



Cornell University
ILR School

Cornell University ILR School
DigitalCommons@ILR

GLADNET Collection

Gladnet

3-2005

Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi

Practhis Ile-de-France, practhis@practhis.asso.fr

Follow this and additional works at: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect>

This Article is brought to you for free and open access by the Gladnet at DigitalCommons@ILR. It has been accepted for inclusion in GLADNET Collection by an authorized administrator of DigitalCommons@ILR. For more information, please contact hmdigital@cornell.edu.

Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi

Abstract

La prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé ou de handicap constitue un enjeu majeur des politiques en faveur des personnes handicapées, rappelé tant par la circulaire DGEFP – DRT – DSS n° 2002/15 du 21 mars 2002 que par la loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. L'État, la Cnam, l'Agefiph se mobilisent au niveau national sur cette question et initient sur les territoires et entre institutions des partenariats allant vers une meilleure prise en compte des problématiques propres au maintien dans l'emploi. Au niveau de l'Ile-de-France, la DRTEFP, la Cramif, l'Agefiph, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Cisme et l'association Cinergie ont signé fin 2003 une Charte de partenariat visant à amplifier et optimiser les efforts conduits ces dernières années sur le sujet. Parmi les axes de travail retenus, le cadrage statistique propre au maintien a fait l'objet d'une attention particulière. La présente étude constitue un premier « état des lieux » de la situation de l'Ile-de-France, susceptible de servir de point de repère pour des réflexions et travaux ultérieurs.

Comments

French Language Document courtesy of CTNERHI

Mars
2005

Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés

en Ile-de-France

Prévention de la désinsertion
professionnelle et maintien
dans l'emploi



z o o m

Étude réalisée par Émilie Clainchard, Practhis Ile-de-France,
Avec les contributions d'Élodie Josse, Sandrine Lévy, Frédérique Fournier et Pascal Clarke,
et la collaboration en groupes de travail des chargés de mission maintien dans l'emploi
des PDITH d'Ile-de-France.



Practhis Ile-de-France

9, rue Sainte-Anastase, 75003 Paris
Téléphone : 01 53 01 64 60
Télécopie : 01 53 01 64 69
practhis@practhis.asso.fr

Avec le soutien du FSE



Table des matières

PRÉAMBULE	4	PARTIE 3 : LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI À TRAVERS LES PDITH	35
PARTIE 1 : LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI : CADRE ET REPÈRES	7	TYPOLOGIE DES SIGNALEMENTS	37
ÉLÉMENTS DE CADRAGE	8	• Provenance des signalements	37
DONNÉES DE CONTEXTE	9	• Typologie selon l'origine du signalement	37
• L'emploi	9	LES SALARIÉS ET LES ENTREPRISES CONCERNÉS	43
Salariés et lieux de résidence	11	• Les salariés concernés	43
Caractéristiques des salariés	11	Âge et sexe	43
• La santé	11	Niveau de formation déclaré	43
• Le système d'acteurs	12	Qualification	44
Acteurs médicaux	12	Handicap	44
Acteurs sociaux	12	Inaptitude	46
Acteurs « professionnels »	13	Situations vis-à-vis de l'emploi au moment du signalement	47
INDICATEURS DE SUIVI RELATIFS		Comparaison avec les caractéristiques des DOETH et des DEFM	48
AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI	14	• Les entreprises concernées	50
• Les licenciements pour inaptitude	14	CARACTÉRISTIQUES DES MAINTIENS DANS L'EMPLOI	52
• Les situations à risques de désinsertion professionnelle	15	• Maintien dans l'emploi selon le profil du public	53
Les avis d'aptitude prononcés par la médecine du travail	15	Sexe	53
Les déclarations d'AT/MP	17	Âge	54
Les arrêts de travail « de longue durée »	17	Niveau de formation déclaré	55
Les salariés en affections longue durée (ALD)	18	Qualification	55
SYNTHÈSE DE LA PREMIÈRE PARTIE	22	Ancienneté dans l'entreprise	56
		Handicap	56
		• Maintien dans l'emploi selon les caractéristiques du signalement	59
PARTIE 2 : L'ACTIVITÉ DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	23	IMPACT DES MESURES ET	
MÉDECINE DU TRAVAIL ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI	23	ACTIONS MOBILISÉES SUR LE MAINTIEN	64
ASSURANCE MALADIE ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI ...	26	• Actions mobilisées	65
ENTREPRISE ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI	26	• Mesures spécifiques	68
PDITH ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI	28	• Zooms sur certaines mesures et actions	68
LE SIGNALEMENT, FAIT DÉCLENCHÉUR		Subvention forfaitaire « maintien » de l'Agefiph	68
DE L'ACTIVITÉ DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	28	Temps partiel thérapeutique	68
• Les signalements au sein de la Sécurité sociale	29	La « visite de pré-reprise »	69
• La dynamique du signalement autour du PDITH	30	Actions de « Bilan/évaluation de la personne »	69
SYNTHÈSE DE LA DEUXIÈME PARTIE	33	Actions d'« Étude de la situation de travail »	70
		Actions de « Formation de la personne »	71
		• Récapitulatif : taux de maintien en fonction de la mobilisation ou non d'actions/mesures	72
		SYNTHÈSE DE LA TROISIÈME PARTIE	73

Préambule

La prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé ou de handicap constitue un enjeu majeur des politiques en faveur des personnes handicapées, rappelé tant par la circulaire DGEFP – DRT – DSS n° 2002/15 du 21 mars 2002 que par la loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

L'État, la Cnam, l'Agefiph se mobilisent au niveau national sur cette question et initient sur les territoires et entre institutions des partenariats allant vers une meilleure prise en compte des problématiques propres au maintien dans l'emploi.

Au niveau de l'Ile-de-France, la DRTEFP, la Cramif, l'Agefiph, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Cisme et l'association Cinergie ont signé fin 2003 une Charte de partenariat visant à amplifier et optimiser les efforts conduits ces dernières années sur le sujet.

Parmi les axes de travail retenus, le cadrage statistique propre au maintien a fait l'objet d'une attention particulière. La présente étude constitue un premier « état des lieux » de la situation de l'Ile-de-France, susceptible de servir de point de repère pour des réflexions et travaux ultérieurs.

Précisions sur la démarche

Cette étude, réalisée dans le cadre de l'Observatoire régional des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés et sous l'autorité du comité de pilotage de la Charte régionale Maintien dans l'emploi, s'est appuyée sur différentes sources, à savoir pour l'essentiel :

- les données du service social de la Cramif (année 2003) ;
- les données de l'inspection médicale régionale de la DRTEFP (année 2003) ;
- les données des Assédic d'Ile-de-France (année 2004) ;
- l'analyse de plus de 4 000 dossiers individuels traités par les dispositifs maintien dans l'emploi des PDITH en 2003 et 2004 (extraits de la base de données des PDITH d'Ile-de-France/Adhoc) ;
- des études précédemment réalisées (Dares, ORS, IGF...).

L'analyse de ces données se répartit en trois grands axes :

- **un préambule sur le contexte francilien du maintien** dans l'emploi : structure de l'emploi salarié, repères en matière de santé et/ou « de situations à risques de désinsertion professionnelle », acteurs du maintien, éléments de définition...
- **une approche exploratoire de l'activité** de maintien dans l'emploi : interventions en matière de maintien selon les acteurs, estimations des volumes de situations prises en charge, dynamique du signalement...
- **une analyse des situations de maintien traitées par les dispositifs PDITH**, estimées représentatives des situations de maintien de l'Ile-de-France : nature des signalements, public et entreprises concernés, descriptif et caractéristiques des situations et maintiens réalisés, impact des actions et mesures mobilisées.

Certaines données de contexte manquantes ou incomplètes ont été traitées de manière estimative, à partir d'études plus anciennes ou nationales, et sont donc à considérer comme des projections strictement indicatives.

Au fil de l'étude, des références et indicateurs ont été arrêtés pour décrire ou analyser les données (maintien, signalement, taux de maintien, action/mesure, spécifique/spécialisé, « situations difficiles »...), repères qui n'ont pour objet que de clarifier les traitements réalisés.

S'agissant d'une première étude de ce type sur le sujet, il reste de toute évidence quelques notions ou définitions à affiner, comme des sources d'information à compléter. Le choix d'un traitement régional des données pour le volet PDITH, même si certaines sont abordées de manière départementale, tient compte de cette précaution. Il serait nécessaire dans un second temps de réintégrer les spécificités territoriales (organisation du PDITH, profils des entreprises du département, etc.).

D'autres traitements seront conduits par la suite pour actualisation et approfondissement des données, enrichis de travaux départementaux menés par les PDITH sur ce thème comme d'études et/ou de partenariats institutionnels spécifiques.

Remerciements :

Nous remercions l'ensemble des services ayant contribué à la réalisation de cette étude, notamment l'inspection médicale régionale de la DRTEFP, le service social de la Cramif et les Assédic d'Ile-de-France, et pour leurs contributions, éclairages, et expertise : Monsieur Jany Audier, responsable du service social régional de la Cramif, ainsi que les chargés de mission maintien des PDITH : Mesdames Fabienne Baron, Katia Bergamini, Brigitte Brugidou, Anne de Rouvray, Ludivine Letendre, Danièle Nantey, Hélène Ricordeau, Lysiane Rouch, Fatma Salaani, Eva Sanchez, et Messieurs Alain Gnanou, Bernard Vogel.

Études mobilisées à titre d'éclairages :

- « Démographie médicale en Ile-de-France, état des lieux et devenir de la profession », Drass Ile-de-France inspection régionale de la santé, juillet 2003 ;
- « La santé des Franciliens, panorama de la santé en Ile-de-France », ORS Ile-de-France, octobre 2003 ;
- « Les dépenses d'indemnités journalières », rapport IGF n° 2003-M-049-01/Igas n° 2003 130, octobre 2003 ;
- « Accidents, accidentés et organisation du travail » (résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998), Dares Premières informations et premières synthèses 2002.05 – n° 20.1 ;
- « Enquête sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'une déclaration médicale d'inaptitude totale permanente à leur poste de travail », ACMS, 2004 ;
- « Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques », Anaes, septembre 2004 ;
- Enquête Handicaps incapacités dépendances, Insee, 1999 ;
- « Le maintien dans l'emploi en Corse 2001-2002-2003 », Observatoire régional de l'emploi et de l'insertion des personnes handicapées Corse, juin 2004 ;
- « Les déplacements domicile - travail, de plus en plus d'actifs travaillent loin de chez eux », Insee Première n° 767, avril 2001 ;
- Enquête globale de transport 2001 (EGT 2001) dans le cadre du plan de développement urbain de la direction régionale de l'équipement d'Ile-de-France.



Le maintien dans l'emploi : cadre et repères

Le maintien dans l'emploi ayant pour objectif de prévenir la désinsertion professionnelle, il convient pour analyser le champ concerné d'en identifier le périmètre, de le resituer dans un contexte général (emploi, santé, système d'acteurs), et d'en déterminer la cible¹.

Cette partie de l'étude, en fonction des données disponibles – données qui nécessiteraient des approfondissements et qui sont à prendre avec toutes les précautions d'usage et/ou à titre strictement indicatif – s'attache à donner autant que possible un cadre et des points de repères à « l'activité de maintien dans l'emploi » (traitée en partie 2).

¹ Sans pour autant parler de « champ à couvrir » qui relève quant à lui des politiques locales et priorités des dispositifs.

Éléments de cadrage

Le maintien dans l'emploi est une notion récente qui s'est fondée progressivement sur des références proches ou des corollaires, tels que :

- la prévention des risques professionnels² ;
- la promotion de la santé au travail ;
- l'intégration des personnes handicapées en entreprise ;
- la gestion des âges face au vieillissement de la population active ;
- ...

Dans le cadre des politiques publiques, et pour la présente étude, le maintien dans l'emploi recouvre généralement « **les activités de prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé et/ou de handicap** ».

Dans cet esprit, le maintien dans l'emploi vise à traiter³, par tous les moyens⁴ et le plus tôt possible, les situations de santé ou de handicap susceptibles de faire peser un risque pour l'emploi.

Le maintien dans l'emploi constitue en ce sens le complément nécessaire des activités d'insertion professionnelle des personnes handicapées en recherche d'emploi.

Le maintien dans l'emploi déborde la seule notion de reclassement dans l'entreprise dont le Code du travail fait une obligation.

Bien sûr, 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. Ainsi, le cadre type d'une situation de maintien dans l'emploi est celui d'une inaptitude constatée, que la constatation soit officielle⁵ ou non.

Mais le maintien dans l'emploi recouvre également des situations de risques d'inaptitude, situations qui peuvent être de différentes natures et relever d'autres acteurs de la santé ou de l'entreprise (voir plus loin, « situations à risques »).

C'est la logique de l'amont qui conditionne le champ concerné par le maintien dans l'emploi, amont qui peut être la situation d'un salarié avec **un handicap s'aggravant**, susceptible de conduire à une inaptitude ou à un arrêt de travail, ou celle d'un salarié en **arrêt de travail pour raison de santé** aux incidences sur l'emploi méconnues.

Malgré cet élargissement « de situations », **le maintien dans l'emploi reste distinct :**

- **de la notion de prévention des risques professionnels** (il ne couvre pas directement ce champ d'intervention même si certaines situations de maintien peuvent découler effectivement d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle) ;
- **de la seule reconnaissance du handicap** au sens de la loi (cette reconnaissance ne présupant pas de l'aptitude à un poste déterminé).

Outre ces précisions, **le maintien dans l'emploi se démarque également du seul reclassement, à travers les solutions mises en œuvre.** Là où le reclassement (au sens réglementaire) s'arrête à l'entreprise et à l'emploi, le maintien dans l'emploi s'attache à la dynamique professionnelle dans son ensemble et vise à trouver des solutions :

- soit de retour rapide à l'emploi (reclassement précoce dans une autre entreprise, une autre activité) ;
- soit de sortie anticipée du travail, dès lors que cette solution apparaît comme favorable.

C'est dans cette perspective que l'on parle communément de « dispositif » de maintien dans l'emploi, dans la mesure où il ne repose pas a priori sur le champ de compétences d'un acteur unique et déterminé (voir également partie 2 - l'activité de maintien dans l'emploi).

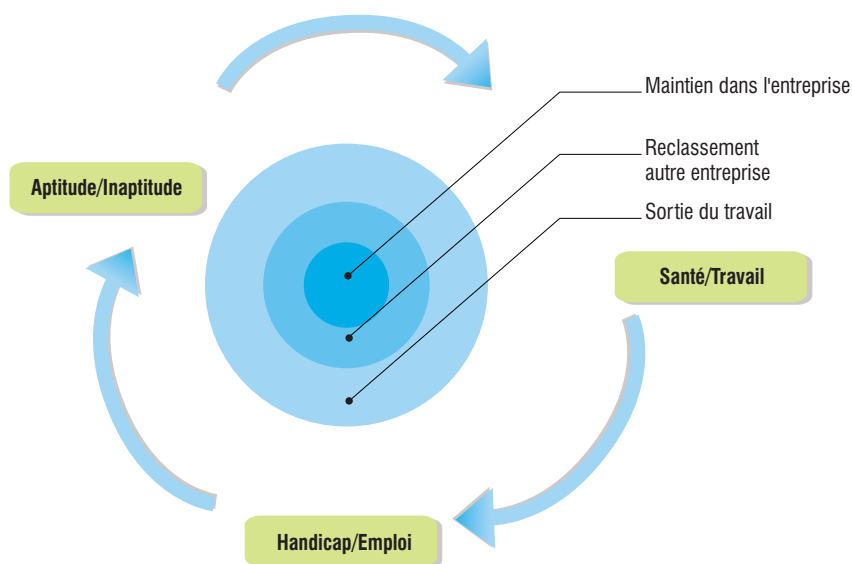
² Obligation incombant à tous les employeurs, la prévention des risques professionnels doit permettre de supprimer ou réduire les risques d'accident ou de maladie auxquels les salariés peuvent être exposés. La prévention des risques est à distinguer de la prévention de la désinsertion professionnelle, qui peut se situer le cas échéant en aval d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail, ou bien être sans relation préalable avec un risque professionnel au sens réglementaire.

³ Outre les actions d'information, de communication, de promotion et de formation en faveur des acteurs et publics concernés.

⁴ Mise en relation d'acteurs, études, aménagements, actions de bilans et de formation, mobilisation de mesures...

⁵ Faisant l'objet d'un avis réglementaire.

Le maintien dans l'emploi – notions couvertes



Données de contexte

L'emploi⁶

La région Ile-de-France regroupe 22 % des entreprises nationales (établissements du secteur privé) et 25 % des salariés. Elle compte environ 5 millions d'actifs occupés, dont 4 millions pour le privé (20 % des emplois de la région sont des emplois publics).

Les entreprises de plus de 200 salariés y sont fortement représentées (29 % de ces entreprises se situent en Ile-de-France, et emploient 32 % des salariés des entreprises de cette taille), comme les établissements sans salarié (près de 6 établissements sur 10, sachant que 16 % des emplois non salariés sont en Ile-de-France).

On retrouve également sur la région une forte proportion de sièges sociaux (trois quarts des sièges sociaux des banques et des compagnies d'assurance et plus d'un quart des sièges sociaux de l'industrie⁷).

⁶ Le choix pour cette étude a été généralement de traiter les données relatives aux entreprises du secteur privé, les données d'activité « maintien » portant sur ce champ (pas d'information pour l'emploi public sur ce sujet).

⁷ Source : CRCI/IAURIF

► Volume d'entreprises par département francilien et France entière

Établissements	Paris (75)	Seine-et-Marne (77)	Yvelines (78)	Essonne (91)	Hauts-de-Seine (92)	Seine-Saint-Denis (93)	Val-de-Marne (94)	Val-d'Oise (95)	Ile-de-France	France entière
1 à 19 salariés	128 797	22 480	25 682	19 936	37 412	27 320	26 837	18 587	307 051	1 390 890
20 à 49 salariés	6 117	1 705	1 791	1 644	2 914	1 964	1 870	1 477	19 482	89 058
50 à 99 salariés	1 814	540	629	507	1 103	571	548	451	6 163	27 479
100 à 199 salariés	914	280	322	282	688	333	266	236	3 321	13 229
200 salariés et +	694	147	226	175	654	198	192	147	2 433	8 412
Total	138 336	25 152	28 650	22 544	42 771	30 386	29 713	20 898	338 450	1 529 068

Source : Unedic 2003

► **Volume de salariés par département francilien et France entière**

Établissements	Paris (75)	Seine-et-Marne (77)	Yvelines (78)	Essonne (91)	Hauts-de-Seine (92)	Seine-Saint-Denis (93)	Val-de-Marne (94)	Val-d'Oise (95)	Ile-de-France	France entière
1 à 19 salariés	468 785	100 225	110 128	89 873	152 858	115 836	110 631	82 868	1 231 204	5 654 756
20 à 49 salariés	186 854	52 569	55 002	51 749	90 337	60 293	57 596	45 548	599 948	2 746 085
50 à 99 salariés	125 764	37 456	43 753	35 250	76 778	40 152	37 532	31 211	427 896	1 885 478
100 à 199 salariés	125 809	38 387	45 034	37 659	96 468	46 324	36 989	33 145	459 815	1 827 746
200 salariés et +	353 648	70 098	133 806	75 673	338 182	86 829	74 412	61 357	1 194 005	3 702 883
Total	1 260 860	298 735	387 723	290 204	754 623	349 434	317 160	254 129	3 912 868	15 816 948

Source : Unedic 2003

► **Volume d'entreprises et de salariés par secteur d'activité en Ile-de-France et en France**

Secteur d'activité	Ile-de-France		France entière	
	Établissements	Salariés	Établissements	Salariés
Agriculture, sylviculture et pêche	124	598	1 927	10 082
Industries agricoles et alimentaires	5 341	53 365	47 666	533 541
Industries des biens de consommation	10 386	181 215	33 671	625 735
Industrie automobile	233	60 911	1 980	287 470
Industries de biens d'équipement	4 385	144 599	30 611	762 667
Industries de biens intermédiaires	6 065	120 315	48 080	1 380 294
Énergie	230	15 922	1 758	74 753
Construction	26 625	229 261	171 256	1 262 065
Commerce	72 033	707 618	362 908	3 007 144
Transports	9 266	155 198	46 458	784 113
Activités financières	9 705	265 318	44 616	590 845
Activités immobilières	58 029	136 190	129 929	325 275
Services aux entreprises	57 340	1 061 209	192 364	2 913 382
Services aux particuliers	47 072	388 107	233 954	1 260 247
Éducation, santé, action sociale	20 259	262 168	131 173	1 497 811
Administration	11 087	130 124	50 409	500 574
Activité inconnue	270	750	308	950
Ensemble	338 450	3 912 868	1 529 068	15 816 948

Source : Unedic 2003

L'Ile-de-France est une région très peu agricole : 6 % des salariés et des entreprises agricoles se situent en Ile-de-France.

En revanche, les activités immobilières, les industries de biens de consommation et les services aux entreprises sont très nettement surreprésentés (respectivement 45 %, 31 % et 30 % des entreprises de ces secteurs).

Parallèlement, la région occupe une part importante des salariés des activités financières, immobilières, ainsi que des services aux entreprises (45 %, 42 % et 36 % des salariés de ces secteurs).

Salariés et lieux de résidence

Même si la commune est l'échelle la plus couramment utilisée dans les études sur les déplacements domicile - lieu de travail, on dispose de quelques données sur les déplacements interdépartementaux. En 1999 et pour la France entière, 3 551 000 des 23 055 000 d'actifs occupés (soit 15 %) travaillent dans un département qui n'est pas leur département de résidence⁸.

En Ile-de-France, 39 % des salariés travaillent dans un département différent⁹. Cette moyenne régionale présente de fortes variations départementales (selon les départements, 30 % à 71 % des personnes ont des départements de résidence et de travail différents).

Si on se réfère au découpage géographique de la région – Paris, Petite Couronne, Grande Couronne – on constate que cette proportion varie¹⁰ :

- 67 % des Parisiens travaillent à Paris ;
- 68 % des résidents de la Petite Couronne y travaillent ;
- 71 % des résidents de la Grande Couronne y travaillent.

À titre indicatif, 2,5 % des situations résolues par les axes maintien des PDITH concernent des personnes qui résident hors Ile-de-France.

Inversement, il semble que la proportion de résidents d'Ile-de-France qui vont travailler hors de leur région est en assez forte augmentation même si cela reste marginal (environ 1 %¹¹).

Caractéristiques des salariés

De source Insee-RGP 1999 : pour les catégories socioprofessionnelles, l'ensemble Paris/Petite Couronne présente de légères différences par rapport à la région : on y dénombre un peu plus de cadres et de professions intellectuelles supérieures (24,6 % contre 21,3 %) et un peu moins d'ouvriers (16,5 % contre 18,2 %).

À l'échelle nationale, 30 % des femmes actives occupées travaillent à temps partiel, contre 5,4 % des hommes actifs occupés (source Insee, enquête emploi 2003).

Pour l'Ile-de-France cette proportion serait inférieure (20 % des femmes travaillant à temps partiel contre 33 % en province – Insee, enquête emploi mars 2002).

Si on ne dispose pas de données actualisées sur la pyramide des âges des salariés, on peut noter pour mémoire que la région Ile-de-France est une des régions les plus jeunes de métropole, notamment sur les tranches 20-35 ans (plus sensiblement chez les femmes) et une part de plus de 55 ans nettement inférieure à la part nationale.

La santé

La région Ile-de-France se caractérise par une forte démographie médicale. En 2002¹², la région comptait, avec près de 47 000 médecins, 1/4 des médecins spécialistes et 1/5 des omnipraticiens, soit 25 % des médecins du territoire pour 19 % de la population métropolitaine.

La densité de médecin par habitant reste toutefois très hétérogène entre les 8 départements de la région (247 à 846 médecins pour 100 000 habitants).

En matière de santé, si globalement l'espérance de vie est plus élevée en Ile-de-France, de grandes disparités existent en fonction des territoires, liées notamment aux écarts socio-économiques et inégalités sociales de santé¹³. Ces disparités à l'intérieur de la région opposent généralement le centre et le sud-ouest au nord-est.

⁸ Source Insee, recensement 1999.

⁹ Source PDITH/Adhoc.

¹⁰ Les proportions obtenues à partir des données PDITH sont du même ordre que celles constatées dans l'enquête globale de transport 2001 (EGT 2001) dans le cadre du plan de développement urbain de la direction régionale de l'équipement d'Ile-de-France. Cependant, l'enquête EGT 2001 indique une moindre mobilité (écart de 10 points).

¹¹ Source : enquête EGT 2001.

¹² Source : Drass Ile-de-France Inspection régionale de la santé « Démographie médicale en Ile-de-France, état des lieux et devenir de la profession », juillet 2003.

¹³ Source ORS Ile-de-France, « La santé des Franciliens, panorama de la santé en Ile-de-France », octobre 2003.

Par ailleurs, les taux de mortalité prématurée (décès avant 65 ans), considérés comme indicateurs de santé, sont plus proches de la moyenne nationale (légèrement inférieur pour les hommes, égal à la moyenne pour les femmes).

En outre, certains facteurs préoccupants sont soulignés pour l'Ile-de-France : la santé mentale et la souffrance psychique notamment, mais également les conduites à risque chez les jeunes ou l'obésité.

Du point de vue des accidents du travail et maladies professionnelles ou des admissions en « affections de longue durée » (abordées plus loin), l'Ile-de-France ne présente pas à première vue de caractéristiques particulières. Les volumes considérés sont en effet représentatifs du poids de la population francilienne sur la population nationale (on dispose cependant de peu de données actualisées pour la région).

Le système d'acteurs

Outre l'employeur et le salarié, les acteurs concernés par le maintien dans l'emploi sont de différentes natures, et souvent très nombreux.

Pour l'Ile-de-France, à titre indicatif, on dénombre plus de **90 000 professionnels susceptibles d'être impliqués sur le sujet**, dont plus de **2 500 pour ce qui est généralement considéré comme le « premier cercle » du maintien** (médecine du travail, assurance maladie, PDITH).

De manière non exhaustive et à titre indicatif, on peut les répertorier comme suit :

Acteurs médicaux

- 1 740 médecins du travail¹⁴ dont 1 273 en services interentreprises et 467 en services autonomes¹⁵.
- Plus de 500 médecins conseils¹⁶ pour l'assurance maladie.
- Plus de 45 000 médecins¹⁷, généralistes (20 000) et spécialistes (25 000).
- Auxquels il faut ajouter les médecins Cotorep, les médecins inspecteurs régionaux, les infirmières du travail...

Ces acteurs essentiels du maintien interviennent à différents titres. Si le médecin du travail reste au cœur du dispositif, puisqu'il aura à traiter de la question de l'aptitude au poste de travail ou de l'éventuel reclassement dans l'entreprise, le médecin conseil de l'assurance maladie joue également un rôle déterminant, en particulier dans le suivi des arrêts et de la question du « retour au travail » après maladie ou accident.

Le médecin traitant, qu'il soit « de ville », hospitalier, de rééducation, spécialiste ou omnipraticien, se situe quant à lui en amont de la démarche et joue un rôle actif notamment dans l'information du patient/salarié.

Acteurs sociaux

- Environ 400 assistants de service social régional pour l'assurance maladie.
- Les assistants sociaux des Cotorep, des services de santé au travail, de l'entreprise, des services sociaux communaux, des conseils généraux, ...

Les acteurs sociaux sont en général au premier plan du dispositif d'accompagnement dans les situations de maintien, à travers les sollicitations en matière d'aides financières et de démarches administratives (reconnaissance du handicap, par exemple).

Le service social de l'assurance maladie est un acteur clef du maintien dans l'emploi, de par sa place dans le système de signalement précoce des situations à risques de désinsertion professionnelle, en lien avec le service médical.¹⁸

¹⁴ Source DRTEFP/ MIRTMO 2004

¹⁵ Soit environ 25 % des médecins France entière (près de 7 000 médecins du travail dans 350 services inter-entreprise et 350 services d'entreprises) – données « Plan santé au travail 2005-2009 ».

¹⁶ Source www.smamif.org 2004 sans précision de date

¹⁷ Source Drassif 2003, données 2001.

¹⁸ Dispositif national, décliné en régions, propre à la politique de l'assurance maladie en matière de prévention de la désinsertion et de maintien dans l'emploi

Acteurs « professionnels »

- Les chargés de mission maintien des PDITH (une quinzaine de personnes).
- Les Cap emploi (une centaine de personnes).
- Les intervenants en prévention des risques professionnels¹⁹ (IPRP) des services de santé au travail (données inconnues).
- 31 399²⁰ CE en 2003 (nombre égal aux entreprises de plus de 20 salariés).
- 11 917²¹ CHSCT en 2003 (nombre égal aux entreprises de plus de 50 salariés).
- Auxquels il faut ajouter les services RH ou du personnel, les délégués du personnel, les syndicats de salariés et organisations patronales...

