

## Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ?

*Job retention actions for employees after long term sickness.  
What strategies for French and German large companies?*

Maresca B<sup>1</sup>, Dujin A<sup>2</sup>

### Résumé

**Objectif :** Le travail de recherche engagé par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) à la demande de l'Institut national du cancer (INCa) visait à apporter un éclairage sur la manière dont la question du maintien dans l'emploi se pose pour les acteurs de l'entreprise et comment elle s'inscrit dans les pratiques professionnelles.

**Méthodes :** La recherche a porté sur neuf établissements de grandes entreprises en France et en Allemagne. Des entretiens y ont été conduits auprès des acteurs intervenant dans les processus de retour à l'emploi.

**Résultats :** Les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi en France (obligation de reclassement, emploi de personnes handicapées, emploi des seniors), ne renvoient pas à un champ de pratiques unifié autour de l'objectif de maintien dans l'emploi dans l'entreprise. En Allemagne au contraire, l'articulation entre l'objectif de politique publique de maintien dans l'emploi et la gestion du personnel dans les établissements se manifeste à travers un protocole défini par la loi, héritage de la Grande Guerre.

Les établissements français se caractérisent par une gestion au cas par cas du maintien dans l'emploi, peu anticipée. Les situations favorables, où la solidarité entre collègues joue à plein, soulignent en creux les processus discrétionnaires à l'œuvre en l'absence de procédure, et dans un contexte d'exigence de productivité croissante.

**Conclusion :** L'existence d'un protocole en Allemagne ne garantit pas le succès des actions de maintien dans l'emploi, mais elle permet de faire exister ce dernier comme une exigence à part entière pour les acteurs de l'entreprise.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):19-26**

**Mots-clés :** Maintien dans l'emploi ; entreprise ; maladie chronique ; ressources humaines ; médecine du travail ; reclassement ; handicap ; Allemagne ; France.

### Summary

**Aim:** The research undertaken by the *Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)* for the *Institut national du cancer (INCa)* sought to shed light on how the issue of job retention arises for the company stakeholders and how it fits into professional practices.

**Methods:** The research involved nine large companies in France and Germany. Interviews have been conducted with stakeholders involved in the process of returning to work.

**Results:** Statutory duties involving job retention policies in France (redeployment obligation, employment of disabled people, employment of older workers), do not refer to a unified field of practice around the goal of remaining in employment for company stakeholders. In Germany however, the relationship between the policy objective of job retention and human resources management is manifested through a protocol defined by law, legacy of the Great War.

French institutions are characterized by a case by case management of job retention, with little anticipation. Favourable situations in which solidarity between colleagues plays a decisive role hide discretionary processes at work in the absence of a procedure, and in a context of increasing demand for productivity.

**Conclusion:** The existence of a protocol in Germany does not guarantee the success of job retention policies, but it enables it to exist as a requirement for company stakeholders, as a policy objective.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):19-26**

**Keywords:** Job retention; business; chronic disease; human resources; occupational medicine; vocational rehabilitation; disability; Germany; France.

<sup>1</sup> Sociologue, directeur de recherche au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC).

<sup>2</sup> Politiste, chargée de recherche au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC).

## INTRODUCTION

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) a mené en collaboration avec l'Institut de recherche économique et sociale (IRES) une recherche sur les politiques de maintien dans l'emploi après un arrêt de longue maladie dans les grandes entreprises en France et en Allemagne. Cette recherche s'inscrit dans le programme de recherche de l'Institut national du cancer (INCa) sur la thématique « Cancer et travail » [1].

Le rapport entre longue maladie et emploi est une thématique montante sur l'agenda des politiques sociales, à l'échelle nationale et internationale, en particulier dans un contexte d'allongement de la durée du travail. Les problèmes de santé, ou étiquetés comme tels, apparaissent en effet de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques [2]. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) notait en 2006 qu'un nombre croissant de personnes en âge d'être actives tire des prestations de maladie et d'invalidité leur principale source de revenu. À mesure que les régimes de chômage et d'aide sociale durcissent leurs exigences de recherche d'emploi et que les dispositifs de retraite anticipée sont abandonnés, les régimes de prestations pour affections de longue durée et les régimes d'invalidité sont de plus en plus sollicités [3]. Alors que l'état de santé général s'améliore, un nombre croissant de personnes sollicite un soutien du revenu pour raisons de santé. Deux types d'explication peuvent être mobilisés pour expliquer ce paradoxe. Le premier renvoie à l'évolution des exigences du marché du travail, et à la généralisation de conditions de travail de plus en plus stressantes qui réduisent les niches pour les salariés moins productifs [4]. Le second se focalise sur l'inadéquation des modes d'évaluation de l'invalidité et des régimes de prestation, qui repousse les personnes à capacités réduites hors du marché de l'emploi, dans une dépendance durable aux prestations [5]. La question du maintien dans l'emploi se situe à la croisée de deux niveaux de questionnement : le niveau macroéconomique d'une part, qui touche aux cadres institutionnels et aux mécanismes contractuels ou légaux de maintien dans l'emploi, et le niveau des entreprises d'autre part, qui touche aux modes d'organisation de la production au niveau des établissements, là où se déterminent concrètement les possibilités d'adaptation des postes.

