées, au-delà de la bonne ou de la mauvaise volonté des acteurs, même si cette dernière reste décisive.

3.3. L'approche allemande

La réinsertion progressive semble résoudre dans beaucoup de cas les questions pratiques de réinsertion dans le poste du travail sans que les aménagements ne s'avèrent nécessaires. Eventuellement, ce temps est mis à profit pour procéder à une organisation plus ergonomique du poste de travail. L'organisation est souple : le temps initialement prévu peut être raccourci à peu de semaines, si le salarié estime pouvoir assumer son statut professionnel « normal » plus rapidement que prévu. Le retour à l'ancien poste de travail est très généralement jugé la meilleure solution pour la stabilisation tant physique que psychologique de la personne malade (à condition qu'elle ait été auparavant bien intégrée dans son équipe). Cette voie semble bien fonctionner dans nombre de cas de cancer, tout en étant plus facilement praticable dans les emplois administratifs et de bureau. Ainsi, les femmes atteintes d'un cancer du sein ne pourront retourner à des postes assez physiques à la chaîne chez Métallurgie B ; le travail à la caisse leur est déconseillé au Grand Magasin où on préfère les affecter au conseil des clients. Dans ces grands établissements, le changement de poste - auquel n'échappent pas non plus, restructurations obligent, les autres salariés - ne semble pas poser de problèmes particuliers.

Quand les personnes reconnues grands handicapés sont concernées, les entreprises accèdent facilement au conseil et à l'aide financière de l'office d'intégration pour l'aménagement d'un poste de travail dont l'*Integrationsamt* prend généralement en charge 50 % des coûts.

Le retour dans l'emploi s'avère plus complexe quand une réorientation professionnelle ou un changement radical d'activité doivent être envisagés. On se trouve ici à la croisée de plusieurs paramètres : éventail de métiers disponibles dans l'établissement, niveau de qualification des salariés concernés, carrière contributive de la personne malade auprès de l'assurance retraite, motivation de l'établissement à garder le salarié, motivation du salarié à rester dans l'entreprise et/ou à suivre une formation, politique de réinsertion de l'établissement plus généralement.

A capacité productive durablement « altérée »⁴⁵, les personnes les moins qualifiées ont les chances les plus limitées à rester en emploi dans leur établissement. Or, comme le soulignent avec force notamment les représentants des grands handicapés des sites productifs dont l'expérience pratique vient confirmer les résultats d'études consacrées à ce sujet, les bas niveaux de qualification sont nettement plus concernés par les maladies de longue durée que ne le sont leurs homologues plus qualifiés. Les anciens postes « protégés » ont disparu avec l'externalisation de services de gardiennage, de courrier, de standard téléphonique ... Dans notre panel, seul l'établissement Culture dispose encore de ce type d'emplois. Dans les établissements « volontaristes », les responsables RH évoquent plutôt rapidement le problème des personnels non qualifiés : il n'y a pas ou guère d'emplois à leur proposer et l'éventualité

45 Dans la foulée du nouveau Code social, la notion faisant référence aux « personnes à performances réduites » (*leistungsgemindert*) est bannie au profit de la notion politiquement plus correcte de « personnes à performances altérées » (*leistungsgewandelte Menschen*).

d'une formation paraît souvent peu réaliste vu l'âge et/ou la motivation des personnes. La porte de la reconversion semble fermée d'emblée chez Expédition-Logistique aux personnes peu qualifiées, chargées des tâches « simples » qui sont aussi les plus physiques (transports, manipulation de charges lourdes, obligation d'heures supplémentaires ...) : en cas de problèmes orthopédiques sérieux par exemple, une mutation à un emploi sédentaire n'est presque jamais envisagée, contrairement à ce qui peut être proposé aux personnes ayant un niveau de formation plus avancé.

Une carrière contributive de quinze ans au minimum auprès de l'assurance retraite donne des droits à la réadaptation professionnelle (*berufliche Rehabilitation*) d'une qualité supérieure que ne les procure une durée de cotisation plus courte : la personne malade doit alors faire valoir ses droits auprès de l'agence pour l'emploi. Une responsable d'un centre régional d'assurance retraite explique la procédure : « Après acceptation de la demande de réadaptation professionnelle, l'assuré est convoqué à un entretien. On lui explique les mesures qui peuvent être envisagées. On écoute ses souhaits à lui. On cherche ensemble la prestation la mieux adaptée : cela peut être une reconversion, une mesure de requalification préalable à un changement de poste. Quand la relation de travail est maintenue avec l'entreprise, on essaie dans la mesure du possible de la pérenniser et donc de chercher une solution dans ce cadre ». De nombreux contacts existent entre les experts des caisses de retraite et les représentants des grands handicapés notamment qui permettent de préparer le terrain en amont ; lors de « tables rondes », ces experts externes pourront rejoindre les membres de l'équipe d'intégration afin de finaliser un projet.

Les exemples ne manquent pas dans les établissements volontaristes notamment d'investissements lourds dans la requalification/reconversion de salariés appréciés autant que performants avant la coupure de la maladie et souvent anciens dans l'établissement. Leur maintien dans l'emploi est perçu comme bénéfique pour l'établissement autant que pour la personne concernée. On ne saurait exclure que ces exemples vertueux masquent quelque peu, y compris dans la perception qu'ont les acteurs de leurs propres pratiques, des arbitrages moins favorables à l'égard de personnes ne réunissant pas les mêmes caractéristiques. En France comme en Allemagne, la présentation par les interlocuteurs des cas de réintégration positive est un prisme déformant. Les trajectoires chaotiques et plus problématiques ne sont jamais évoquées, non par volonté de les taire, mais parce que les situations de personnes perdant leurs capacités de travail sont intériorisées comme une réalité incontournable, dont l'entreprise n'est pas toujours responsable. Dans cette vision, la gestion de la situation est d'abord de la responsabilité du salarié. Mais les cas de réinsertion réussie en dépit d'altérations de santé notables adressent un message à la communauté d'entreprise. Ils mettent en exergue la responsabilité sociale de l'entreprise à l'égard de ses salariés et agissent, ce faisant, sur la cohésion sociale interne. Spontanément évoqués par les interlocuteurs, ils sont mobilisés dans une perspective de valorisation de l'entreprise et de son mode de gestion du personnel.

L'établissement Communication offre des exemples emblématiques de mobilité interne réussie. En dehors de situations de maladie, des salariés, généralement anciens dans l'entreprise, peuvent souhaiter changer de métier, pour apprendre autre chose ou parce qu'ils supportent mal certains changements organisationnels ou personnels dans leur secteur. La représentante

de la direction dans l'équipe d'intégration s'inscrit elle-même dans un tel parcours ; menuiserie, communication, direction de la formation des apprentis ont été autant d'étapes de sa trajectoire au sein même de l'établissement. Communication cherche à mettre cette expérience collective au service des personnes malades. Un responsable du personnel cite ainsi l'exemple d'un musicien d'orchestre qui, pour des raisons psychologiques, s'était senti incapable de poursuivre son métier. Il s'est longtemps trouvé en arrêt maladie. « Il aurait pu rester chez lui à ne rien faire, à attendre la pension d'invalidité. Mais il avait aussi envie de découvrir du neuf. Nous l'avons donc très délibérément formé pour diriger un secteur, ce qu'il fait désormais de façon compétente et motivée. Il a fait une deuxième carrière. Après son retour de congé maladie, son supérieur actuel l'a envoyé à des séminaires, d'un jour, d'une semaine, de plusieurs semaines. On a investi beaucoup d'argent et d'énergie dans ce cas. Il était un peu hésitant au début, craignant l'échec, mais il se sent très à l'aise maintenant. Dans son cas, ça a bien marché parce que tout concordait : l'intérêt et la motivation de la personne concernée, et de ses supérieurs ».

Les structures de formation spécialisées dans la réadaptation professionnelle (*Berufsförderungswerke*) offrent aux entreprises des formations sur mesure (« *case management* ») permettant de requalifier les salariés en vue d'une mutation interne. Les responsables d'une telle structure citent l'exemple d'une jeune femme employée en cuisine dont les problèmes de dos étaient suffisamment handicapants pour lui interdire l'exercice de son métier. Après avoir effectué un bilan de compétences, la structure de formation a proposé à l'employeur une requalification comme assistante d'équipe, expérience acceptée et pleinement concluante : « Sa maladie lui aura permis en fin de compte de s'élever du rang d'aide cuisinière à celui de secrétaire de direction ». Ce qui ne représente pas, pour ces professionnels de la réadaptation professionnelle, un parcours complètement atypique : « Les entreprises ne veulent pas perdre des collaborateurs loyaux et fiables. Si quelqu'un a travaillé de façon consciencieuse en cuisine, il travaillera de façon consciencieuse comme secrétaire. Il dispose d'une qualification clé liée à la personne ». La structure de formation fait du démarchage dans ce sens auprès de grands employeurs, leur proposant la conception de projets de formation sur mesure, adaptés y compris aux financements accordés par les organismes sociaux en fonction des droits des assurés. Dans des contextes financiers difficiles, les organismes eux-mêmes ont fortement intérêt à ce que la réinsertion réussisse et prévienne ainsi le versement durable d'une pension, selon le mot d'ordre : « *Reha vor Rente* » : « la réadaptation plutôt que la pension ».

3.4. Le licenciement pour inaptitude en France, et pour incapacité en Allemagne

Quand les processus de réadaptation ne donnent pas de résultats ou ne permettent pas d'aboutir à une solution pérenne, la question de la séparation entre l'entreprise et le salarié se pose aux différentes parties en présence. Cette séparation peut prendre plusieurs formes et ne passe pas systématiquement par un licenciement. Les principaux dispositifs de sortie du travail mobilisés dans le cadre des situations de maintien dans l'emploi qui échouent sont, en France comme en Allemagne, l'invalidité et la retraite. Toutefois, dans les deux pays, les pressions qui pèsent sur les différents systèmes concernés, qu'il s'agisse des caisses de retraite, des caisses

de gestion de la longue maladie, ou des organismes de prévoyance, vont dans le sens d'une restriction notable des possibilités de sortie de l'emploi pour cause de maladie. Toutes les entreprises rencontrées se trouvent confrontées à cette pression, qui modifie leur mode d'appréhension de la question.

En France, le licenciement pour inaptitude n'est possible qu'au terme d'une procédure à l'issue de laquelle l'employeur doit apporter la preuve qu'il a tenté de maintenir le salarié dans l'emploi, conformément à l'obligation de reclassement. L'ampleur des efforts fournis peut varier considérablement d'une entreprise à l'autre. Toutefois, les personnes rencontrées ayant connu des contextes d'emploi différents, notamment la petite entreprise, s'accordent pour dire que la grande entreprise est très favorable sur cette question. La présence de moyens financiers d'une part et l'importance des effectifs qui offrent une certaine souplesse pour les reclassements d'autre part, semblent globalement jouer comme un frein au licenciement pour inaptitude. Toujours est-il que les entreprises ne se prononcent pas toutes ouvertement sur cette question. Certaines la passent sous silence. D'autres reconnaissent qu'il s'agit d'une réalité, même si elle n'est pas massive. Mais les responsables des ressources humaines et la médecine du travail peuvent aller jusqu'à redouter que le licenciement pour inaptitude ne devienne un mode de gestion de la question du maintien dans l'emploi dans un contexte de plus en plus contraint.