Les acteurs professionnels sont les plus nombreux et les moins faciles à dénombrer.

On distingue en général les acteurs professionnels intervenant dans l'entreprise - instances représentatives du personnel, fonctions RH ou personnel - des acteurs extérieurs à l'entreprise, qui auront des rôles en matière de maintien plus proches du conseil et de l'accompagnement, voire de l'arbitrage pour certains d'entre eux (inspecteurs du travail, par exemple).

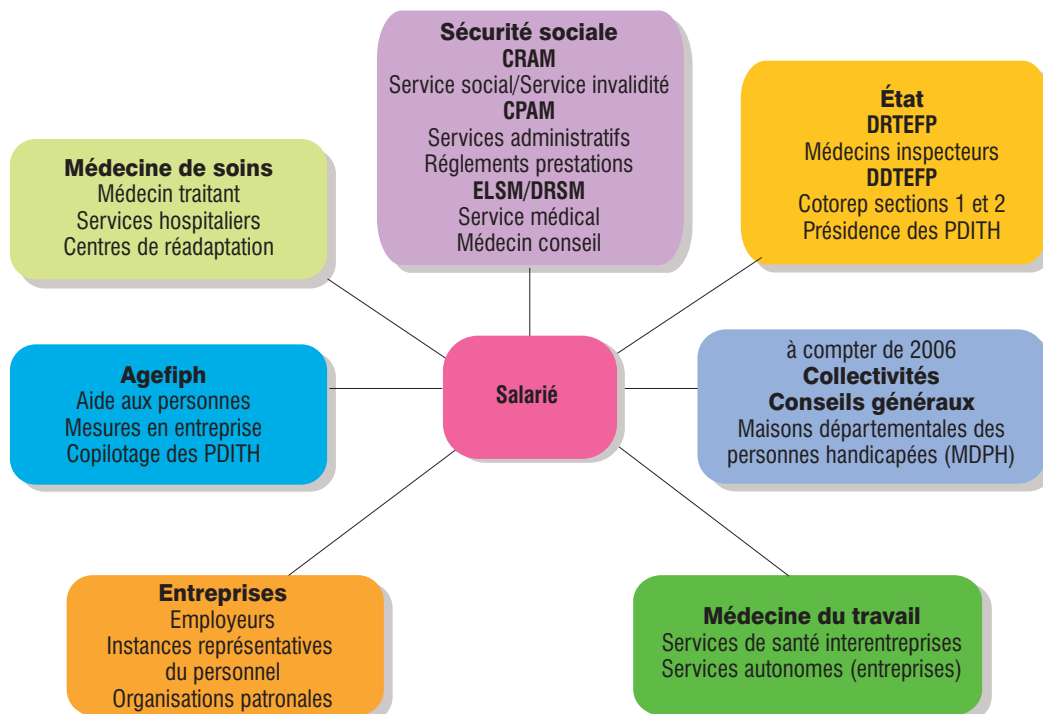
Parmi ces acteurs professionnels « externes », les chargés de mission des dispositifs de maintien dans l'emploi des PDITH ont une place à part, en tant que facilitateurs du maintien, et à l'articulation si besoin des différents circuits médicaux, sociaux et professionnels.

¹⁹ Pour mémoire, les IPRP ont été introduits avec les réformes relatives à la pluridisciplinarité : il s'agit des compétences complémentaires mobilisées par les services de santé au travail en matière de prévention des risques professionnels : ergonomes, psychologues, etc.

²⁰ Source : Unedic 2003.

²¹ Source : Unedic 2003.

Panorama des partenaires du maintien dans l'emploi (non exhaustif)



● Guide de lecture

Les dispositifs des PDITH, dans la mesure où ils interviennent en appui des missions des acteurs présentés ci-contre, ne sont pas explicitement représentés dans le schéma. De même, certains acteurs associés (tels que les centres de formation et de bilan) ne sont pas répertoriés pour ne pas alourdir le schéma.

Indicateurs de suivi relatifs au maintien dans l'emploi

Il n'existe pas à proprement parler d'indicateurs spécifiques au maintien dans l'emploi, ceux-ci restant majoritairement à construire. On peut cependant en dégager certains à partir des données disponibles et s'efforcer de les suivre dans la durée.

Les licenciements pour inaptitude

La donnée la plus souvent observée quant à la « situation du maintien dans l'emploi » est celle des **licenciements pour inaptitude** (voir encadré).

²² Données des différentes Assédic d'Ile-de-France. Pour 5 départements on ne dispose des volumes que pour les 10 premiers mois de l'année projetés sur 12 mois. NB : le terme de licenciement pour inaptitude physique, utilisé en codification, est conservé, mais recouvre bien a priori la notion d'inaptitude quelle qu'en soit la cause de santé.

²³ Rapporté à l'ensemble du public entrant au chômage (soit 943 324 entrées DEFM tout public catégorie 1 au 31/12/2004, données non disponibles pour l'ensemble des catégories au 31/12/2004). Les entrants pour motif de licenciement pour inaptitude n'étant pas forcément bénéficiaires de la loi.

À titre indicatif, ce volume de 6 300 entrants représente l'équivalent de 25 % des 24 948 DETH (catégorie 1) entrés au chômage au 31/12/2004.

²⁴ 260 205 entrées au chômage (tout public catégorie 1) pour « licenciements » au 31/12/2004.

MÉTHODOLOGIE

Licenciements pour inaptitude

Cette donnée est aujourd'hui collectée par les Assédic à partir du traitement des « feuilles jaunes » délivrées par les entreprises à la fin d'un contrat de travail. Ce motif de licenciement renseigné dans la rubrique « autre » des motifs de fin de contrat n'est pas repris de manière détaillée dans les données statistiques ANPE (6 motifs d'entrée au chômage contre plus de 50 au niveau Assédic). Le motif exactement répertorié est : « licenciement pour inaptitude physique » mais recouvre a priori toutes les situations d'inaptitude. Les Assédic contrôlent ce motif, comme d'autres, au titre de l'ouverture des droits à indemnisation.

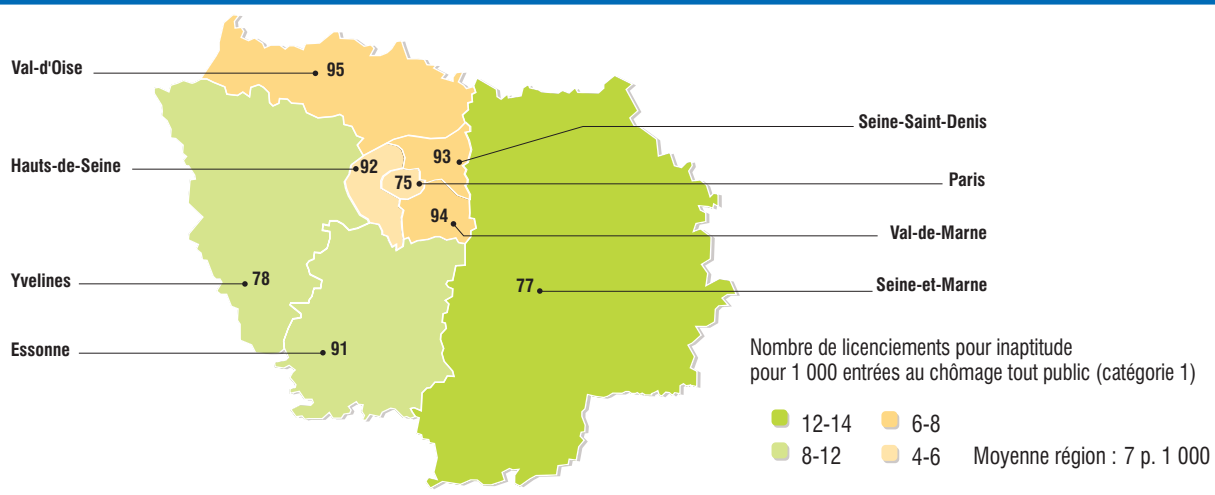
La donnée « licenciement pour inaptitude » n'est pas représentative de l'intégralité des situations de perte d'emploi pour raison de santé ou d'inaptitude. La perte d'emploi peut s'être traduite en effet par une démission, un licenciement négocié pour un autre motif, une sortie du travail. Par contre, le motif « pour inaptitude » est a priori fiable compte tenu des implications que celui-ci peut représenter pour l'employeur. Pour suivre l'évolution de cette donnée en tenant compte du contexte, le volume de licenciements est mis en rapport avec les entrées au chômage, d'une part, et le volume des inaptitudes d'autre part.

En Ile-de-France, les données disponibles à ce jour font état pour 2004 d'environ 6 300 licenciements pour cause d'inaptitude²².

Quelques ratios peuvent éclairer ce volume estimé. Ces 6 300 licenciements pour inaptitude représenteraient :

- 1 licenciement pour 6 inaptitudes prononcées ;
- 0,7 % des entrées au chômage²³ ;
- 2,4 % des licenciements tous motifs confondus²⁴.

Poids des licenciements pour inaptitude dans les entrées au chômage



Sources : ANPE, Assédic

Les situations à risques de désinsertion professionnelle

Une des principales difficultés pour déterminer avec exactitude la cible du maintien dans l'emploi relève de l'alternance des **situations au travail et hors travail**. Une situation relevant du maintien dans l'emploi n'est en effet jamais totalement figée dans un « espace d'intervention » donné. Un problème peut se poser alors que la personne est en poste et évoluer vers un arrêt de travail, ou au contraire se présenter alors que le salarié est en soin et persister après la reprise du travail. Dans l'analyse des données de contexte (comme dans l'intervention elle-même), cette dimension particulière du maintien doit être gardée à l'esprit.²⁵

L'autre difficulté, corollaire de la première, relève du « temps d'intervention » à considérer, du degré d'anticipation à prendre en compte pour évaluer les situations à risques. Si les situations en amont sont considérées comme une priorité en matière de prévention de la désinsertion, il est nécessaire d'en définir les limites afin de ne pas :

- déborder le champ du maintien (par exemple, sont écartées dans l'étude les données relevant de la prévention des risques professionnels - analyse via les secteurs présumés à risques d'accidents ou de maladies) ;
- associer implicitement au traitement des données des préjugés trompeurs (par exemple sur les questions de handicap et d'inaptitude : les données relatives aux travailleurs handicapés employés ne sont donc pas prises en compte au titre de l'examen des situations à risques).

Ces précautions prises, l'identification des situations à risques de désinsertion professionnelle peut s'appuyer sur des situations où l'adéquation santé/travail est susceptible de poser des difficultés d'aptitude.

Dans ce cadre, quatre entrées chiffrées peuvent servir de repères :

- les avis d'aptitudes prononcés par la médecine du travail ;
- les déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (branche AT/MP de l'assurance maladie), dont les nouveaux titulaires de rente d'accident du travail/maladie professionnelle ;
- les déclarations de salariés en affections de longue durée (ALD) enregistrées par l'assurance maladie (service médical) ;
- les arrêts de travail de longue durée (ou dont la durée est identifiée à travers le Code du travail comme « à risque », c'est-à-dire avec obligation de visite de médecine du travail à la reprise).

Les avis d'aptitude prononcés par la médecine du travail

En 2003, l'Unedic comptabilise pour l'Ile-de-France près de 4 millions de salariés du secteur privé. L'enquête annuelle de l'inspection médicale pour cette même année porte sur un effectif inscrit de référence d'environ 3,4 millions de salariés.

17 % des salariés ne seraient pas inscrits à un service de médecine du travail et 10 % des salariés inscrits n'auraient pas passé de visite : **plus d'un million de salariés (soit 25 % de l'effectif salarié total en Ile-de-France) n'auraient pas effectué de visite médicale en 2002**²⁶.

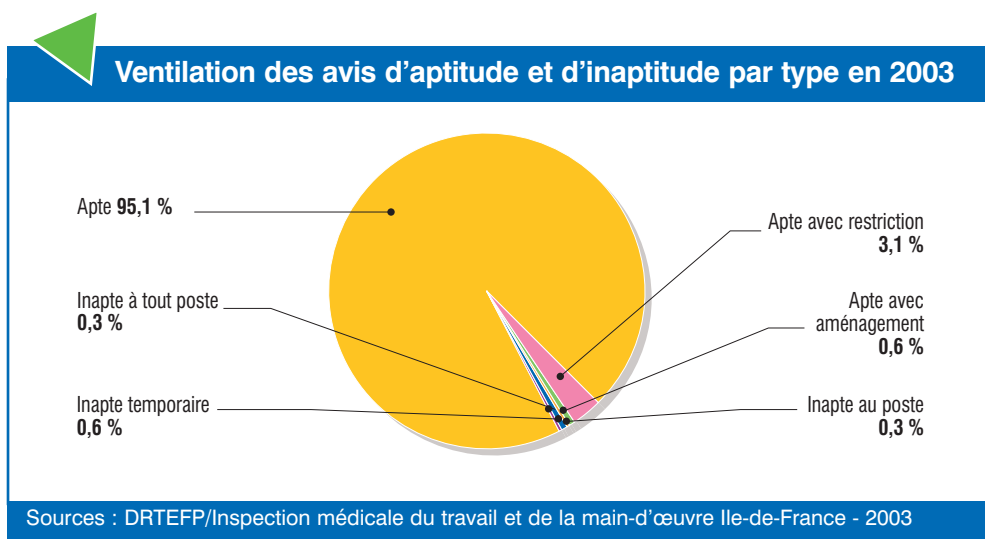
Il est difficile cependant d'extrapoler sur la situation de ces salariés, les motifs de non-inscription et/ou d'absence à la visite annuelle pouvant être variés. Il ne faut pas cependant négliger les situations de santé susceptibles d'expliquer pour partie ce constat (éviter de la visite, arrêts maladie empêchant de l'effectuer...). À titre indicatif, il y aurait eu au titre de l'assurance maladie (régime général) pour l'année 2002²⁷, 36 000 arrêts maladie de plus d'un an.

À partir des données actualisées en 2003, **4,9 % de l'ensemble des visites donneraient lieu à un avis d'inaptitude ou à un avis d'aptitude avec restrictions** (ce qui correspondrait à environ 167 000 personnes en situation de risque).

²⁵ Notamment quand il s'agit d'additionner des données issues de différentes sources, ou d'analyser certains chiffres, approches qui nécessitent de bien savoir quel « espace d'intervention » l'information recouvre.

²⁶ Source rapport d'activité inspection médicale régionale 2002.

²⁷ Attention, données extrapolées à partir des sources nationales CNAMTS sur les seuls arrêts maladie, (hors AT/MP et maternité) avec zooms départementaux, issues d'un rapport Igas/IGF d'octobre 2003.



Pour comparaison avec l'année 1997, dernière année disponible pour cette source (lire encadré), la répartition se modifie : **les situations d'inaptitude au poste ou à tout poste se trouveraient doublées (sur ces deux items, 0,6 % contre 0,3 % en 1997 – 0,2 % au poste et 0,1 % à tout poste)**. Rapportées au volume de salariés inscrits, les situations d'inaptitude au poste ou à tout poste auraient été autour de 20 500²⁸ en 2003 (contre 9 300 en 1997) et de 41 000 sur tous les motifs d'inaptitude (y compris inaptitude temporaire, soit 1,2 % des effectifs).

MÉTHODOLOGIE

Données relatives aux situations d'inaptitude ou de risque d'inaptitude

La source de référence relative aux déclarations d'aptitudes est celle de l'inspection médicale du travail de la DRTEFP Ile-de-France. Elle porte pour 2003 sur l'analyse de 174 rapports médicaux de médecins du travail franciliens (127 interentreprise et 47 autonomes) recouvrant plus de 322 000 visites, échantillon équivalant à 10 % des effectifs concernés (3 417 603 salariés). Les modalités de collecte des rapports médicaux tiennent compte des départements, comme des types de services. Elles ont été affinées par rapport aux précédents traitements relatifs à l'année 1997.

NB : il n'y a pas d'indications précises aujourd'hui sur le nombre exact de salariés concernés par les avis prononcés, un salarié pouvant avoir bénéficié de plusieurs avis dans la même année.

Il est important de garder à l'esprit que les situations de santé, et a fortiori l'aptitude, sont examinées par le médecin du travail à partir des examens effectués et des déclarations du salarié. De ce fait, la source « médecine du travail » n'est pas exhaustive des problèmes rencontrés par les salariés, qui peuvent ne pas tenir informé le médecin du travail de leur état de santé.

Les déclarations d'aptitudes « sous conditions » (avec restrictions, sous réserves d'aménagement...) sont communément considérées dans les dispositifs de maintien dans l'emploi comme un élément potentiel d'inaptitude. Les déclarations d'inaptitude restent cependant le point de référence en la matière comme « risque pour l'emploi » (ces déclarations ne donnant pas forcément lieu à un licenciement).

Signalons qu'avec la réforme de la médecine du travail de juillet 2004, les visites médicales périodiques pour les salariés non exposés à des risques professionnels pourront être effectuées tous les deux ans. Les salariés soumis à une « surveillance renforcée » auront eux une périodicité annuelle de visite ou modulée selon les besoins. Les personnes handicapées font partie des salariés soumis à une « surveillance renforcée ».

²⁸ Calculé sur un effectif de 3 417 603 salariés.

« Accidents, accidentés et organisation du travail » (résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998²⁹)

Au niveau national, plus d'un accident du travail sur cinq n'est pas déclaré, un sur dix n'est pas signalé à l'entreprise (2 % pour les accidents avec arrêts).

55 % des accidents ont été suivis d'un arrêt de travail.

1/3 des accidents ont donné lieu à moins de 10 jours d'arrêt, près de la moitié à des

arrêts compris entre 10 et 59 jours et 1/6 à des arrêts de 60 jours ou plus.

La durée moyenne des arrêts était de 32 jours.

Les accidents du travail analysés concernent avant tout les hommes, les ouvriers, les jeunes, les intérimaires ou salariés récemment embauchés.

En 1995, la CNAMTS enregistrait pour l'Ile-de-France **159 451 accidents du travail avec arrêts** (14 % d'accidents de trajet), dont **18 463 avec séquelles** (11,5 % de l'ensemble des accidents)³⁰. Soit un taux d'AT indemnisés de 37 pour 1 000 salariés, plutôt inférieur à la moyenne nationale (47 pour 1 000). Les AT/MP franciliens représentent environ un cinquième des AT/MP France entière.

Pour les maladies professionnelles, un millier de nouvelles déclarations étaient enregistrées pour la même année.

Parallèlement, la Cramif en 2003 gérait 67 852 rentes AT/MP (titulaires de 20 à 59 ans), pour un nombre de personnes estimé à 52 000 - hors Seine-et-Marne) et enregistrait pour cette même année **3 637 nouvelles rentes pour IPP**.

Les arrêts de travail « de longue durée »

On ne dispose aujourd'hui que de données globalisées quant aux arrêts de travail (données suivies via les volumes d'IJ versées par la CNAMTS, voir encadré).

À partir d'une extrapolation des sources nationales tenant compte :

- du nombre d'IJ moyen par salarié estimé pour l'Ile-de-France (ramené vers la moyenne des départements ayant le taux le plus bas, à savoir 7 IJ par salarié) ;
- du volume de salariés concernés (4 millions) ;
- de la part estimée à travers l'enquête (encadré) des assurés demandeurs d'emploi ;
- de la ventilation des effectifs en terme de jours d'arrêt.

Il y aurait eu en 2002 pour la région plus de 900 000³¹ arrêts dont 630 000 (soit 70 %) supérieurs à 15 jours.

Une donnée comparable à la proportion de 23 % d'assurés arrêtés dans l'année en 2002 annoncée dans les travaux nationaux de l'Anaes.³²

Selon le CNAMTS, en 2001, au niveau national, 25 % des salariés avaient eu au moins un arrêt de travail (70 % n'en ayant eu qu'un seul au cours de l'année, 10 % trois arrêts ou plus). La ventilation par durée était la suivante :

- 30 % ont eu moins de 8 jours d'arrêt ;
- 57 % de 8 jours à 90 jours ;
- 13 % ont des arrêts supérieurs à 90 jours.

Cette donnée complémentaire laisse supposer pour l'Ile-de-France un volume de 130 000 personnes arrêtées plus de 90 jours.

²⁹ Dares Premières informations et premières synthèses 2002.05 - n° 20.1.

³⁰ Source ORS Ile-de-France, 1998.

³¹ Seul risque maladie, hors arrêt maternité et AT/MP.

³² Anaes = Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui utilise pour ces estimations l'Epas - Échantillon permanent d'assurés sociaux représentatif au 1/1200^e de la population des assurés des trois principaux régimes de Sécurité sociale et de leurs ayants-droit. Il contient les données administratives nécessaires au remboursement des bénéficiaires et les consommations présentées au remboursement, ainsi que les différentes prestations versées au cours d'une année.

ÉCLAIRAGES

Données relatives aux arrêts de travail

Selon les rapports Igas/IGF d'octobre 2003³³ relatifs aux dépenses d'indemnités journalières, il y aurait eu en 2002, sur l'ensemble du territoire, pour les salariés et chômeurs indemnisés – et sur les seuls arrêts « maladie » (hors maternité et AT/MP) – 200 millions d'IJ versées pour un total de 6,7 millions d'arrêts (en moyenne 30 IJ par arrêt).

Le nombre total de jours d'arrêts se déclinerait³⁴ comme suit :

- arrêts de moins de 15 jours : 31 % des effectifs assurés ;
- de 15 à 30 jours : 21 % ;
- de 30 à 180 jours : 38 % ;
- de 180 à 365 jours : 5,5 % ;
- plus de 365 jours : 4,5 %.

Le nombre moyen d'IJ versé par salarié occupé serait de 9,9 au niveau national.

Seules 3 régions se situent sous la moyenne nationale parmi lesquelles l'Île-de-France dont tous les départements seraient en dessous de cette moyenne. Par ailleurs, les quatre départements les moins consommateurs : Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines, et le Val-de-Marne appartiennent tous à la région (et représentent la moitié des départements franciliens).

D'après cette étude, la part d'assurés en ALD serait dans la moyenne (tenant compte de la répartition plus élevée en âge qui augmente cette consommation). Les assurés en ALD ne seraient donc pas plus souvent en arrêt que l'ensemble des assurés. Le poids des personnes en ALD dans l'ensemble de la population arrêtée aurait même diminué entre 2000 et 2002 (passant de 42 % à 34 %).

Obligations de la médecine du travail en matière d'arrêts de travail

Le Code du travail précise les obligations du médecin en matière de visites obligatoires dès lors qu'il y a eu un arrêt de travail. La visite médicale de reprise est à effectuer à la suite :

- d'un arrêt de travail d'au moins 8 jours consécutif à une maladie professionnelle/un accident de travail ;
- un arrêt maladie de plus de 21 jours pour tout autre motif.

On ne dispose pas de données sur ces tranches de durées d'arrêts, c'est pourquoi la durée disponible utilisée pour la présente étude est celle de « plus de 15 jours », au plus proche des tranches recherchées, et lorsque c'est possible, la durée supérieure à 90 jours, considérée communément comme « arrêt de longue durée ».

Les arrêts de plus de deux semaines ont, au niveau national, pour premiers motifs les états anxio-dépressifs, les affections dorsolombaires et les fractures.

L'augmentation des versements d'IJ, en volume, a été de 46 %, de 1998 à 2002. A priori, seulement 40 à 60 % de cette évolution sont imputables à des motifs sociodémographiques (pyramide des âges, évolution des effectifs salariés...).

Les arrêts de plus de 90 jours, considérés comme « arrêts de longue durée », ont augmenté plus fortement que les arrêts plus courts (5,4 % par an contre 7,2 %).

Les salariés en Affections longue durée (ALD)

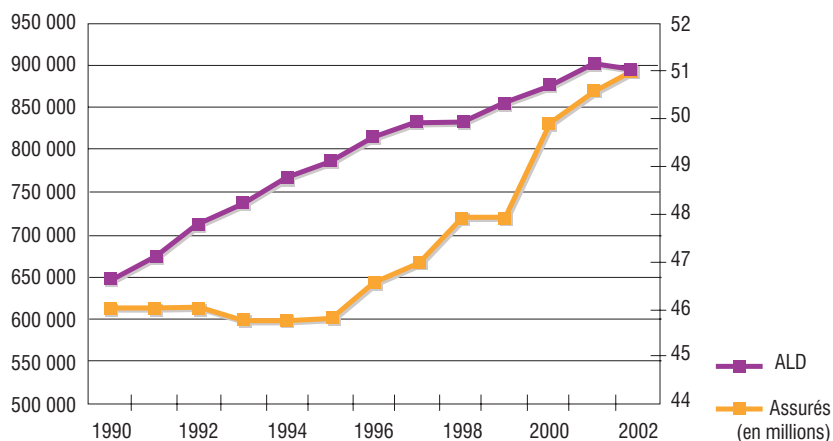
Selon les rapports Igas/IGF déjà mentionnés, 12 % des assurés en arrêt de plus d'un an en 2002 l'étaient au titre de l'ALD.

Depuis 1995, le nombre annuel d'admissions en ALD est en constante augmentation. Toutefois, les modifications de contexte et de définition relatives aux ALD intervenues au cours de la période expliquent en grande partie cette augmentation (et pour des bénéficiaires plutôt âgés de plus de 75 ans).

³³ Rapport IGF n° 2003-M-049-01/Igas n° 2003 130, octobre 2003.

³⁴ Calculs effectués à partir des IJ versées en 5 ans 1994-1998 (données EPAS).

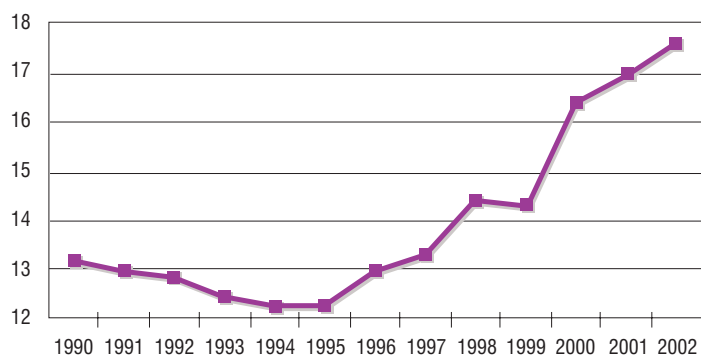
Évolution des volumes d'admissions en affection longue durée (ALD 30) et de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie de 1990 à 2002 pour la France entière



Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

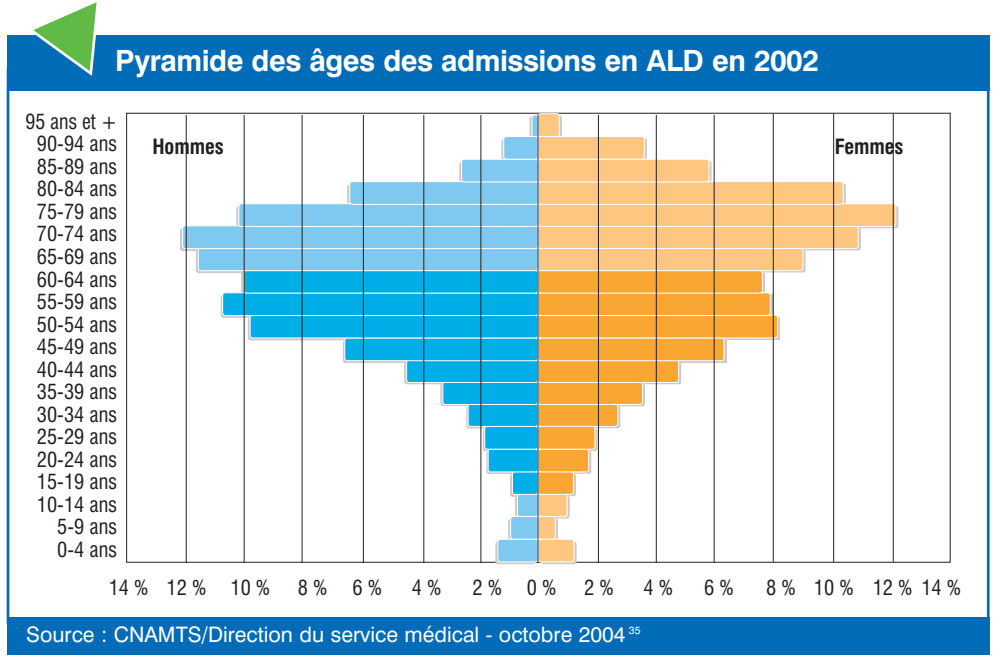
En 2002, pour la France entière, ont été recensés 896 302 nouveaux cas d'affection de longue durée (ALD 30) pour 51 millions de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie, soit un taux « d'entrée en ALD » de 17,6 pour 1000 assurés.

Évolution de la proportion de nouveaux cas d'ALD pour 1000 bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (France entière)



Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Pour les hommes, 52 % des ALD nouvellement enregistrées en 2002 concernaient des personnes âgées de 15 à 64 ans contre 45 % chez les femmes. En moyenne, ce sont 49 % des ALD qui concernent des personnes en âge d'exercer une activité professionnelle.