De nombreux travaux de sciences sociales ont été menés sur les problématiques de l'obligation de reclassement et de l'emploi des travailleurs handicapés. Ils prennent la forme d'identification de bonnes pratiques ou de recommandations soit en direction des entreprises et des salariés afin de guider ceux-ci dans leurs démarches (présentation des principaux dispositifs du maintien ou du retour à l'emploi), soit aux entreprises pour les inciter à trouver des solutions concrètes ou améliorées [6].

Cette littérature spécialisée pose la question du maintien dans l'emploi au regard des contraintes de l'entreprise et de l'évolution des conditions de travail dans un univers concurrentiel. Le contexte d'évolution des stratégies de gestion des ressources humaines et de mobilisation de la main-d'œuvre des entreprises, en réaction à de nouvelles contraintes de flexibilité, de réactivité et d'innovation, est généralement au cœur de l'analyse. Un second axe de recherche traitant du maintien dans l'emploi s'est développé dans les années 1980 autour de la notion de *disability management*, le plus souvent traduite par « gestion intégrée des incapacités ». Centrée sur le suivi des programmes d'aide au maintien dans l'emploi en Amérique du Nord, cette approche postule que, dans le contexte d'une entreprise donnée, réfléchir au maintien dans l'emploi de salariés connaissant des limitations fonctionnelles oblige à « s'interroger sur le rapport entre les caractéristiques des capacités fonctionnelles résiduelles temporaires ou permanentes des personnes atteintes d'une part, et les caractéristiques de l'emploi et du contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit d'autre part » [7]. Cette littérature s'attache à identifier les facteurs organisationnels facilitant ou freinant l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi et la réussite de ces dernières. À travers l'étude d'un large panel d'entreprises, il s'agit d'isoler des facteurs facilitant ou freinant la mise en œuvre de programmes de maintien dans l'emploi. Enfin, un troisième axe de recherche se concentre sur les trajectoires des personnes ayant souffert d'une affection de longue durée, et sur l'évolution de leurs conditions de vie pendant et après la maladie. Ces recherches incluent généralement une réflexion sur les conditions de poursuite d'une activité professionnelle, mais en prenant le plus souvent le point de vue du salarié. Il s'agit alors de recueillir des informations sur sa trajectoire professionnelle (est-il retourné à l'emploi ? dans quelles conditions ? etc.) et sur son ressenti de la situation et de son évolution (quel a été le rapport avec les collègues de travail ? s'est-il senti discriminé ? etc.).

La recherche menée pour l'INCa visait à croiser ces différentes perspectives. En prenant pour point de départ la situation d'un établissement sur la question du maintien dans l'emploi (nombre de situations d'arrêts de longue durée par an et type d'actions mises en place), il s'agissait d'identifier les différentes pratiques professionnelles de gestion de la question du maintien dans l'emploi (ressources humaines, médecine du travail, encadrement direct, service social, représentation du personnel...) et d'analyser leur mise en œuvre sur des cas précis de trajectoires de salariés revenant au travail. Deux niveaux d'analyse apparaissent alors : pourquoi et comment la question du maintien dans l'emploi se pose-t-elle pour les différents intervenants ? Face à la nécessité de la gérer, quels modes de prise en charge sont conçus et mis en œuvre, avec quel degré de formalisation et d'institutionnalisation ?

## MÉTHODES

Afin d'assurer la possibilité de recueillir, sur chaque établissement, le point de vue d'acteurs confrontés suffisamment souvent à la question du retour à l'emploi, le choix a été fait de travailler sur de grandes entreprises, dans des établissements d'au moins 500 salariés en équivalent temps plein. Une sélection a donc été opérée en faveur des contextes les plus favorables. Les grandes entreprises disposent en effet de moyens de gestion des ressources humaines et se caractérisent par des effectifs importants qui offrent des possibilités en matière de reclassement et d'adaptation des postes que les petites et moyennes entreprises n'ont pas. Les situations décrites ne sont donc pas représentatives de la majorité des situations de retour à l'emploi, en France comme en Allemagne. Le choix a été fait de ne pas restreindre l'analyse comparative à un secteur d'activité, afin de diversifier les types de métiers et les modes d'organisation de la production étudiés, aspects ayant de fait une incidence notable sur les possibilités du maintien dans l'emploi. Toutefois, afin d'assurer la comparabilité entre France et Allemagne, on a fait en sorte que, à chaque établissement français retenu, corresponde une entreprise allemande comparable en termes d'effectif salarié et d'échelle de qualification des métiers. Le travail de terrain a porté sur neuf établissements de grandes entreprises dans différents secteurs économiques (télécommunications, métallurgie, santé, poste, etc.) en France et en Allemagne (tableau I).

Tableau I  
Présentation comparative des établissements étudiés  
(CREDOC, Paris, 2008).