Dans l'établissement Grande Distribution, le licenciement pour inaptitude est une question traitée collectivement, à la différence du maintien dans l'emploi. Une commission paritaire se réunit pour chaque cas, visant à attribuer ou non une prime de 1500 € au salarié licencié pour inaptitude. Il s'agit de voir si la personne a tout fait pour se maintenir dans l'emploi, en acceptant toutes les solutions de reclassement proposées, ou pas. A l'inverse, pour d'autres, il s'agit d'un sujet véritablement tabou, comme s'il était formellement proscrit, dans l'entreprise, de licencier pour inaptitude. En réalité, ce discours masque le recours plus massif à d'autres formes de sorties de l'emploi, qui permettent effectivement d'éviter dans une certaine proportion le licenciement pour inaptitude, mais conduisent néanmoins à la séparation avec le salarié, *via* l'invalidité puis la retraite. La volonté de préserver, en interne comme en externe, l'image sociale de l'entreprise, doublée d'une réticence réelle à se séparer des salariés au motif qu'ils ne sont plus suffisamment productifs, conduit les acteurs à privilégier des modes alternatifs de régulation de l'efficacité de la main d'œuvre. Ainsi, dans l'entreprise Télécommunication, le système des missions précédemment évoqué fonctionne pleinement dans ce sens, en permettant de faire glisser vers la sortie des salariés qui n'ont pu être maintenus à leur poste et dans leur équipe.

Enfin, dans d'autres établissements, l'ensemble des acteurs cherche par tous les moyens à éviter le licenciement pour inaptitude en recourant à des arrangements particulièrement complexes. Cela semble fonctionner, puisque le licenciement est visiblement évité dans la plupart des cas, bien qu'on ne puisse le dire avec certitude. Dans l'établissement Métallurgie, le médecin du travail, en accord avec l'encadrement direct, peut proposer à un salarié de faire le ménage ou de classer des dossiers quand il ne peut occuper son poste à la chaîne, afin d'éviter le licenciement pour inaptitude. Ces adaptations se font indépendamment des ressources humaines et constituent l'illustration la plus aboutie des arrangements informels qui caractérisent un certain nombre d'entreprises françaises. Les acteurs qui les mettent en œuvre

soulignent toutefois que, s'il est possible d'éviter ainsi un certain nombre de licenciements pour inaptitude, ces arrangements sont très lourds de contraintes d'une part, et ne s'appliquent pas de la même manière à tous les salariés qui pourraient en avoir besoin d'autre part. Sur ce point également, la bonne volonté des chefs d'ateliers et la qualité de l'intégration dans le collectif de travail sont déterminants.

En Allemagne, il ne ressort pas clairement des entretiens quelle est la part des malades de longue durée qui quitteront l'entreprise, à la suite d'un licenciement, d'une séparation « à l'amiable » ou d'un départ en retraite d'invalidité.

Si le licenciement pour cause de maladie – qui présuppose que la maladie représente un inconvénient lourd pour l'entreprise du fait de sa durée et des perspectives incertaines de réintégration – ne semble formellement exclu que dans l'établissement Communication (après une ancienneté de dix ans), il est généralement implicitement proscrit dans ces grands établissements attachés à leur image d'employeurs sociaux. La grande taille permet de mieux composer avec les absences (qui, au-delà des premières six semaines n'induisent pas de coûts pour l'employeur), ce qui les distingue quelque peu des PME. Les départs « négociés » et donnant lieu à indemnité pourraient être plus nombreux, situations auxquelles fait allusion la représentante des grands handicapés du Grand Magasin (voir *supra*).

Confrontées à des difficultés de financement majeures, les caisses adoptent une approche plus restrictive en ce qui concerne l'acceptation des dossiers d'inaptitude et, partant, l'octroi d'une pension d'invalidité. Cela rend plus difficile pour les employeurs « de rayer le poste, tout simplement », démarche souvent presque évidente dans le passé quand ils savaient le salarié facilement pris en charge par la sécurité sociale. Pour autant, les acteurs de la réintégration dans les établissements (SBV, RH) ont couramment à s'occuper de demandes de pensions d'invalidité. Celles-ci sont généralement accordées pour une durée déterminée (deux ou trois ans) et éventuellement prolongées par la suite. Elles peuvent sanctionner une invalidité partielle ou totale (capacité de travail restante inférieure à six ou à trois heures par jour respectivement), et permettre au bénéficiaire de toucher des revenus complémentaires dans la limite d'un plafond fixé de façon relativement restrictive. Il est difficile d'évaluer la proportion des départs pleinement volontaires de la part des futurs pensionnés : les solutions alternatives ont-elles été réellement envisagées et étudiées ? D'un côté, les élus constatent que la « pression sur les malades augmente pour qu'ils lâchent le poste de travail. Aux plus âgés, on dit : Tu es reconnu grand handicapé, à 60 ans tu ne subiras pas de décote, si tu restes, tu prends le travail des autres », ce qui amène cet élu du conseil d'établissement de Métallurgie A à rappeler aux salariés handicapés ou de retour de maladie longue qu'il ne faut « jamais mettre les pieds à la RH sans être accompagnés du *Betriebsrat* ». D'un autre côté, l'usure professionnelle dans les établissements Métallurgie ou Expédition-Logistique par exemple semble souvent ne pas laisser d'alternative, même si le départ anticipé s'accompagne d'une perte de revenu parfois importante. « Si ça ne va plus, ça ne va plus, pas la peine de se raconter des histoires » (représentant SBV Métallurgie A). « Si le ou la collègue ne peut vraiment plus travailler, il n'y a pas d'autre solution. Dans ce cas, on va le défendre jusqu'au bout et même faire appel s'il le faut » (représentante SBV Grand Magasin). Dans le cas de cancers, les acteurs semblent ainsi tout mettre en œuvre pour que l'accord de la caisse de

retraite puisse être obtenu le plus rapidement possible. Plus la personne s'approche de l'âge de la retraite, plus la décision semble facile à prendre.

L'aide apportée aux demandeurs de pensions d'invalidité pour faire aboutir leurs demandes semble constituer un volet important de l'activité des représentations de grands handicapés. Les démarches sont complexes, comme l'est le calcul des gains supplémentaires autorisés. La connaissance fine de l'environnement institutionnel et de ses acteurs – « que tu connaisses les gens, à l'agence pour l'emploi, à l'office d'intégration, à l'assurance retraite... c'est une aide énorme et aussi qu'on sache : comment réagira un tel ici, et tel autre là » - s'avère ici extrêmement précieuse. Même si les pensions d'invalidité sont accordées pour une durée déterminée, elles annoncent souvent l'exclusion définitive non seulement de l'établissement mais aussi du marché du travail. La représentante de grands handicapés du Grand Magasin fait part de sa préoccupation devant plusieurs cas de jeunes salarié(e)s psychologiquement malades qui se trouvent incité(e)s par l'assurance maladie et/ou l'agence pour l'emploi à demander une pension d'invalidité. « A mon avis, c'est fatal, surtout dans le cas de jeunes. Une fois qu'ils sont dehors, ils ne retrouveront plus le chemin de retour dans la vie au travail. Au pire, ils toucheront l'aide sociale. La plus jeune n'a que 26 ans, et elle a dépassé ses 76 semaines d'indemnité maladie ». Le travail joue, selon cette représentante, un rôle non mineur dans les maladies psychologiques dont elle constate la progression. « Beaucoup de jeunes manquent de perspective de long terme : est-ce que je pourrai encore évoluer, est-ce que je resterai toujours la petite vendeuse, me prend-on au sérieux avec les exigences que j'ai à l'égard de moi-même ? » La situation de l'entreprise et les réorganisations permanentes pèsent. « Ces jeunes sont physiquement incapables de retourner au magasin ; ils tremblent et sont couverts de sueur. Il y a comme une frontière psychologique qui leur rend impossible de franchir le seuil »⁴⁶.

La représentante des grands handicapés de Métallurgie B refuse d'abandonner à leur sort les personnes qui se sont vu accorder une pension d'invalidité pour une durée déterminée. « Dans ces cas, on essaie toujours – parce que le travail, ça reste autre chose que d'être malade à la maison ou de toucher une pension d'invalidité – donc dès que le ou la collègue me signale qu'il va mieux, on essaie de voir en accord avec le médecin de famille si une tentative de retour au travail est possible. L'assurance retraite prévoit cette possibilité : vous avez toujours besoin de quelqu'un qui paie et puis, il faut être sûr avant toute mesure que les collègues ne perdent pas leurs droits d'assurés ». Cette représentante présente comme un exploit et une satisfaction toute personnelle la réinsertion récente d'une collègue après une phase d'invalidité de deux ans. Une prolongation de la reconnaissance d'invalidité avait été demandée, mais « la collègue m'a signalé-qu'elle aimerait bien réessayer. On s'est mis d'accord avec l'assurance retraite locale. On a monté l'expérience sur le modèle de la réintégration progressive, et elle a repris le travail avec deux heures par jour. Trois semaines après, elle a souhaité passer à quatre heures et après trois mois, elle avait atteint ses sept heures. Pendant ce temps, elle a continué de toucher sa pension d'invalidité, avec même un supplément en guise de compensation. Cette femme

⁴⁶ En France comme en Allemagne, l'enquête fait apparaître que les pathologies psycho-sociales sont de loin les plus difficiles à gérer dans le cadre du maintien dans l'emploi, et les plus déstabilisantes pour les collectifs de travail. Les interlocuteurs s'accordent tous sur le diagnostic qu'elles sont en augmentation, ce qui en fait un enjeu majeur des actions en faveur du maintien dans l'emploi.

avait quitté l'entreprise pendant deux ans, son ancien atelier n'existait plus. On a diagnostiqué un besoin de requalification et elle a suivi une formation elle aussi prise en charge par l'assurance retraite. Maintenant, elle est pleinement réintégrée et rayonnante ». L'exemple illustre la coopération « vertueuse » entre SBV et acteurs de sécurité sociale : des relations de confiance et de reconnaissance mutuelles construites dans la longue durée ont ici facilité la négociation d'un « paquet » de prestations, avec bonus pour la salariée comme pour l'entreprise. Cette dernière n'aurait pas refusé, selon la représentante des grands handicapés, de prendre en charge elle-même les frais de requalification « mais la formation aurait sans doute été conçue de façon plus étroite ».

In fine, la question du licenciement pour inaptitude constitue un révélateur puissant de la manière dont le maintien dans l'emploi est appréhendé dans l'établissement. Ainsi, en France, à la gestion informelle du maintien dans l'emploi correspond souvent l'éviction de la question du licenciement pour inaptitude et la sortie de l'emploi des salariés aux capacités diminuées à travers des mécanismes de substitution, tandis que l'établissement où un accord d'entreprise a tenté de cadrer la gestion du maintien dans l'emploi est également celui où le licenciement pour inaptitude est un sujet connu et discuté, qui fait même l'objet d'une participation des partenaires sociaux. En Allemagne, dans un système où les différents acteurs ont des rôles plus institués à travers les protocoles, la séparation d'avec le salarié est, de manière plus claire qu'en France, un enjeu de négociation conflictuelle : même dans les établissements se caractérisant par une approche de réinsertion « contrariée », les représentants du personnel (BR, SBV) cherchent à éviter un licenciement pour cause de maladie, en mobilisant l'ensemble des droits dont ils disposent en la matière ; selon les configurations locales, ils peuvent être moins réticents à l'égard d'un départ volontaire indemnisé ou d'une sortie définitive par le biais de la pension d'invalidité.