La région dénombrait à cette période 164 372 nouvelles admissions soit 18 % du volume national - poids régional inchangé depuis 2000³⁶.

En admettant que la proportion des ALD qui touchent les 15-64 ans est la même en Ile-de-France que dans l'ensemble de la France, il y aurait eu en 2002 plus de 80 000 nouvelles admissions en ALD de personnes en âge de travailler.

En l'absence de données spécifiques sur les salariés, ce chiffre est indicatif du volume de nouvelles personnes (flux entrant) potentiellement concernées par le maintien dans l'emploi au titre de l'ALD, sachant qu'en termes de « stock », ce volume serait d'environ 240 000³⁷.

MÉTHODOLOGIE

Données relatives aux invalidités 1^{re} catégorie

L'invalidité première catégorie (personnes susceptibles d'occuper un emploi) est un des titres de bénéficiaire de la loi de 1987. C'est la traduction d'une relation santé/travail qui s'est avérée, à un moment donné, problématique.

L'exclusion de l'entrée « invalidité Sécurité sociale » dans l'examen des situations à risques de désinsertion professionnelle dans la présente étude relève de trois précautions :

- éviter la confusion entre titre de bénéficiaire de la loi et risque de désinsertion professionnelle, comme pour la RQTH ;
- tenir compte du potentiel recouvrement de situations (ALD et invalidité par exemple) comme de l'absence de certaines précisions sur les rentes (âge, situation vis-à-vis de l'emploi...) ;

● s'en tenir aux événements ou situations potentiellement à risque de désinsertion, c'est-à-dire en amont des demandes de pensions, rentes ou reconnaissances administratives.

Pour mémoire, la Cramif comptabilisait en 2004 :

- 21 403 pensions gérées (catégorie 1) ;
- 2 365 nouvelles pensions attribuées (catégorie 1) ;
- 1 239 pensions suspendues au motif d'une reprise d'activité salariée ou non salariée (toutes catégories).

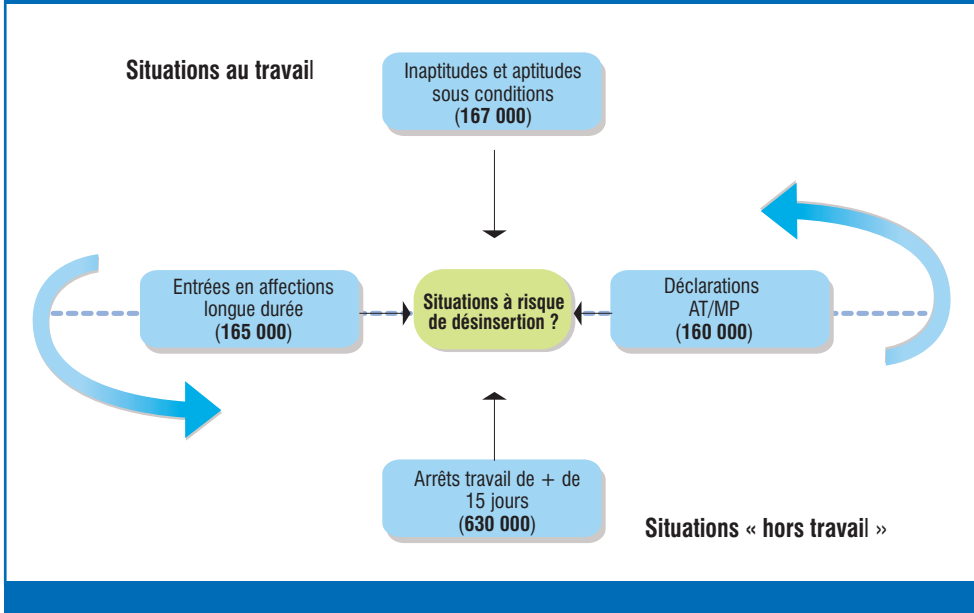
L'analyse de ces données, en lien avec l'activité maintien en général, mériterait une approche particulière.

³⁵ Les affections de longue durée de la liste (ALD 30) en France de 1990 à 2002. CNAMTS/Direction du service médical - octobre 2004.

³⁶ En 2000, 830 718 admissions en ALD recensées en France dont 152 288 en Ile-de-France, en 2001 : 868 665 admissions dont 159 343 dans la région.

³⁷ D'après la même source, 6 % des salariés seraient en ALD à l'échelon national. Le chiffre de 240 000 est obtenu en rapportant ce pourcentage de la population active en ALD au nombre de salariés considérés dans l'étude, soit 4 millions environ.

Récapitulatif des situations susceptibles de faire peser un risque sur l'emploi



Outre les sources des données, la nature même des données pose des **difficultés quant à une identification satisfaisante des situations présumées « à risques de désinsertion professionnelle »**. On dispose de données à des années différentes donc non comparables de façon rigoureuse ; les découpages, comme pour la durée des arrêts, ne correspondent pas toujours aux bornes recherchées, ceci conduisant à des données extrapolées pour la région en attendant de pouvoir disposer de données plus précises et/ou récentes.

Par ailleurs, on ne sait pas toujours dans quelle mesure les volumes d'arrêts considérés recouvrent des personnes, ni dans quelle proportion il s'agit de salariés (la question se pose pour les ALD, mais aussi pour les arrêts de travail qui peuvent concerner des demandeurs d'emploi indemnisés).

Enfin, on peut se demander s'il est plus pertinent de considérer des flux ou des stocks (notamment pour les ALD) et surtout quels chiffres peuvent s'additionner entre eux - voir « Les situations à risques de désinsertion professionnelle », page 20 - à défaut d'enquête et/ou de sondage réalisés à cette fin. Cependant, on peut raisonnablement rapprocher les flux d'entrées AT/MP et ALD, ces statuts étant a priori exclusifs (hormis un possible recouvrement pour un millier de déclarations en maladie professionnelle). Ou prendre, à titre de repère, les données relatives aux arrêts - plus de 15 jours³⁸ et plus de 90 jours.

On a alors d'un côté un volume de 325 000, de l'autre une fourchette allant de 130 000 à 630 000.

On peut donc estimer entre 300 000 et 600 000 les situations susceptibles de présenter annuellement un risque de désinsertion professionnelle.

Si l'on considère les données de l'enquête Handicaps incapacités dépendances (HID) : 350 000 Franciliens se déclareraient en emploi et limités par un problème de santé, et plus de 900 000 (en emploi) ayant un problème de santé durable ou un handicap.

L'approche estimative des situations « à risque de désinsertion professionnelle » développée précédemment ne paraît donc pas a priori improbable, sans présumer de la nature de ces risques et/ou de leurs possibles traductions : répétition d'arrêts ; situation d'inaptitude avérée ; sorties de l'emploi - pour motif de santé ou non ; sortie du travail/entrée en inactivité... ou maintien dans l'emploi, que ce soit ou non au sens des dispositifs dédiés.

³⁸ Voir encadré page 26 pour les explications relatives aux choix des durées d'arrêts.

Synthèse de la première partie

- L'Ile-de-France, avec près de 4 millions de salariés (3 912 868) et près de 340 000 entreprises (338 450) en 2003, est la première région de France en matière d'emploi (22 % des entreprises et 25 % des salariés du secteur privé).
- C'est aussi une région qui comptabilise un grand nombre d'acteurs concernés par le maintien dans l'emploi (plus de 90 000), du fait de l'importance de sa démographie médicale notamment. Ce qui sous-tend une prise en compte particulière des aspects relatifs à la communication (importance du public visé et des acteurs concernés, effets de turnover ou de mobilité intrarégionale).
- La logique de territoire est également particulière en Ile-de-France : 39 %³⁹ des salariés ne travaillent pas dans le département où ils résident. Le corps médical concerné - médecin du travail, médecin traitant - peut également se trouver sur un troisième département. L'organisation des dispositifs de maintien dans l'emploi est souvent confrontée à des contraintes extraterritoriales.
- Les licenciements pour inaptitude, comptabilisés pour la première année sur la région étaient de 6 300 en 2004, soit à titre indicatif près d'un licenciement pour six inaptitudes prononcées. Une partie de ce volume, qui représente 21 % des DETH (catégories 1 à 3) entrés au chômage, est susceptible de venir accroître le nombre de DETH demandeurs d'emploi.
- L'évaluation des situations à risques de désinsertion professionnelle pour raison de santé laisse présumer d'un volume de 300 000 à 600 000 situations susceptibles d'évoluer vers des problématiques de maintien dans l'emploi. Une estimation corroborée par l'enquête HID, environ 350 000 se déclarant en emploi et limités par un problème de santé, ou plus de 900 000 se déclarant en emploi et ayant un problème de santé durable ou un handicap...
- La cible identifiée (en restant sur l'hypothèse basse de 300 000), ramenée aux effectifs de médecine du travail de la région, représente 218⁴⁰ situations par ETP médecin et par an. Un rapport qui, compte tenu des moyens nécessaires en matière de maintien dans l'emploi (et des missions centrales de la médecine du travail), justifie a priori l'existence de dispositifs dédiés. D'autant plus que les situations d'inaptitude au poste ou à tout poste ont augmenté nettement ces dernières années et qu'au moins 25 % des salariés (1 million) échappent à la surveillance médicale des services de santé au travail (voir également partie suivante - activité maintien).

³⁹ D'après les situations traitées par les axes maintien des PDITH.

⁴⁰ 1 374 ETP médecin du travail en 2003 d'après le bilan Ile-de-France 2003 de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre.

L'activité de maintien dans l'emploi

Analyser l'activité de maintien dans l'emploi sur un territoire donné nécessite de comprendre les interventions des différents « acteurs du maintien » – services de santé au travail, service social de l'assurance maladie, entreprises... – et de mieux cerner la question suivante : qui « fait du maintien dans l'emploi » ?

Cette partie de l'étude s'attache donc à dégager pour quelques acteurs principaux les logiques en présence comme les données disponibles tant au niveau de la prise en charge des situations que des signalements enregistrés sur les « situations à risques de désinsertion ».

Médecine du travail et maintien dans l'emploi

Généralement, l'acteur principal identifié comme « faisant du maintien dans l'emploi » est le **médecin du travail**. Or cette activité déborde le strict cadre réglementaire des obligations des services de santé au travail, dans la mesure où à travers le maintien il est également recherché :

- la prévention des risques de désinsertion en amont de la reprise du travail : or le médecin du travail ne maîtrise pas le repérage des difficultés de santé avant d'avoir été sollicité en ce sens (alerte par la Sécurité sociale, le salarié, le médecin traitant pendant la période de soins ou de maladie) ;
- la recherche éventuelle de solutions en matière de reclassement dans l'entreprise, cette obligation incombant en fait à l'employeur même si le service de santé au travail peut y contribuer, être force de propositions en la matière ;
- le cas échéant, la mise en place de relais et/ou de solutions pour un retour rapide à l'emploi en cas de perspective de licenciement, ce qui déborde le cadre des prérogatives du service de santé au travail.

Par ailleurs, l'organisation du service de santé au travail, notamment à travers les compétences associées via la pluridisciplinarité, reste déterminante quant à la capacité du médecin du travail à traiter de la question globale du « maintien ».

On ne dispose aujourd'hui d'aucune donnée directe quant à l'activité de maintien dans l'emploi des médecins du travail. Celle-ci nécessiterait la mise en place d'indicateurs spécifiques tels que : nombre de signalements, situations suivies, partenaires et outils mobilisés, résultats, relais mis en place, etc. (voir encadré).

ÉCLAIRAGES

Enquête de l'ACMS sur le devenir des salariés ayant fait l'objet d'une inaptitude totale et permanente à leur poste de travail – 2004

Les travaux menés dans le cadre de cette étude préliminaire, destinée à être suivie dans le temps, pose quelques indicateurs a posteriori quant à « l'activité de maintien dans l'emploi ».

Ainsi, il est observé à travers l'enquête les actions réalisées avant la deuxième visite médicale ayant donné lieu à l'avis d'inaptitude : étude de poste, avis de restriction d'aptitude, inaptitude temporaire, action pour la prolongation de l'arrêt de travail, propositions de reclassement.

Y sont également identifiées les sollicitations de compétences ou ressources complémentaires, tant à l'interne qu'à l'externe : assistante sociale de service de santé au travail, travail en réseau avec des partenaires externes tels que médecin traitant,

médecin conseil de l'assurance maladie, PDITH, Cotorep...

Il a été constaté que parmi les personnes dont on connaît la situation 3 ans après que l'avis d'inaptitude a été prononcé (soit 57 % de l'effectif étudié), près des deux tiers sont au chômage, en invalidité, en maladie ou en retraite.

L'enquête montre également que dans plus de la moitié des cas, l'avis d'inaptitude définitif a fait l'objet préalablement d'un avis d'aptitude sous conditions, ce qui tendrait à confirmer l'importance du risque pour l'emploi sur ce type d'avis.

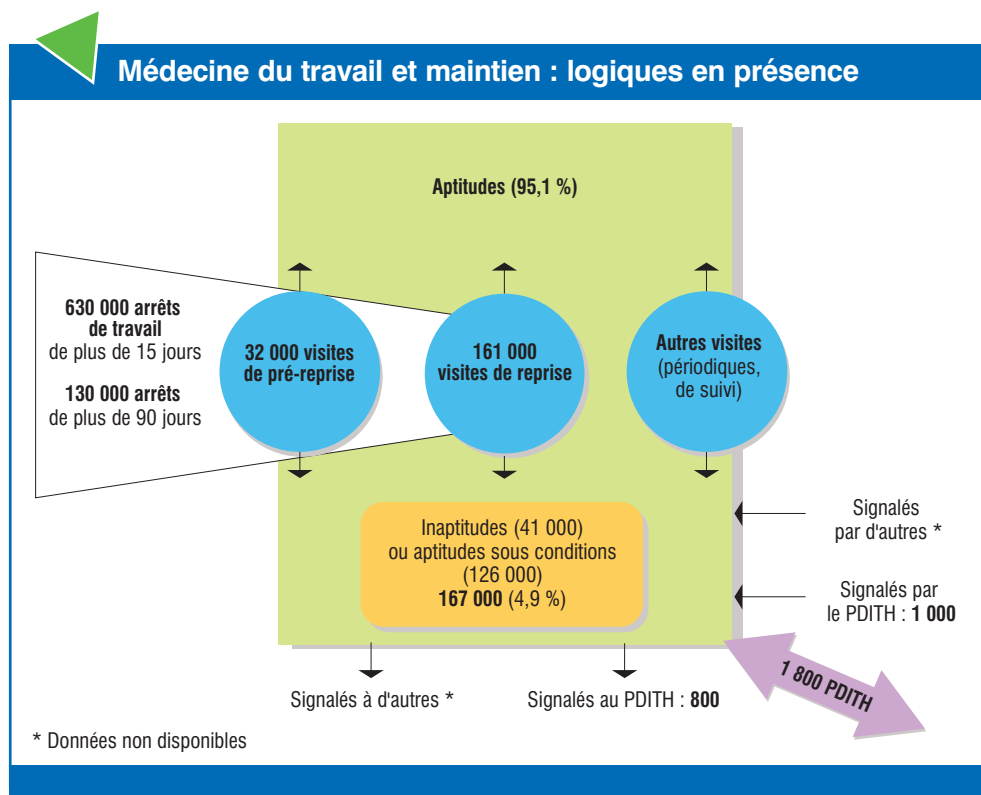
Attention : enquête portant sur de petits effectifs.

S'il est présumé que les médecins du travail sont confrontés à des situations de maintien dans l'emploi dès lors qu'ils sont amenés à prononcer un avis d'aptitude sous condition ou d'inaptitude, il n'est pas possible de dire dans quelle proportion ils sont amenés à « faire du maintien dans l'emploi » sur ces situations, ni pour quels volumes de situations ils sont sollicités en amont d'une inaptitude. Cette

inaptitude « anticipée » pouvant ne pas faire l'objet d'un avis d'inaptitude après traitement de la problématique.

Par ailleurs, les maintiens effectifs (au poste, à un autre poste, etc.) ne font pas l'objet d'une comptabilisation particulière.

Le schéma ci-après synthétise les données dont on dispose en matière de maintien dans l'emploi pour les services de santé au travail, ainsi que la logique présumée d'activité sur ce champ. Ont été rapprochées des données de contexte et de médecine du travail les données les plus pertinentes issues de l'activité des PDITH.



À partir du schéma ci-dessus, qui reste purement indicatif des volumes considérés, on constate que :

- la proportion de visites de pré-reprise rapportées aux arrêts de travail est de 5 % (plus de 15 jours), ou de 25 % sur les arrêts présumés de plus de 90 jours ;
- si on rapporte non plus les visites de pré-reprise mais les visites de reprise aux arrêts de travail, la proportion est de 26 % (pour les arrêts de plus de 15 jours), alors que théoriquement la grande majorité devrait faire l'objet d'une telle visite sur le plan réglementaire⁴¹ ;
- le volume d'inaptitudes ou d'aptitudes avec restriction représente environ un quart du volume des arrêts de plus de 15 jours ;
- les situations traitées conjointement avec le PDITH représentent 1,1 % du volume d'inaptitudes et d'aptitudes avec restriction.

Les 1800 situations traitées conjointement par le PDITH et les services de santé au travail (nouvellement signalées dans l'année, base 2004 – que l'initiative du traitement soit au médecin ou au PDITH) – recouvrent tous types d'avis d'aptitudes et de situations vis-à-vis de l'emploi (en arrêt de travail, en poste).

⁴¹ Attention : une proportion de visites médicales dites « annuelles », « occasionnelles » ou « supplémentaires » peut croiser l'opportunité d'une reprise et ne pas être identifiée comme telle. Selon l'analyse des rapports 2003 par l'inspection médicale régionale, ces visites annuelles représentent 74,3 % des visites pour la médecine interentreprise et 57,6 % pour les services autonomes. La moyenne de visites par équivalent temps plein est de 1 926 en service autonome et 2 440 en service interentreprise.

Assurance maladie et maintien dans l'emploi

Outre le médecin du travail, l'**assurance maladie, via son service social**, a une mission de prévention de la désinsertion professionnelle de ses assurés, dès lors que ceux-ci ont une difficulté de santé.⁴²

L'activité du service social de l'assurance maladie se décline autour de trois axes d'intervention :

- l'accès aux soins/le droit à la santé des personnes en situation de précarité ;
- la prévention et le traitement de la perte d'autonomie des personnes malades, âgées et/ou handicapées ;
- **la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés.**

C'est sur ce troisième axe que le service social intervient en matière de maintien dans l'emploi, dans une logique de prévention de la désinsertion professionnelle (lien contractuel existant avec l'entreprise) comme de préparation au reclassement dans certaines situations (contrat de travail rompu).

En théorie, l'activité se ventile de manière égale sur ces trois axes. Toutefois on constate des répartitions différentes selon les régions.

Ainsi, en Ile-de-France en 2003, le volet « prévention de la désinsertion » de la Cramif **représentait 7,5 % de l'activité**, contre 30 % en moyenne sur l'ensemble des régions. Une donnée a priori en hausse sur la base du premier semestre 2004, avec une part qui avoisinerait pour cette année les 10 %.

Cette activité du service social, pour le volet prévention de la désinsertion, s'articule selon trois types de services :

- l'évaluation/conseil qui correspond à une action de type « information/mise en relation » et se caractérise par sa dimension ponctuelle ;
- l'évaluation/intervention qui peut recouvrir différentes démarches administratives et de soutien, en fonction des besoins ;
- l'accompagnement social qui va recouvrir un service plus soutenu de « suivi » et de coordination d'interventions sociales, médicales et/ou professionnelles, dans une logique de projet.

En 2003, la ventilation de ces interventions pour la Cramif était la suivante⁴³ :

- **19,6 %** pour l'évaluation/conseil ;
- **39,7 %** pour l'évaluation/intervention ;
- **40,6 %** pour l'accompagnement social.

Le nombre de bénéficiaires concernés était de 5 803 en 2003.⁴⁴

L'activité du service social sur le champ du maintien dans l'emploi n'est pas strictement spécialisée : les 400 assistants de service social de la Cramif interviennent également sur les autres domaines (accès au soin, autonomie) et pour des problématiques sociales comme professionnelles.

Par ailleurs, cette activité repose sur un signalement préalable, via le service médical généralement⁴⁵ – et à partir d'une offre de service que le salarié peut refuser.

Entreprise et maintien dans l'emploi

Parmi les acteurs essentiels du maintien dans l'emploi, on retrouve bien évidemment l'entreprise, à différents niveaux (employeur, fonctions RH ou personnel, instances représentatives du personnel) et selon des modalités diverses (alertes quant aux situations à risques, sollicitations de partenaires

⁴² On ne dispose pas aujourd'hui de données sur le maintien dans l'emploi relatives aux autres régimes sociaux (travailleurs indépendants, régime agricole...).

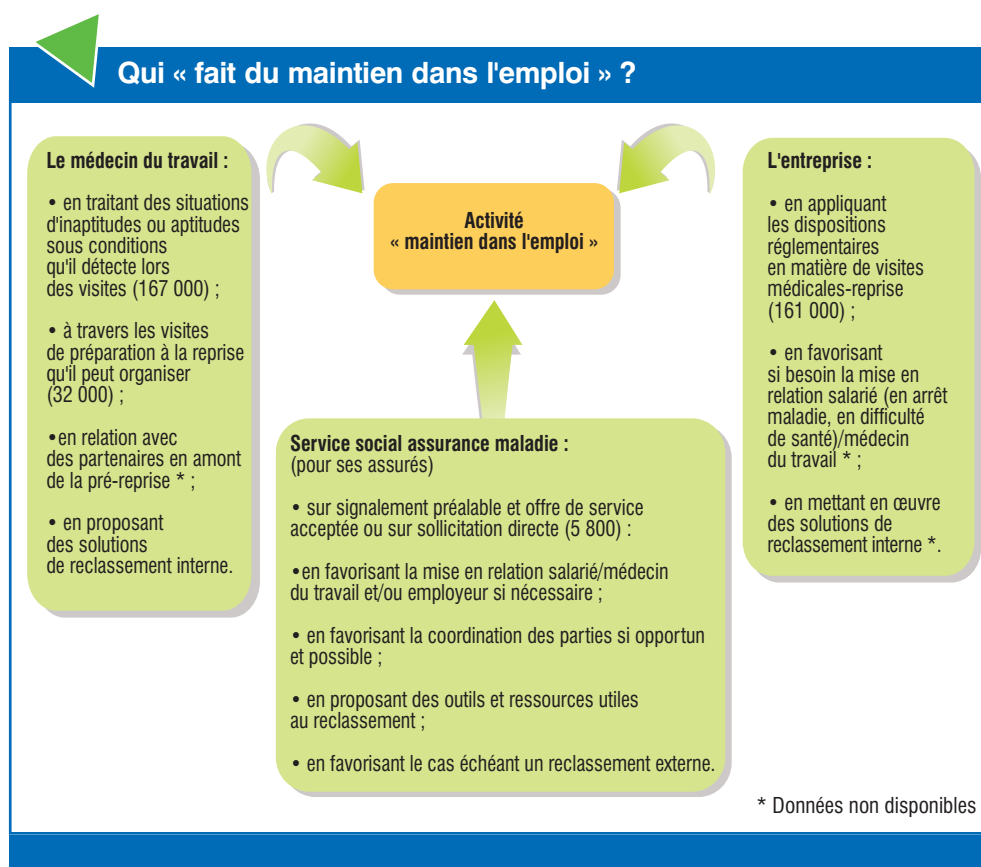
⁴³ Les situations peuvent avoir évolué en cours de route de l'évaluation/conseil ou intervention en accompagnement social. Les données reprises ici sont une photographie en fin d'année des situations telles qu'elles sont identifiées à cette date.

⁴⁴ Les données du service social n'identifient pas explicitement le nombre de maintiens réalisés.

⁴⁵ De plus, ce signalement n'est pas forcément exhaustif même si la politique de la Cnam vise à un signalement systématique.

dans des problématiques de maintien, application des dispositions réglementaires quant aux visites obligatoires – après arrêt de travail notamment –, mise en œuvre de solutions de reclassement...). Dans bien des cas, l'entreprise ne peut agir seule en matière de maintien dans l'emploi, ne serait-ce qu'en raison des limites de son intervention sur le champ du médical et/ou relevant de l'initiative du salarié.

Il n'est pas aujourd'hui possible d'identifier dans quelle mesure l'entreprise « fait du maintien dans l'emploi ». Les données relatives au licenciement pour cause d'inaptitude ne peuvent éclairer à elles seules cette question et celles concernant les aides mobilisées restant forcément restrictives (des entreprises pouvant « faire du maintien » à partir de leurs propres ressources).



● Guide de lecture

Les chiffres indiqués entre parenthèse sont ceux disponibles au moment de l'étude sur les items considérés.

NB : sont exclues du schéma de synthèse ci-contre les dimensions du maintien propres à la prévention des risques professionnels. D'autres acteurs peuvent contribuer à l'activité de maintien dans l'emploi, tels que les Cap emploi, les axes des PDITH... L'activité « maintien dans l'emploi » est bien évidemment entendue comme s'organisant autour du salarié et avec son accord.

● Médecine du travail :

167 000 = volume arrondi des avis d'aptitudes sous conditions et d'inaptitudes 2003,
 32 000 = visites de pré-reprise estimées à partir de la part des visites de pré-reprise (1 %) dans l'ensemble des visites, données bilan 2003 de l'Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre.

● **Entreprise :** 161 000 = visites de reprise estimées à partir de la part des visites de reprise (5 %) dans l'ensemble des visites, données bilan 2003 de l'Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre.

● **Service social Cramif :** 5 800 = personnes suivies au titre du maintien dans l'emploi (y compris reclassement), données 2003.

PDITH et maintien dans l'emploi

Selon les régions, les dispositifs de maintien des PDITH mobilisent ou non des moyens spécifiques d'intervention pour « favoriser le maintien dans l'emploi » : structuration et animation du réseau, information et communication, appui dans la résolution de situations concrètes et identifiées.

C'est le cas en Ile-de-France où une quinzaine de « chargés de mission » PDITH « interviennent », pour une partie des signalements qui leur sont soumis. Toutefois, leur champ d'intervention est soumis à certaines restrictions : entreprises ayant des accords au sens de la loi, secteur public, entreprises du BTP pour lesquelles un service particulier intervient sur la région.

L'activité des PDITH en matière de « prise en charge » – voir partie 3 – généralement avec d'autres acteurs du maintien et systématiquement avec le médecin du travail, a été pour les deux dernières années de :

- 1 389 situations nouvelles au titre de 2003 (2 224 suivies quelle que soit l'année de signalement)⁴⁶ ;
- **1 704 nouvelles situations au titre de 2004**⁴⁷.

Cette activité croise celle des autres acteurs cités même si tous les acteurs ne font pas appel aux PDITH dans la résolution des problématiques de maintien identifiées.

Par exemple, le recouvrement avec les données Sécurité sociale en matière de signalement conjoint serait de 5 à 7 % selon les deux sources (PDITH et service social de la Cramif).

À titre indicatif, tenant compte de ces recouvrements, ces deux services auraient traité en 2003 **les situations d'environ 6 800 personnes confrontées à une problématique de maintien dans l'emploi.**

Le signalement, fait déclencheur de l'activité de maintien dans l'emploi

L'activité de maintien dans l'emploi s'articule autour du « signalement », un indicateur qui permet d'identifier le volume de situations « à risques de désinsertion professionnelle » identifiées à travers une information, quelle qu'elle soit (voir encadré).

Si la comptabilisation des signalements constitue a priori une entrée pertinente pour analyser

MÉTHODOLOGIE

Définition du signalement

La notion de signalement est aujourd'hui variable selon les sources d'information. Pour l'étude, la définition retenue est la suivante : « **Information relative à l'identification d'un risque santé/travail propre à un salarié, en vue d'une intervention spécifique.** »

Cette information peut couvrir deux types de situations :

- un salarié qui manifeste à un tiers une situation santé/travail problématique ;
- la transmission entre tiers d'une information « santé/travail » relative à un salarié.

Cette définition exclut donc les **sollicitations** pour information et conseil relatives à un salarié et/ou à une situation non identifiées, ou qui ne sont pas accompagnées d'une demande

d'intervention de l'opérateur sollicité. Ces signalements peuvent ensuite faire l'objet :

- d'une réorientation si le destinataire n'est pas en mesure d'assurer l'intervention attendue, quelle qu'en soit la raison, ou d'une absence de suite si le signalement apparaît sans objet ou intraitable ;
- d'une « prise en charge » ou d'un « traitement » effectif, à savoir une intervention, quelle qu'elle soit, destinée à résoudre la problématique exposée...

Ne sont comptabilisés dans l'étude que les signalements pour lesquels il y a eu un enregistrement effectif de la demande – hors réorientations.