France	Allemagne
<i>Télécommunications</i> Ancienne entreprise publique, de 1 000 salariés, diversité des métiers (technique, administratifs et commerciaux).	<i>Énergie</i> 3 000 salariés, diversité des métiers (techniques informatiques, commerciaux). Land actionnaire à 80 %.
<i>Métallurgie</i> Site de production de 2 000 personnes, prédominance des emplois ouvriers.	<i>Métallurgie (même entreprise en France et en Allemagne)</i> Deux sites de 1 200 salariés, prédominance des emplois ouvriers.
<i>Grande distribution</i> Établissement de 380 salariés d'un groupe de 80 000 salariés.	<i>Grande distribution</i> Établissement de 500 salariés d'un groupe de 30 000 salariés, prédominance des métiers de vente.
<i>Établissement hospitalier</i> Structure privée de 1 800 salariés, dont près de la moitié sont soignants (aides-soignants, infirmières, kinésithérapeutes).	<i>Expédition logistique</i> Ancien monopole d'État devenu entreprise privée. Filiale avec 2 000 salariés, faibles niveaux de qualification et métiers très diversifiés : techniques, d'artisanat, commerciaux, administratifs.

L'enquête de terrain dans les établissements français a eu lieu entre juin 2007 et juin 2008, et entre décembre 2007 et mai 2008 pour les établissements allemands. L'objectif était de recueillir, pour chaque établissement, le point de vue des différents acteurs mobilisés (officiellement ou non) dans les processus de retour à l'emploi : la direction générale de l'établissement et la direction des ressources humaines, la médecine du travail (médecins et, le cas échéant, infirmières), le service social de l'entreprise, des personnels d'encadrement direct confrontés au retour d'un salarié après un arrêt de longue durée (managers, chefs de services, chefs d'atelier, etc.), des représentants du personnel, des représentants des handicapés (en Allemagne), des salariés ayant été en situation de retour à l'emploi. Le questionnaire visait d'abord à comprendre quand, comment et avec quelles finalités les différents acteurs sont mobilisés sur un processus de retour à l'emploi, et à voir s'il existe une approche normée de la question dans l'entreprise : quand sont-ils informés de la situation du salarié ? Quel degré de connaissance en ont-ils ? Qui est force de proposition pour un aménagement ? etc. Sur ce point, il a été demandé aux acteurs de s'appuyer sur l'évocation d'exemples précis de trajectoires de salariés. Les entretiens ont ensuite permis de passer en revue les différents outils ou dispositifs classiquement utilisés, et de comprendre les déterminants du choix d'une solution par rapport à une autre. Enfin, le questionnaire a porté sur la perception des acteurs quant aux conditions favorables au maintien d'un salarié revenant après un arrêt de longue durée. Il s'agissait également, sur ce point, de recueillir un avis prospectif des acteurs rencontrés sur la capacité de l'entreprise à assurer le maintien dans l'emploi en fonction des évolutions anticipées des conditions de travail dans l'établissement (flexibilisation, internationalisation, etc.). Les pratiques décrites par les acteurs de l'entreprise comme relevant du maintien ou du retour à l'emploi permettent dans un premier temps de dégager les contenus techniques, les dispositifs d'action concrets mis en œuvre pour gérer ces situations. Parallèlement, la description des pratiques permet d'explorer les représentations sur la longue maladie et le handicap et la manière dont ils affectent les collectifs de travail. Ces deux dimensions interagissent pour déterminer des conditions plus ou moins favorables au maintien dans l'emploi dans les établissements.

## RÉSULTATS

### 1. Penser le maintien dans l'emploi : obligations légales, instruments, discours

En France, le maintien dans l'emploi après un arrêt de travail a été constitué en objectif de politique publique à travers la question de l'intégration des personnes

handicapées en entreprise d'une part, et la gestion du vieillissement de la main-d'œuvre d'autre part. Trois types d'obligation distincts s'imposent aux employeurs, qui recouvrent l'essentiel des actions de maintien dans l'emploi : l'obligation de reclassement [8], l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés [9] et, pour les grandes entreprises, la mise en place de plans de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC). Les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi sont donc de natures différentes et, dans le quotidien de la gestion des services de ressources humaines, ne renvoient pas à un champ de pratiques unifié. Ainsi, une entreprise peut avoir formalisé des actions en faveur de l'intégration des personnes handicapées et s'acquitter de l'obligation de reclassement sans qu'une politique globale de maintien dans l'emploi ne soit mise en place, ni même que cette notion soit évoquée par les ressources humaines ou la direction. Le maintien dans l'emploi reste, pour les employeurs français, une notion abstraite qui n'existe pas en tant que telle, ce qui limite considérablement sa traduction dans les politiques managériales. L'Allemagne se caractérise, au contraire, par une approche plus intégrée des actions de maintien dans l'emploi à travers la notion de « réhabilitation », qui concerne à la fois les personnes handicapées, les seniors et les salariés qui reviennent de longue maladie.