Plus largement, la question de la réadaptation au travail, qu'elle débouche sur une adaptation, un changement de poste ou une sortie du travail, renvoie à une problématique plus globale d'organisation et de rationalisation du travail à l'échelle de l'établissement. Le fait de reconnaître ou non l'adéquation des capacités d'un salarié à son poste de travail sert souvent de variable d'ajustement de la production, voire d'outil indirect de sélection des salariés les plus productifs, même si ce processus n'a rien de construit ou de prémédité par les acteurs de l'entreprise. Il s'inscrit dans une tendance à la médicalisation des problèmes relevant de l'organisation du travail dans des contextes organisationnels de plus en plus soumis à des contraintes de productivité. Ainsi, il arrive que des employeurs sollicitent les médecins du travail pour qu'ils se prononcent non seulement sur l'aptitude médicale, mais également sur des éléments de comportement du salarié, qui relèvent des compétences professionnelles nécessaires pour tenir le poste et non de leur état de santé. Dans l'établissement Télécommunications, une responsable de service déclare demander explicitement au médecin du travail s'il croit une personne suffisamment solide pour reprendre le travail (« Je lui dis « je sais » et, sans qu'elle m'en dise plus, je demande conseil, notamment sur le fait de savoir si la personne est assez solide pour continuer »). De même, les employeurs ou la hiérarchie développent des récriminations à l'égard des médecins qui refusent de partager des tâches relevant de la gestion des ressources humaines une fois que les restrictions d'aptitude ont été prononcées. Ce refus est alors interprété comme de la mauvaise volonté, ou une absence

d'implication dans la vie de l'entreprise. C'est pourquoi la question des conditions de la réadaptation doit être posée au regard de différents facteurs qui participent de la construction sociale, dans chaque établissement de la question plus large de l'aptitude au travail.

CHAPITRE 4 : LES CONTEXTES PLUS OU MOINS FAVORABLES AU RETOUR A L'EMPLOI

De multiples facteurs interviennent et interagissent dans la construction sociale de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail dans chaque établissement : type de pathologie, de poste concerné, tradition de l'entreprise, jeux d'acteurs et caractéristiques organisationnelles. Ces facteurs influent sur le mode d'appropriation des dispositifs juridiques par les différents acteurs impliqués dans les processus de maintien dans l'emploi.

Ainsi, sur l'ensemble des établissements rencontrés, certaines situations se prêtent plus ou moins à la mise en place d'un véritable processus de réadaptation au travail. En premier lieu, la difficulté à gérer les situations de longues maladies et à proposer des solutions d'adaptation est fonction de variables relatives au salarié lui-même, notamment le type de pathologie et l'âge de ce dernier, qui engagent des stratégies de réadaptation différentes. Les variables relationnelles, qui renvoient à la qualité des relations du salarié avec son collectif de travail et son degré d'intégration à ce dernier jouent ensuite un rôle fondamental, qui souligne l'importance, en France comme en Allemagne, de la dimension informelle des processus de retour à l'emploi, même quand des protocoles de prise en charge existent. Les forts effets de différenciation des modes de gestion du maintien dans l'emploi observés d'un établissement à l'autre, y compris au sein de la même entreprise, témoignent également de la prégnance des variables organisationnelles, et au-delà, des jeux d'acteurs qui conditionnent fortement les modes de faire, et font système dans un établissement conférant à celui-ci ses spécificités. Enfin, la question des pressions relatives à l'exigence de productivité qui s'impose aux entreprises, et la manière dont elle se retraduit sur les différents établissements constitue une variable essentielle des conditions de retour à l'emploi.

1. LES VARIABLES EXOGENES : LE TYPE DE PATHOLOGIE ET L'AGE DU SALARIE

1.1. Les spécificités du cancer en matière de gestion du maintien dans l'emploi

Sur le panel d'affections de longue durée que les acteurs de l'entreprise ont à gérer - cancers, maladies cardiaques, affections musculo-squelettiques, maladies psychosociales ou autres pathologies chroniques évolutives (sclérose en plaque, Sida,..), le cancer occupe une sorte d'intermédiaire sur l'échelle des difficultés à réadapter la personne au travail. Il semble à la fois poser moins de problème d'adaptation de postes que d'autres pathologies dont les séquelles sont plus lourdes ou plus difficilement gérables (maladies psycho-sociales notamment), tout en étant plus déstabilisant pour les collectifs de travail que certaines pathologies à caractère plus « mécanique », tels les problèmes de dos ou les maladies cardio-vasculaires. Les professionnels

du retour à l'emploi rencontrés s'accordent pour dire qu'il y a aujourd'hui de moins en moins d'employeurs qui considèrent que le cancer, plus que les autres pathologies, empêche le retour à l'emploi. Pour autant, le cancer se caractérise encore par une représentation subjective, voire irrationnelle des handicaps qu'il engendre, aux conséquences notables sur les conditions de maintien dans l'emploi.

Il apparaît tout d'abord que les acteurs ne font pas spontanément de distinction entre les types de cancers. Cette maladie est appréhendée de manière globale et génère un système de représentation propre, qui la distingue des autres, alors même que les séquelles des différents cancers peuvent être de natures diverses. Un premier niveau de discours sur le retour à l'emploi des malades ayant eu un cancer met en avant le caractère dichotomique des trajectoires des personnes, qui soit ne reviennent pas à l'emploi, soit reviennent dans les mêmes conditions qu'avant, ou presque. Le cancer est alors avant tout présenté comme une pathologie peu problématique dans le cadre du retour à l'emploi. Toutefois, en entrant plus avant dans l'explicitation des représentations de cette pathologie, il apparaît que le cancer suscite une multitude d'interrogations voire d'inquiétudes sur les capacités du salarié à être de nouveau dans une dynamique professionnelle. Il y a comme un « avant » et un « après » la maladie dans le regard que porte le collectif de travail, qui pèse sur les conditions du retour à l'emploi même si les médecins du travail et les ressources humaines soulignent que le cancer tend de plus en plus à se « dé tabouiser ». Pour une majorité d'acteurs rencontrés parmi les ressources humaines et l'encadrement direct, le problème essentiel posé par un salarié qui a eu un cancer et revient au travail est la gestion de son stress. Les salariés ayant eu un cancer bénéficient ainsi d'une attention particulière des responsables d'équipe, focalisée sur cette question. L'autre caractéristique de la représentation du cancer par les acteurs de l'entreprise est l'incertitude qui accompagne le devenir de la personne. L'idée selon laquelle « on parle rarement de guérison dans le cas d'un cancer » ou qu'il y a toujours « l'épée de Damoclès d'une rechute » engendre un regard particulier de la part des collègues. Ces différentes représentations se retraduisent particulièrement dans les adaptations de poste dites « informelles », qui renvoient souvent à ce que le collectif de travail suppose de l'état de santé de la personne concernée, de manière non construite ni même véritablement réfléchie et partagée avec la personne concernée.

« Avec le cancer, c'est évidemment la question du stress qui vient tout de suite. On a en tête qu'il faut ménager les gens qui ont eu un cancer de ce point de vue. Avec le cancer, on a peur de charger la personne, on se demande toujours si elle va craquer. On a peur aussi de lui faire courir des risques en la stressant » *Télécommunication, responsable de service*

« On ne devrait pas se dire ça, mais c'est vrai que ceux qui ont eu un cancer sont regardés comme des survivants. Ça vous chamboule une équipe. On a plus de mal à voir sereinement comment changer un poste, réintégrer la personne » *Télécommunication, responsable de service*

« Oui, bien sûr, les postes ont besoin d'être adaptés. Mais comment ? Qu'est-ce que ça veut dire que mettre moins de pression sur quelqu'un ou d'être plus attentif à ses horaires. Il n'y a rien de médical là dedans. Tout est à l'appréciation des responsables de service et des collègues » *Télécommunication, Direction de l'établissement*

Ainsi, le fait que le cancer soit unanimement considéré, en France comme en Allemagne, comme une pathologie peu problématique en termes de retour à l'emploi semble induire un recours moins systématique aux adaptations de poste formalisées, notamment sur les postes administratifs, commerciaux ou le tertiaire de haut niveau. Une distinction est inconsciemment établie par les acteurs entre les situations qui relèvent d'« accidents » ou d'« usure physique » et ont à ce titre une dimension « mécanique », et celles qui relèvent véritablement de la « maladie ». Les premières font plus facilement l'objet de réadaptations, envisagées comme une solution technique à un problème de nature mécanique. Par opposition, le cancer est fréquemment appréhendé comme une étape qui transforme irréversiblement la vie du salarié, face à laquelle il n'y a pas ou peu de réponse technique ou fonctionnelle à apporter. Paradoxalement, tout est mis en œuvre par le collectif de travail pour faire « comme avant », y compris en évitant au maximum d'adapter le poste de manière formalisée. En pratique, la manière d'appréhender la capacité de travail de la personne change sensiblement, mais en fonction de perceptions subjectives. Par ailleurs, le fait que les séquelles physiques visibles soient relativement rares dans les cas de cancer et que les handicaps engendrés par ce dernier soient plus difficiles à cerner, ne conduit pas à un cumul d'expériences qui permettrait de formaliser, au niveau de la DRH, des procédures d'adaptation de poste spécifiques. Néanmoins, ce constat n'est pas propre aux pathologies cancéreuses : on ferait vraisemblablement le même constat pour les pathologies psychiatriques dont tous les acteurs rencontrés s'accordent à considérer qu'elles sont beaucoup plus déstabilisantes pour les collectifs de travail et lourdes à gérer dans l'entreprise.

En Allemagne, la réinsertion des personnes atteintes du cancer est là aussi considérée en règle générale comme peu problématique. Si le pronostic est défavorable, la personne malade ne retourne souvent pas dans l'établissement. En cas de pronostic favorable, elle est proche de la guérison au moment de son retour. Sa motivation à la réintégration est souvent forte : le retour au travail « normal » permet de tourner la page de la maladie. L'empathie de l'entourage professionnel agit comme facteur positif de réintégration. Des aménagements du poste de travail ou des mutations ne s'imposent souvent pas ou sont relativement faciles à mettre en œuvre. Le dispositif de réinsertion progressive est très fréquemment utilisé, avec de bons résultats.

Enfin, la question du rapport entre cancer et handicap constitue un aspect central des conditions de gestion du retour à l'emploi, sur lequel France et Allemagne se distinguent en revanche nettement. En effet, en France, la réticence est grande, du côté des salariés comme de certains acteurs de l'entreprise, à assimiler les situations de salariés ayant eu un cancer à des situations de handicap. Dans l'essentiel des entreprises rencontrées, la possibilité de demander le statut de travailleur handicapé afin de faire bénéficier l'entreprise d'aides pour l'adaptation des postes n'est jamais évoquée, par aucun des acteurs de l'entreprise. Considérer le salarié qui a eu un cancer comme handicapé est perçu même comme quelque chose de choquant, qui ne peut aider en rien à la réintégration professionnelle, bien au contraire. L'effet stigmatisant de ce statut l'emporte sur les éventuels bénéfices que pourrait en retirer la personne. Seule l'établissement Grande Distribution a tenté de transformer de manière volontariste l'approche de la question à travers l'accord Handipacte sur l'intégration des personnes handicapées en entreprise. La mise en place de ce dernier a eu pour effet que les ressources humaines et la médecine du travail

proposent la reconnaissance du statut de travailleur handicapé aux salariés qui ont eu un cancer et qui rencontrent une difficulté de réadaptation au travail. Toutefois, les acteurs rencontrés soulignent la fréquence des refus de la part des salariés. La rhétorique développée pour convaincre est que l'entreprise, bénéficiant d'aides, aura plus de facilité à maintenir dans l'emploi en trouvant des solutions adaptées. C'est donc sur une approche individuelle et utilitariste que le statut de travailleur handicapé est investi, et non sous l'angle de la reconnaissance d'une spécificité qui implique l'intégration dans un groupe de salariés bénéficiant de conditions particulières.