⁴⁶ Source PDITH/Adhoc (hors Seine-et-Marne) et PDITH Seine-et-Marne.

⁴⁷ Source PDITH/Adhoc.

la couverture des situations à risques de désinsertion, ne serait-ce qu'en matière d'identification des circuits de signalement, cette entrée a cependant ses limites.

Si le salarié n'est pas partie prenante du signalement ; par exemple, « l'offre de service » peut ne pas être acceptée par ce dernier.

La situation elle-même peut également empêcher la prise en charge (si l'entreprise ne relève pas de la sphère d'intervention des acteurs sollicités, par exemple, ou en cas de conflit...).

Un signalement ne sera donc pas forcément suivi d'une « prise en charge » de la situation.

Par ailleurs, les sources des signalements peuvent se recouvrir – une situation signalée à plusieurs titres – et l'interlocuteur identifié comme signalant (orienteur), n'est pas forcément celui qui est à l'origine du signalement.

On ne dispose aujourd'hui que de deux sources en la matière : celle de la Sécurité sociale via son organisation interne (service médical/service social), et celle des PDITH.

Les signalements au sein de la Sécurité sociale

Sur l'année 2003, le service social de la Cramif a enregistré environ 18 000 signalements (voir encadré), dont près de 1 800 au titre d'un arrêt de plus de 120 jours (signalements émanant du service médical).

Pour près de 90 %, ces signalements concernaient des arrêts maladie (sans distinction du caractère professionnel) ou accidents de travail graves.

MÉTHODOLOGIE

Données du service social Cramif

L'enregistrement des signalements au niveau du service social se fait à partir d'une application informatique adaptée récemment à cet effet. Les possibilités de traitement et de saisie restent encore à affiner.

Ces signalements sont de différentes natures :

- signalements au titre de la convention interne service médical/service social relative aux « signalements précoces »
- autres signalements ;

Les signalements ont deux types de motif :

- signalements par périodicité/durée des arrêts, avec distinction accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) ;
- signalements par caractères spécifiques des motifs : arrêts maladie ou accidents graves, demandes d'invalidité, de reclassement, etc.

Dans l'un et l'autre cas, il peut y avoir recouvrement des motifs de signalement. En ce qui concerne les durées d'arrêt, il s'agit de données cumulées. Ainsi, les arrêts à durées les plus courtes comprennent ceux qui vont se prolonger sur les tranches supérieures.

Pour l'étude, les volumes les plus restreints ont été considérés afin d'éviter les recouvrements (environ 18 000 signalements en 2003 pour un total d'environ 25 000 motifs de signalements).

Quant à l'origine des signalements, on retrouve deux canaux principaux :

La voie institutionnelle

- **CPAM** : arrêts de travail longue durée (selon périodicité définie par convention), AT/MP graves, fin d'indemnisation d'arrêt de travail (par forclusion, par non-ouverture de droits, par refus médical) ;
- **Service médical** : présomption d'invalidité (surtout 1^{re} catégorie), AT/MP graves, fin d'indemnisation d'arrêt de travail (par forclusion, par non-ouverture de droits, par refus médical) ;
- **Cramif** : rejet d'invalidité.

La voie extra-institutionnelle

Variable selon les départements et en fonction des conventions signées avec les partenaires. Il peut y avoir des signalements faits par le PDITH axe maintien dans l'emploi, la Cotorep, des consultations de pathologie professionnelle...

Si

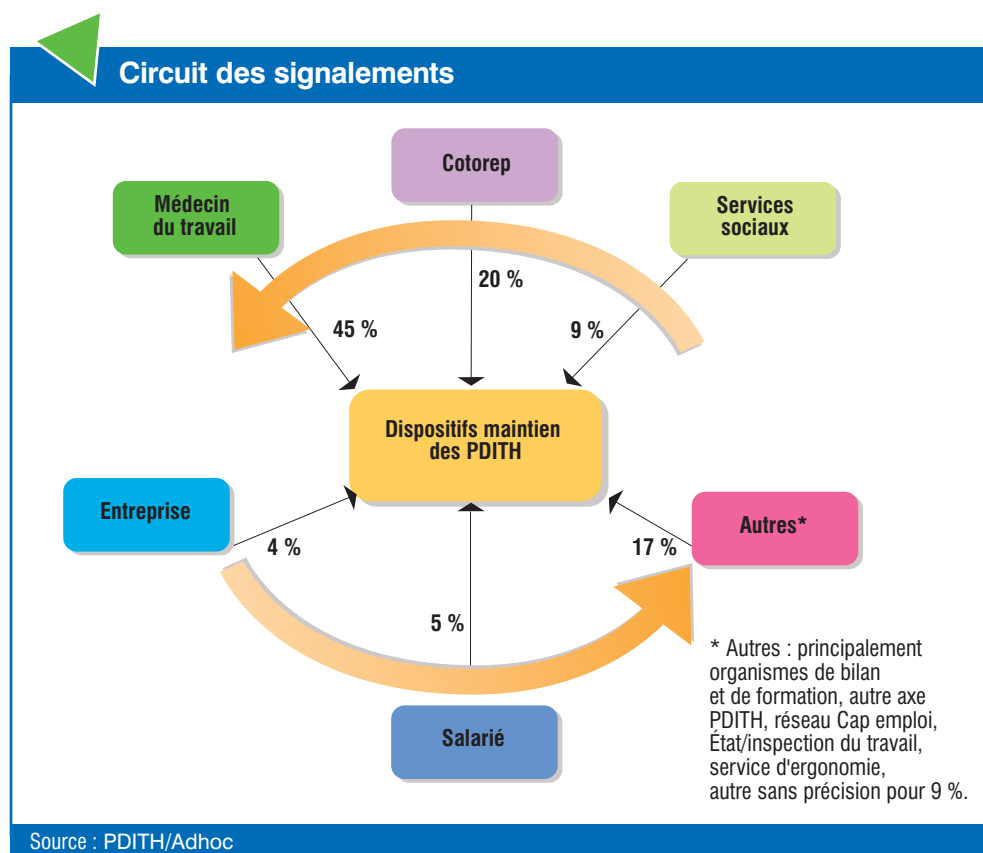
l'on rapporte ces signalements « maladie » aux volumes des arrêts estimés à plus de 90 jours pour la région, soit 130 000, on a une proportion inférieure à 14 % de signalements enregistrés par le service social.

Concernant les logiques de signalement, on ne dispose pas du détail des origines des signalements (seuls 10 % sont identifiés explicitement via le service médical), ni d'informations quant aux signalements directement relayés par le service social vers d'autres acteurs (médecin du travail, médecin traitant) – hormis pour les PDITH (5 %, voir ci-après).

La dynamique du signalement autour du PDITH

Le signalement auprès des chargés de mission maintien des PDITH est à ce jour la source la plus facile à exploiter⁴⁸.

Elle apparaît comme significative des processus de signalement pour l'Île-de-France, étudiés sur plus de 4 000 signalements enregistrés (voir définition de l'échantillon et analyse en partie 3). Des données complémentaires, notamment des services de santé au travail, permettraient cependant d'en affiner les constats.



Les axes maintien des PDITH ont enregistré en 2003, sur près de 3 500 sollicitations diverses, plus de 1 600 signalements.

Pour 2004, ce chiffre s'est porté à 2 031, dont 1 704 avec « prise en charge » de la demande (voir encadré précédent – définition du signalement).

Le médecin du travail apparaît de loin comme le premier « signalant » au PDITH, avec 45 % des signalements enregistrés. Les services sociaux – Cramif pour la moitié - représentent eux 9 % seulement des signalements.

⁴⁸ Mise en place en 2003 d'une base de données régionale spécifique dédiée à cet objet (Adhoc).

Deux explications à ce phénomène :

- les signalements aux services sociaux peuvent concerner des situations plus éloignées d'une logique « emploi » (logique soins/ressources/statut social) et donc estimées moins appropriées à un suivi au titre du PDITH⁴⁹ ;
- les signalements des services sociaux passent d'abord par la démarche « Cotorep » – or le deuxième « signaleur » est la Cotorep, avec 20 % de signalements au PDITH. Sur ce point, on constate de grandes disparités départementales – voir cartes.

Concernant les autres « orienteurs » directs, entreprises et salariés représentent chacun 4 % des signalements. Là encore, le signalement peut passer préalablement par le médecin du travail⁵⁰.

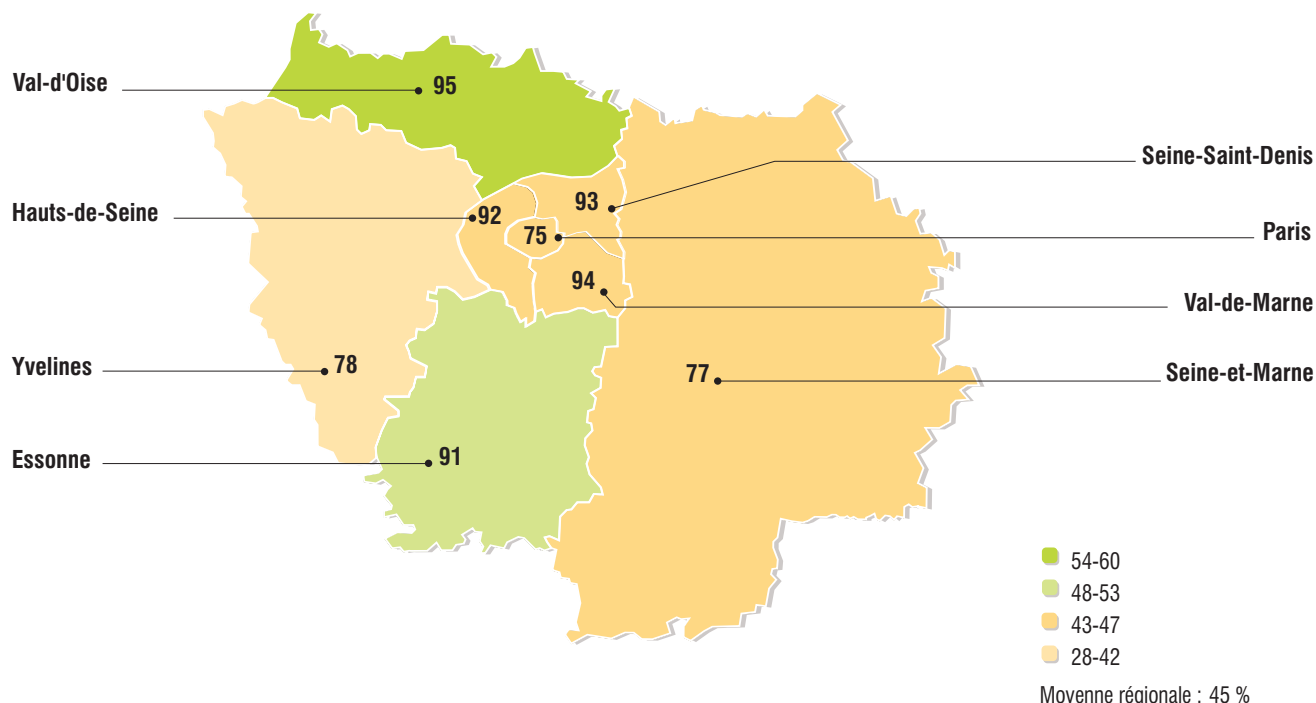
Cette faible part de signalement, émanant de l'entreprise comme du salarié interroge sur l'information que l'entreprise et la personne ont de l'existence de ces dispositifs. Se pose aussi la question des freins éventuels à signaler à un tiers « PDITH » dont le rôle au sein du réseau d'acteurs n'est pas forcément explicite pour chacun.

Les 0,2 % de signalements émanant des médecins traitants restent sans doute l'élément le plus caractéristique de la nature des circuits de signalement au titre des PDITH, où la médecine du travail comme la Cotorep restent les orienteurs principaux – a priori ceux qui font la synthèse d'une part des échanges de types « médicaux », et d'autre part des prises en charge via les réseaux sociaux. Voir « Provenance des signalements » en partie 3.

⁴⁹ Hypothèse corroborée par le plus faible taux de maintien – présument des situations plus difficiles – lorsque les situations ont été signalées via les services sociaux. Voir partie 3.

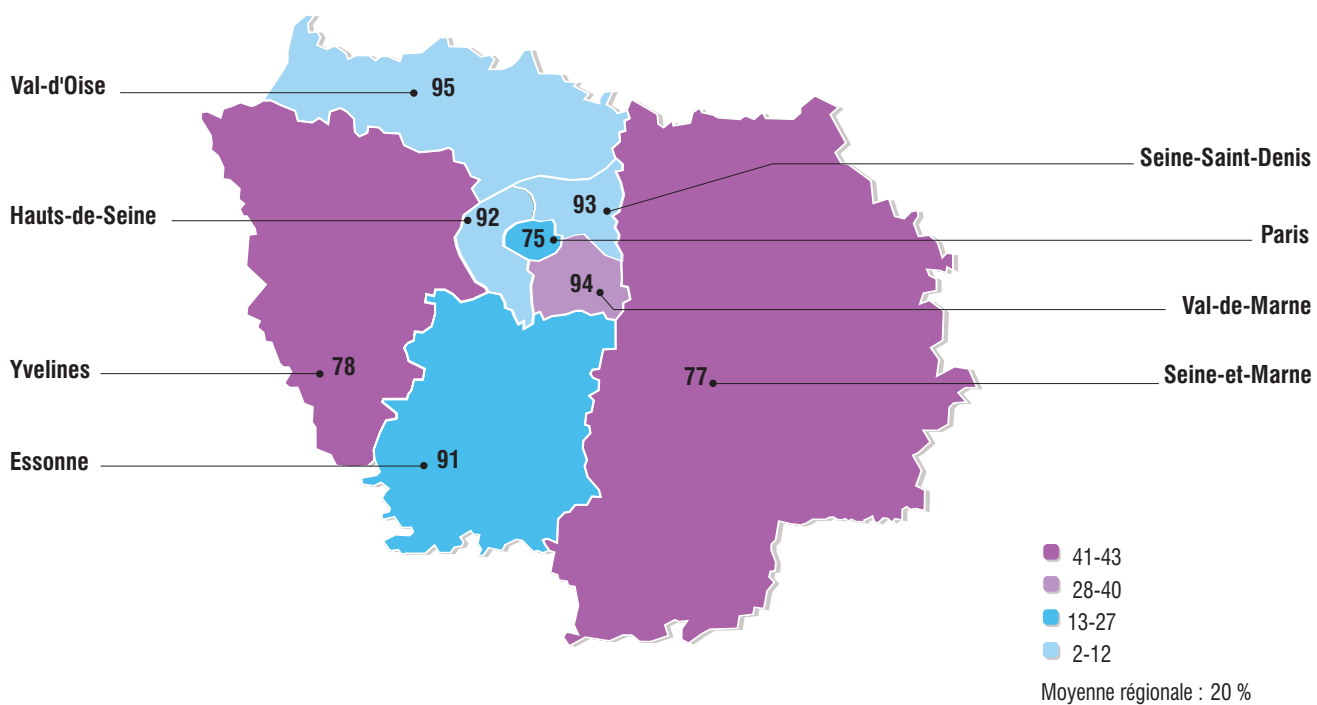
⁵⁰ À titre indicatif, si le médecin du travail est identifié dans près de la moitié des cas comme le « signalant » principal aux PDITH, l'enquête de l'ACMS tendrait à indiquer une faible part de signalements aux PDITH dans les situations d'inaptitudes étudiées – 5 % environ, la majorité des signalements étant identifiés au niveau des services sociaux, y compris de santé au travail.

Part des signalements PDITH 2003-2004 provenant du médecin du travail



Source : PDITH/Adhoc

Part des signalements PDITH 2003-2004 provenant de la Cotorep



Source : PDITH/Adhoc

Synthèse de la deuxième partie

- Il est difficile d'identifier, compte tenu de la variété des situations rencontrées, un acteur prédominant du maintien dans l'emploi, même si le médecin du travail reste, à l'articulation des différentes sphères d'intervention (au travail/en maladie), un acteur central.
- L'activité de maintien dans l'emploi reste difficile à déterminer sur un ensemble homogène d'informations, des notions clefs ne disposant pas selon les sources d'un mode de comptabilisation adapté (nombre de signalements, origine des signalements, situations de maintien traitées, résultats en termes de maintien...).
- On ne peut pas non plus évaluer clairement la part des situations prises en charge dans le volume des 300 000 à 600 000 situations présumées à risque de désinsertion professionnelle (cf. partie 1).
- Quelques constats tendent cependant à indiquer un potentiel de progression quant à la couverture des situations à risques par l'activité de maintien dans l'emploi :
 - le faible nombre de visites de pré-reprise (32 000 en 2003) et de reprise (161 000) au regard des volumes d'arrêts de travail supérieurs à 15 jours (630 000) ;
NB : les visites de reprise relèvent d'une logique de signalement émanant de l'entreprise, par ailleurs peu représentée dans les circuits de signalement PDITH ;
 - le faible nombre de signalements au service social (18 000) au regard des 130 000 arrêts de travail de plus de 90 jours estimés pour la région ;
L'activité au titre de la prévention de la désinsertion représente actuellement de 7 à 10 % de l'activité totale du service social au niveau de la région contre 30 % pour l'ensemble des régions. La marge de manœuvre du service social sur cette activité, qui ne pourrait s'envisager qu'à moyen ou long terme, ne saurait couvrir seule le besoin identifié⁵¹ ;
 - la faible part de signalements enregistrée au titre de la médecine de soins (via les PDITH) qui interroge quant à la mobilisation et l'information de cet acteur sur le champ du maintien dans l'emploi.

⁵¹ Comme de plus larges signalements à la médecine du travail poseraient la question de la réorganisation des services en matière de visite et/ou d'activité de prévention pour tenir compte d'un afflux éventuel sur des situations problématiques pour l'emploi.

Le maintien dans l'emploi à travers les PDITH

Les situations prises en charge par les dispositifs départementaux de maintien dans l'emploi des PDITH constituent aujourd'hui les données les plus complètes et les plus riches dont on peut disposer.

Sur une entrée régionale - des variations existent entre départements - et compte tenu des pratiques et procédures existantes notamment autour du signalement, on peut supposer qu'elles constituent un ensemble représentatif du champ analysé (exception faite du maintien dans le secteur public et des entreprises concernées par des accords).

La partie suivante analyse les situations traitées sur deux années à partir des éléments recueillis dans la base de données partagée commune à l'ensemble des dispositifs départementaux de la région.

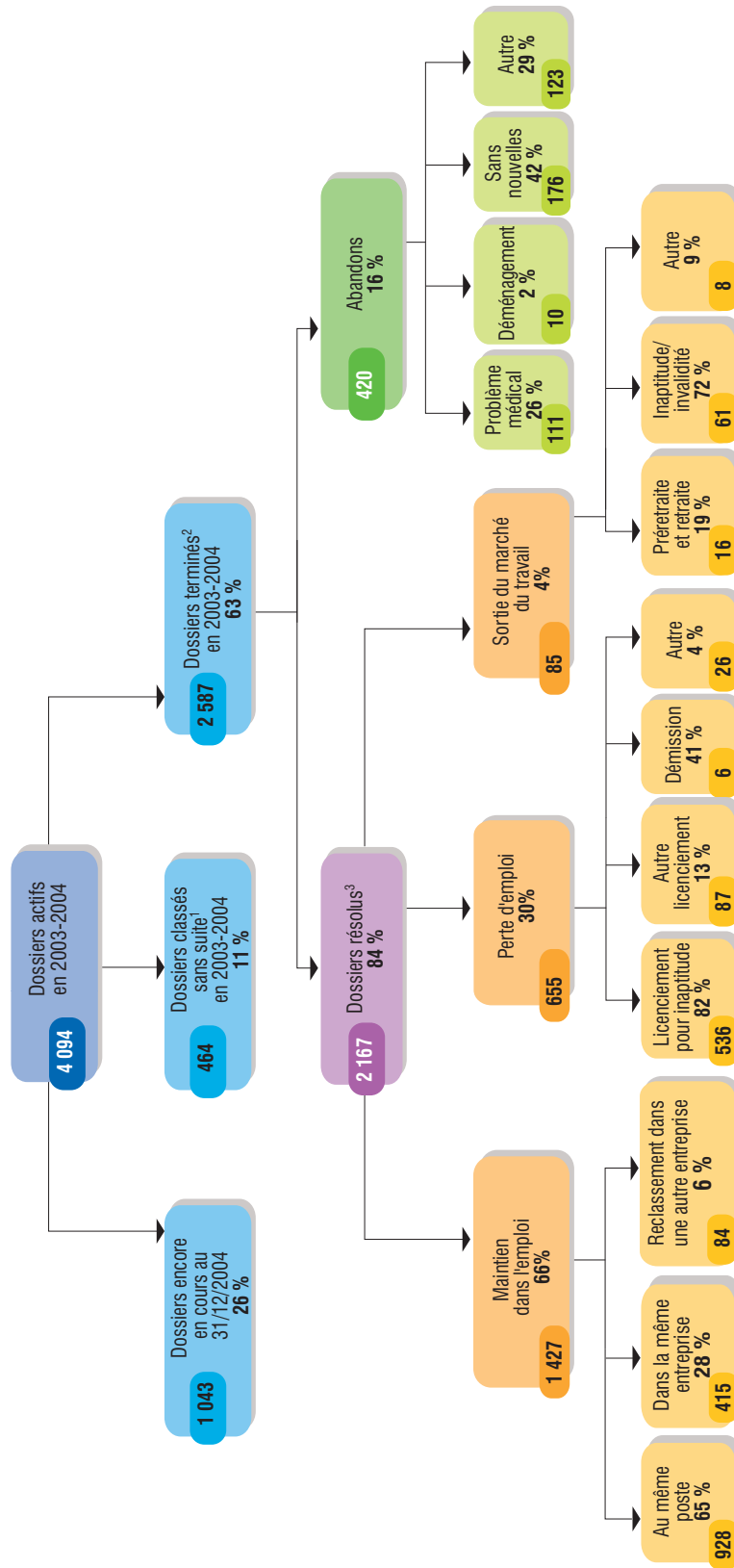
À fin décembre 2004, un échantillon de plus de 4 000 situations était disponible (voir organigramme 2).

- 89 % ayant été pris en charge par les axes eux-mêmes.
- 63 % des dossiers considérés ayant été fermés sur la période - dont 84 % avec résultat identifié.

Ces données recueillies de façon homogène permettent de décrire les signalements, le public et les entreprises concernés et parallèlement d'étudier les moyens mis en œuvre dans le processus de maintien comme les résultats à l'issue de la prise en charge.

L'analyse ci-après s'est appuyée largement sur une série de réunions de travail et d'échanges organisée en 2004 avec les chargés de mission maintien des PDITH d'Ile-de-France, pour éclairages et interprétations.

Dossiers de maintien enregistrés par les PDITH entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2004



Lecture : les pourcentages sont calculés par rapport au niveau directement supérieur.

¹ Dossiers sans suite : ensemble des dossiers qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge par les chargés de mission.

² Dossiers terminés : ensemble des dossiers résolus et des dossiers activés par abandon.

³ Dossiers résolus : ensemble des dossiers terminés pour lesquels la prise en charge n'a pas été abandonnée. On dispose de l'intégralité de l'historique, y compris la nature exacte du résultat (maintien, licenciement, sortie du marché du travail).

Typologie des signalements

Provenance des signalements

Les signalements de situations enregistrés par les axes maintien dans l'emploi des PDITH viennent de l'ensemble des partenaires du réseau mais de façon non homogène et dans des proportions très différentes⁵².

► Distribution et répartition en fonction de l'origine du signalement

Origine du signalement	%
Médecin du travail	45 %
Médecin conseil (régimes sociaux)	1 %
Médecin traitant	0 %
Cotorep	20 %
Sécurité sociale (service social)	5 %
MSA	0 %
Services sociaux hors CPAM/Cram	4 %
Entreprise concernée	4 %
Réseau patronal	0 %
Salarié concerné	5 %
Association de personnes handicapées	1 %
Organisation syndicale de salariés	
Réseau Cap emploi	4 %
Autre axe PDITH (accueil parcours jeune, accueil préparation de parcours, mission info/sensibilisation des entreprises)	1 %
Organismes de bilan et de formation	1 %
État/inspection du travail	0 %
Service d'ergonomie	0 %
Autre	9 %
Total	100 %

Source : PDITH/Adhoc

Rappel : les données fournies par le service social de la Cramif concernant l'origine des signalements permettent de corroborer le recouvrement de 5 à 7 % avec l'activité des dispositifs maintien des PDITH.

Typologie selon l'origine du signalement

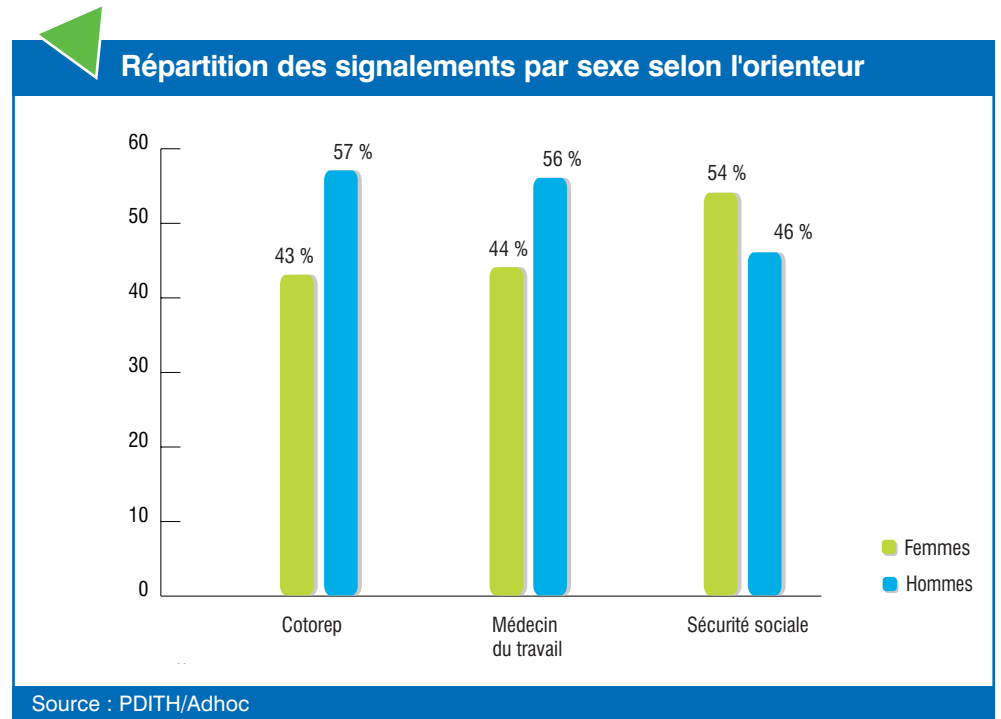
L'étude de différentes caractéristiques du public révèle que ce ne sont pas les mêmes types de personnes qui sont adressées aux cellules maintien dans l'emploi par les différents canaux de signalement.

Caractéristiques selon le sexe et l'âge :

en moyenne, les signalements considérés concernent 54 % d'hommes et 46 % de femmes ; pour les personnes adressées par la Sécurité Sociale, la proportion de femmes est plus forte que celle des hommes. L'hypothèse principale pour expliquer cet écart serait que les femmes auraient

⁵² Précisons que ces proportions sont quasiment identiques sur l'ensemble des situations considérées (dossiers clos ou non, situations 2003 ou 2004).

plus facilement recours aux assistantes sociales que les hommes. Il ne s'agit là que d'une hypothèse même si les données transmises par le service social de la Cramif font effectivement état d'une proportion des bénéficiaires majoritairement féminine (54,5 %).

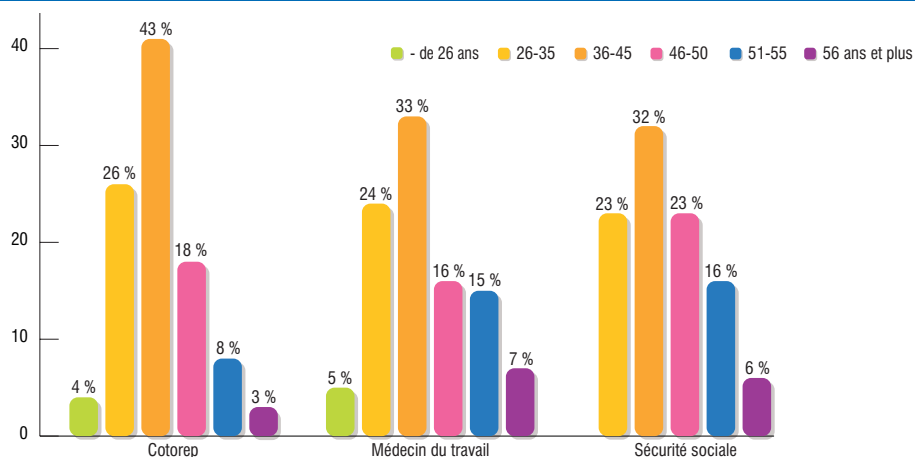


En termes d'âge, la population orientée par la Cotorep est légèrement plus jeune (moyenne de 40,3 ans contre 41,7 ans pour l'ensemble des personnes concernées) avec une part importante de 36-45 ans.