En France, de la même manière que les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi ne renvoient pas à une notion explicite et constituée aux yeux des acteurs, les instruments mobilisables ne s'intègrent pas dans une procédure globale de gestion du maintien dans l'emploi. On peut distinguer trois catégories principales d'instruments, selon qu'ils portent sur l'aménagement des horaires (temps partiel thérapeutique), l'aménagement du poste d'un point de vue fonctionnel (aides pour l'adaptation fonctionnelle des équipements tels que l'écran, le fauteuil, etc.), où qu'ils visent à permettre à la personne d'évoluer vers un autre poste (bilan de compétences, bilan du programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés [PDITH], etc.). Les entretiens font apparaître une très faible connaissance de la diversité des outils potentiellement mobilisables. Seul le temps partiel thérapeutique est largement connu. La première raison invoquée pour expliquer que seuls quelques instruments sont connus et utilisés est la diversité des prescripteurs (médecin traitant, médecin-conseil, médecin du travail), des financeurs et des conditions requises pour en bénéficier, qui rend peu lisible le paysage des outils du maintien dans l'emploi. Mais un autre frein, plus fondamental et relevant davantage du registre des représentations, est la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, qui conditionne la possibilité de bénéficier de différents instruments de retour à l'emploi. Les médecins du travail soulignent que les salariés ne souhaitent pas être stigmatisés à travers ce statut, et

que des réactions parfois indignées les font ensuite hésiter à le proposer lors des visites de reprise. Cette difficulté témoigne du fait que handicap et longue maladie appartiennent à des champs de représentation tout à fait distincts en France, que la notion de maintien dans l'emploi n'est pas parvenue à fédérer.

En Allemagne, la gestion de la longue maladie est au contraire étroitement liée à l'intégration des personnes handicapées dans les entreprises. Le grand handicap a droit à sa propre représentation au sein de l'entreprise allemande, depuis le lendemain de la Première Guerre mondiale. À l'époque, la société cherchait à s'acquitter de ses devoirs à l'égard de ses citoyens mutilés de guerre. Ils bénéficient d'une préférence à l'embauche et d'une protection particulière contre le licenciement et, depuis 1923, du droit d'élire un représentant. Du fait de cette institutionnalisation de l'existence du handicap, la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, y compris pour des personnes qui reviennent de longue maladie, est beaucoup moins stigmatisante, et donc plus systématique qu'en France. Cette reconnaissance explicite du rôle des entreprises dans la gestion du handicap et de la longue maladie se traduit dans un protocole national. Depuis 2004, la loi oblige les entreprises allemandes à veiller à la réintégration des salariés en situation de maladie prolongée. Dès lors que des salariés cumulent plus de 42 jours d'arrêt maladie dans l'année, consécutifs ou non, il incombe à l'employeur de prendre des mesures visant à faciliter le retour dans l'emploi et à prévenir de nouvelles situations de maladie. Le dispositif de la « réintégration progressive » consiste à mettre en œuvre, avec l'accord de l'employeur et du salarié concerné, un plan de réinsertion par étapes. Le dispositif est prescrit par le médecin de famille. Un premier entretien réunit le salarié et les acteurs de la réinsertion : direction du personnel, personne de confiance choisie par le salarié, représentant du personnel et des handicapés, médecin du travail, auxquels sont associés éventuellement le supérieur hiérarchique, ou des acteurs extérieurs à l'entreprise, notamment les représentants des caisses d'assurance maladie et de retraite qui financent pour partie le dispositif. En amont, le poste de travail aura été visité et analysé par le médecin du travail et les ressources humaines. La mesure dure généralement de quelques semaines à six mois.

## **2. La mise en œuvre du maintien dans l'emploi, sur l'obstacle en France, anticipée en Allemagne**

Le retour du salarié dans l'entreprise après une longue maladie se décompose en trois étapes, qui correspondent à trois niveaux d'interrogation sur le rapport entre longue maladie et aptitude au travail. Il y a tout d'abord, la période pendant laquelle le salarié est en arrêt maladie, plus ou moins longuement ou à travers un processus de reconduction des arrêts qui ne permettent pas d'anticiper le retour effectif à l'emploi. Au cours de

cette étape, le salarié maintient parfois un contact avec l'entreprise dans la perspective du retour à l'emploi. Vient ensuite la période pendant laquelle le salarié revient au travail. Cette étape débute en France avec la visite de reprise, parfois précédée, mais c'est rarement le cas, de la visite de préreprise. Il s'agit d'un moment clé puisque c'est à cette étape que les différents acteurs du retour à l'emploi vont être mobilisés pour s'assurer que la personne peut effectivement reprendre le travail, et définir les conditions de cette reprise. Enfin, le troisième temps est celui de l'adaptation ou du changement de poste, voire du reclassement. Cette étape n'est pas systématique, elle a lieu lorsque le salarié n'a pas pu reprendre le poste qu'il occupait. C'est l'avis du médecin du travail sous la forme de restrictions d'aptitude ou d'une déclaration d'inaptitude au poste occupé qui déclenche ce processus. La question de la réadaptation au travail, voire des possibilités de mobilité du salarié au sein de l'entreprise, se trouve alors posée. Les politiques de maintien dans l'emploi ont pour objectif que ces trois étapes soient le plus intégrées possible. Mais pour chacun de ces « temps », des questions différentes se posent aux acteurs de l'entreprise, qui renvoient à des difficultés et des enjeux spécifiques.