La question des présupposés et des représentations qui conduisent les collectifs de travail français à refuser cette démarche est complexe, alors qu'elle est systématique et socialement légitime en Allemagne. Mais elle renvoie moins à des différences de représentation du cancer qu'à des différences de représentation du handicap (voir chapitre 2). En Allemagne, l'approche du handicap héritée de la Grande Guerre et de la responsabilité sociale d'intégration des « gueules cassées » dans l'entreprise a structuré une représentation du handicap moins axée sur les handicaps congénitaux comme c'est encore le cas en France. Une perception moins exclusive des deux statuts de handicapé et de malade facilite une appréhension conjointe de la longue maladie et du handicap. Les entretiens menés auprès des élus de conseils d'établissement et des représentants des grands handicapés témoignent du fait que la prise de conscience qu'une majorité des handicaps sont acquis au cours de la vie, notamment dans la vie professionnelle, est aujourd'hui une dimension structurante de la représentation de la problématique du handicap en Allemagne. L'approche sociétale collective de responsabilité à l'égard des grands handicapés invalides de guerre a par ailleurs permis la mise en place d'un fonctionnement où la gestion du handicap au sein des établissements est plus collective et plus explicite. Aujourd'hui, les refus individuels de demander une reconnaissance du handicap ou de le rendre public existent, mais sont rares. Pour les malades du cancer, la démarche qui consiste à demander un certificat de grand handicapé est ainsi largement banalisée.

1.2. Des stratégies d'acteurs différentes en fonction de l'âge du salarié

Outre la pathologie de la personne, la question du retour à l'emploi, surtout lorsqu'il est question d'adaptation ou de changement de poste, ne se pose pas du tout de la même manière en fonction de l'âge du salarié. L'exploitation de l'enquête DREES a déjà fait apparaître que les salariés les plus jeunes (25-35) et les plus âgés (+de 50 ans) avaient moins de chance de bénéficier d'une adaptation de poste. Pour les plus jeunes, ce résultat renvoie vraisemblablement au type de cancer, souvent plus agressif chez les sujets jeunes, qui diminue les chances de retour à l'emploi. Le travail de terrain permet d'étayer, même partiellement, ce constat, puisque les ressources humaines sont très peu confrontées aux cas de retour à l'emploi chez des personnes jeunes après un cancer, qui le plus souvent ne reviennent pas dans l'entreprise. Pour les seniors, les déterminants de cette moindre adaptation des postes renvoient à des problématiques de natures différentes, qui touchent à la fois à un phénomène

d'usure qui dépasse les seules séquelles de la maladie, et à un rapport différent au travail et à la trajectoire professionnelle.

Les médecins du travail, en France comme en Allemagne, soulignent que le vieillissement des collectifs de travail est, dans un certain nombre d'établissements, un phénomène majeur qui pose avec une acuité particulière la question des conditions du maintien dans l'emploi, sans pour autant qu'une solution satisfaisante n'existe. En Allemagne, où l'âge du départ à la retraite est officiellement de 65 ans, la retraite anticipée est la voie de sortie du travail la plus courante. En France, à partir de 57 ans, les médecins du travail ne privilégient plus la réinsertion dans le travail, mais cherchent les voies de sortie les plus favorables.

« Pour les plus âgés, ce sera différent. On voit bien, ils ne voient pas la question de la même manière de toute façon. Ils sont moins porteurs d'une demande de reprise du travail, et encore moins d'adaptation. Changer, se refaire à un autre poste, c'est difficilement envisageable. » (Médecin du travail, établissement hospitalier)

« On compose, on voit comment on peut combiner les formules pour assurer une sortie au plus vite sans conséquences financières trop lourdes. Invalidité de 1^{ère}, puis 2^{ème} catégorie, et la retraite pourra prendre le relais. Après 55-57 ans, on change de philosophie. » (Médecin du travail, Grande Distribution)

Cette approche différenciée du retour à l'emploi pour les seniors est justifiée par les acteurs du maintien dans l'emploi par un rapport au travail fondamentalement différent chez ces salariés. Avec l'âge, les salariés qui reviennent à l'emploi après un arrêt de longue durée ne se projettent plus dans une trajectoire professionnelle évolutive, sur laquelle se fonderait la recherche d'un poste adapté. La prégnance de l'idée selon laquelle la personne qui revient à l'emploi doit être le pivot actif des démarches qui la concernent renforce le traitement différencié des salariés moins motivés ou qui ne paraissent plus en mesure de se projeter dans le travail. En revanche, la restriction actuelle des modes de sortie anticipée du travail, qu'il s'agisse du passage à la retraite ou de l'invalidité, contraint de plus en plus les acteurs à trouver des solutions de maintien dans l'emploi, parfois dans des conditions jugées très insatisfaisantes par les médecins du travail.

« Je vois revenir des gens qui étaient en invalidité et qui sont remis au travail par la Sécu et franchement, ils ne devraient pas travailler. Ils mettent leur santé en danger, vraiment ils n'en sont plus capables. Pour des aides soignantes qui sont debout toute la journée, ou qui manipulent les malades... » *Médecin du travail, établissement hospitalier*

« Avec les plus âgés qui de manière évidente ne peuvent plus et ne veulent plus reprendre comme avant, on s'arrange en diminuant au maximum les tâches pénibles. Mais ce n'est satisfaisant pour personne. Les salariés vieillissants qui ne peuvent plus reprendre leur travail dans des conditions satisfaisantes sont très lourds à gérer pour les chefs d'atelier » *Médecin du travail, Métallurgie*

En Allemagne, le statut du salarié dans la vie professionnelle semble l'emporter sur les critères d'âge. Plus l'âge est avancé, plus la « solution » de la pension d'invalidité ou de la retraite anticipée semble cependant s'imposer. Mais les acteurs témoignent d'investissements parfois

lourds dans la reconversion de cadres plus que quinquagénaires. Cet effort de maintien dans l'emploi n'est pas déployé en règle générale à l'égard de personnels faiblement qualifiés.

2. L'IMPORTANCE DES VARIABLES «RELATIONNELLES» : LES RELATIONS DU SALARIE AVEC SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

Les développements qui précèdent ont montré à quel point la question relationnelle est importante aux différentes étapes des processus de retour à l'emploi. Le fait d'avoir de bonnes relations avec son collectif de travail engage en premier lieu la fluidité du passage entre l'arrêt de longue durée et le retour au travail, puis, plus largement l'existence d'une dynamique vertueuse fondée sur le désir de maintenir dans l'emploi un collaborateur reconnu et apprécié. Le degré de formalisation des procédures de retour à l'emploi joue dans le sens d'une minimisation du poids de ces variables relationnelles, notamment dans leur versant directement discrétionnaire. Néanmoins, elles restent très prégnantes dans les établissements allemands. L'effet d'une démarche formalisée est alors essentiellement perceptible dans le fait que les effets de relations personnelles s'inscrivent rapidement dans un cadre défini collectivement, ce qui n'est pas le cas en France.

2.1. En France, l'importance des variables relationnelles, source d'effets discrétionnaires manifestes

En France, le caractère éminemment informel de l'approche du maintien dans l'emploi confère une importance centrale aux relations que le salarié entretient avec son équipe et son responsable. La qualité de ces relations, doublée du degré de reconnaissance dont jouit la personne dans le collectif de travail, détermine d'abord le fait de parler ou non de sa maladie sur le lieu de travail, et la capacité à maintenir le contact avec l'équipe pendant la période d'arrêt maladie. On a vu que ces deux éléments ont une importance déterminante dans le processus du retour à l'emploi⁴⁷. Par la suite, le fait d'être reconnu par les pairs ou le responsable comme un « bon salarié » a une incidence sur l'importance des efforts mis en œuvre pour réintégrer la personne, dans un contexte où une large part du processus repose sur les bonnes volontés individuelles. L'établissement Métallurgie offre une illustration de l'importance des variables relationnelles, que plusieurs acteurs du maintien dans l'emploi dénoncent, tout en reconnaissant que eux-mêmes sont entrés dans ce type de fonctionnement, devenu structurel sur l'établissement. La gestion du retour à l'emploi se joue entre trois acteurs clés : le médecin du travail, les chefs d'ateliers et le « régulateur ». Les ressources humaines sont ici presque absentes du processus. Lorsqu'un salarié ne peut reprendre à son poste initial et qu'une adaptation de poste est nécessaire, le médecin du travail commence par discuter la

⁴⁷ Ces résultats sont confirmés par la ré-exploitation des données de l'enquête DREES

question avec son chef d'atelier. A cette étape déjà, les effets des variables relationnelles se font sentir dans la mesure où la bonne volonté d'un chef d'atelier dépend largement de la perception qu'il a du salarié et de sa capacité à réintégrer l'équipe. Quand aucun poste adapté n'est disponible au niveau de l'atelier, le médecin du travail se retourne vers le « régulateur », qui a en charge de trouver une solution qui tienne compte des contraintes de l'organisation du travail à l'échelle de l'usine. Là encore, la perception qu'il a de la personne, le jugement qu'il portera sur son parcours professionnel en termes de sérieux, d'application, aura des conséquences. Enfin, le médecin du travail et le régulateur ont eux-mêmes une certaine vision des chefs d'ateliers, certains étant connus pour être difficiles, d'autres plus arrangeants, d'autres encore mauvais managers. Ils opèrent ainsi une hiérarchisation implicite des chefs d'ateliers vers lesquels il vaut mieux se retourner pour avoir plus de chances de voir le processus de retour à l'emploi trouver une issue favorable. Cela contribue à façonner une cartographie des espaces du maintien dans l'emploi dans l'établissement. Certains ateliers sont de fait exclus pour accueillir des personnes en situation de retour à l'emploi. D'autres au contraire deviennent des lieux privilégiés, sortes de sas vers la réintégration du collectif de travail.

« On fonctionne en proposant des arrangements. Par exemple, on peut demander à un chef de reprendre quelqu'un et s'il est réticent on lui dit, je ne te le compte pas dans les effectifs pendant 6 mois, et on va voir ce que ça donne. Mais les maîtrises, je les connais bien maintenant. Il y en a, je sais que ce n'est pas la peine d'essayer, ça se passera forcément mal. Alors quand ça ne marche pas sur un atelier, il y en a qu'on va voir de préférence. »
Métallurgie, médecin du travail

« Il y en a qui vont essayer de profiter, on les connaît. Ce sont ceux qui posent déjà des problèmes quand ils ne sont pas malades. Moi je peux faire une concession une fois. Mais si la personne n'est pas fiable, fait un coup tordu, alors là c'est fini. »
Métallurgie, régulateur

« Cette femme est exceptionnelle, on s'entendait très bien même avant. De toute façon, il était sûr que j'aurais tout fait pour cette salariée. Elle a toujours été travailleuse, de bonne volonté. C'était hors de question de la laisser se débrouiller toute seule sur ce coup là. »
chef d'atelier, Métallurgie

2.2. En Allemagne, la formalisation des procédures n'exclut pas l'importance des variables relationnelles

En Allemagne, l'intégration dans le collectif du travail joue également un rôle important dans les perspectives de réussite du retour dans l'emploi, au-delà des procédures formalisées. A l'égard de salariés anciens dans l'établissement, appréciés, s'exprime une empathie particulière : il semble « injuste » qu'en plus de leur maladie ils voient menacés leur sécurité et leur statut professionnels. L'effort de réinsertion semble donc particulièrement légitime, vision souvent partagée par les collègues de travail et par l'employeur. Le contact avec ces « bons collègues » n'est souvent pas rompu pendant la maladie. Des collègues et éventuellement les supérieurs hiérarchiques prennent des nouvelles et les répercutent ; le représentant des grands handicapés signale sa disponibilité. Une moindre intégration (due à une faible ancienneté ou à des problèmes relationnels dans le travail) peut produire un effort de réinsertion moindre et un

entourage professionnel plus indifférent. Ces personnes sont donc davantage exposées au risque d'exclusion, que ce soit *via* l'incitation directe ou indirecte d'abandonner la partie et de quitter l'établissement ou *via* la récurrence d'épisodes de maladie consécutive à une mauvaise réintégration. Les intolérances du milieu professionnel peuvent se manifester en particulier face aux maladies psychologiques : l'équipe de travail a du mal à gérer des absences imprévisibles ; les personnes atteintes ne portent pas les stigmates de la maladie et le collectif de travail « ne comprend pas » pourquoi ils ne font pas d'effort pour se reprendre en main.