À l'inverse, les personnes orientées par la Sécurité sociale sont plus âgées (43,7 ans en moyenne). Les parts des plus de 50 ans et des plus de 55 ans sont plus fortes (respectivement 16 % contre 14 % pour l'ensemble et 6 % contre 5 %).

45 % des personnes orientées par la Sécurité sociale ont plus de 45 ans (voir graphique 6). Une donnée comparable à la source « service social Cramif » faisant état de 45 % de plus de 45 ans parmi le public reçu au titre de la prévention de la désinsertion. Cette proportion n'est que de 37 % dans l'ensemble de la population considérée au titre du PDITH.

Répartition des signalements par âge selon l'orienteur



Source : PDITH/Adhoc

Caractéristiques selon la situation des personnes vis-à-vis de l'emploi.

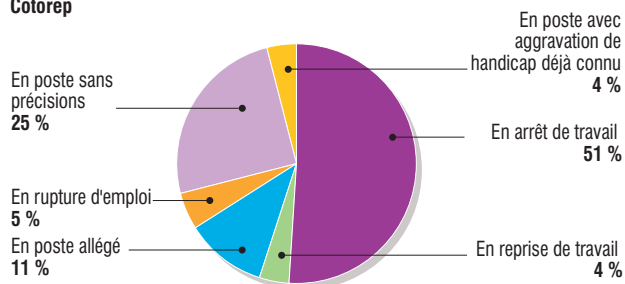
La proportion de 48 % des personnes « en arrêt de travail » observée sur l'ensemble des situations connaît des variations en fonction de l'orienteur.

Compte tenu de la nature des signalements enregistrés par la Sécurité sociale en interne – signalements au titre de l'arrêt de travail –, la part de cette situation est naturellement plus représentée (69 %). On constate cependant une part non négligeable de situations « au travail », ce qui peut traduire des signalements tardifs eu égard au positionnement amont du service social.

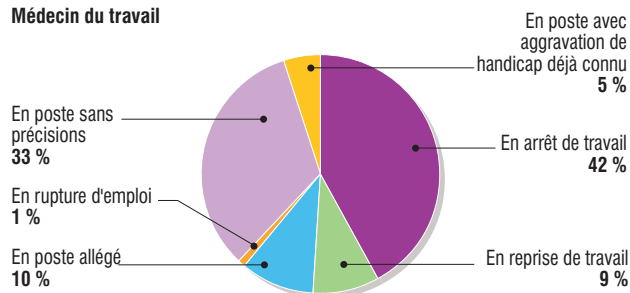
On remarque pour la Cotorep une part plus importante de situations « en rupture d'emploi » (5 %).

Répartition par situation vis-à-vis de l'emploi au moment du signalement selon l'orienteur

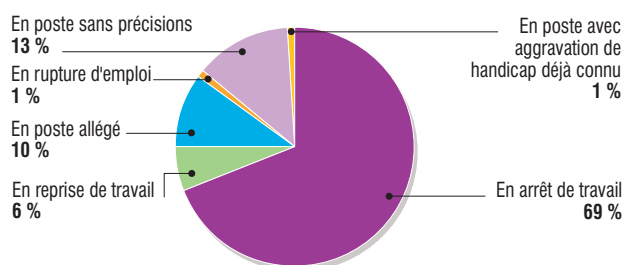
Cotorep



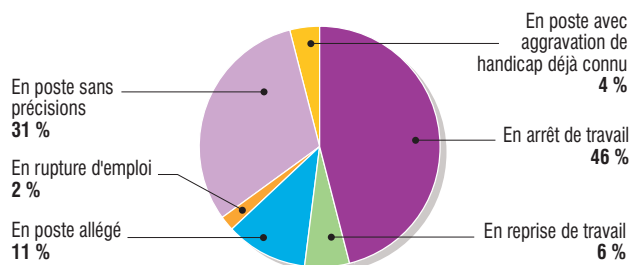
Médecin du travail



Sécurité sociale

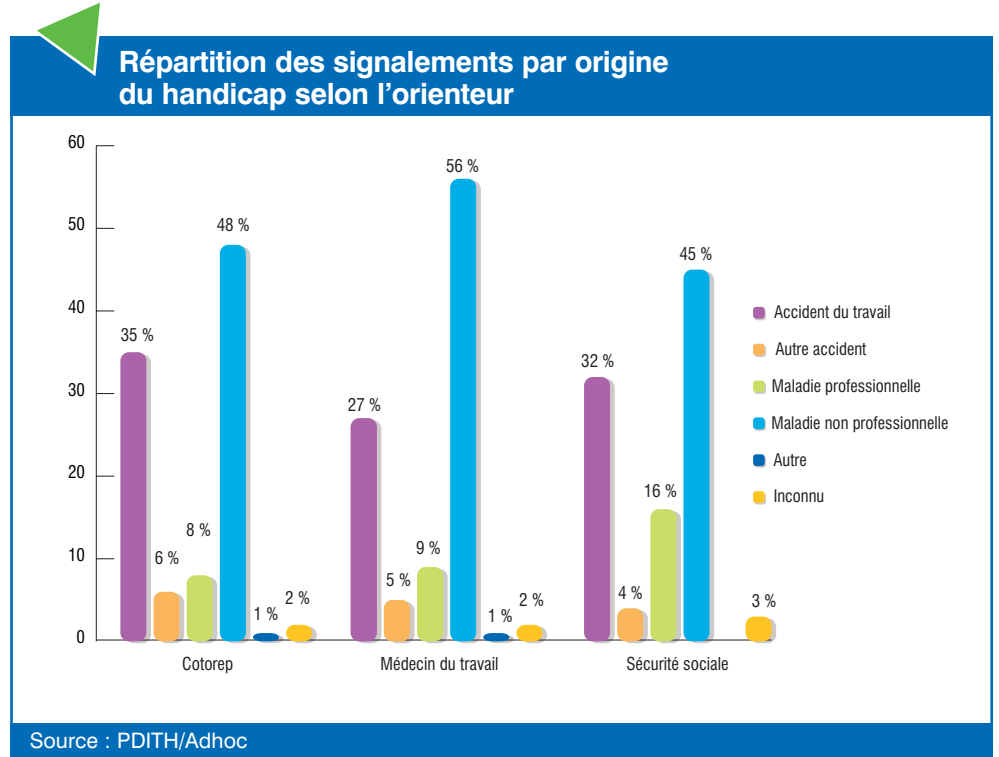


Tous orienteurs confondus



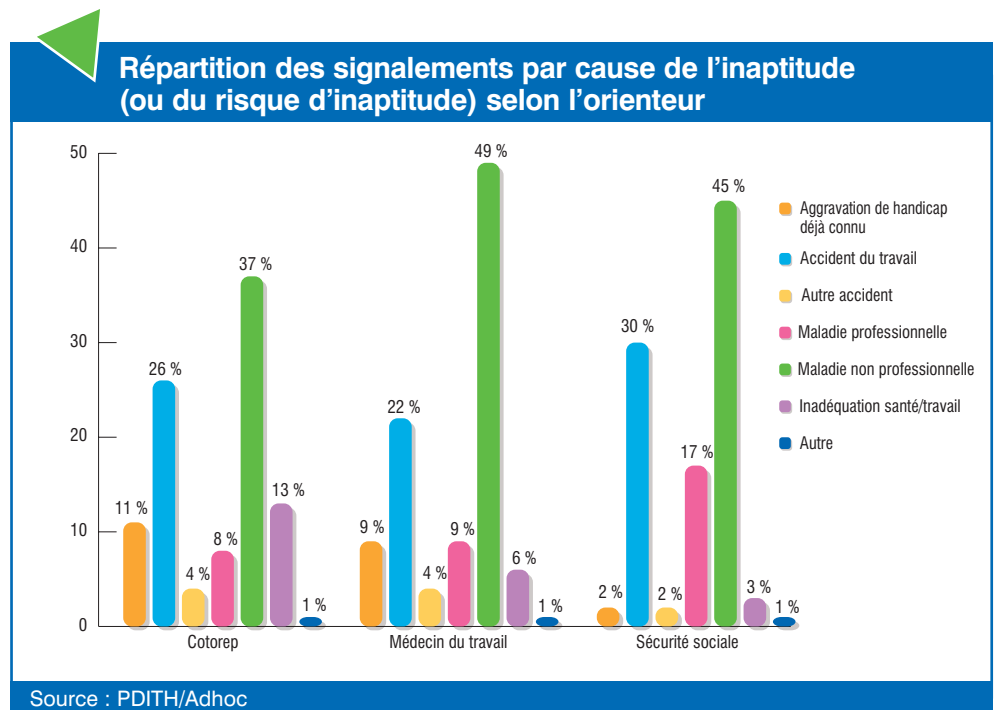
Source : PDITH/Adhoc

Caractéristiques selon le handicap et l'origine de l'inaptitude (ou du risque)



L'origine du handicap est plus fréquemment un accident du travail pour les personnes orientées par la Cotorep (35 % contre 27 % en moyenne) alors que pour les autres orienteurs on retrouve la proportion moyenne.

La maladie professionnelle, quant à elle, est surreprésentée chez les personnes orientées par la Sécurité sociale (16 % contre 8 % en moyenne).



Si ce graphique rejoint le précédent, il indique de manière complémentaire les glissements entre l'origine du handicap – qui peut être antérieure à l'apparition du problème d'aptitude – et la cause effective de l'inaptitude ou du risque d'inaptitude.

L'aggravation d'un handicap déjà connu est en proportion plus forte du point de vue de la Cotorep et de la médecine du travail.

- Pour la Cotorep, ce constat peut recouvrir des signalements pour des salariés déjà bénéficiaires de la loi.
- Pour la médecine du travail, une difficulté déjà identifiée – que le handicap soit reconnu ou non au sens de la loi.

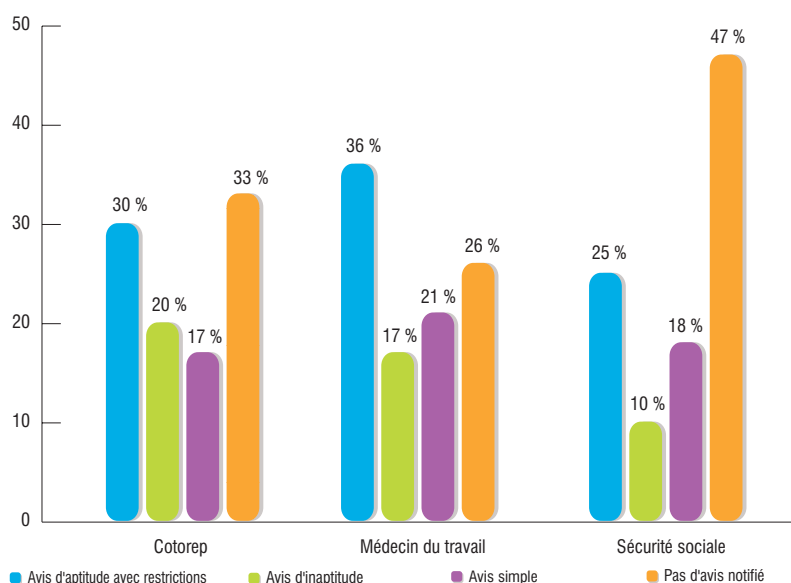
En tout état de cause, les signalements via la Sécurité sociale sont moins souvent de cet ordre, et recouvrent donc plus souvent des salariés rencontrant pour la première fois un problème de santé.

● Guide de lecture

« Pas d'avis notifié » : le médecin ne s'est pas prononcé sur l'aptitude (même officieusement).

« Avis simple » : avis non réglementaire du médecin (hors fiche d'aptitude).

Répartition des signalements par avis du médecin selon l'orienteur



Source : PDITH/Adhoc

Seul le public orienté par la Sécurité sociale se démarque réellement, et assez logiquement. Les personnes pour lesquelles le médecin n'a pas prononcé d'avis y sont plus nombreuses que la moyenne (47 % contre 31 %). À l'inverse, les personnes pour lesquelles le médecin a prononcé un avis d'aptitude avec restrictions sont en proportion bien inférieure (25 % contre 33 %).

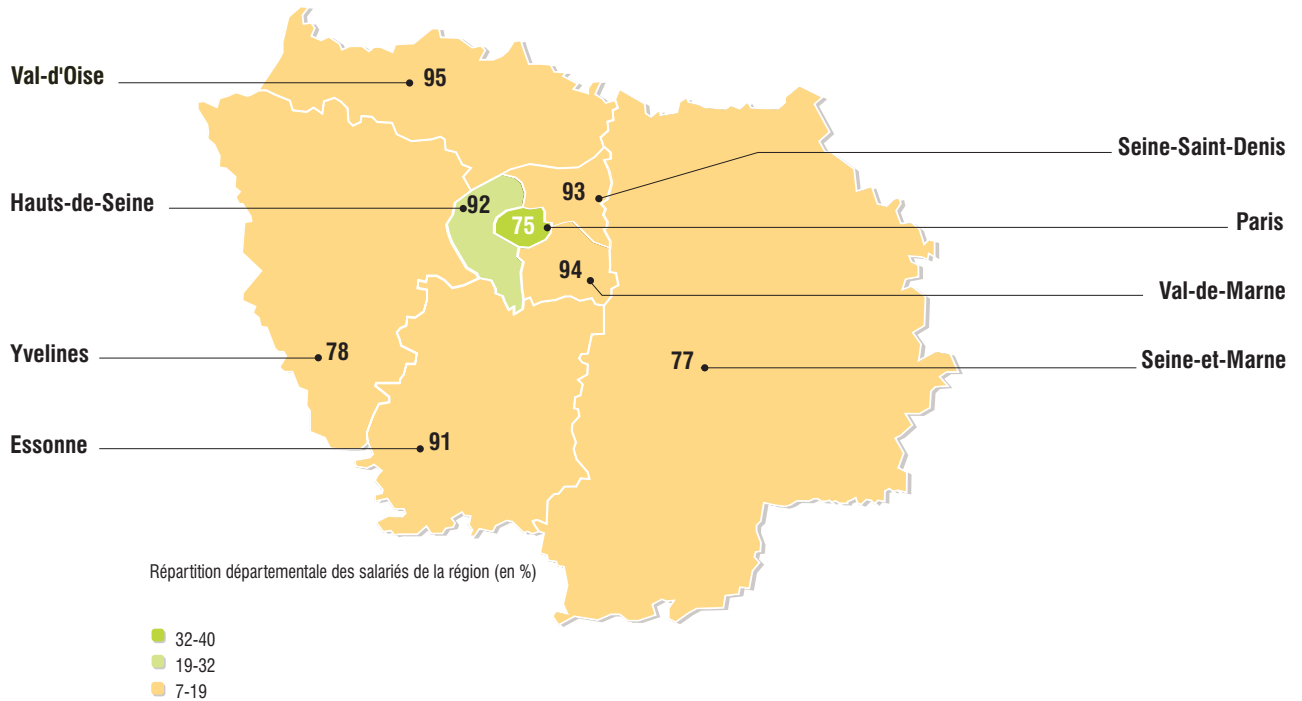
On peut s'interroger sur la part significative (26 %) de signalements émanant de la médecine du travail sans avis notifié. Ce cas de figure peut aussi bien recouvrir :

- une orientation « par défaut » – le médecin a orienté vers le PDITH sur la simple identification d'une problématique potentielle ;
- une sollicitation pour évaluation complémentaire de la situation ;
- une sollicitation en amont d'un contact avec le médecin du travail.

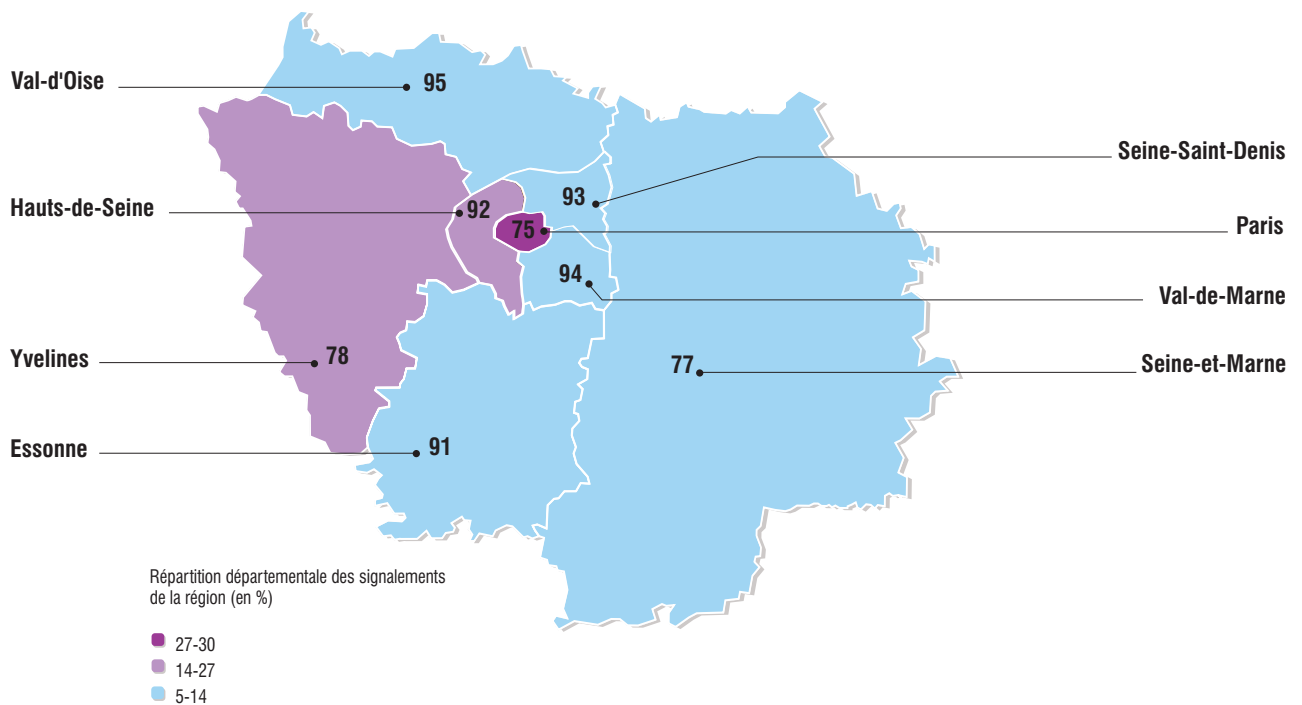
Pour la Cotorep également, la part importante des dossiers sans avis de médecin questionne quant à la constitution du dossier (on pourrait s'attendre à un avis du médecin du travail, notamment dans le cadre de procédures diligentées).

Approche départementale : répartition des salariés et des signalements en Ile-de-France

Répartition des salariés franciliens par département



Répartition des signalements par département



Sources : Unedic 2003, PDITH/Adhoc

Les salariés et les entreprises concernés

Les caractéristiques des personnes et des entreprises concernées par le maintien dans l'emploi en Ile-de-France ont été examinées à travers les situations suivies par les PDITH, soit 2 167 individus et 1 730 entreprises⁵³ sur les années 2003 et 2004⁵⁴.

Les caractéristiques déclinées ci-après portent sur l'ensemble des situations dont la prise en charge s'est terminée en 2003-2004 (hors abandon). Toutefois, il faut savoir que ces caractéristiques sont représentatives de l'ensemble des situations ayant fait l'objet d'un traitement par les axes maintien d'Ile-de-France (les caractéristiques des dossiers ouverts étant identiques aux caractéristiques des dossiers terminés).

Les salariés concernés

Âge et sexe

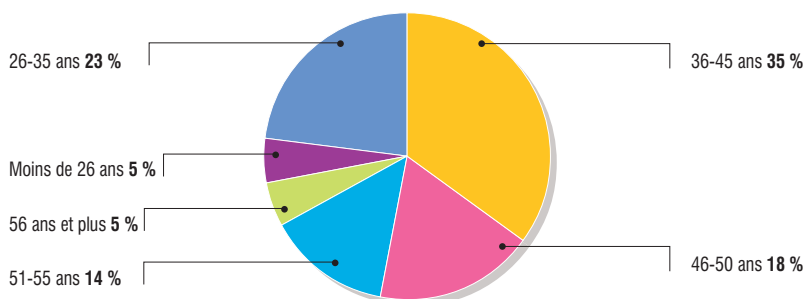
Rappel : la proportion d'hommes est légèrement plus importante que celle des femmes (54 % contre 46 %).

La population signalée aux chargés de mission maintien est âgée en moyenne de 41,7 ans, les valeurs extrêmes étant 16 ans et 64 ans.

La classe d'âge la plus importante est celle des 36-45 ans avec 35 % du public. Néanmoins, la part des plus âgés est assez importante puisque 19 % des personnes concernées ont plus de 50 ans.

Aux âges extrêmes, le poids des plus de 55 ans est comparable à celui des moins de 26 ans (5 %).

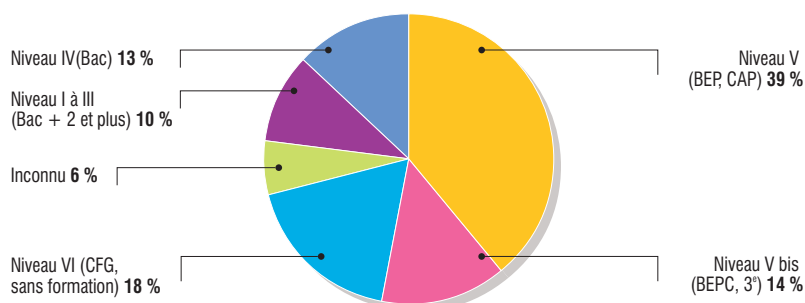
Répartition par âge



Source : PDITH/Adhoc

Niveau de formation déclaré

Répartition par niveau de formation



Source : PDITH/Adhoc

⁵³ L'entreprise est connue dans 95 % des dossiers, on en distingue plus de 1700 différentes.

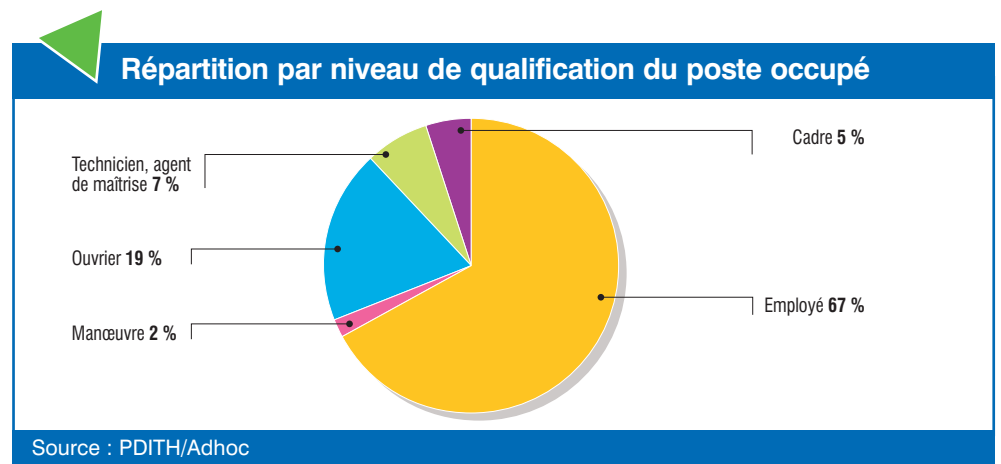
⁵⁴ Les personnes prises en compte dans l'analyse sont celles pour lesquelles les dossiers sont fermés au 31 décembre 2004, avec une issue connue (situations « résolues »).

Le public concerné est globalement peu diplômé, plus de 70 % ayant un niveau de formation inférieur ou équivalent au BEP, CAP. Presque une personne sur cinq n'a pas de formation ou celle-ci n'excède pas le certificat de formation générale.

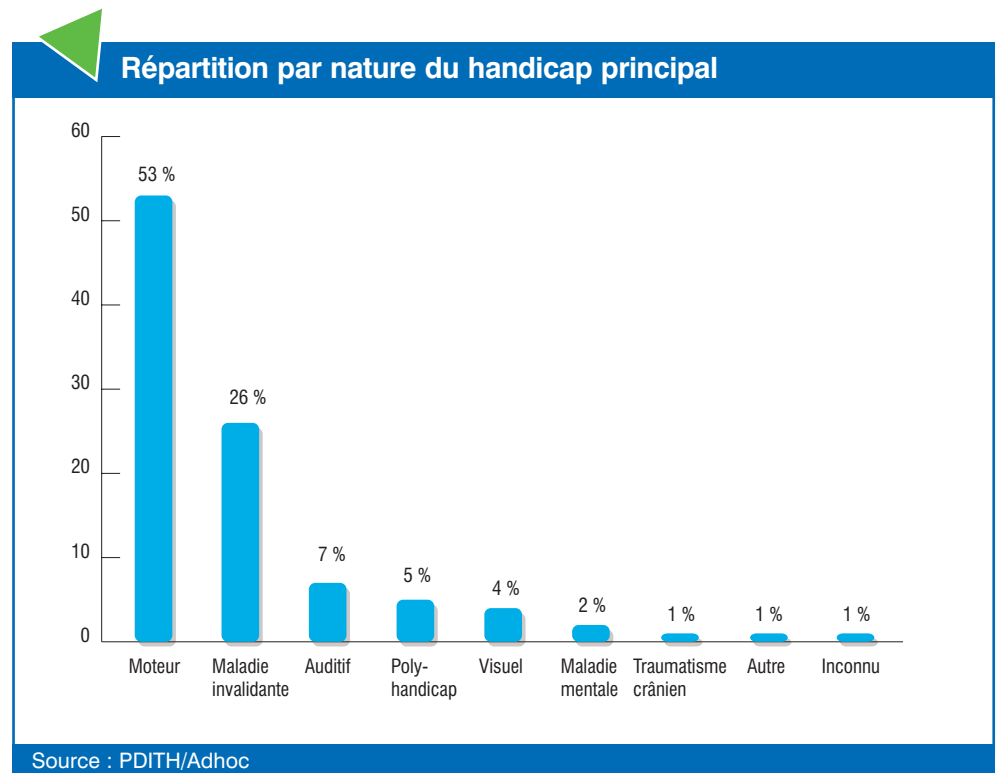
Cette caractéristique est déterminante dans la résolution des situations, car elle influe sur les mesures mobilisables pour parvenir au maintien dans l'emploi.

Qualification

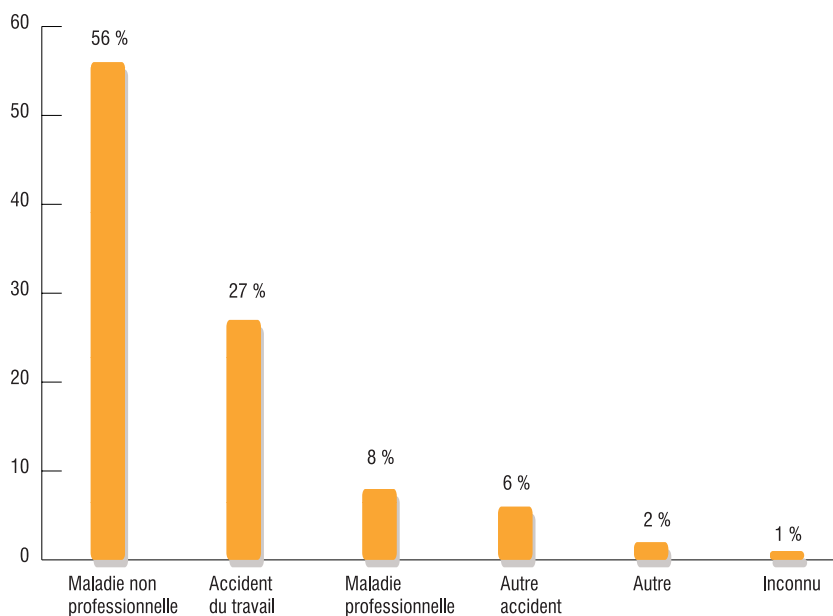
En termes de qualification (CSP), on constate dans les situations signalées une large majorité d'employés (67 % du public) et une moindre proportion d'ouvriers (19 %). Les cadres et les techniciens sont quant à eux très faiblement représentés (respectivement 5 % et 7 %).