Dans les entreprises françaises, la question du maintien dans l'emploi n'est pas instituée aux yeux des acteurs de l'entreprise tant que le salarié est en arrêt. Cet état des choses est pour une large part liée au fait que les représentants de l'entreprise, qu'il s'agisse des ressources humaines, du médecin du travail ou du personnel d'encadrement, ne sont pas autorisés à établir de leur propre chef un contact avec le salarié, en s'exprimant au nom de l'entreprise. Cette interdiction est évoquée par les directions et les ressources humaines comme une donnée incontournable, qui leur est imposée de l'extérieur par la loi et ne permet pas à l'entreprise d'anticiper le retour à l'emploi. Elle est souvent mobilisée par les représentants de la direction et les gestionnaires du personnel pour justifier de l'impossibilité de recourir à des procédures de prise en charge qui poseraient la question du retour à l'emploi avant la reprise effective du travail par le salarié. La visite de préreprise pourrait constituer le principal instrument de maintien dans l'emploi mobilisable en amont du retour du salarié. Elle permet théoriquement, à travers un dialogue entre le salarié et le médecin du travail, d'évaluer les possibilités de retour au poste initial, et d'envisager d'éventuelles adaptations. Mais cette possibilité est sous-utilisée par les salariés, qui souvent n'en ont pas connaissance. Pourtant les médecins du travail et les encadrants directs émettent fréquemment des réserves sur le non recours à la visite de préreprise, tant ils sont souvent confrontés à des retours non anticipés de salariés absents de l'entreprise depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, qui posent des problèmes organisationnels considérables. Il existe néanmoins de nombreuses formes de contact avec les personnes en arrêt,

à l'initiative des collègues. Bien qu'informels, ces contacts ont un impact déterminant sur les conditions du retour à l'emploi. Ils maintiennent souvent un lien avec la personne, qui permet à l'encadrement direct d'être informé de la situation et d'anticiper le retour du salarié. Mais ces situations favorables soulignent en creux la dimension fortement discrétionnaire du processus à l'œuvre. En l'absence de procédure qui s'appliquerait à tous, le fait d'être intégré à son collectif de travail et de pouvoir compter sur ses collègues conditionne la possibilité de garder un lien pendant l'arrêt, ce qui induit des différences notables entre les salariés concernés quant aux conditions de leur retour à l'emploi. Le spectre du licenciement pour inaptitude est réellement menaçant pour les personnes qui reprennent le travail sans préparation préalable concernant les possibilités d'adaptation du poste occupé avant l'arrêt. En Allemagne, espace privé du salarié malade et espace professionnel apparaissent *a priori* moins disjoints. Une approche intégrée de l'insertion incite les acteurs à construire des passerelles entre temps de l'arrêt et temps de retour tout en respectant la sphère privée et la volonté du malade. Il est clairement énoncé par les acteurs allemands, aussi bien les ressources humaines que les représentants des handicapés ou l'encadrement, qu'un contact avec le salarié pendant l'arrêt maladie est bénéfique dans une perspective d'anticipation du retour à l'emploi, bien que le déclenchement du processus reste subordonné à la volonté du salarié de rester en lien avec son entreprise.

Le moment du retour au travail est la seconde étape du processus de retour à l'emploi. En France, c'est la visite de préreprise, ou plus fréquemment la visite de reprise, au cours de laquelle le médecin du travail va se prononcer sur l'aptitude du salarié à reprendre le travail, qui marque le début du retour à l'emploi proprement dit. Une fois cette étape franchie, la gestion du retour du salarié commence, tant pour les ressources humaines qu'au niveau du collectif de travail. Dans toutes les entreprises françaises rencontrées, c'est la gestion à chaud, au plus près du collectif de travail, qui caractérise la plupart du temps le mode de fonctionnement des acteurs autour du retour à l'emploi.

La gestion du retour à l'emploi dans les établissements est caractérisée par l'importance des « arrangements intraservices », au détriment du recours aux dispositifs légaux. Lorsque les acteurs, ressources humaines ou encadrement direct, évoquent spontanément des cas de retour à l'emploi après un arrêt de longue durée qu'ils ont eu à gérer, il s'agit le plus souvent de situations où la personne a maintenu le contact avec son équipe pendant l'arrêt, est revenue au travail en bénéficiant d'un aménagement horaire tel que le temps partiel thérapeutique pendant quelques mois, puis a repris dans les conditions précédant son départ. La représentation commune du cas idéal n'implique pas d'intervention des ressources