Tous les acteurs s'accordent en même temps pour constater que le salarié est l'acteur clé de sa propre réintégration et que beaucoup dépend de sa propre motivation au retour. Les supérieurs hiérarchiques peuvent être démunis face à la maladie et « mal s'y prendre » au moment du retour. Dans les établissements classés comme « volontaristes » dans la typologie des sites allemands, on prête une attention particulière à la sensibilisation et à la formation de la hiérarchie. Les représentantes des grands handicapés dans les établissements « négociateurs » y voient un problème crucial susceptible de compromettre une réintégration ; elles observent de près le réseau de relations qui se noue après le retour et ne craignent pas d'aller au conflit en défense du salarié. Avec une certitude de réussite moindre, leurs homologues dans les établissements « à la politique de réinsertion contrariée » sont également vigilants face aux « dérapages » éventuels de la maîtrise ou de la hiérarchie.

3. LES JEUX D'ACTEURS INTERNES A L'ENTREPRISE ET LES VARIABLES ORGANISATIONNELLES

Outre les variables relationnelles, caractérisées par leur dimension éminemment subjective, les conditions de la réadaptation au travail varient également en fonction de déterminants plus organisationnels, liés à des jeux d'acteurs qui dépassent la dimension strictement individuelle des relations entre personnes. Les fortes différenciations observées d'un établissement à l'autre, parfois dans la même entreprise, sont fonction de systèmes de relations sociales qui caractérisent chaque établissement et qui structurent les relations entre les acteurs. La notion d'acteur ne renvoie pas ici à celle d'individu, mais à la dimension socialement et collectivement instituée de son action, à travers sa fonction. Or le rapport entre les différents types d'acteurs varie nettement d'un établissement à un autre, contribuant à construire des schémas spécifiques de mode de gestion de la question.

En France, en l'absence de procédure formalisée, les acteurs du maintien dans l'emploi sont faiblement institués sur cette question, à tel point que des représentants des ressources humaines peuvent déclarer que cela ne rentre pas dans le champ de leur compétence, et en déléguer l'intégralité de la gestion à la médecine du travail et à l'encadrement direct. En Allemagne en revanche, l'existence d'un protocole traduit en lui-même la prégnance sociétale de la problématique. Il facilite l'institution d'acteurs compétents sur la question du maintien dans l'emploi, qui ont légitimité et vocation à intervenir sur chaque cas. Le même protocole de prévention et d'aide au retour dans l'emploi s'impose aux directions des établissements. Les

pratiques n'en varient pas moins sensiblement, alors même que l'échantillon de l'enquête minimise sans doute les écarts : le panel comprend un nombre limité de grands établissements tendant vers de « bonnes pratiques » sociales. Si les intervenants dans le champ de la réinsertion sont ainsi clairement définis, ils préservent une grande latitude en ce qui concerne les modes selon lesquels ils donnent vie aux institutions, organisent leurs relations et font du retour dans l'emploi un enjeu social important ou non. Le caractère non coercitif de la loi (du protocole) n'explique pas à lui seul l'hétérogénéité des pratiques.

3.1. L'interface médecin du travail / ressources humaines

Le type de lien entre le médecin du travail, les ressources humaines et éventuellement le service social, apparaît comme ayant une influence certaine sur la possibilité même de procéder à des adaptations de poste. Il diffère sensiblement d'un établissement à l'autre, et structure puissamment les conditions de gestion du maintien dans l'emploi. Pour l'établissement Télécommunication, le passage d'une médecine du travail autonome à un système interentreprises a marqué un changement net en matière de gestion du maintien dans l'emploi. L'absence de dialogue actuel avec le médecin du travail renforce le recours au processus informel des adaptations de poste au niveau des équipes. Les gestionnaires de l'entreprise sont encore plus démunis que dans la situation antérieure où fonctionnait un échange régulier avec le médecin du travail embauché par l'entreprise. Globalement, la coupure quasi-totale avec les responsables de la gestion médicale de la longue maladie (médecin du travail et Caisse d'Assurance Maladie) accentue la dimension « bricolée » des démarches internes à l'entreprise. Inversement, dans l'établissement Métallurgie, la présence d'un service médical interne à l'entreprise se traduit par une implication très forte du médecin du travail sur la question, ce dernier suivant de près l'ensemble du processus de retour à l'emploi et d'adaptation de poste. Mais la présence d'une telle compétence interne à l'entreprise s'est également traduite par un désengagement des ressources humaines qui estiment qu'elles n'ont pas à intervenir sur ce terrain, au motif que ces questions relèvent du médical. Le médecin du travail gère donc l'essentiel des problèmes organisationnels, dans le cadre du dialogue avec le régulateur et les chefs d'ateliers.

« On n'a pas de dialogue avec le médecin actuel. Pour les adaptations de poste, le dialogue informel, dans les couloirs, est hyper important. Là, il nous balance un bulletin avec son avis médical, mais on ne sait pas toujours quoi en faire. De même, lui ne connaît pas les contraintes de l'entreprise, ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas se permettre » *Télécommunication, responsable des relations sociales*

« Le maintien dans l'emploi, c'est fondé sur la notion d'aptitude au travail. C'est une notion médicale, pas de ressources humaines. C'est au service médical de gérer ces questions là. On est une entreprise qui fait déjà beaucoup sur le plan social (...) Ce sujet ne relève pas de notre problématique organisationnelle. » *Métallurgies, ressources humaines*

Ces différentes situations témoignent toutes de l'importance qu'il y a à ce qu'un acteur prenne en charge et assume la dimension technique du processus de retour à l'emploi, à l'interface entre le champ du médical et le champ des ressources humaines. Il s'agit du régulateur pour l'établissement Métallurgie, ou du prestataire S. pour l'établissement Télécommunications. En

l'absence d'une telle compétence, le partage des rôles entre médecine du travail et ressources humaines reste flou, accentuant le caractère informel de la gestion.

3.2. La mobilisation des représentants du personnel / représentants des handicapés

En France, la faiblesse du positionnement des représentants du personnel sur la question du maintien dans l'emploi est manifeste. Mais deux établissements offrent néanmoins des exemples contrastés d'intervention des représentants du personnel dans ce domaine, qui témoignent de deux modes de construction du rapport entre représentants, ressources humaines et direction. Dans l'établissement Métallurgie, les représentants du personnel, *via* le CHSCT mais pas uniquement, se sentent investis d'une double mission, d'accompagnement des salariés en situation de retour à l'emploi d'une part, et de mise à l'agenda de la formalisation d'un protocole de prise en charge pour les ressources humaines d'autre part. Il s'agit donc d'une entreprise où le maintien dans l'emploi est mis en débat et porté comme un enjeu collectif. La réponse de la direction de l'établissement a été jusqu'ici d'ignorer cette revendication, en mettant en avant les autres aspects de la politique sociale de l'entreprise, notamment sur le versant prévention. Il n'en demeure pas moins que l'importance de la syndicalisation et le mode de représentation syndicale qui caractérise cet établissement est vecteur d'une demande de protocolisation du retour à l'emploi, appuyée par d'autres acteurs tels que le médecin du travail, l'encadrement direct voire certains chefs d'ateliers. Par ailleurs, même si la gestion informelle reste prédominante et produit des effets discrétionnaires, une vigilance collective est instaurée autour du maintien dans l'emploi, qui va dans le sens d'une recherche particulièrement poussée de solutions destinées à éviter les licenciements pour inaptitude. Dans l'établissement Grande Distribution, les représentants du personnel sont également impliqués dans le champ du maintien dans l'emploi à travers l'accord d'entreprise qu'ils ont signé à l'unanimité. Mais la faiblesse de la représentation les a conduits à l'inverse à épouser la vision des ressources humaines en matière de gestion du retour à l'emploi, qu'ils promeuvent et mettent en œuvre. Il n'y a donc pas véritablement de mise en débat, ni des modalités du retour à l'emploi, ni du rôle des différents acteurs de l'entreprise sur le sujet, ni même, plus largement, de la responsabilité de l'entreprise à l'égard de la réadaptation des salariés au travail. L'existence d'une commission paritaire qui permet d'attribuer une prime de 1 500 € aux salariés qui ont « tout fait pour se maintenir dans l'emploi », mais sont néanmoins licenciés pour inaptitude faute de poste adapté, témoigne du fait que les représentants du personnels ont pour rôle effectif d'entériner des modes de fonctionnement qu'ils n'ont pas les moyens d'enrayer.

En Allemagne, l'institution d'une représentation des grands handicapés est elle-même une émanation et un facteur de perpétuation d'une histoire longue qui donne à la « maladie » et au handicap souvent contracté au cours de la vie au travail, droit de cité dans l'établissement, comme l'une des facettes nécessairement liées aux rapports professionnels, eux-mêmes historiquement investis d'un statut particulier en Allemagne (Maurice, Sellier, Silvestre, 1979). La maladie (ou le grand handicap) qui frappe durant la vie professionnelle exige à la fois la « sollicitude » particulier de l'employeur (« *Fürsorgepflicht* ») et le droit à une représentation autonome. Le statut et la conception des rôles n'en semblent pas moins varier d'une entreprise à l'autre. Dans les établissements allemands visités, la SBV se présente comme une institution solide dont les prérogatives sont respectées et qui, dans une majorité des sites enquêtés, fait

figure d'acteur stratégique et puissant (ce qui est sans doute loin d'être le cas partout). Dans ces cas, la SBV se trouve au centre d'un réseau de relations qui - fondé sur les relations entretenues au jour le jour avec les « handicapés » à qui le fait d'être officiellement représentés confère une sorte d'identité collective - se positionne dans une relation de négociation avec la direction et la hiérarchie intermédiaire autant qu'avec les représentants externes des systèmes de sécurité sociale. La légitimité de la SBV puissante dérive sans doute au-delà de ses prérogatives officielles de sa proximité concrète avec le groupe représenté auquel elle apporte conseil, soutien et expertise adaptés à chaque cas individuel : dans ces grands établissements, les SBV représentent entre 100 et 600 grands handicapés et, de façon plus informelle, des dizaines de personnes en maladie longue et/ou en demande de reconnaissance de handicap – et disposent ainsi d'une base non marginale.

Souvent, la SBV revendique un rôle de leadership dans la conception et la mise en pratique des politiques de réinsertion. Elle l'impose aux directions des établissements « négociateurs » (et éventuellement au conseil d'établissement) et se voit facilement céder ce rôle dans les établissements « volontaristes ». Il s'agit à la fois d'une « affaire de personnes », mais qui s'inscrit dans une historicité des modes de faire dans un établissement.

3.3. Les relations avec les acteurs extérieurs à l'entreprise

Dans le cas allemand, on a vu que le maintien dans l'emploi impliquait, plus qu'en France, l'intervention d'un réseau d'acteurs dans lequel l'entreprise se trouve enchâssée. La qualité du contact avec les représentants des systèmes de sécurité sociale constitue un enjeu important du point de vue de la réintégration : les organismes sociaux financent les mesures de réinsertion éventuellement lourdes et conseillent et accompagnent *via* leurs experts les entreprises dans la mise en œuvre des projets de retour dans l'emploi. Des modes de relation différenciés, d'un établissement à l'autre, avec ce type d'acteurs, entraînent également des différences sensibles de gestion du maintien dans l'emploi.