Handicap

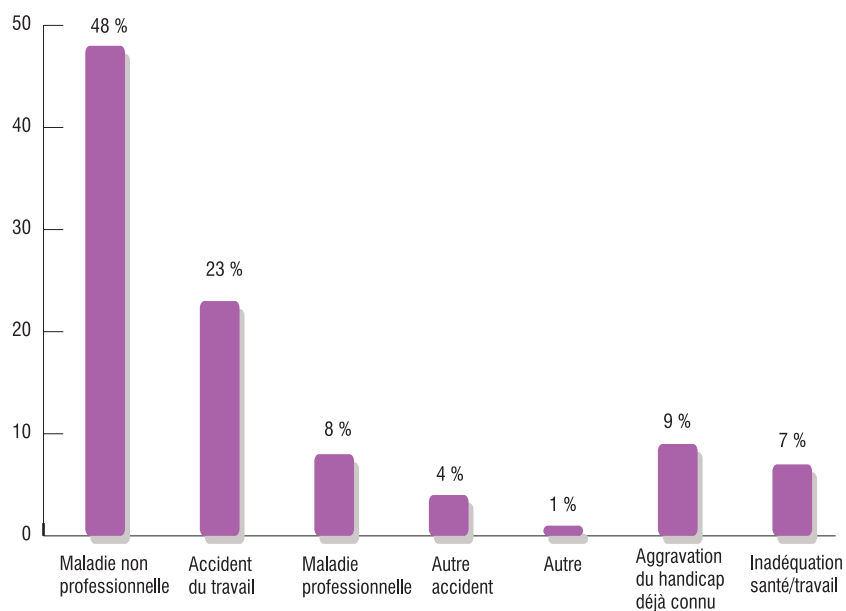


Répartition par origine du handicap principal



Source : PDITH/Adhoc

Répartition par cause de l'incapacité



Source : PDITH/Adhoc

Si la cause de l'incapacité reste fortement liée à l'origine du handicap – la situation d'incapacité ou de risque d'incapacité est corrélée avec l'apparition du handicap –, on constate cependant quelques variations.

Pour l'accident du travail, par exemple, s'il est à l'origine du handicap identifié au moment du signalement dans 27 % des situations, il n'est que pour 23 % la cause de l'incapacité ou du risque

d'inaptitude. Idem pour la maladie non professionnelle, origine du handicap dans 56 % des cas alors qu'elle n'est la cause de l'inaptitude que dans 48 %.

Ce constat s'explique par l'existence d'autres modalités pour la cause de l'inaptitude, à savoir : l'aggravation d'un handicap déjà connu, et l'inadéquation santé/travail.

À l'inverse, la maladie professionnelle est à la fois origine du handicap et cause de l'inaptitude dans des proportions identiques (8 %).

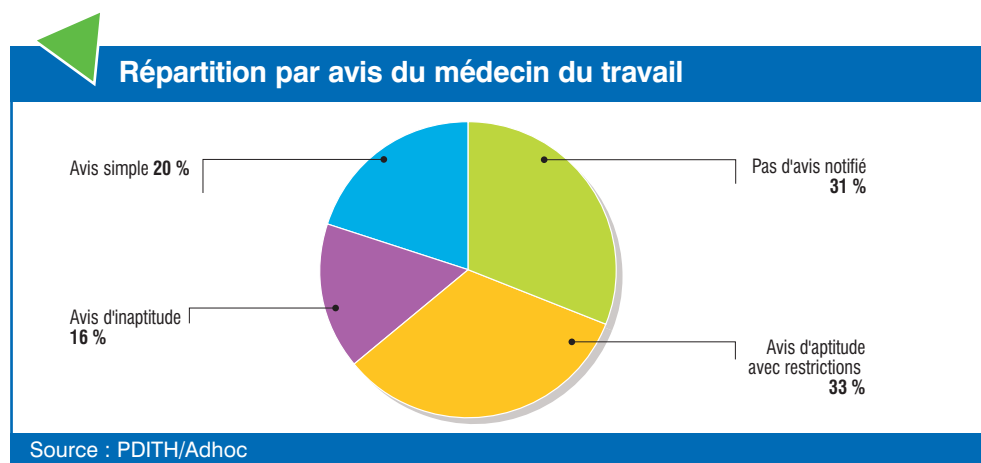
► **Distribution et répartition par type de reconnaissance du handicap**

Reconnaissance du handicap en cours de validité	Effectif	%
RQTH A	239	11 %
RQTH B	977	45 %
RQTH C	97	4 %
Pension d'invalidité de la Sécurité sociale 1 ^{re} cat.	34	2 %
Rente d'accident du travail / IPP > 10 %	13	1 %
Autre titre de bénéficiaire	7	0 %
Pas de reconnaissance en cours de validité ⁵⁵	800	37 %
Total	2167	100 %

Source : PDITH/Adhoc

Dans 63 % des situations, le signalement intervient pour des personnes déjà détentrices d'un titre de bénéficiaire de la loi, essentiellement au titre de la Cotorep. Les 37 % d'individus n'ayant pas encore de titre de bénéficiaire au moment du signalement peuvent évoluer vers des reconnaissances au titre de l'IPP ou de l'invalidité en parallèle d'une reconnaissance Cotorep.

Inaptitude

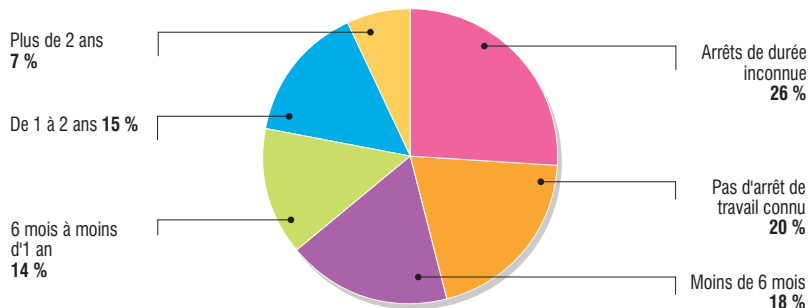


Dans près de la moitié des cas, le signalement intervient après avis d'inaptitude ou avis d'aptitude avec restriction.

Dans 31% des cas, le signalement intervient avant la notification d'un avis (même « simple », c'est-à-dire non réglementaire) par le médecin sur la situation exposée.

⁵⁵ « Pas de reconnaissance de handicap en cours de validité » recouvre également les situations de renouvellement de titre de bénéficiaire et les situations où la demande est en cours.

Répartition par durée cumulée des arrêts de travail au cours des deux dernières années

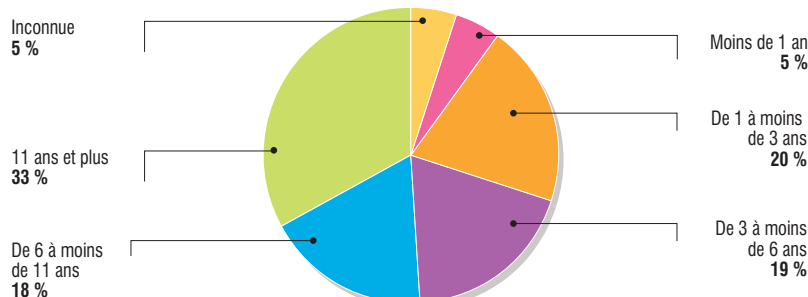


Source : PDITH/Adhoc

- 20 % du public n'a jamais été arrêté au cours des deux dernières années.
- 22 % des personnes ont été arrêtées plus d'un an.

Les 4/5 des situations concernent des individus ayant eu au moins un arrêt de travail dans les deux dernières années. Plus d'un tiers a été arrêté plus de six mois, et un cinquième plus d'un an.

Répartition par ancienneté dans l'entreprise



Source : PDITH/Adhoc

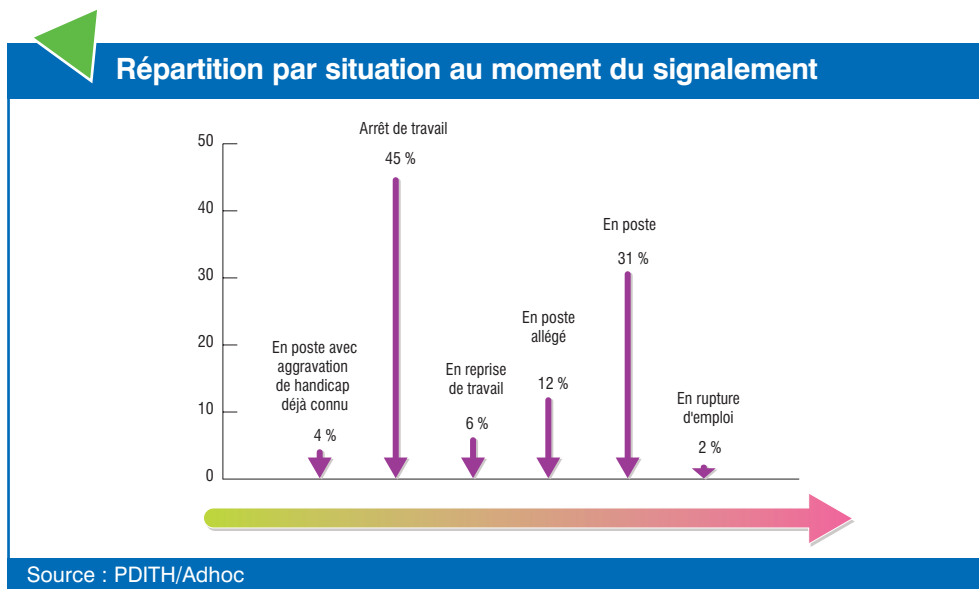
1/3 des personnes travaillent dans la même entreprise depuis plus de 10 ans alors que 5 % sont des nouveaux salariés.

Situations vis-à-vis de l'emploi au moment du signalement

L'impact de la prise en charge précoce des situations sur le maintien dans l'emploi se mesure en fonction de la dimension « amont » du signalement.

La chronologie habituellement considérée est la suivante : de l'arrêt à la reprise du travail. Dans le schéma ci-dessous, les situations sont ventilées en introduisant « l'aggravation du handicap » des personnes en poste comme un signalement amont (avant un éventuel arrêt de travail). 4 % des personnes concernées sont dans ce cas, soit 13 % des personnes en poste au moment du signalement. Plus de la moitié des signalements enregistrés par les PDITH sont bien des signalements dits « amont » (jusqu'à la reprise du travail). Les 31 % de personnes en poste au moment du signalement peuvent recouvrir des situations de moindre gravité comme un signalement de problématiques susceptibles de s'aggraver à très court terme.

Une donnée qui est à rapprocher des situations pour lesquelles un avis d'aptitude avec restriction ou d'inaptitude a été prononcé par le médecin, à savoir 49 % des situations, contre 51 % de salariés « en poste » a priori au moment du signalement dans le schéma ci-dessus.



Comparaison avec les caractéristiques des DOETH et des DEFM

Au vu des variables dont on dispose pour les trois populations : salariés pris en charge dans le cadre du maintien dans l'emploi, demandeurs d'emploi TH et personnes handicapées en poste (sources PDITH, DEFM TH et DOETH), il apparaît **que la population prise en charge par les dispositifs maintien des PDITH de la région s'apparente davantage aux demandeurs d'emploi qu'aux travailleurs** handicapés salariés, ce qui confirmerait la pertinence de l'approche préventive du maintien dans l'emploi vis-à-vis de la désinsertion professionnelle.

Les tableaux ci-dessous comparent les caractéristiques des salariés handicapés connus au titre des axes maintien des PDITH (profils des personnes dont le dossier a été résolu en 2003-2004), les personnes handicapées inscrites au chômage (DEFM TH 2003 toutes catégories) et les personnes handicapées travaillant dans les entreprises assujetties à l'obligation d'emploi de personnes handicapées (DOETH 2002).

► Comparaison des répartitions par sexe

Sexe	PDITH	DEFM TH	DOETH
Femme	46 %	40 %	37 %
Homme	54 %	60 %	63 %
Total	100 %	100 %	100 %

Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – ANPE

► Comparaison des répartitions par âge

Âge	PDITH	DEFM TH	DOETH
moins de 26 ans	5 %	4 %	2 %
26 - 35 ans	23 %	19 %	12 %
36 - 45 ans	35 %	32 %	24 %
46 - 50 ans	18 %	18 %	19 %
51 - 55 ans	14 %	21 %	25 %
56 ans et plus	5 %	6 %	18 %
Total	100 %	100 %	100 %

Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – ANPE

► **Comparaison des répartitions par niveau de formation**

Niveau de formation	PDITH	DEFM TH	DOETH
Inconnu	6 %	0 %	Non disponible
Niveau I à III (Bac + 2 et plus)	10 %	12 %	
Niveau IV (Bac)	13 %	13 %	
Niveau V (BEP, CAP)	39 %	34 %	
Niveau V bis (BEPC, 3 ^e)	14 %	10 %	
Niveau VI (CFG, sans formation)	18 %	31 %	
N'a jamais été scolarisé	0 %		
Total	100 %	100 %	

Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – ANPE

► **Comparaison des répartitions par niveau de qualification**

Qualification	PDITH	DEFM TH	DOETH
Autre	0 %		
Cadre	5 %	5 %	11 %
Employé	67 %	66 %	29 %
Manœuvre	2 %	3 %	29 %
Ouvrier	19 %	20 %	
Technicien, agent de maîtrise	7 %	6 %	23 %
Non précisé		0 %	7 %
Total	100 %	100 %	100 %

Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – Unedic 2003

► **Comparaison des répartitions par titre de bénéficiaire**

Qualification	PDITH	DEFM TH	DOETH
RQTH A	11 %	18 %	10 %
RQTH B	45 %	51 %	32 %
RQTH C	4 %	9 %	9 %
Pension d'invalidité de la Sécurité sociale 1 ^{re} cat.	2 %	6 %	17 %
Rente d'accident du travail / IPP > 10%	1 %	1 %	32 %
Autre titre de bénéficiaire	0 %	6 %	
Pas de reconnaissance en cours de validité	37 %	9 %	
Total	100 %	100 %	100 %

Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – ANPE

Précisons que les personnes n'ayant pas de titre de bénéficiaire au moment du signalement évoluent dans la plupart des cas vers des situations administratives relevant de la Cotorep (RQTH A, B ou C).

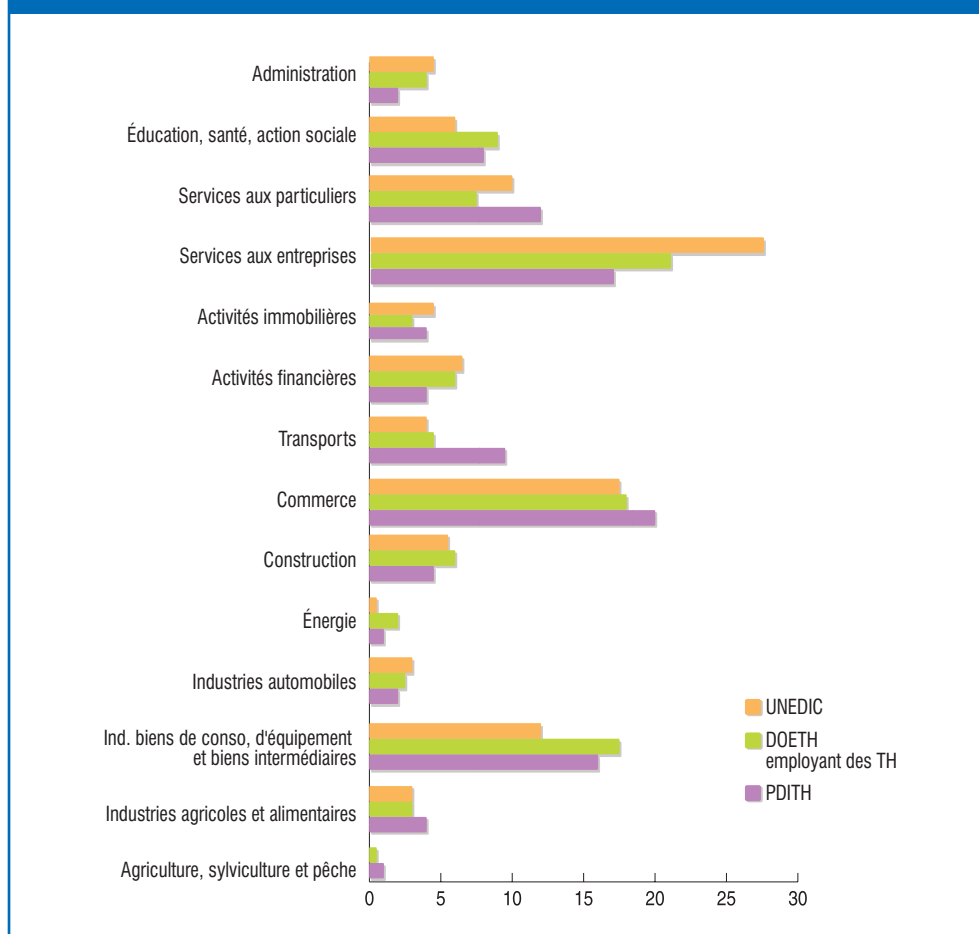
Les entreprises concernées

La répartition par secteurs d'activité des entreprises concernées par le maintien dans l'emploi diffère de la répartition par secteurs d'activité de l'ensemble des entreprises d'Ile-de-France.

Ainsi, l'administration est sous-représentée, les chargés de mission maintien ne travaillant que dans le cadre du secteur privé. De même pour la sous-représentation du secteur de la construction, l'Association paritaire d'action sociale du BTP (l'APAS) intervenant en Ile-de-France dans ce secteur au titre du maintien dans l'emploi.

À l'inverse, les services aux particuliers, l'industrie de biens intermédiaires, de consommation et d'équipement ainsi que le commerce et le transport sont surreprésentés parmi les entreprises dans lesquelles un salarié a fait l'objet d'un signalement.

Comparaison des répartitions par secteurs d'activité de l'ensemble des entreprises de la région, des entreprises soumises à la DOETH employant des travailleurs handicapés et des entreprises pour lesquelles un signalement a été enregistré par les axes maintien⁵⁶



Sources : PDITH/Adhoc - DOETH 2002 - Unedic 2003

⁵⁶ Ensemble des entreprises d'Ile-de-France désigné par la série « Unedic », entreprises pour lesquelles un signalement a été enregistré par les axes maintien désigné par la série « PDITH »

À titre indicatif, le graphique ci-dessus compare le poids des différents secteurs d'activité des entreprises franciliennes au poids des secteurs :

- des entreprises qui emploient des travailleurs handicapés (source DOETH) ;
- des entreprises concernées par le maintien dans l'emploi (au titre du PDITH).

Il apparaît sous cet angle qu'il n'y a pas de corrélation évidente entre « emploi de TH » et problématique de maintien. Tous les cas de figures sont représentés (employant des travailleurs handicapés avec ou sans problématique de maintien, n'employant pas ou peu avec plus ou moins de sollicitations maintien...).

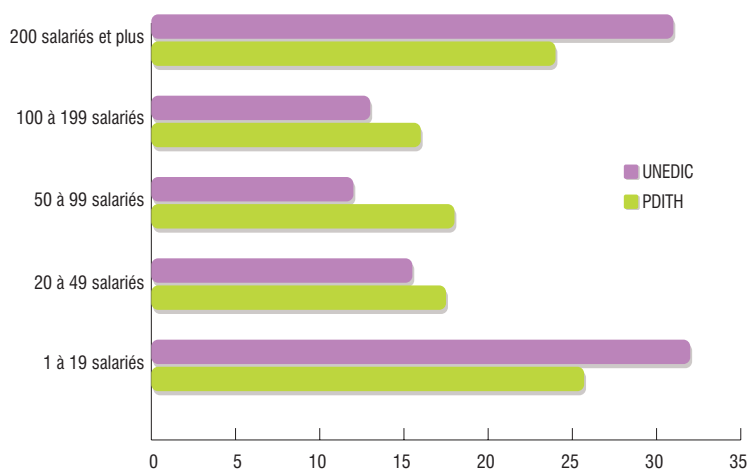
Certains secteurs d'activité se démarquent cependant, dégageant à première vue des « typologies » particulières :

- le secteur des services aux entreprises qui représente plus de 25 % des entreprises franciliennes est sous-représenté parmi les entreprises qui emploient des travailleurs handicapés (20 % de ces entreprises). Ce secteur est aussi plus nettement sous-représenté parmi les entreprises en relation avec les PDITH pour des questions de maintien dans l'emploi (le secteur des activités financières partage ce profil) ;
- à l'opposé, le secteur de l'industrie est plutôt surreprésenté en matière d'emploi de travailleurs handicapés, avec un poids nettement plus important parmi les entreprises qui emploient des TH (DOETH) que parmi l'ensemble des entreprises de la région (Unedic). C'est aussi un secteur particulièrement confronté à la problématique du maintien dans l'emploi (le secteur du commerce est dans une situation assez semblable) ;
- en situation intermédiaire, on retrouve le secteur des services aux particuliers (et dans une moindre mesure les activités immobilières et l'industrie automobile) où l'emploi de travailleurs handicapés est moins représenté, tandis que les sollicitations maintien sont plus marquées.

Ainsi, certains secteurs d'activité seraient moins mobilisés sur l'emploi des travailleurs handicapés car parallèlement peu sensibilisés à travers des situations de maintien – moins souvent rencontrées. Le thème du maintien dans l'emploi serait alors un levier moins pertinent pour ces secteurs vis-à-vis de l'obligation d'emploi en général.

A contrario, d'autres secteurs apparaîtraient comme ayant moins de marge de manœuvre en matière de reclassement interne (peu d'emploi de TH, plus de situations de maintien à traiter), ce que l'expérience des chargés de mission maintien des PDITH confirmerait par exemple pour le secteur des services aux personnes. Ces secteurs constitueraient en ce sens un « cœur de cible » à privilégier en matière de maintien dans l'emploi.

Comparaison des répartitions par taille entre les entreprises pour lesquelles un signalement a été enregistré par les axes maintien et l'ensemble des entreprises en Ile-de-France



Sources : PDITH/Adhoc – DOETH 2002 – Unedic 2003

Les entreprises dont les effectifs sont très importants (plus de 200 salariés) mais aussi les entreprises dont les effectifs sont les plus faibles (moins de 20 salariés) occupent une proportion moindre dans les entreprises en relation avec les PDITH au titre du maintien que dans l'ensemble des entreprises de la région.

Les établissements de 20 à 200 salariés, en comparaison avec les répartitions des entreprises franciliennes, constituent le cœur des entreprises concernées par le maintien dans l'emploi (environ la moitié). Un constat qu'il faut cependant pondérer par les modalités de réponse aux situations rencontrées dans les plus grandes entreprises (diagnostic conseil, accords, etc.) et par la moindre information et/ou mobilisation possible des entreprises de plus petite taille (moins de 20 salariés).

Caractéristiques des maintiens dans l'emploi

Pour mesurer l'incidence des caractéristiques des cas traités dans le cadre du maintien, les situations considérées ont été analysées au moyen d'un indicateur statistique : le **taux de maintien** (voir encadré).

MÉTHODOLOGIE

Taux de maintien

Ce taux est calculé en rapportant le nombre de personnes maintenues au nombre total de personnes pour lesquelles une prise en charge a été initiée et s'est achevée. Il n'apparaît pas pertinent de rapporter le nombre de maintiens à l'ensemble des signalements puisque l'issue de certains dossiers est inconnue (prise en charge non achevée encore ou abandons) et rien ne permet de dire quelle serait cette issue ni dans quelle proportion ces cas auraient abouti au maintien.

$$\text{Taux de maintien} = \frac{\text{Nombre de personnes maintenues en emploi au cours de la période}}{\text{Nombre de dossiers résolus (dossiers clos hors abandon) au cours de la période}}$$

À partir des données recueillies par les axes maintien des PDITH, les maintiens dans

l'emploi représentent :

- 66 % des cas résolus⁵⁷ entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2004, et pour mémoire,
- 55 % des dossiers terminés⁵⁸ au cours de cette même période ;
- 44 % des cas traités⁵⁹ au cours de cette même période.

Cet indicateur est calculé pour l'ensemble des situations (ce qui donne une moyenne de 66 %) puis pour des situations particulières. La comparaison des taux permettant d'identifier les effets a priori favorisant ou au contraire discriminants sur le maintien dans l'emploi.

L'analyse des résultats à l'issue de la prise en charge ainsi que des éventuels facteurs favorisant/freinant le maintien a porté sur 2 167 situations achevées en 2003-2004 et dont on connaît l'issue.

⁵⁷ Les dossiers résolus étant l'ensemble des dossiers terminés pour lesquels la prise en charge n'a pas été abandonnée. Les dossiers résolus sont ceux pour lesquels on dispose de l'intégralité de l'historique, y compris la nature exacte du résultat (maintien, licenciement, sortie du marché du travail).

⁵⁸ Les dossiers terminés étant l'ensemble des dossiers résolus et des dossiers achevés par un abandon.

⁵⁹ Les cas traités étant l'ensemble des dossiers pour lesquels il y a eu au moins une action mobilisée ou un résultat au cours de la période.

Le maintien se fait le plus souvent en interne : 94 % au sein de la même entreprise et dans 2/3 des cas au même poste. Seuls 6 % des maintiens se réalisent sous la forme d'un reclassement externe au sein d'une autre entreprise. La désignation de « reclassement » recouvre les cas où la personne retrouve un emploi dans une autre entreprise sans période de chômage ou avec un relais immédiat (moins de 3 mois au titre de la période de saisie considérée).

Lorsque le résultat n'est pas un maintien, il peut s'agir de « perte d'emploi » ou de « sortie du marché du travail ». Dans 88 % des cas, une personne non maintenue est en situation de « perte d'emploi ».

- La perte d'un emploi se traduit, dans 82 % des cas, par un licenciement pour inaptitude.
- La sortie du marché du travail correspond dans 72 % des cas à une invalidité ou incapacité et dans près de 19 % à une préretraite ou assimilé.

Maintien dans l'emploi selon le profil du public

Sexe

Rappel : 54 % des personnes sont des hommes.

Sur l'ensemble des situations considérées, on constate une très légère différence de maintien dans l'emploi en fonction du sexe des salariés (67 % de taux de maintien pour les hommes, 65 % pour les femmes).

À niveau égal de formation, on ne perçoit pas de différence significative entre le taux de maintien des hommes et celui des femmes, sachant que la répartition sexuée de la population sur les niveaux de formation présente déjà une différence : les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter un bas niveau de formation (73 % des hommes ont un niveau inférieur ou égal à V contre 68 % des femmes).

En ce qui concerne la qualification, les hommes et les femmes n'ont pas non plus les mêmes profils.

La répartition par niveau de qualification fait apparaître d'importantes différences entre hommes et femmes : 81 % des femmes sont employées alors que cette catégorie ne regroupe que 55 % des hommes. Inversement, 26 % des hommes sont ouvriers contre seulement 10 % des femmes.

Mais à niveau de qualification égal, il n'y a pas de différence de maintien selon le sexe.

Si les deux sexes ne présentent pas les mêmes niveaux de formation et de qualification, il apparaît aussi qu'ils n'exercent pas dans les mêmes secteurs d'activité⁶⁰.

Par exemple, les hommes sont nettement plus présents dans le secteur de l'industrie (68 % sont des hommes). Cette différence influe sur le maintien des hommes, car :

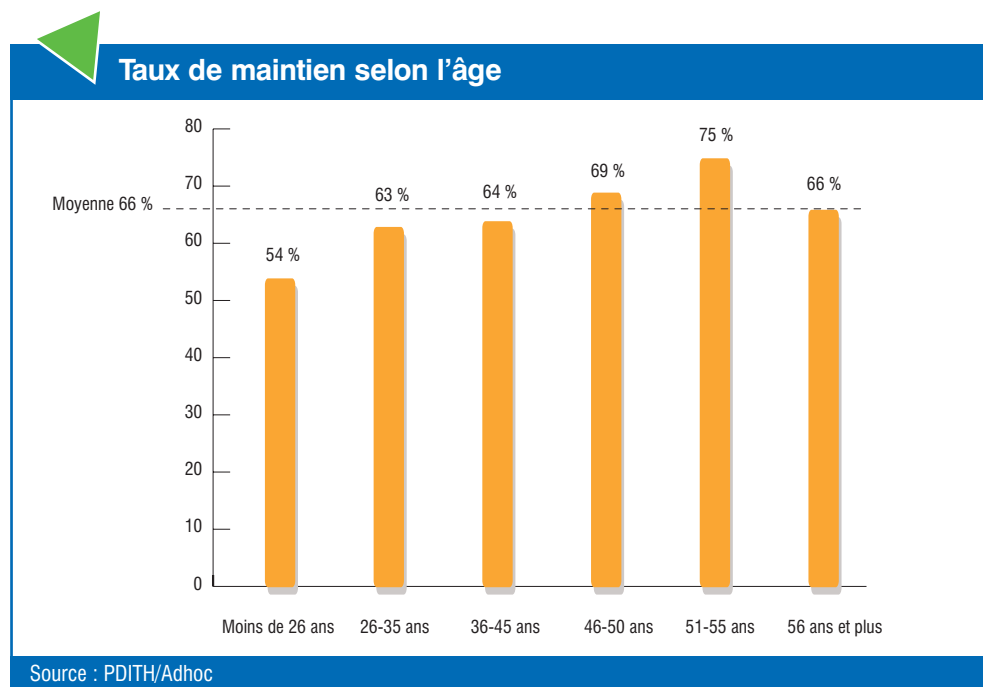
- on constate un bon taux de maintien dans ce secteur : 76 % contre 65 % sur l'ensemble des secteurs ;
- c'est un secteur dans lequel les salariés restent longtemps dans les entreprises (ancienneté dans l'établissement plus importante que dans les autres secteurs et il apparaît que le taux de maintien croît avec l'ancienneté dans l'entreprise – voir plus loin).