humaines ni de la médecine du travail. Il s'agit également de situations où il n'y a pas d'adaptation du poste. Les situations jugées favorables sont donc celles où la maladie n'a pas bouleversé la trajectoire de la personne, où il est possible de faire « comme avant ». Cette approche ne mobilisant que faiblement les dispositifs légaux est présentée de manière positive par la plupart des acteurs rencontrés. Le refus d'une protocolisation ou d'une systématisation de la démarche est généralement justifié par le primat donné à une « attitude humaine ». Le recours à des procédures systématisées de gestion des situations de longue maladie administrées au niveau des ressources humaines est interprété comme le symptôme de la défaillance des collectifs de travail dans leur capacité à intégrer avec humanité et solidarité des collaborateurs atteints de maladie. Sur cet aspect, il existe une convergence des points de vue entre les ressources humaines, la direction de l'établissement et l'encadrement opérationnel. Tous expriment une préférence pour éviter au maximum d'adapter le poste, pour le maintenir tel qu'il était avant le départ de la personne, plutôt que de tenter une adaptation, au motif que cette dernière signifierait que le salarié est diminué dans ses capacités. La question de la baisse de productivité de certains salariés du fait de la maladie ou du handicap, qui nécessiterait d'adapter les postes, reste largement taboue dans les collectifs de travail.

En Allemagne, un accord d'intégration négocié au niveau de l'établissement ou, plus souvent, au niveau de l'entreprise, existe dans l'ensemble des entreprises allemandes visitées. Il garantit aux personnes grands handicapés le droit à la participation à la vie au travail, à un poste de travail adapté et à la réinsertion. Depuis 2004, la loi oblige les entreprises allemandes à veiller à la réintégration des salariés en situation de maladie prolongée. La réforme du Code social institue la « gestion intégrée de l'insertion » comme une obligation patronale [11]. Dès lors que des salariés cumulent plus de 42 journées (ou six semaines) d'absence maladie dans l'année, consécutives ou non, il incombe à l'employeur de prendre des mesures visant à faciliter le retour dans l'emploi, à prévenir de nouvelles situations de maladie et à sécuriser l'emploi de la personne. Le Code social, en reformulant l'ancienne législation sur le handicap, introduit en effet une notion élargie de la prévention et de la protection : au-delà des salariés « handicapés », il s'agit d'accompagner tous les salariés susceptibles de voir se détériorer leur état de santé dans la vie au travail. La nouvelle approche de la prévention mobilise, à côté de l'employeur, deux autres intervenants centraux : la personne malade elle-même perçue comme acteur « actif » dans les processus de réinsertion et par ailleurs libre d'accepter ou de décliner l'aide à la réinsertion qui lui est proposée, et la représentation des salariés, constituée du conseil d'établissement (*Betriebsrat*) et de la représentation des grands handicapés (*Schwerbehindertenvertretung*),

interlocuteur clé pour les politiques de prévention et de réinsertion dans l'entreprise. Tous les établissements rencontrés pratiquent depuis longtemps la « réintégration progressive » (*Stufenweise Wiedereingliederung*). Ces établissements de grande taille voient se dérouler plusieurs dizaines, voire une centaine d'expériences de ce type par an. Un plan de réintégration est établi avec le médecin du travail, les charges et leur augmentation progressive sont définies comme la durée de la mesure (généralement entre quelques semaines et six mois). À la différence de la situation française, l'étape du retour contient en elle-même celle de l'adaptation.

Enfin, la troisième étape du retour à l'emploi, qui n'est pas systématique, est celle de l'adaptation du poste. En France, ce sont les notions d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail, établies par le médecin du travail au moment de la visite de reprise, qui fondent le processus d'adaptation ou de changement de poste. En Allemagne, le dispositif de réintégration progressive identifie, avec la personne malade, les difficultés à occuper le poste d'origine et amène à poser la question de l'adaptation. Comme pour les étapes précédentes, le temps de l'adaptation se différencie donc entre France et en Allemagne par le degré de formalisation de la démarche. Les conséquences en sont visibles à deux niveaux : le moment où la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée d'une part, et le niveau de gestion de la question d'autre part. En France, l'absence de formalisation des processus de retour à l'emploi a pour corollaire que la question de l'adaptation du poste se pose face au constat que le salarié ne peut plus travailler dans les mêmes conditions qu'avant. C'est donc sur l'obstacle que la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée pour la première fois. Par comparaison, ce questionnement démarre plus en amont en Allemagne. Par ailleurs, en l'absence de formalisation des démarches, c'est au niveau du service ou de l'atelier que l'adaptation est gérée, reposant pour l'essentiel sur les épaules de l'encadrement direct. Prévaut alors un modèle selon lequel les chefs de service ou d'ateliers sont en charge du problème et se saisissent, en fonction de la situation, des différentes ressources disponibles : les conseils du médecin du travail et l'intervention des ressources humaines le cas échéant. La réadaptation d'un salarié au travail est donc d'abord une problématique individuelle, prise en charge dans le cadre d'un dialogue entre la personne et son responsable direct. Elle ne devient une question qui concerne l'ensemble des acteurs du maintien dans l'emploi que dans les cas conflictuels ou difficiles. En Allemagne au contraire, l'existence de procédures définies et reconnues comme légitimes induit la mobilisation des différents acteurs institués comme compétents pour intervenir sur le maintien dans l'emploi, pour toutes les situations qui se présentent dans l'établissement.