Elles sont essentiellement prises en charge, dans les établissements visités, par les représentants des grands handicapés qui ont su constituer des réseaux performants. Cela permet d'accélérer l'accès à des financements, la mise en œuvre de mesures de réinsertion, les aménagements nécessaires du poste de travail. Cela permet aussi d'aider les salariés à se retrouver dans la grande complexité des organismes à la répartition des fonctions quelque peu opaque. Donner très rapidement la réponse précise et informée à un problème particulier, constitue manifestement un objectif pour la SBV tant soit peu ambitieuse. Souvent, les relations entre malades/handicapés et caisses passent par la SBV. Y sont remplies les demandes de départ en retraite d'invalidité et parfois prérempli à l'intention du médecin de famille le formulaire de demande de réintégration progressive (« *On ne le croirait pas, mais certains médecins ignorent que ça existe* », racontent des représentants). Les DRH tendent à s'incliner devant le savoir-faire des SBV. Celui-ci bénéficie aussi de l'insertion des représentants des grands handicapés dans des réseaux de SBV souvent (mais pas exclusivement) liés à leur syndicats. L'échange avec des homologues est recherché pour des raisons de soutien réciproque – même s'il y a des suppléants, le/la représentant(e) des handicapés est seul(e) à être

investi(e) de ce mandat malgré la grande taille de l'établissement et donc seul(e) à en assumer la responsabilité – mais aussi pour des raisons pratiques : l'échange d'information tient une place importante dans les réunions ou autres séminaires des réseaux SBV auxquels des experts externes sont éventuellement invités. Syndicalement identifiés, les SBV n'entretiennent pas toujours des relations très suivies avec leur syndicat auquel peut être reproché de minorer les questions de santé et de maladie (et aussi d'avoir manifesté une piètre motivation pour renforcer les droits des SBV lors de la réforme du Code social).

4. LE RAPPORT DU COLLECTIF DE TRAVAIL A L'EXIGENCE DE PRODUCTIVITE

Enfin, le dernier type de variable dont l'incidence sur les conditions du maintien dans l'emploi est notable touche aux exigences de productivité qui s'imposent aux entreprises et à la manière dont les collectifs de travail réagissent, dans chaque établissement, à ces pressions.

4.1. Un phénomène d'intensification du travail qui touche toutes les entreprises et contraint leurs marges de manoeuvre

En France comme en Allemagne, les différents établissements rencontrés sont tous soumis à une intensification des pressions de productivité, desquelles découlent des transformations de l'organisation du travail devant répondre à ces exigences. Ces dernières contraignent de plus en plus les marges de manoeuvre qui existent, au sein des collectifs de travail, pour absorber les différences de productivité entre les salariés. Cet accroissement des pressions de productivité n'est pas propre à la grande entreprise ni au secteur industriel, comme en témoigne le cas de l'établissement hospitalier. Chez Métallurgie, pour rester compétitif et minimiser les délais de fabrication, un nouveau modèle horaire a été mis en place quelques semaines avant l'enquête, qui permet un fonctionnement en continu de la chaîne de production et se fonde sur des objectifs de production de pièce à l'heure plutôt qu'à la journée. Les pressions sur les chefs d'ateliers et leurs équipes s'en trouvent nettement accrues. Concernant l'établissement hospitalier, la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire limite les possibilités de reclassement, chaque poste pourvu devant correspondre à un besoin précisément identifié pour la structure. Le nombre de reclassements a ainsi été sensiblement plus élevé les deux années où la structure offrait plus de postes ouverts à cette procédure en raison d'une réorganisation des services, ce qui montre que les possibilités de reclassement sont directement contraintes par le contexte de l'activité et le système organisationnel.

Ce contexte évolutif des conditions de l'organisation du travail s'impose, sous des formes différentes, à l'ensemble des établissements. Ainsi l'exigence de polyvalence des salariés, qui se développe de plus en plus, notamment dans le tertiaire, remet en question la pertinence de la notion même de poste de travail, sur laquelle est fondé le processus de retour à l'emploi. Combinée aux rotations de poste accélérées, elle rend particulièrement délicate la définition de

l'aptitude du salarié. Inversement, dans la grande distribution, le mouvement de spécialisation des tâches aujourd'hui à l'œuvre consiste par exemple à réduire au strict minimum la présence des emplois administratifs au niveau des magasins, ce qui limite les possibilités de reclassement pour le personnel qui ne peut plus porter de charges.

Ces transformations de l'organisation du travail engendrent deux types de conséquences apparemment contradictoires. D'une part, dans un contexte plus contraint, la possibilité de développer une approche sur mesure pour chaque cas de réadaptation au travail est remise en question, chaque poste devant correspondre à un besoin identifié. Un certain nombre d'acteurs des ressources humaines et de médecins du travail insistent sur le fait que la gestion au cas par cas, fondée sur la bonne volonté des personnes, ne sera pas toujours possible. Dans cette perspective, les pressions extérieures favoriseraient la définition de protocoles de prise en charge, les collectifs de travail ne parvenant plus à réguler de manière informelle les différentiels de productivité entre les salariés. Le protocole apparaît alors pour certains acteurs comme un moyen de cadrer, voire de légitimer, une gestion de plus en plus contrainte.

Inversement les pressions de productivité, si elles restreignent les marges de manœuvre des acteurs sur les établissements, renforcent dans le même temps l'importance des variables relatives aux personnes et à leur bonne volonté, accentuant parfois la dimension « bricolée » de la gestion du retour à l'emploi. En effet, dans un contexte contraint, le maintien dans l'emploi exige des efforts accrus de la part du collectif de travail, qui seront souvent tributaires des spécificités des établissements et des personnalités qui investissent les rôles d'acteurs du maintien dans l'emploi, même en présence d'une procédure formalisée de prise en charge. Le protocole, s'il constitue un cadre de référence commun, défini collectivement, ne permet pas nécessairement d'uniformiser la gestion du retour à l'emploi et d'éviter le traitement différencié des salariés.

4.2. En France, en l'absence de protocole de gestion, des modes de régulation informels de la productivité des salariés

Le meilleur indice de la difficulté à réinsérer tous les salariés ayant été arrêtés sur une longue durée et/ou ayant des handicaps justifiant des aménagements de poste, réside dans les solutions de recours mises en place par les entreprises pour gérer les fluctuations de productivité des salariés. En l'absence de mode de gestion définis, ils se substituent au protocole pour réguler l'organisation du travail.

On a vu que l'établissement Télécommunication dispose d'un volant de salariés dits « en mission », qui ne sont pas affectés à un poste mais restent dans les effectifs de l'entreprise, en quasi-disponibilité. Il s'agit pour une part importante de salariés malades ou en situation d'échec professionnel. Dans l'établissement Métallurgie, l'équivalent de ce système réside dans le volant de postes en « horaires normaux », c'est-à-dire non décalés, et donc moins bien payés. Il appartient aux chefs d'atelier de faire passer un salarié en horaire normal. Ce passage est quasiment systématique en cas de retour de longue maladie. Il s'agit certes d'offrir une situation de travail moins fatigante, mais également d'optimiser la productivité de l'équipe en

confiant les postes les plus fatigants aux salariés les plus efficaces. Dans les deux entreprises, ces dispositifs sont considérés par les DRH et la direction comme un mal nécessaire. Elles cherchent à limiter le nombre de salariés concernés, mais reconnaissent qu'il s'agit d'une solution incontournable pour réguler l'activité en maintenant la présence de salariés moins productifs. Sur l'établissement Grande distribution, un tel système n'existe pas, en raison de la faiblesse des effectifs sur chaque magasin, qui ne permet pas de dégager les marges de manœuvre nécessaires pour ce genre de dispositif. Il s'agit aussi, en conséquence, de l'entreprise sur laquelle le licenciement pour inaptitude est une problématique explicite, en l'absence de solutions pour « recaser » les salariés qui peinent à s'intégrer pleinement dans le rythme du collectif de travail. Sur l'établissement hospitalier en revanche, ce système de régulation a longtemps existé sous la forme du plateau de consultation, où la plupart des contraintes physiques lourdes sont évitées, notamment la manipulation des malades. Mais la réorganisation fonctionnelle des services a conduit à en faire un espace de polyvalence, où une multiplicité de tâches, y compris physiques, doit pouvoir être menée en même temps. Le plateau de consultation n'a donc plus vocation à accueillir les salariés dont les capacités sont diminuées.

« Avant, il y avait le plateau pour recaser les personnes qui n'y arrivaient pas. Mais là, avec la polyvalence, c'est fini. Les médecins du travail continuent d'y envoyer les gens qui reviennent de longue maladie. Mais je me dis que ça fait longtemps qu'ils n'y ont pas été, ce n'est plus un endroit pour les gens fatigués. » *Responsable des assistantes médicales, Etablissement hospitalier*

Dans les établissements français rencontrés, l'absence de protocole de retour à l'emploi dans un contexte économique de plus en plus contraint rend incontournable le recours à ces modes informels de régulation, qui mettent à l'écart, même temporairement, les salariés les moins productifs afin qu'ils ne pèsent pas trop sur le rythme de travail des équipes. Toutefois, en Allemagne, l'inscription du retour à l'emploi dans un protocole ne permet cependant pas d'assurer une gestion relativement uniforme de la question. Dans un contexte de contrainte, le mode d'investissement du dispositif varie considérablement d'un établissement à un autre.

4.3. Les pressions de productivité agissent différemment sur les collectifs de travail allemands

Tous les établissements allemands agissent sous une pression de réduction des coûts – notamment salariaux – ce qui a induit dans la plupart des cas l'externalisation de services (gardiennage, courrier etc.) qui offraient dans le passé des postes refuges pour les salariés devenus moins performants. Des exigences de productivité plus élevées face à un volume de main-d'œuvre en diminution constituent un facteur de stress, accru éventuellement par des incertitudes quant à la pérennité de l'établissement ou du poste de travail ou encore des mouvements de restructuration et de réorganisation de longue durée.

Les établissements se distinguent par la diversité des métiers et, partant, des possibilités de mutation pour les salariés sortis de longue maladie (postes physiques *versus* postes sédentaires : administration, informatique).

Il est intéressant de constater que le contexte économique et les modes d'organisation du travail ont un effet non univoque – dans nos études de cas tout au moins - sur les approches et les résultats des politiques de retour dans l'emploi. En fonction des choix ou compromis des acteurs en présence, les mêmes contraintes semblent produire des résultats contrastés, comme l'illustre dans notre panel l'exemple des deux établissements Métallurgie, caractérisés par des réponses très différentes aux mêmes pressions de productivité. Les établissements Grand Magasin et Expédition-Logistique offrent une faible variété d'emplois pour la plupart physiquement usants ce qui restreint *a priori* les possibilités de reclassement : une politique proactive, globalement favorable au maintien dans l'emploi dans un établissement contraste avec une approche tendanciellement excluante dans l'autre. De la même manière, Automobile fait d'une politique de prévention et de réintégration offensive un élément de sa stratégie de réduction des coûts ; cette même stratégie constitue, ailleurs, une menace pour la pérennisation dans l'emploi des salariés en longue maladie.

La formalisation des processus de retour à l'emploi apparaît donc en premier lieu comme une exigence dans un contexte où les entreprises ne pourront plus gérer de manière informelle l'ensemble des situations de réadaptation au travail auxquelles elles seront confrontées. Pour autant, le contexte de pressions en termes de productivité fait également apparaître sur certaines établissements les limites des procédures formalisées, et les dynamiques de mises à l'écart de certains salariés qu'elles ne peuvent enrayer. Il s'agit donc, en conclusion, d'examiner plus avant les enjeux de l'existence d'un protocole de gestion du retour à l'emploi, à la fois en termes de fonctionnement des établissements et dans le cadre plus large d'une question de politique publique.

CONCLUSION : EFFETS ET LIMITES DU PROTOCOLE

La mise en place d'un protocole de gestion du retour à l'emploi qui s'applique à l'ensemble des employeurs d'un pays relève à la fois d'un processus de décision et de mise en œuvre de politique publique, et d'un travail d'investissement collectif du dispositif par les acteurs du maintien dans l'emploi, dans les établissements mais également au niveau des caisses de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, des organismes de prévoyance et des acteurs du champ médical. En effet, le protocole institue des acteurs qui ont vocation et légitimité à intervenir sur les processus de retour à l'emploi, aussi doit-il être abordé du point de vue de la mobilisation que peuvent en faire les acteurs qu'il consacre, mais également replacé dans un cadre plus large, qui renvoie au processus de construction sociale de la question du maintien dans l'emploi.