Enfin, si le temps de travail est plus souvent partiel pour les femmes (14 % d'entre elles contre seulement 4 % des hommes), le temps de travail ne semble pas avoir un lien significatif avec le fait d'être maintenu en emploi ou non.

En synthèse, le moindre taux de maintien des femmes s'expliquerait plus par leur forte représentation dans des secteurs d'activité – voire des métiers tels qu'employées à domicile, aides ménagères, femmes de chambre, etc. – où le maintien est constaté plus difficile.

⁶⁰ Précision : l'étude des secteurs d'activité est réalisée sur un sous-échantillon représentant un peu plus de la moitié de la population étudiée pour laquelle cette information est connue des chargés de mission maintien franciliens, soit 1203 personnes dont 698 hommes et 505 femmes (échantillon légèrement plus masculin que l'ensemble – 58 % d'hommes contre 54 % pour l'ensemble). Le taux de maintien pour ces 1 203 personnes est de 65 %, soit 1 point de moins que pour l'ensemble des 2167 personnes constituant la base de l'étude.

Âge



Il semble que l'âge ait une influence sur le maintien dans l'emploi.

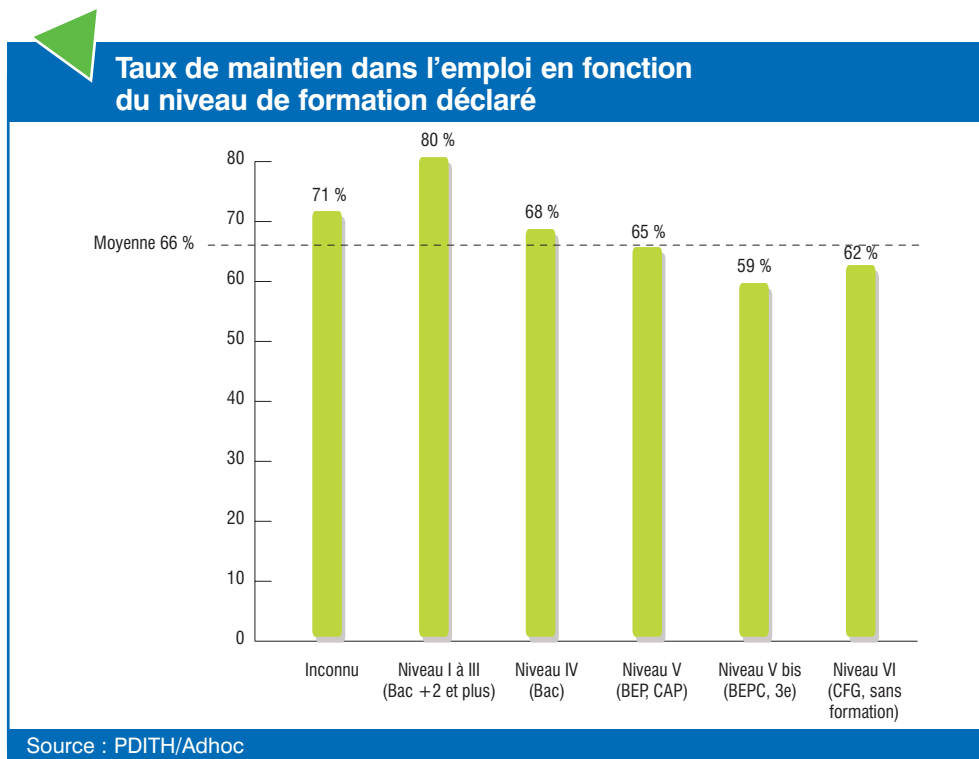
Les plus jeunes sont moins maintenus alors que les « 46-55 ans » présentent les meilleurs taux de maintien.

Un phénomène qui ne semble pas s'expliquer par l'usage du temps de travail réduit, constaté comme marginal dans les situations observées.

Si on regarde en fonction du sexe, l'âge n'a pas d'influence sur le maintien pour les femmes alors que pour les hommes, le taux de maintien varie en fonction de la classe d'âge (le taux de maintien augmente de façon régulière avec l'âge).

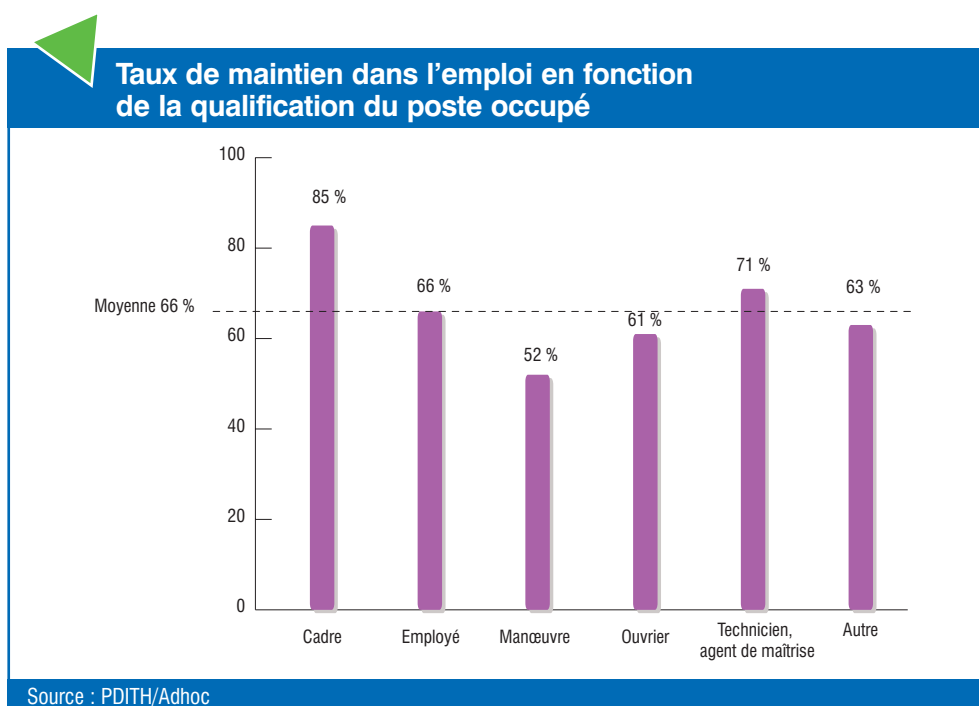
Les chargés de mission maintien des PDITH constatent par ailleurs une tendance au filtrage en amont du signalement pour les publics les plus âgés. Une solution en termes de sortie d'emploi (retraite ou préretraite) gérée directement par l'entreprise serait plus souvent recherchée qu'un processus de maintien pour les situations les plus difficiles. Par conséquent, les situations signalées pour intervention du PDITH seraient a priori plus « favorables » que la moyenne des situations touchant les salariés âgés.

Niveau de formation déclaré

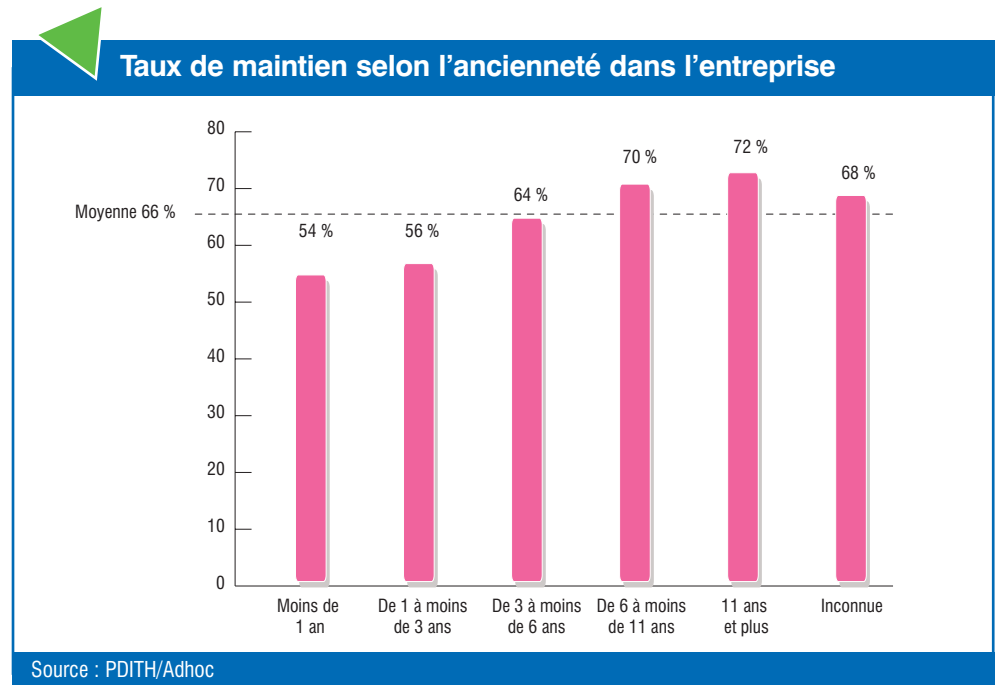


Globalement, plus les personnes ont un niveau de formation élevé, plus elles semblent être maintenues dans l'emploi. Un constat qui est à pondérer également en fonction des secteurs d'activité concernés, mais qui apparaît cependant comme une tendance forte du maintien.

Qualification



Ancienneté dans l'entreprise



Le taux de maintien augmente avec la durée de présence dans l'entreprise.

L'hypothèse serait que l'entreprise se mobilise davantage pour un salarié qu'elle connaît depuis plusieurs années. Le coût financier d'un licenciement pour des salariés avec ancienneté peut également représenter un poids dans les décisions de l'entreprise.

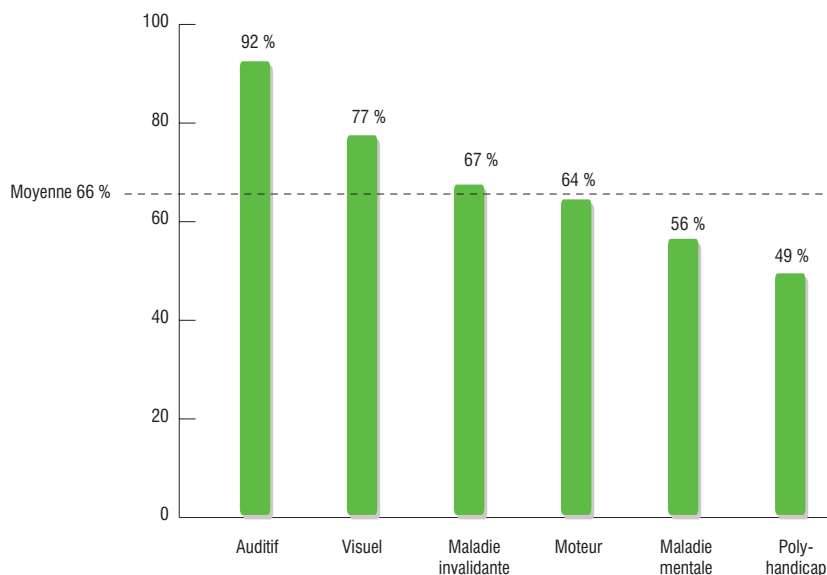
À l'inverse, pour les publics les plus jeunes, il est constaté par les chargés de mission PDITH une tendance plus fréquente à miser sur une réorientation à moyen terme sur le marché de l'emploi, l'incident de santé étant l'occasion de repenser son projet professionnel.

Handicap

Rappel : les handicaps les plus représentés dans le public signalé aux axes maintien sont, par ordre décroissant :

- le handicap moteur ;
- la maladie invalidante ;
- le handicap auditif ;
- la déficience visuelle.

Taux de maintien dans l'emploi en fonction de la nature du handicap principal

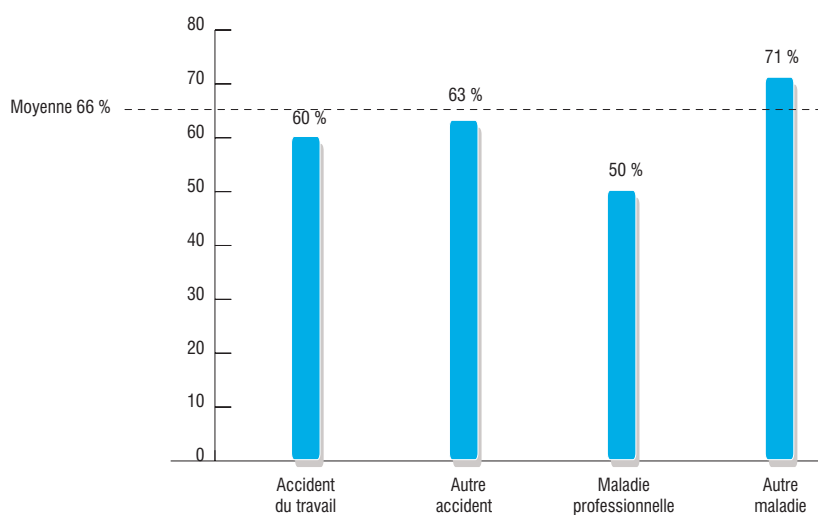


Source : PDITH/Adhoc

Si les quatre types de handicaps les plus représentés sont ceux qui ont les taux de maintien les plus élevés, l'ordre n'est cependant pas le même. La situation s'inverse et ce sont les handicaps sensoriels (auditif, visuel) qui obtiennent les taux de maintien plus élevés.

Le handicap moteur, avec un taux de maintien légèrement inférieur à la moyenne, semble être discriminant pour le maintien dans l'emploi, moins nettement cependant que le handicap « mental » (associant les troubles psychiques) et le « polyhandicap » (entendu également comme plurihandicap).

Taux de maintien dans l'emploi en fonction de l'origine du handicap principal



Source : PDITH/Adhoc

Rappel : plus de la moitié des situations examinées (56 %) concernent une personne dont l'origine du handicap est une maladie non professionnelle.

Les handicaps liés à l'activité professionnelle représentent plus d'un tiers des origines de handicap (27 % d'accidents du travail et 8 % de maladies professionnelles). Le maintien semble plus faible dans ce type de cas.

► Répartition des maintiens par type selon l'origine du handicap

	Type de maintien			Total
	Au même poste	Autre poste dans l'entreprise	Dans une autre entreprise	
Handicap non lié à l'activité professionnelle	72 % 708	23 % 227	5 % 54	100 % 989
Handicap lié à l'activité professionnelle	50 % 220	43 % 188	7 % 30	100 % 438
Total	928	415	84	1427

Source : PDITH/Adhoc

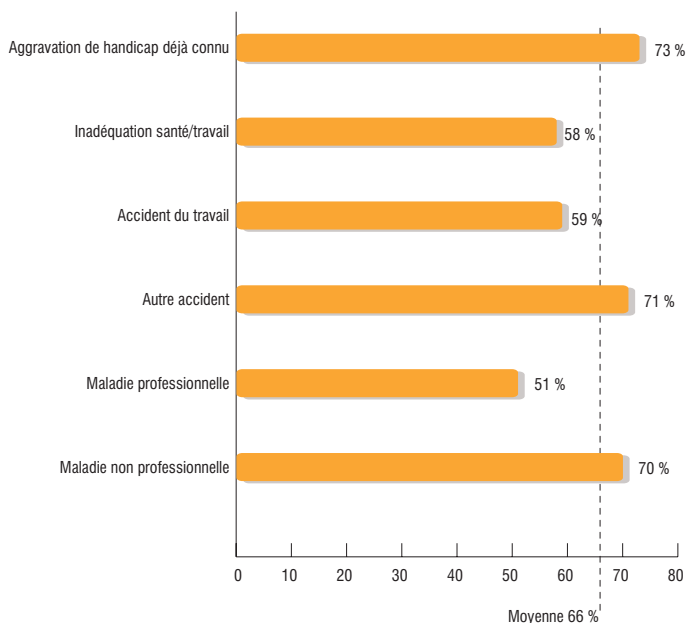
On constate que le type de maintien diffère selon l'origine du handicap. Un salarié pour lequel le handicap survient à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle sera moins souvent maintenu au même poste (50 % des maintiens contre 72 % des maintiens lorsque le handicap a une origine autre) et plus souvent dans une autre entreprise (7 % contre 5 %).

Une personne maintenue après un accident du travail ou une maladie professionnelle exerce deux fois plus souvent un métier différent de son métier initial avant le processus de maintien (41% contre 21%).

Une analyse qui se confirme à travers l'examen des taux de maintien selon la cause de l'inaptitude (ou du risque d'inaptitude) : les taux de maintien les plus faibles concernent la maladie professionnelle, l'accident du travail, l'inadéquation santé/travail, et les taux les plus forts les accidents et maladie non professionnels, ou l'aggravation d'un handicap déjà connu (voir ci-après).

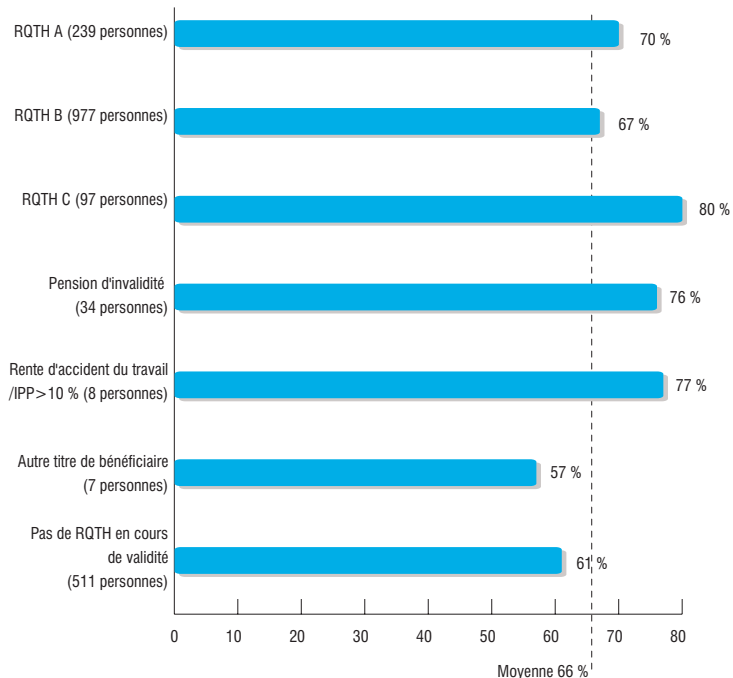
Maintien dans l'emploi selon les caractéristiques du signalement

Taux de maintien dans l'emploi en fonction de la cause de l'inaptitude (ou du risque d'inaptitude)



Source : PDITH/Adhoc

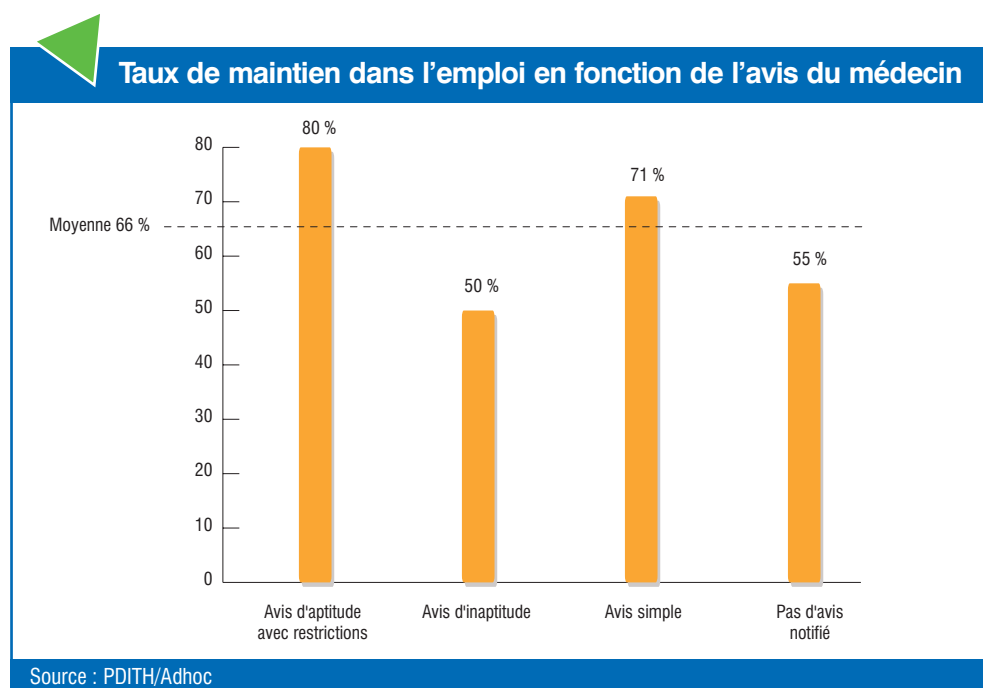
Taux de maintien dans l'emploi en fonction de la reconnaissance du handicap au moment du signalement



Source : PDITH/Adhoc

Le titre de bénéficiaire au moment du signalement ne semble être discriminant sur le maintien qu'à deux titres :

- absence de titre de bénéficiaire au moment du signalement (taux de 61%, en dessous de la moyenne) : ce constat tendrait à souligner l'importance d'un titre de bénéficiaire notamment dans l'opportunité donnée de mobiliser rapidement des mesures spécifiques pour le maintien dans l'emploi⁶¹ ;
- RQTH B (taux de maintien juste dans la moyenne et titre de bénéficiaires le plus représenté) : cette situation serait en lien avec le type de déficience ou de maladie que cette « catégorie » de bénéficiaires recouvre souvent – maladies invalidantes, troubles psychiques, etc. –, présumé plus difficile pour le maintien dans l'emploi.



L'avis du médecin détermine a priori les perspectives de maintien dans l'emploi.

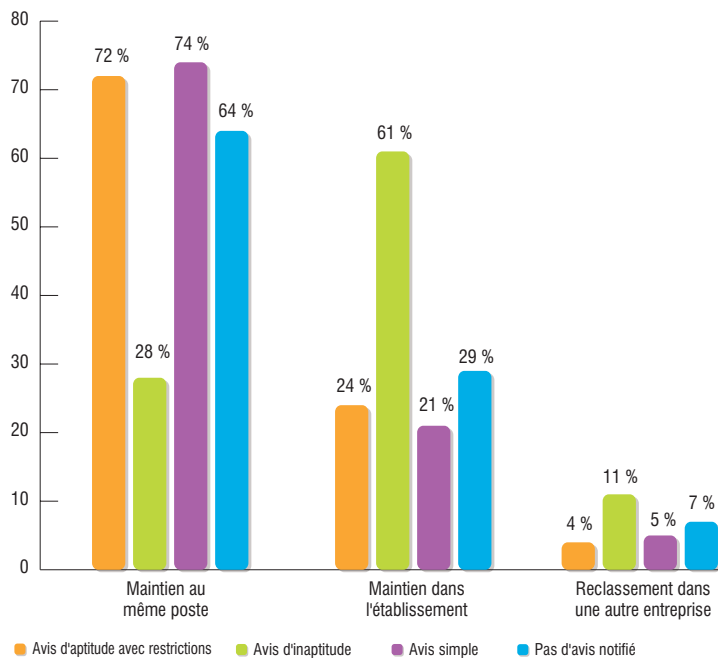
Un avis d'aptitude avec restrictions semble plus propice au maintien dans l'emploi (corrélé avec le temps disponible pour mobiliser outils et mesures), tandis qu'un avis d'inaptitude fait chuter le taux de maintien.

Le faible taux de maintien pour les situations signalées « sans avis notifié » est à mettre en relation avec le plus faible taux de maintien constaté lorsque la personne est en arrêt de travail (et que le médecin n'a pas pu être sollicité).

On constate des différences également selon l'avis en fonction du type de maintien.

⁶¹ Il faut rappeler que même en cas de dépôt d'un dossier Cotorep, les instructions peuvent être longues, d'autant plus si la « procédure diligentée » de reconnaissance n'a pas été mobilisée. Par ailleurs, pour les attributions d'IPP et rentes éventuelles associées, les délais peuvent être également longs. Signalons que l'Agefiph a adapté récemment certaines de ses modalités d'intervention pour permettre une instruction des demandes de financement sans attendre forcément la décision de la Cotorep.

Répartition par type de maintien selon l'avis du médecin



Source : PDITH/Adhoc

Dans 72 % des cas, lorsqu'un avis avec restrictions a été prononcé, les personnes qui sont maintenues restent au même poste.

Les maintiens réalisés malgré un avis d'inaptitude du médecin sont le plus souvent des maintiens au sein de la même entreprise (à un autre poste pour 61% de ces maintiens).

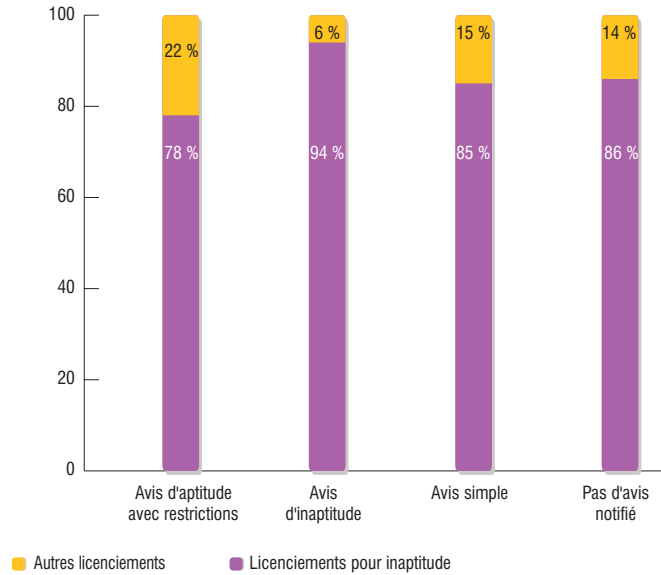
C'est lorsque le médecin a prononcé un avis d'inaptitude que les reclassements externes sont les plus fréquents (28 % seulement des personnes maintenues après un avis d'inaptitude conservent le même poste). 11 % des maintiens réalisés après avis d'inaptitude sont des reclassements externes contre 4 à 7 % des maintiens avec un avis autre.

Pour les personnes qui ne sont pas maintenues, la perte d'emploi se traduit dans 95 % des cas par un licenciement. Cette proportion varie très peu selon l'avis du médecin (93 % à 96 %).

Néanmoins, si la proportion de licenciements dans les pertes d'emploi est la même quel que soit l'avis médical, on constate que le poids des licenciements pour inaptitude (dans l'ensemble des licenciements) varie en fonction de l'avis prononcé par le médecin du travail.

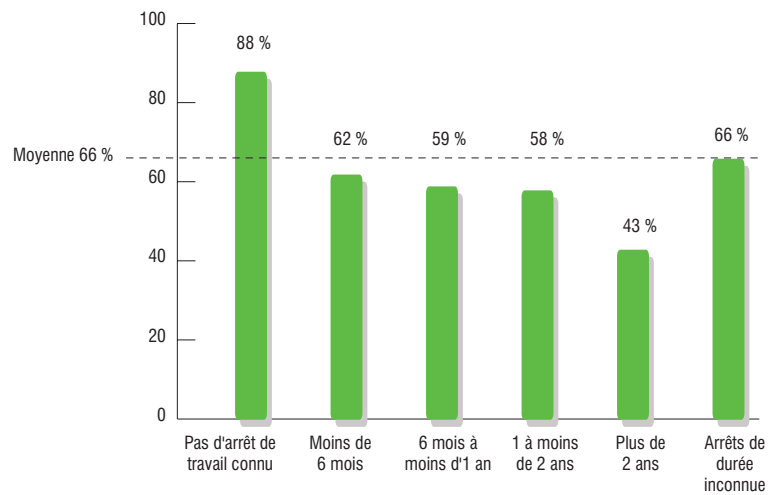
● **Guide de lecture**
78 % des licenciements de personnes pour qui le médecin du travail a prononcé un avis d'aptitude avec restriction sont des licenciements pour inaptitude.