Enfin, en France comme en Allemagne, différentes variables ont une influence sur la mise en place ou non d'une adaptation du poste. On note que les salariés atteints de pathologies dont les séquelles sont peu visibles (les cancers notamment) émargent moins que d'autres, notamment les troubles musculo-squelettiques, à des adaptations. Au-delà des pathologies, la reconnaissance des qualités professionnelles et le degré de proximité relationnelle entre le salarié et son équipe sont des facteurs déterminants de la mise en place de procédures d'adaptation. Mais plus fondamentalement, cette question est inséparable de celle de la pression de productivité qui s'impose aux collectifs de travail. Dans les services où cette pression est élevée, les adaptations de poste sont rapidement source de crispations. Les médecins du travail peuvent alors être confrontés aux refus de leurs recommandations par l'encadrement direct qui préfère voir le salarié déclaré inapte et contraint de changer de poste, que d'avoir à composer avec un poste adapté. En France comme en Allemagne, les différents établissements rencontrés sont tous soumis à une intensification des pressions de productivité, qui touchent tous les secteurs pris en compte. En découlent des transformations de l'organisation du travail devant répondre à ces exigences. Ainsi l'exigence de polyvalence des salariés, qui se développe de plus en plus, notamment dans le tertiaire, remet en question la pertinence de la notion même de poste de travail, sur laquelle est fondé le processus de retour à l'emploi. Combinée aux rotations de poste accélérées, elle rend particulièrement délicate la définition de l'aptitude du salarié. Inversement, dans la grande distribution, le mouvement de spécialisation des tâches aujourd'hui à l'œuvre consiste par exemple à réduire au strict minimum la présence des emplois administratifs au niveau des magasins, ce qui limite les possibilités de reclassement pour le personnel qui ne peut plus porter de charges. Dans un contexte plus contraint, la possibilité de développer une approche au cas par cas de la réadaptation au travail est remise en question. Les ressources humaines et les médecins du travail constatent que les postes sur mesure tenant compte des différences de productivité des salariés sont de plus en plus difficiles à mettre en place.

### **3. De la nécessité d'un protocole de gestion du maintien dans l'emploi ?**

Par rapport à la situation française, les effets du protocole allemand sont de deux types. D'une part, le salarié reprend rapidement contact avec son milieu de travail, en amont du retour effectif à l'emploi. Celui-ci s'effectue progressivement, sous le contrôle médical du médecin du travail. Pendant toute la période de réintégration progressive, le salarié conserve son statut de malade et continue de toucher les indemnités maladie. D'autre part, la mise en œuvre du retour à l'emploi procède de décisions collégiales, qui impliquent nécessairement

tous les acteurs institués comme compétents pour le retour à l'emploi. Alors qu'en France, des directions de ressources humaines peuvent déclarer qu'elles n'ont pas à intervenir sur une situation de retour à l'emploi, cela n'est pas possible en Allemagne. L'existence d'un protocole ne signifie pas pour autant que la gestion du retour à l'emploi est toujours plus efficace qu'en France. On peut distribuer les établissements rencontrés en trois types, en fonction de leur approche du retour à l'emploi après la longue maladie. L'approche « volontariste » tout d'abord, dans laquelle la politique de réinsertion repose sur un consensus des acteurs et fait partie du statut autant que de l'image sociale de l'entreprise ; l'approche « négociée » ensuite, où le dynamisme de la représentation des grands handicapés impose à la direction un comportement proactif en matière de réinsertion ; l'approche « contrariée » enfin, où la politique de réinsertion est, aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel, un enjeu secondaire dans l'ensemble des politiques sociales de l'établissement, et sous contrainte d'autres priorités. Mais l'existence d'un protocole balise les procédures et institue un dialogue dans l'entreprise sur la question. L'approche non systématisée, qui s'appuie sur les manifestations de solidarité et de bonne volonté dans les équipes, ne fait pas toujours consensus dans les entreprises françaises. La nécessité de formaliser des procédures émerge dans un contexte de gestion des ressources humaines de plus en plus difficile face aux exigences de productivité. Les médecins du travail et l'encadrement direct, qui les premiers affrontent les situations conflictuelles, en sont les principaux porte-parole. Le protocole doit permettre de se sentir moins isolé dans la gestion du retour à l'emploi, et de ne pas avoir à assumer seul la réadaptation au poste et les conséquences que cette dernière peut avoir sur l'organisation du travail dans les équipes. La demande de collégialité des décisions à laquelle doit répondre un protocole va au-delà des seuls acteurs présents dans l'établissement. Le dialogue avec les médecins traitants et les médecins-conseils de l'assurance maladie, qui prennent des décisions essentielles en amont du retour au travail, est très limité voire inexistant. L'existence d'un protocole plus formalisé permettrait de lier davantage l'espace du soin et celui du travail. Les médecins du travail ont le sentiment que les acteurs qui interviennent dans l'espace du soin ne mesurent pas suffisamment les conséquences, pour la sphère du travail, des décisions qu'ils prennent. Les médecins traitants devraient notamment s'enquérir plus en amont des métiers des salariés et de leurs contraintes, afin de préparer ces derniers aux éventuelles difficultés à prendre en compte au moment du retour au travail. Les médecins-conseils, refusant d'être en contact avec les ressources humaines, sont quant à eux très difficilement joignables par les médecins du travail, là où ces derniers souhaiteraient discuter des cas de salariés qu'ils voient revenir dans l'entreprise.