Quel rapport au protocole dans les établissements ?

En France où il n'y a pas de procédure formalisée, et en Allemagne, où un protocole est défini au niveau national et mis en œuvre dans tous les établissements rencontrés, les acteurs se positionnent très différemment à l'égard de la question du protocole. Ainsi en France, la gestion informelle est plus ou moins justifiée et assumée au sein de chaque établissement tandis que, en Allemagne, l'approche du protocole n'est pas la même, plus ou moins volontariste et plus ou moins négociée selon les cas.

Les établissements français se rejoignent, on l'a vu, sur le caractère non formalisé de la gestion du retour à l'emploi, qui se fait au plus près du collectif de travail, et ne mobilise pas toujours les mêmes types d'acteurs d'un établissement à l'autre. Ainsi, les ressources humaines peuvent être quasiment absentes du processus, l'essentiel reposant sur les épaules du médecin du travail et de l'encadrement direct, tandis que dans d'autres établissements, le médecin du travail se contentera de formuler ses avis d'aptitude ou d'inaptitude et n'interviendra pas sur le processus de réadaptation au travail lui-même. L'absence de protocole structuré et négocié entre les différents acteurs de l'entreprise induit cette démarche non-systématisée et le fait qu'il n'y ait pas véritablement d'acteurs consacrés et institués sur la question du maintien dans l'emploi.

Toutefois, cette situation est plus ou moins justifiée et acceptée, et la formalisation des procédures émerge ici et là comme une question imposée par un contexte de gestion des ressources humaines de plus en plus difficile.

Dans l'établissement Télécommunications, la mise en place d'une procédure systématisée de prise en charge des situations de longue maladie et, plus largement, le recours aux dispositifs légaux, sont évoqués comme des symptômes de défaillance du collectif de travail dans sa capacité à faire face aux situations de maladie grave avec humanité et à intégrer spontanément les personnes aux capacités diminuées. La démarche formalisée fait ici figure de modèle repoussoir et un consensus des acteurs rencontrés sur ce point se dégage. Dans l'entreprise Métallurgie au contraire, si le même mode de gestion informel prévaut, il ne fait pas l'objet d'un consensus. Tandis que les ressources humaines ne voient pas la nécessité de formaliser la

démarche, estimant que les trajectoires de salariés sont, pour l'immense majorité, très favorables, le médecin du travail, les représentants du personnel et certains chefs d'ateliers, c'est-à-dire les acteurs qui gèrent concrètement le retour des salariés dans l'économie générale d'une équipe, sont en demande d'un protocole. A ce niveau du collectif de travail en effet, les effets discrétionnaires de la gestion au cas par cas sont plus visibles, en particulier dans le contexte de travail qu'est l'atelier, où l'arrangement informel est plus difficile à mettre en place en raison des contraintes physiques et du mode d'organisation du travail à la chaîne. La situation est comparable sur l'établissement hospitalier, où les acteurs, constatant la difficulté croissante à réintégrer au collectif de travail les salariés devenus moins productifs, souhaitent pouvoir inscrire leur démarche dans un cadre collectif.

Ce qui pourrait être un protocole de prise en charge

« Il faudrait d'abord qu'on ait les moyens d'anticiper, c'est-à-dire qu'un acteur, une assistante sociale ou quelqu'un d'autre, soit autorisé à envoyer un courrier, ou à appeler, simplement pour informer la personne de la manière dont les choses doivent se passer pour assurer le retour à l'emploi. Comme ça, la visite de pré-reprise deviendrait une réalité. Il faudrait aussi pouvoir être en contact avec le médecin traitant et le médecin conseil de la Sécurité Sociale, pour que eux prennent en compte la question du travail dans leurs décisions. Après, il faut mettre tout le monde autour d'une table, avant le retour du salarié, c'est-à-dire le médecin du travail, l'assistante sociale si elle l'a suivi, quelqu'un des ressources humaines, le chef de la personne et puis les représentants du personnel c'est bien aussi, car eux pourraient avoir une vision collective du problème, et défendre le salarié s'il le faut. » *Médecin du travail, Métallurgie*

« L'objectif serait que, dans l'idéal, tout soit mis en place quand la personne revient au travail. Bien sûr ce n'est pas toujours possible j'imagine, mais la réaction sur l'obstacle qui est celle qu'on connaît pour l'instant ne va vraiment pas. Il faut une réunion, avec le médecin conseil, très important, qu'on ait pas à lui courir après pour comprendre pourquoi il prend telle ou telle décision, où lui expliquer où sont nos difficultés. Les ressources humaines bien sûr, et puis le responsable de l'équipe du salarié. Il faut que tous ces gens parlent ensemble, parce que aujourd'hui, en tout cas chez nous, beaucoup de choses passent par les bruits de couloir, et ça n'est pas positif. Il faut que le salarié entende pourquoi à ce poste ça ne va pas ou ça ne va plus, qu'il n'interprète pas les choses. A ce moment souvent ça se crispe et c'est de plus en plus difficile à régler. » *Médecin du travail, Etablissement hospitalier*

C'est la dimension éminemment pratique du protocole qui est mise en avant par les acteurs comme bénéfique. Les deux demandes qui ressortent le plus nettement sont : une meilleure anticipation du retour du salarié d'une part, une collégialité des décisions, de la recherche de solution à leur mise en œuvre d'autre part. Cette collégialité va au-delà des seuls acteurs présents sur l'établissement puisque la nécessité d'un dialogue suivi avec le médecin conseil de la Sécurité Sociale, voire la présence physique de ce dernier autour d'une table aux côtés du médecin du travail, est évoquée à chaque fois. Plus largement, le protocole doit permettre aux acteurs de se sentir moins isolés dans la gestion du retour à l'emploi, et de ne pas avoir à assumer seuls la réadaptation au poste et les conséquences que cette dernière peut avoir sur l'organisation du travail au niveau des équipes. Les questions de nature plus éthique ou symbolique sur le traitement plus équitable des salariés qui reviennent à l'emploi sont certes présentes dans les discours, mais en arrière plan. De même, l'ambition n'est pas de s'inscrire dans des modes de fonctionnement communs à toutes les entreprises et définies nationalement, en envisageant le maintien dans l'emploi comme un enjeu de société et un objectif de politique

publique. Il s'agit de définir un mode d'emploi partagé par les acteurs concernés au niveau d'un établissement.

L'établissement Grande Distribution est le seul des établissements rencontrés en France à avoir posé de manière explicite la question du maintien dans l'emploi dans le cadre d'un dialogue entre les partenaires sociaux, à travers l'accord Handipacte. On a vu que le retour à l'emploi après la longue maladie y était abordé à travers la problématique de l'intégration dans l'emploi des travailleurs handicapés. La question est donc plus spontanément inscrite par les acteurs, notamment les ressources humaines et les représentants du personnel, dans le cadre de la responsabilité sociale de l'entreprise. Les acteurs des ressources humaines spécialisés dans la mise en œuvre de l'accord expliquent, conformément au paradigme de politique publique actuel sur cette question, que l'image sociale du handicap doit changer, notamment à travers la démonstration que les personnes souffrant d'un handicap ont pleinement leur place dans les collectifs de travail, discours que les représentants du personnel relaient. Pour autant, l'aspect qui touche à la gestion du retour à l'emploi est relativement faible. Outre que longue maladie et handicap restent, en pratique, deux domaines peu perméables, ce qui limite la portée de l'accord, il n'y a pas de véritable formalisation d'une procédure de gestion du retour à l'emploi. Les solutions proposées dans le cadre du guide correspondent à une gestion du problème sur l'obstacle, c'est-à-dire quand une incompatibilité entre les capacités du salarié et son poste se fait jour. Par ailleurs, il appartient au niveau opérationnel, les responsables du personnel dans les magasins et les directeurs d'établissement, de mobiliser par eux-mêmes les différentes ressources qu'offre l'entreprise pour trouver une solution adaptée. Si les acteurs des ressources humaines et les représentants du personnel sont conscients des limites de la procédure actuelle, qui n'empêche pas l'existence des licenciements pour inaptitude, ils situent le problème au niveau de l'acceptation sociétale des différences, sur lesquelles il est encore nécessaire de communiquer, notamment au niveau de l'encadrement direct, pour convaincre pleinement que les travailleurs reconnus handicapés ont des potentiels de performance comparable à ceux des autres salariés. La question de la construction de la démarche elle-même, n'est pas envisagée comme pouvant être insuffisante ou inadaptée, notamment sur le fait que l'essentiel du problème continue de reposer sur l'échelon opérationnel, qui a par ailleurs des comptes à rendre en termes de productivité et d'organisation du travail, rendant difficile la souplesse d'adaptation nécessaire à la réintégration des salariés en situation de handicap.

En Allemagne l'existence d'un protocole ne conduit pas, on l'a vu, à une uniformisation des modes de gestion du retour à l'emploi. Les acteurs investissent différemment le dispositif et les développements qui précèdent ont permis de distinguer les établissements rencontrés en fonction de leur approche du retour à l'emploi après la longue maladie. L'approche volontariste tout d'abord, où la politique de réinsertion repose sur un consensus des acteurs et fait partie du statut autant que de l'image sociale de l'entreprise ; l'approche négociée ensuite, où le dynamisme de la représentation des grands handicapés (*SBV, Schwerbehindertenvertretung*) impose à la direction un comportement proactif en matière de réinsertion ; l'approche contrariée enfin, où la politique de réinsertion est - aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel - un enjeu subordonné dans l'ensemble des politiques sociales de

l'établissement. Il n'en reste pas moins que l'ensemble des acteurs a en tête un cadre défini nationalement qui les investit d'une fonction particulière dans le retour à l'emploi. Les acteurs visés par le protocole ont donc un rôle à jouer vis-à-vis d'un collectif, que l'on se place au niveau de l'établissement ou, plus largement, au niveau national. Alors que l'approche française reste fondée sur une approche sur-mesure en matière de retour à l'emploi (dont beaucoup perçoivent les limites, ce qui nourrit la demande de protocole), la gestion des situations individuelles en Allemagne, y compris dans ses aspects informels, s'inscrit dans un cadre collectif. C'est essentiellement cette dimension qui est facteur de différenciation entre l'approche allemande et l'approche française, bien qu'elle ne préjuge pas des effets en termes positifs ou négatifs, sur les processus effectifs de retour à l'emploi. Par ailleurs, quand la médecine du travail française prononce l'aptitude au travail, le salarié est considéré comme de nouveau pleinement employable, c'est-à-dire bien souvent, capable d'assumer la même charge de travail qu'avant la déclaration de sa maladie. A la différence de l'Allemagne, où la diminution de la productivité de l'individu est socialement reconnue dans le cadre du processus de réintégration au travail, la France ne connaît pas la même dynamique : les « accidents de la vie » sont appréhendés comme des contraintes contingentes, dont la responsabilité n'est pas *in fine* du ressort de l'entreprise, mais fondamentalement de l'individu concerné.

L'enjeu d'un protocole : la dialectique entre l'individuel et le collectif

On a posé en introduction l'hypothèse selon laquelle la mise en place d'un protocole en matière de gestion du retour à l'emploi pose d'abord aux acteurs, dans l'entreprise mais également au-delà, la question de savoir si les situations individuelles de maladie et de handicap doivent relever d'une approche collective, et renvoyer à des normes partagées, ou non.