Répartition par type de licenciement selon l'avis prononcé par le médecin du travail



Source : PDITH/Adhoc

Taux de maintien dans l'emploi en fonction de la durée cumulée des arrêts de travail



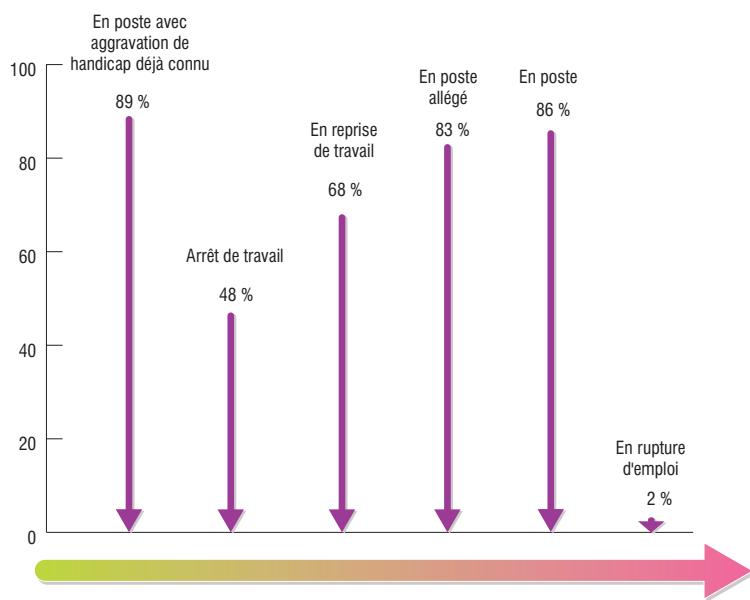
Source : PDITH/Adhoc

Les variations du taux de maintien selon la durée des arrêts cumulés pendant les deux années précédant le signalement confirment l'incidence des arrêts de travail sur les risques de désinsertion professionnelle. À moins de 6 mois d'arrêt, le taux de maintien est déjà en dessous de la moyenne (NB : on ne sait pas à quel moment de l'arrêt, la situation est signalée).

Des données qui sont à rapprocher du plus faible taux de maintien quand le signalement intervient au cours de l'arrêt de travail (voir ci-après).

Rappel : 45 % des signalements ont lieu pendant que le salarié est en arrêt de travail.

Taux de maintien dans l'emploi selon la situation au moment du signalement

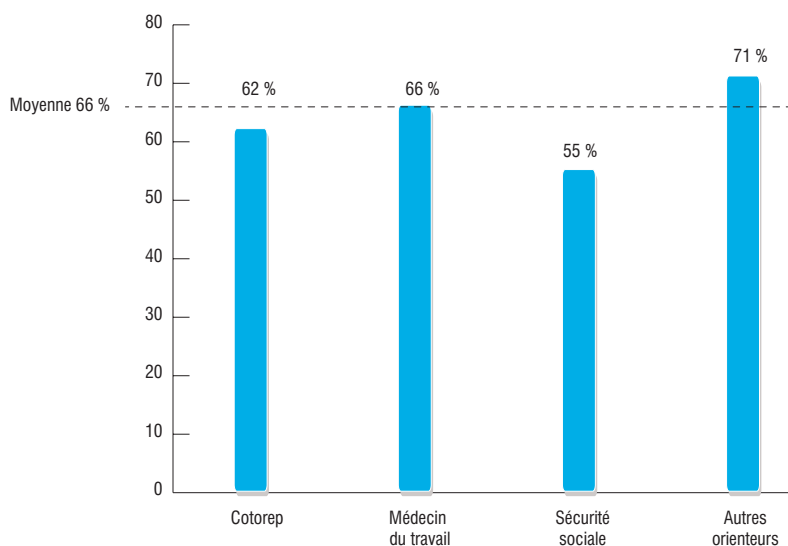


Source : PDITH/Adhoc

L'examen des différents taux de maintien en fonction de la situation au moment du signalement montre qu'un signalement « amont » n'est pas le gage assuré d'un maintien dans l'emploi réussi.

Le signalement peut intervenir en fin d'arrêt et dans ce cas, il n'y a pas le temps nécessaire pour mobiliser toutes les ressources en matière de maintien (voir impact des actions et mesures – difficultés par exemple à mobiliser de la formation pendant l'arrêt).

Taux de maintien selon l'orienteur



Source : PDITH/Adhoc

Ce sont les signalements issus de la Sécurité sociale qui aboutissent le moins souvent au maintien de la personne en emploi.

Certaines raisons avancées sont le profil particulier des personnes orientées par la Sécurité sociale (plus grande difficulté sociale et économique), et le fait que ces signalements concernent des cas de prise en charge très tardive (voir situation au moment du signalement...).

La durée de prise en charge ne semble pas être différente en fonction de l'orienteur ni même entre les personnes maintenues en emploi et les personnes non maintenues.

Impact des mesures et actions mobilisées sur le maintien

La démarche de maintien dans l'emploi repose sur la mobilisation d'outils et de mesures, spécifiques ou non, dont l'impact peut varier en fonction des situations rencontrées.

MÉTHODOLOGIE

Indicateur

Pour conclure cette étape de l'analyse, et afin de mesurer l'impact des mesures et actions mobilisées (pages suivantes), un indicateur est ajouté au taux de maintien déjà utilisé, celui de « score de difficulté » :

Score de difficulté :

Indicateur construit à partir de cinq variables que l'on peut qualifier de discriminantes pour le maintien dans l'emploi :

- cause de l'inaptitude = maladie professionnelle ou aggravation de handicap déjà connu ;
- niveau de formation déclaré = V, V bis ou VI (peu ou pas diplômé) ;
- avis du médecin = avis d'inaptitude ;
- durée cumulée des arrêts de travail au cours des deux dernières années supérieure à un an ;

- ancienneté dans l'entreprise inférieure à un an.
- On attribue à chaque individu un nombre correspondant à la somme de caractéristiques ci-dessus qu'il présente. Exemple : le score d'une personne qui a été arrêtée plus d'un an au cours des deux dernières années et dont l'inaptitude a pour cause une maladie professionnelle vaut 2. Cet indicateur est utilisé pour caractériser la « difficulté » de la situation considérée.

Score	Taux de maintien
0	79 %
1	71 %
2	56 %
3	49 %
4	33 %
Ensemble	66 %

L'analyse ci-après procède en deux temps :

1. Les actions et mesures utilisées, (volumes et pour partie, publics concernés).
2. Un zoom sur certaines actions et mesures ayant un impact particulier sur le résultat à l'issue du traitement de la situation.

Actions mobilisées

► Distribution et répartition des actions mobilisées par type d'événement

Événement	Action	Nombre d'actions	%
Adaptation de l'environnement de travail	Accessibilité	6	25 %
	Acquisition du véhicule	42	
	Aide humaine	20	
	Aide technique	95	
	Aménagement de poste	348	
	Aménagement du véhicule	33	
	Autre action d'adaptation	217	
Bilan/évaluation de la personne	Bilan de compétences	139	31 %
	Bilan fonctionnel	47	
	Bilan préparatoire	5	
	Bilan spécialisé	48	
	Bilans « maintien »	328	
	Examen(s) complémentaire(s)	35	
	Pré-orientation	35	
	Visite de pré-reprise	217	
Autre action de bilan et d'évaluation	99		
Étude de la situation de travail	Audit de poste	206	36 %
	Conseil aux entreprises	103	
	Étude ergonomique	114	
	Autre action d'étude	669	
Formation de la personne	Formation en alternance	4	8 %
	Formation externe diplômante	117	
	Formation externe préqualifiante	6	
	Formation interne	48	
	Remise à niveau	22	
	Autre action de formation	34	
Total		3 037	100 %

Source : PDITH/Adhoc

Dans 83 % des situations traitées à travers les axes maintien des PDITH, une action au moins est mobilisée. Les actions de type « études » sont très largement représentées, avec pour la modalité « autre action d'étude », une part essentielle d'études réalisées par le médecin du travail (visites sur site).

Les actions d'adaptation recouvrent pour une part majoritaire les aménagements de poste de travail et plus largement les aménagements de temps ou d'environnement de travail (identifiés souvent par la modalité « autre action d'adaptation »).

Le nombre d'actions mobilisées par dossier varie de 1 à 7 mais 72 % des dossiers avec actions comportent moins de 3 actions. La moyenne est de 1,7 actions par situation.

► Nombre de dossiers par nombre d'actions identifiées

Nombre d'actions par dossier	Nombre de dossiers	%	Nombre de dossiers terminés par un maintien	Taux de maintien ⁶²
0	373	17 %	186	50 %
1	641	30 %	393	61 %
2	658	30 %	454	69 %
3	321	15 %	249	78 %
4	119	5 %	97	82 %
5 et plus ⁶³	55	3 %	48	87 %
Total	2 167	100 %	1 427	66 %

Source : PDITH/Adhoc

Plus le nombre d'actions est important, plus le taux de maintien est élevé.

Il apparaît cependant que pour les cas les plus « difficiles », moins d'actions (et aussi moins de mesures) sont mobilisées. Quand le « score de difficulté » est supérieur à 2, 63 % des situations ont un nombre d'actions inférieur à la moyenne contre seulement 36 % des situations lorsque les personnes ne présentent aucune des caractéristiques défavorables retenues.

Ce constat peut s'expliquer de deux façons : trop de difficultés rendent plus difficile la mise en place de certaines actions, et une situation prise en charge trop tardivement ne laisse plus le temps de mobiliser les actions nécessaires.

Néanmoins, ce ne sont pas tant les différences en termes de nombre d'actions qui se démarquent dans l'analyse que les différences en termes de type d'action. Les caractéristiques de la personne se distinguent plus souvent en fonction du type d'actions mises en œuvre que du volume.

MÉTHODOLOGIE

Actions et mesures

La base de données des PDITH/Adhoc propose une distinction supplémentaire à la mobilisation de mesures : la notion **d'action**.

Un maintien dans l'emploi peut en effet s'appuyer sur des actions seules, sans mesure particulière, classées ici par grands types : les actions concernant l'environnement de travail (étude ou adaptation/aménagement) et celles concernant plus directement le salarié (bilan et/ou formation).

Ces actions peuvent par ailleurs être **spécialisées** - à savoir réalisées par un opérateur ayant compétence particulière sur le champ du handicap/de la santé (voir plus loin).

La notion de mesure, rattachée à une action ou mobilisée seule, est entendue ici comme « **mesure spécifique** » - aides financières, abattement de charge, compensation de coûts... - au titre du handicap et/ou de l'état de santé (temps partiel thé-

rapeutique de la Sécurité sociale, mesure forfaitaire maintien dans l'emploi de l'Agefiph, contrat de rééducation en entreprise - Cotorep/Sécurité sociale -, etc.).

La **distinction mesure spécifique/action spécialisée** repose sur les modalités de mobilisation de l'aide. Ainsi, il est fait une différence entre une action financée préalablement au titre du handicap et/ou de la santé (exemple : prestations ergonomiques conventionnées annuellement par l'Agefiph), d'une mesure mobilisée au moment où se présente le besoin (avec montage d'un dossier spécifique).

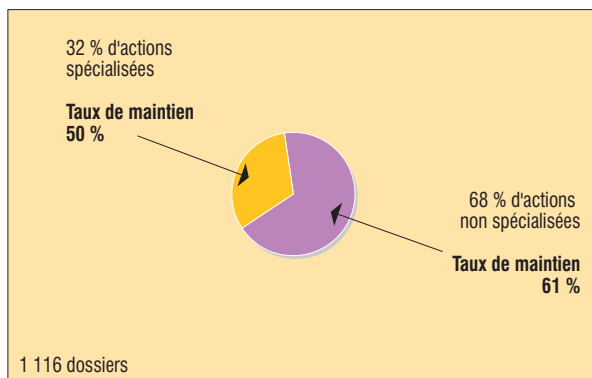
Cette approche a été préférée à une entrée plus globale « spécifique/droit commun », de manière à affiner l'analyse de l'impact des actions et mesures sur le maintien dans l'emploi en fonction notamment des délais éventuels de mise en œuvre de telle ou telle mesure.

⁶² Voir encadré « méthodologie ».

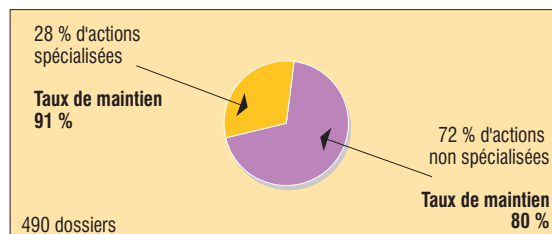
⁶³ Le nombre maximum d'actions par dossier est de sept.

Taux de maintien des situations selon les types d'actions et mesures mobilisés

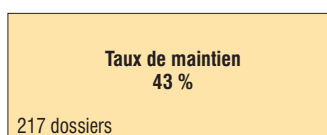
Dossiers avec action sans mesure spécifique



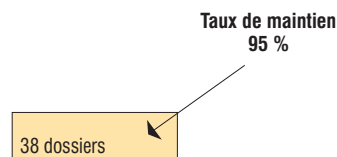
Dossiers avec action et mesure spécifique



Dossiers sans action ni mesure spécifique



Dossiers sans action avec mesure spécifique



Source : PDITH/Adhoc

● Guide de lecture

118 dossiers exclus de cet organigramme, ce sont ceux dont les actions ne sont pas précisées « Mobilisation d'une autre action » et qui n'ont pas de mesures spécifiques.

À partir de l'organigramme ci-dessus, on constate que le taux de maintien diffère selon que la situation a été traitée ou non avec une action, une action spécialisée, une mesure spécifique...

Actions spécialisées et actions non spécialisées

Ont été désignées comme « actions spécialisées » certaines actions en fonction de leur type ou de leur opérateur. Ainsi...

1 - Les actions de type :

- bilan « maintien » ;
- bilan spécialisé ;
- pré-orientation.

2 - Les actions réalisées par des opérateurs ayant une expertise en matière de handicap ou de problématiques de santé, tels que CRP, UEROS, associations spécialisées sur tel ou tel handicap, organismes de formation ayant une expérience ancienne sur ce champ...
... sont des actions entrant dans la catégorie des « actions spécialisées ».

Mesures spécifiques

En moyenne, une mesure spécifique a été mobilisée dans une situation sur trois.

Dans 81% des cas, une seule mesure par dossier a été mobilisée.

Le taux de maintien est fortement accru par la mise en place d'une mesure spécifique (toutes mesures confondues) puisque le taux de maintien est de 89 % contre 55 % quand il n'y en a pas.

► Nombre de dossiers par nombre de mesures spécifiques identifiées

Nombre de mesures par dossier	Nombre de situations	%	Nombre de situations résolues par un maintien	Taux de maintien
0	1 451	67 %	792	55 %
1	577	27 %	504	87 %
2	108	5 %	101	94 %
3 et plus ⁶⁴	31	1 %	30	97 %
Total	2 167	100 %	1 427	66 %

Source : PDITH/Adhoc

Zoom sur certaines mesures et actions

Subvention forfaitaire « maintien » de l'Agefiph

Subvention de l'Agefiph destinée à couvrir les premières dépenses pour la mise en œuvre d'une solution de maintien. C'est l'une des mesures les plus utilisées : lorsqu'une mesure spécifique est mobilisée, il s'agit dans 17 % des cas d'une subvention « maintien ».

Cette mesure est généralement utilisée seule (dans près de 2/3 des situations). Lorsqu'elle est mobilisée conjointement à une action, c'est généralement soit une action d'étude de la situation de travail (60 % des cas), soit une action d'adaptation de l'environnement de travail (25 %).

En termes d'impact, cette mesure a une incidence a priori très favorable puisque le taux de maintien des personnes qui en bénéficient est nettement supérieur à celui des personnes qui n'en bénéficient pas (respectivement 89 % contre 64 %).

Ce constat doit être cependant nuancé : les situations dans lesquelles une subvention maintien est mobilisée ont plus d'actions (en moyenne 2,7 par dossier contre 1,6 pour les dossiers sans subvention maintien). Ce meilleur résultat pourrait donc s'expliquer par la mobilisation d'un nombre plus grand d'actions et pas uniquement par la mobilisation de cette mesure.

Lorsque l'on considère uniquement les situations présumées les plus « difficiles »⁶⁵, il semble que l'effet favorable de cette mesure soit renforcé : les salariés des entreprises ayant bénéficié d'une subvention maintien sont maintenus dans une proportion légèrement plus importante (taux de maintien de 91 % contre 89 % pour le public tous scores confondus).

Temps partiel thérapeutique

Période de réadaptation progressive au travail, limitée dans le temps, en vue d'une reprise complète de l'activité professionnelle, cette mesure de la Sécurité sociale est la mesure la plus utilisée (25 % des mesures spécifiques).

⁶⁴ Le nombre maximum de mesures spécifiques par dossier est de quatre.

⁶⁵ Les personnes qui présentent au moins deux des cinq caractéristiques dites défavorables (voir encadré « Score de difficulté »).

L'impact en termes de résultat à l'issue de la prise en charge est là aussi très marqué puisque le taux de maintien passe de 63 % pour les dossiers sans temps partiel thérapeutique à 91% lorsque celui-ci est mobilisé.

Comme pour la subvention maintien, ce résultat est à mettre en relation avec le fait que les situations pour lesquelles on mobilise un temps partiel thérapeutique ont aussi plus d'actions (en moyenne 2,8 par dossier contre 1,6 pour les dossiers sans temps partiel thérapeutique).

Si on limite l'échantillon au public qui présente au moins deux caractéristiques discriminantes défavorables⁶⁶, on constate que même si les taux de maintien sont plus faibles, l'impact positif de la mise en place d'un temps partiel thérapeutique est renforcé : l'écart entre les taux de maintien avec et sans temps partiel thérapeutique se creuse (28 points pour le public tous scores confondus contre 34 points pour le public dont l'indicateur de difficulté est supérieur ou égal à 2).

La « visite de pré-reprise »

979 personnes étaient en arrêt de travail au moment du signalement (soit 45 % de l'effectif dont la problématique de maintien a été résolue en 2003-2004).

Dans 56 % des situations, les personnes concernées ont bénéficié d'une visite de pré-reprise (soit 545 personnes). Cependant, dans 79 % des cas, cette visite a été effectuée avant le signalement à l'axe maintien. On peut donc supposer que c'est la visite de pré-reprise qui a déterminé ce signalement.

On constate que certaines personnes en poste au moment du signalement (en poste au sens large : en poste, poste allégé, reprise de travail, rupture d'emploi) ont bénéficié d'une visite de pré-reprise :

- pendant la prise en charge par l'axe ;
- avant la prise en charge par l'axe.

Ce qui confirme qu'une situation de maintien peut évoluer du travail vers la maladie comme dans le sens inverse.

Parmi les personnes en arrêt au moment du signalement⁶⁷, 60 % ont passé une visite de pré-reprise. Cette proportion varie en fonction de la durée des arrêts. Ainsi, pour les personnes qui ont été arrêtées de 6 mois à un an, le taux de visite de pré-reprise est le plus élevé (68 %). Quand l'arrêt est supérieur à un an, 59 % des personnes ont bénéficié d'une visite. C'est logiquement lorsque l'arrêt est inférieur à 6 mois que la visite est la moins fréquemment mobilisée (54 %).

En termes de maintien, on ne constate pas de différence entre les personnes (en arrêt de travail au moment du signalement) qui ont bénéficié d'une visite de pré-reprise et les autres (taux respectif de 47 % et 49 %).

Rappel : les personnes en arrêt de travail au moment du signalement sont beaucoup moins maintenues que les autres (taux de maintien de 48 %).

Actions de « Bilan/évaluation de la personne »

Les actions de bilan constituent 24 % des actions mobilisées et elles sont mobilisées dans 35 % des situations.

Par ailleurs, on constate sur ce champ l'importance des structures dédiées puisque 55 % des actions de bilan sont menées par des opérateurs spécialisés⁶⁸.

⁶⁶ Voir encadré « Score de difficulté ».

⁶⁷ Dont on connaît la durée cumulée d'arrêt de travail au cours des deux dernières années.

⁶⁸ Voir encadré sur les actions spécialisées.

► Distribution et répartition des actions de bilan par type

	Action	Effectif	%
Bilans non spécialisés	Bilan de compétences	139	43 %
	Bilan fonctionnel	47	14 %
	Bilan préparatoire	5	2 %
	Examen(s) complémentaire(s)	35	11 %
	Autre action de bilan et d'évaluation	99	30 %
	Total bilans non spécialisés	325	100 %
Bilans spécialisés	Bilan spécialisé	48	12 %
	Bilans « maintien »	328	80 %
	Pré-orientation	35	8 %
	Total bilans spécialisés	411	100 %
	Total tout type de bilan	736	

Source : PDITH/Adhoc

Dans 52 % des cas, le bilan constitue la première action mobilisée dans la prise en charge de la situation.

Les personnes pour lesquelles a été mobilisé un bilan sont moins fréquemment maintenues que celles qui n'ont pas bénéficié de ce type de prestation (taux de maintien de 57 % contre 70 %).

L'explication principale de ce constat est la situation elle-même : le bilan est plus largement mobilisé lorsque les perspectives de maintien dans l'emploi semblent compromises. Ce n'est pas tant eu égard au « score de difficulté » (à profil difficile identique, on observe le même résultat, à savoir que les personnes pour lesquelles il y a eu une action de bilan sont moins maintenues que les autres : 50 % contre 57 %) que tenant compte d'éléments moins palpables comme une incompatibilité « projet/entreprise » ou des difficultés particulières.

On note par exemple que pour les personnes ayant bénéficié d'un bilan, la cause de l'inaptitude est plus souvent d'origine professionnelle (AT/MP représentent 35 % des causes d'inaptitude contre 28 % pour celles qui n'ont pas bénéficié d'un bilan). De même, l'inaptitude due à une inadéquation santé/travail est plus fréquente lorsqu'on a mobilisé un bilan (10 % contre 6 %).

Le bilan est alors utilisé comme une étape intermédiaire en vue d'un reclassement externe. L'approfondissement de cette question nécessiterait des éléments de suivi des personnes après le traitement (à 3 mois ou 6 mois), en comparant leur retour à l'emploi avec celui des personnes pour lesquelles il n'a pas été mobilisé de bilan.

Actions d'« Étude de la situation de travail »

Ce type d'action est très fréquemment utilisé (dans 42 % des situations). Ce sont généralement des actions menées par des opérateurs non spécialisés⁶⁹ (93 %), qui comptabilisent pour l'essentiel les visites au poste effectuées par les médecins du travail.

L'impact de ce type d'action apparaît favorable puisque les bénéficiaires sont maintenus dans 69 % des cas contre 64 % pour les autres. Le fait que l'opérateur de l'action d'étude soit spécialisé accroît le taux de maintien (89 % contre 68 % lorsque l'action d'étude est réalisée par un opérateur non spécialisé).

⁶⁹ Voir encadré sur les actions spécialisées

Le fait de mobiliser ou non une action d'étude de la situation de travail n'a pas de lien notable avec la taille de l'entreprise. En revanche, on observe une surreprésentation du secteur des services dans les situations où une action d'étude a été mise en œuvre. Le secteur des services aux entreprises emploie 21 % des personnes ayant eu un bilan contre seulement 15 % des personnes n'en ayant pas eu, et le secteur des services aux particuliers 15 % contre 10 %.

Actions de « Formation de la personne »

La catégorie « actions de formation » regroupe différents types d'action.

► Actions de formation

Action	Effectif	%
Formation externe diplômante	116	50 %
Formation interne	48	21 %
Remise à niveau	22	10 %
Formation externe préqualifiante	6	2 %
Formation en alternance	4	2 %
Autre action de formation	34	15 %
Total	230	100 %

Source : PDITH/Adhoc

Dans la moitié des cas, il s'agit de formations externes diplômantes et dans 21% de formations internes.

Dans près d'1/3 des situations comprenant au moins une action de formation, celle-ci est accompagnée d'une mesure spécifique.

Le taux de maintien semble meilleur lorsqu'une mesure spécifique accompagne l'action de formation mais on dispose encore de trop peu de ces situations pour stabiliser ce constat.

Les personnes qui entrent en formation dans le cadre d'un maintien sont en moyenne plus jeunes que l'ensemble de la population (38 ans contre 42,1 ans). L'amplitude des âges est aussi plus restreinte (les âges vont de 20 à 58 ans contre 16 à 64 ans pour les personnes qui n'entrent pas en formation).

On compte 8 % de plus de 50 ans parmi les personnes pour lesquelles une action de formation a été mobilisée. C'est une proportion trois fois moindre que dans la population des personnes qui n'ont pas bénéficié d'action de formation (la proportion de cette classe d'âge est de 21% pour les personnes qui n'ont pas suivi de formation).

Concernant les niveaux de formation et de qualification, il ne semble pas exister de lien avec le fait qu'une action de formation soit mobilisée ou non.

► **Mesures spécifiques rattachées à des actions de formation**

Mesure spécifique	Effectif
Formation professionnelle	48
Contrat de rééducation professionnelle en entreprise	25
Autres	8
Total	81

Source : PDITH/Adhoc

Le taux de maintien est nettement plus élevé lorsqu'une action de formation a été menée (86 % contre 64 % en l'absence de formation). Malgré cela, le recours à la formation reste marginal (8 % des actions menées) et ne concerne que 10 % des situations pour lesquelles on mobilise une action.

Ce faible usage de la formation dans le cadre du maintien s'expliquerait par des difficultés à mobiliser les dispositifs de financement, soit en termes de délais, soit en termes de cumul entre plusieurs actions de formation. Des refus récurrents ont été également constatés dans le cadre des instructions congé individuel de formation (CIF).

Eu égard aux difficultés des situations rencontrées, la formation peut être également mobilisée dans une perspective de reclassement, en sortie d'emploi et non dans le cadre du traitement du maintien⁷⁰.

► **Récapitulatif : taux de maintien en fonction de la mobilisation ou non d'actions/mesures**

Actions de formation	Avec	Sans	Écart
Mesure spécifique identifiée (avec ou sans action)	89 %	55 %	34 points
Action identifiée (avec ou sans mesure spécifique)	69 %	50 %	19 points
Temps partiel thérapeutique (Sécurité sociale)	91 %	63 %	28 points
Subvention forfaitaire maintien (Agefiph)	89 %	64 %	25 points
Action de formation de la personne	86 %	64 %	22 points
Action d'étude de l'environnement de travail	69 %	64 %	5 points
Visite de pré-reprise ⁷¹	49 %	47 %	2 points
Action de bilan/évaluation de la personne	57 %	70 %	-13 points

Source : PDITH/Adhoc

⁷⁰ Une situation qui pourrait être modifiée avec la possibilité, introduite par la loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, de suspendre le contrat de travail pour le suivi d'un stage de reclassement professionnel.

⁷¹ La différence de deux points n'est pas significative

Synthèse de la troisième partie

- L'analyse des signalements aux axes maintien dans l'emploi marque une dynamique essentiellement centrée autour du médecin du travail d'une part (logique plus médicale) et de la Cotorep d'autre part (logique plus sociale), principaux orienteurs des signalements (45 et 20 %). De grandes disparités existent entre départements quant aux flux de signalements, avec un impact significatif sur l'activité des missions départementales. De manière commune à l'ensemble des départements, les signalements émanent très peu de l'entreprise, ce qui interroge sur la perception et/ou la connaissance que les acteurs de l'entreprise peuvent avoir des services proposés au titre du PDITH.
- Les secteurs d'activité concernés par le maintien dans l'emploi apparaissent comme représentatifs des secteurs d'activité de l'Île-de-France, à quelques exceptions près, celles-ci étant explicables du fait du positionnement des PDITH.
Il n'y aurait pas a priori de « secteurs types » confrontés à des problématiques de maintien, même si certains métiers peuvent être plus ou moins exposés. Il n'y aurait pas non plus de logique sous-jacente entre emploi de travailleurs handicapés et problématiques de maintien. Tous les cas de figure sont en effet représentés : secteurs employant sans problème de maintien, secteurs employant avec situations de maintien, etc.
- Le public concerné par le maintien dans l'emploi au titre du PDITH a des caractéristiques plus proches – à données comparables – du public demandeur d'emploi handicapé (DETH) que des travailleurs handicapés en emploi (DOETH).
- Sur l'ensemble des situations dont on connaît l'issue, le taux de maintien francilien est de 66 % (2/3 des situations se résolvent par un maintien dans l'emploi). Cette donnée indicative varie cependant en fonction des départements (de 49 % à 76 %) et des situations traitées. Ainsi, ce taux a tendance à baisser par exemple pour les signalements en amont de la reprise de travail, pour les salariés les plus jeunes et/ou avec peu d'ancienneté dans l'entreprise, pour les signalements émanant des services sociaux... Autant d'indicateurs qui questionnent quant aux critères de « difficulté » généralement présumés.
- L'impact favorable des mesures spécifiques en matière de maintien dans l'emploi se vérifie (temps partiel thérapeutique, subvention forfaitaire maintien), comme celui d'actions d'études spécialisées ou de formation. Cependant, il est relevé des difficultés à mobiliser certains de ces outils comme en témoigne leur faible représentation dans l'ensemble des mesures et actions mobilisées.
En revanche, d'autres actions, comme la visite de pré-reprise ou les bilans spécialisés ont un impact direct moins mesurable, du fait a priori des situations concernées (situations plus longues à traiter échappant à l'analyse, moindres possibilités de reclassement interne... points qui seraient en tout état de cause à approfondir).