## CONCLUSION

### 1. Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de politique publique

Le maintien dans l'emploi relève en Allemagne d'une politique publique, dont les instruments sont définis légalement, et qui se traduit notamment par la présence des représentants des caisses qui financent le dispositif au nom de la collectivité. En France au contraire, la dynamique aujourd'hui à l'œuvre est plutôt celle d'une externalisation de la gestion du maintien dans l'emploi vers des prestataires privés, généralement sur les conseils de l'assureur de l'entreprise. Ces prestataires ont pour mission de conseiller les salariés en arrêt sur les conditions de leur retour au travail et de les aider dans leur reprise de contact avec l'entreprise. Ce mouvement est symptomatique du fait que les obligations légales instituées par la puissance publique qui touchent au maintien dans l'emploi ne permettent pas, à ce jour, de développer une approche suffisamment intégrée et pragmatique pour répondre aux difficultés des employeurs d'une part, et aux inquiétudes des assureurs d'autre part sur le nombre de personnes basculant en invalidité. Mais on peut également souligner que ce mouvement, s'il répond à certaines attentes des acteurs économiques, va néanmoins à l'encontre de la constitution du maintien dans l'emploi comme objectif de politique publique mobilisant les entreprises. Amener l'entreprise à participer à la gestion du handicap et de la longue maladie reste donc une question ouverte en France.

### 2. Un agenda de recherche sur la question du maintien dans l'emploi dans les entreprises

Ce premier travail de recherche, largement exploratoire compte tenu du faible nombre de travaux sur la gestion du maintien dans l'emploi par les entreprises, a fait apparaître deux nœuds principaux dans les trajectoires de retour à l'emploi des salariés, sur lesquels des investigations complémentaires devraient être menées.

Le premier nœud est celui de la période de l'arrêt maladie, quand le salarié et les services de ressources humaines ne sont plus en contact. Ce moment est déterminant et conditionne l'ensemble du processus de retour à l'emploi. En France, les assureurs des entreprises sont conscients de la nécessité de traiter la question plus en amont, pour éviter le basculement des salariés en invalidité, et proposent parfois le recours à des prestataires extérieurs à l'entreprise pour assurer le contact entre l'entreprise et le salarié. Il est nécessaire de gagner en compréhension sur la période qui précède le retour à l'emploi : qui sont les acteurs susceptibles d'intervenir, selon quels protocoles, avec quelle efficacité ?

Le second nœud est celui de l'adaptation du poste, quand le constat est fait que le salarié ne peut plus reprendre le travail dans les conditions préexistant à son départ. Lorsque le collectif de travail n'est pas soumis à des contraintes trop fortes, la solidarité joue à plein pour pallier aux contraintes que ces adaptations suscitent. Quand la pression est forte, les adaptations sont en revanche très difficiles à tenir. Sous quelles conditions l'adaptation de poste se révèle-t-elle efficace pour maintenir dans l'emploi ? Le dialogue entre médecins-conseils et médecins du travail est l'un des points centraux sur lesquels agir. L'existence d'un espace d'échange et de concertation entre ces acteurs fait défaut en France. Dans un contexte d'allongement de la durée du travail, le développement d'une culture partagée de l'adaptation des postes est pourtant un enjeu central.

## RÉFÉRENCES

1. Maresca B, Dujin A, avec la collaboration de l'Institut de recherche économique et sociale. *Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints d'un cancer, une comparaison France-Allemagne*. Paris : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Cahier de recherche n° 248 ; 2008.
2. Esping-Andersen G. *Trois leçons sur l'État-providence*. Paris : La République des idées ; 2008.
3. *Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Lever les obstacles au maintien dans l'emploi*. Paris : OCDE, rapport ; 2006.
4. Coutrot T. *L'entreprise néolibérale, nouvelle utopie capitaliste ?* Paris : La Découverte ; 1998.
5. Pollak C. *Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne*. Paris : Centre d'études de l'emploi ; 2009.
6. Bugand L, Caser F, Huyez G, Parlier M, Raoult N. *Les bonnes pratiques des entreprises en matière de maintien et de retour en activité professionnelle des seniors*. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail ; 2009.
7. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. *Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review*. *Psychooncology*. 2002;11:124-31.
8. République Française. *Loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage, articles L. 122-24-4 et L. 122-32-5 du Code du travail*.
9. République Française. *Articles L. 5212-1 à L. 5212-17, R. 5212-1 à R. 5212-18, R. 5212-19 à R. 5212-29, R. 5212-30 et R. 5212-31 du Code du travail*.
10. République Française. *Article L. 432-1-1 et 3<sup>e</sup> alinéa de l'article L.321-1 du Code du travail*.
11. République Fédérale d'Allemagne. *Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), article 84.2 du Code social (Sozialgesetzbuch III)*.