En France, la réponse majoritaire et spontanée est celle du sur-mesure, donc de l'absence de norme explicitée, qui produit, on l'a vu, le meilleur comme le pire et accentue le poids de variables personnelles et relationnelles dans la réussite ou non réussite du maintien dans l'emploi. Cette absence de dynamique collective est le corollaire du fait que les contraintes légales en matière de maintien dans l'emploi ne renvoient pas à un enjeu de politique publique global, intégré collectivement par les acteurs de l'entreprise, et ne sont au contraire investies que de manière éparse. La faible connexion entre les ressources humaines et l'espace de l'activité productive qui caractérise les établissements français renforce ensuite ce phénomène et conduit les premières à favoriser tendanciellement une approche juridique et faiblement pragmatique du maintien dans l'emploi, qui consiste à ne pas être en défaut par rapport aux obligations légales de l'employeur. Il est loin d'être acquis, en France, que la gestion du retour à l'emploi relève de la responsabilité de ce dernier. C'est ainsi que l'on peut interpréter le fait que l'externalisation de la gestion du retour à l'emploi vers un cabinet spécialisé dans le « disability management » dans l'établissement Télécommunication soit accueillie favorablement, voire avec soulagement par la direction de l'établissement et les ressources humaines, au motif qu'il vaut mieux que cette question « soit prise en main par des professionnels dont c'est le métier ».

Par comparaison, les établissements allemands sont héritiers d'une histoire longue qui donne à la maladie et au handicap droit de cité dans l'établissement, et permet d'exiger à la fois la « sollicitude » particulière de l'employeur (« *Fürsorgepflicht* ») et le droit à une représentation autonome. Les modifications législatives récentes qui transforment le rôle de l'employeur dans

la gestion du retour à l'emploi s'inscrivent dans cette perspective. Le fait représentatif en Allemagne structure donc un cadre de référence très différent de ce que l'on observe en France, qui renvoie d'abord à un enjeu de société et à une responsabilité collective, dans laquelle s'inscrivent les entreprises. Plus largement, la question de la longue maladie est cantonnée en France à la sphère privée, ce qui se traduit par exemple dans le fait que l'interdiction de contact avec le salarié pendant l'arrêt maladie constitue une barrière qui revêt un caractère infranchissable pour les acteurs de l'entreprise dès lors qu'ils ne sont pas proches la personne concernée, ou encore que les personnes qui cachent leur maladie ou handicap pour s'intégrer pleinement au collectif de travail bénéficient d'une image très fortement valorisée dans l'entreprise, par opposition à ceux qui cherchent à se faire reconnaître comme malades ou handicapés, démarche qui paraît peu légitime. Quel que soit le mode d'investissement de la question qui prévaut sur un établissement, il reste en revanche admis en Allemagne qu'elle relève du collectif et, pour une part, du champ professionnel. Les acteurs reconnaissent ainsi que l'entreprise a un rôle à jouer dans la réinsertion sociale des personnes qui ont connu ou connaissent le handicap ou la longue maladie, même si la mise en œuvre des actions dans l'emploi obéit, en pratique, à des logiques conditionnées au contexte économique et aux relations qu'entretient le salarié avec son environnement professionnel. Aussi faut-il relativiser les effets d'une approche collective sur l'efficacité et le degré de réussite des actions de maintien dans l'emploi. Le protocole peut en effet être investi *a minima* ou *a maxima*, en fonction notamment des pressions de productivité qui activent ou réactivent des hiérarchisations implicites entre les salariés, fonction de leur productivité réelle ou supposée, de leur ancienneté, de la perception qu'en ont l'encadrement et les collègues de travail...

Le changement induit par l'existence du protocole en Allemagne ne se situe donc pas tant au niveau de l'efficacité de la gestion du retour à l'emploi, ou des résultats effectifs obtenus en termes de réintégration réussie par rapport à la France, mais en termes de publicisation de l'enjeu du maintien dans l'emploi, c'est-à-dire en termes de degré d'institution et d'approche collective de la question par les acteurs. Le maintien dans l'emploi constitue en effet un enjeu d'action publique clairement identifié en Allemagne et les acteurs de l'entreprise ont pleinement conscience qu'ils en sont partie prenante. L'existence d'un protocole de gestion décliné dans chaque établissement est en réalité la manifestation ou la conséquence de cet acquis. C'est donc plus largement en termes d'action publique, en tant que cette dernière renvoie à un enjeu de société, que doit *in fine* être posée la question de la formalisation des procédures de maintien dans l'emploi.

Le maintien dans l'emploi, enjeu de société et question de politique publique

On a vu dès le premier chapitre que, si le maintien dans l'emploi est aujourd'hui un enjeu majeur des politiques sociales, porté par les instances internationales, sa traduction sociétale au niveau national, incluant le mode de participation des entreprises à la démarche, varie nettement entre la France et l'Allemagne. Ainsi, le paradigme du « disability management », à travers lequel s'est transformée la conception du lien entre le lieu de travail et la gestion des incapacités dans le sens d'une plus grande prise en compte des conditions de travail dans le processus de retour à l'emploi, est perçu de manière positive par les acteurs spécialisés sur la question du maintien dans l'emploi, en France comme en Allemagne. La gestion intégrée de

l'insertion (BEM) en Allemagne ainsi que le dispositif de la réintégration progressive qui consistent à faire intervenir des équipes pluridisciplinaires incluant acteurs de l'entreprises, acteurs du monde médical et représentants des caisses, sur les cas précis de salariés revenant à l'emploi après une coupure, s'inscrit pleinement dans le modèle de « disability management ». En France, la diffusion de la notion est perceptible à travers les prestations de services d'aide à la réintégration au travail par des sociétés spécialisées, à la demande des organismes de prévoyance, qui rencontrent, on l'a vu, l'intérêt des acteurs de l'entreprise souvent en difficultés sur la gestion du retour à l'emploi. Mais précisément, si ces deux types d'action s'inscrivent dans une même conception pratique du maintien dans l'emploi, la logique qui sous-tend la démarche est fondamentalement différente. Elle relève en Allemagne d'une politique publique, dont les instruments sont définis légalement, et qui se traduit notamment par la présence des représentants des caisses qui financent le dispositif au nom de la collectivité. En France au contraire, la dynamique à l'œuvre est celle d'une externalisation de la question vers des prestataires privés, hors de l'entreprise. Sur les quatre entreprises rencontrées, deux ont été approchées pour ce type de service, et une a vu se mettre en place le dispositif. Ce mouvement est symptomatique du fait que les obligations légales instituées par la puissance publique qui touchent au maintien dans l'emploi ne permettent pas, à ce jour, de développer une approche suffisamment intégrée et pragmatique pour répondre aux difficultés des employeurs d'une part, et aux inquiétudes des organismes de prévoyance d'autre part. Mais on peut également souligner que ce mouvement, s'il répond à certaines attentes des acteurs économiques, va néanmoins à l'encontre d'une constitution du maintien dans l'emploi en objectif de politique publique qui invite les acteurs des entreprises à intégrer collectivement l'enjeu dans leurs pratiques. La légitimité de l'entreprise à participer à la gestion du handicap et de la longue maladie reste donc une question ouverte en France. Si la demande de protocole y est forte, c'est d'abord pour clarifier voire légitimer une gestion plus contrainte. Mais on doit s'interroger sur les possibilités d'émergence de procédures formalisées intégrées collectivement et perçues comme légitimes en l'absence d'une reconnaissance de la dimension sociétale de la question du maintien dans l'emploi.

Le retour à l'emploi des salariés ayant eu un cancer s'inscrit dans cette question très large. Les cancers sont des pathologies dont les spécificités ne sont pas sans rapport avec la question de la productivité. Tout d'abord les symptômes et séquelles sont souvent peu visibles, ce qui diminue les possibilités de reconnaissance immédiate et explicite de la diminution des capacités de la personne par le collectif de travail. Par ailleurs, compte tenu du système de représentations dont le cancer reste porteur, les salariés concernés développent une attitude consistant à passer sous silence leur maladie, par peur d'être stigmatisés. Toutes ces caractéristiques font que les salariés atteints de cancer émargent moins que les salariés atteints d'autres ALD à la problématique de l'aménagement des postes et à la reconnaissance positive d'une altération de la productivité individuelle. Les concernant, le système français est doublement pénalisant. Un véritable travail d'acceptation de la réduction de la productivité, qu'elle soit temporaire ou définitive, reste à instituer.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

SAINSAULIEU de R. (dir.) [1992], *L'entreprise, une affaire de société*, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques

STRAUSS A. [1992], *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Logiques Sociales L'Harmattan

GUILLEMARD A-M. [1994], *Attitudes et opinions des entreprises à l'égard des salariés âgés et du vieillissement de la main d'œuvre, Gérontologie et société*, n°70

SCHMIDT G. [1995], *Les logiques d'action des entreprises à l'égard de l'âge*, Travail et emploi n°63.

SEGRESTIN D. [1996], *Sociologie de l'entreprise*, Paris, Armand Colin

COUTROT T. [1998], *L'entreprise néolibérale, nouvelle utopie capitaliste ?*, Paris, La Découverte

DURAND MJ, LOISEL P., et DURAND P. [1998], « Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail : description et fondements théoriques », *La revue canadienne d'ergothérapie* 65 (2), 1998, p. 72-80

COUTROT T. [1999], *Critique de l'organisation du travail*, Paris, La Découverte

BARIL R., D. BERTHELETTE, C. ROSS, GOURDE D., P. MASSICOTTE, A. PAJOT [2000], *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien dans l'emploi*, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), rapport n°R-238

DILHUYDY JM., MONIRA MH, PERRIE N., et al. [2000], « Evaluation d'une première consultation sociale en cancérologie : à propos de 200 situations. », *Bull Cancer* 87, p. 348-354

HASSENTEUFEL P. [2000], « Deux ou trois choses que je sais d'elle. Remarques à propos d'expériences de comparaison internationale. » dans CURAPP [2000], *Les méthodes au concret*, Paris, PUF

MICHAUD C. THOENIG J.C. [2001], *Stratégie et sociologie de l'entreprise*, Paris, Village Mondial

DURAND MJ., LOISEL P.[2001], « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systématique. », *Pistes*, vol. 3, n°2. (<http://pettnt:v3n2/articles/v3n2a5.htm>)

DURAND MJ., LOISEL P.[2001], Therapeutic Return to Work : Rehabilitation in the Work Place, *Journal of occupational rehabilitation*, vol. 4 n°2

JOLIVET A. [2002], *Les comportements des entreprises à l'égard des salariés vieillissants, Analyse monographique de six établissements, Gérontologie et société*.

STEFFEN M. [2001], *Les Etats face au Sida en Europe*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble

- SPELTEN E.R., SPRANGERS M.A., VERBEEK J.H. [2002], « Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a literature review », *Psychooncology*, Mar-Apr;11(2):124-31
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (B.I.T.) {2002}, *La gestion du handicap sur le lieu de travail*, , Genève
- SPELTEN E.R., SPRANGERS M.A., VERBEEK J.H. [2003], « Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians », *Occup Environ Med.* 2003 May;60(5):352-7
- COUTROT T, BUE J., PUECH I.(dir.) [2004], *Conditions de travail, les enseignements de 20 ans d'enquête*, Toulouse, Octares
- VIGOUR C. [2005], *De la comparaison dans les sciences sociales, pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte
- CATALA N. [2005], *L'emploi des seniors, enquête d'entreprise*, Paris, la Documentation française
- Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic*, Etudes et résultats, DREES, °486, mai 2006
- Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic*, Etudes et résultats, DREES, °487, mai 2006
- BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P.[2006], *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po
- DILHUYDY JM. [2006], « La réinsertion professionnelle des patientes traitées pour un cancer du sein. », *Oncologie* 8, p. 245-250
- DUFOUR C., HEGE A. [2002], *L'Europe syndicale au quotidien : la représentation des salariés en France, Allemagne, Grande-Bretagne et Italie*, Bruxelles-Genève, PIE-Peter Lang.