

Master 2 Prévention et Décision en Santé
Spécialité « Evaluation et Prévention des Risques Professionnels »
Promotion 2014-2015

**Le maintien dans l'emploi des travailleurs
handicapés âgés de 50 ans et plus : mise en
œuvre et analyse de la démarche déployée
par le SAMETH 29 à travers 2 études de cas**

Accompagnement de 2 travailleurs en situation de handicap du fait d'une
affection de l'appareil locomoteur.

Floch Nathalie

Soutenance du 3 juillet 2015



Directeur de stage : Mme RANNOU Valérie, responsable du SAMETH 29
Tuteur universitaire : Mme LARVOR Christelle, chargée de cours en master 2 EPRP
Président du Jury : Docteur Brice Loddé
Membres du Jury : Docteur Richard Pougnet, M. Jacques Duvet

Remerciements

Je remercie Mme Valérie RANNOU, responsable du SAMETH 29 et Mme Annick BESNIER, directrice d'OHE PROMETHEE du Finistère pour m'avoir ouvert les portes du SAMETH 29 et permis de découvrir l'ensemble des services œuvrant pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. J'ai en effet eu la chance de percevoir toute la richesse des actions menées par l'ensemble des professionnels d'OHE PROMETHEE durant ces 3 mois de stage.

Je remercie mon tuteur de stage, Mme RANNOU, pour son accueil, sa confiance et sa disponibilité de chaque instant. Merci beaucoup pour sa pédagogie et ses conseils avisés durant ce stage et nos débats passionnants.

Je tiens à remercier mon tuteur universitaire, Mme Christelle LARVOR, pour ses grandes qualités de pédagogue, son investissement dans ce tutorat, et son soutien indéfectible. Merci aussi pour tous ces échanges d'une grande richesse.

Un grand merci aux conseillères et assistantes du SAMETH 29 : Mesdames Nadine LE LOCH, Adeline BOURNOT, Corinne FORTIN, Claire CLOAREC et Céline BALCON pour leur accueil et leur professionnalisme. Je les remercie aussi de m'avoir fait confiance lors des accompagnements des usagers. Merci pour leur disponibilité et les débats formateurs tout au long de ces 3 mois.

Merci d'une manière générale à l'ensemble de l'équipe du SAMETH 29, assistantes, responsable et conseillères pour la transmission de leur savoir et de leur savoir-faire concernant le maintien dans l'emploi. Merci de m'avoir fait découvrir l'ampleur de leur mission et des actions déployées. Merci pour leur sympathie et ces 3 mois qui resteront inoubliables.

Je remercie Jean-Luc pour sa relecture attentive et son soutien durant ces 2 années de formation.

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
APF : Association des Paralysés de France
AT-MP : Accident de Travail – Maladie Professionnelle
BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle
BOETH : Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
BTP : Bâtiments et Travaux Publics
CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles
CARSAT : Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP Championnet : Centre Pédagogique et Professionnel Championnet
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DOETH : Déclaration de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
ENIM : Établissement National des Invalides Maritimes
EPAAST : Etude Préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail
EPRP : Evaluation et Prévention des Risques Professionnels
FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
GRAFIC Bretagne : Groupement Régional pour l'Accompagnement à la Formation et l'Insertion Concertée
IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
PPS : Prestation Ponctuelle Spécifique
PRITH : Plan Régional pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés
RH : Ressources Humaines
RLH : Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap
RNV3P : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
RQTH : Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
RSI : Régime Social des Indépendants
SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMETH 29 : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés du Finistère
SIADV : Service Interrégional d'Appui aux Adultes Déficients Visuels
TH : Travailleur Handicapé
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UBO : Université de Bretagne Occidentale

UEROS : Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour personnes cérébro-lésées.

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URAPEDA : Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficients Auditifs

Liste des figures

Figure 1 : Les services pilotés par OHE PROMETHEE 29	5
Figure 2 : Entrée du service SAMETH 29	6
Figure 3 : Classification Internationale de Fonctionnement ou CIF, OMS	13
Figure 4 : Répartition des faits générateurs à l'ouverture de l'accompagnement en 2014, extraction du logiciel "parcours h"	16
Figure 5 : Situation géographique de la loge d'accueil au sein de l'université.....	28
Figure 6 : Zone bureau	29
Figure 7 : Zone affranchissement	30
Figure 8 : Zone de tri du courrier interne de l'UBO	30
Figure 9 : Remplacement d'une caisse remplie de plis par une caisse vide.....	32
Figure 10 : Chargement des caisses sur la servante par la vagemestre.....	33
Figure 11: Manutention des colis après départ du transporteur.....	34
Figure 12 : Pesée d'un colis	34
Figure 13 : Différentes postures contraignantes du rachis en station assise.....	35
Figure 15 : Tablettes coulissantes porte-caisses	37
Figure 14 : Desserte à réglage électrique.....	37
Figure 16 : Aménagement d'étagères de dépose et traitement des colis.....	37
Figure 17 : Chariot à réglage manuel servant aussi de table élévatrice.....	37
Figure 18 : Pupitre coulissant	37
Figure 19 : Configuration du bureau et contraintes lors de la station assise	45
Figure 20 : Siège Recaro pour véhicule.....	50
Figure 21: Poste de travail en bascule arrière.....	50

Liste des tableaux

Tableau 1 : Proportion des personnes handicapées par classe d'âge, Insee, enquête complémentaire à l'enquête emploi de 2011, traitement Dares [13]	14
Tableau 2 : La situation des travailleurs face au chômage et au statut d'actif, Darès [13]	15
Tableau 3 planning hebdomadaire des agents d'accueil au sein de la loge	30
Tableau 4 : Situation de départ, M. B.....	47
Tableau 5 : Situation en phase 2, M. B.....	48
Tableau 6 : Situation en phase 3, M. B.....	48
Tableau 7 : Situation en phase 4, M. B.....	49

Sommaire

Introduction	1
1 Le SAMETH 29 : son contexte législatif, son cadre, sa mission.....	1
1.1 Un contexte historiquement construit par les lois.....	2
1.2 Le SAMETH 29 : un cadre de soutien constitué par l'AGEFIPH, OHE PROMETHEE et le PRITH	4
1.2.1 L'AGEFIPH	4
1.2.2 OHE PROMETHEE.....	4
1.2.3 Le PRITH	6
1.3 Le SAMETH 29 : ses missions et son organisation propre	6
1.3.1 L'équipe du SAMETH 29	6
1.3.2 Son champ d'intervention.....	6
1.3.3 Les types d'intervention	7
1.3.4 Les objectifs attendus	7
2 Matériel et méthode.....	8
2.1 Choix du lieu de stage et positionnement.....	8
2.2 De l'analyse de la demande institutionnelle au choix de la problématique.....	9
2.2.1 La demande institutionnelle.....	9
2.2.2 Cadrage de la demande institutionnelle.....	9
2.2.3 Définition de la problématique	11
2.3 Préparation de la démarche.....	12
2.3.1 Choix de l'étude de cas pour présenter le travail d'expérimentation	12
2.3.2 Hypothèse de travail	12
2.3.3 Recherche documentaire.....	13
2.4 Les critères d'inclusion des 2 cas d'étude	16
2.5 Méthodologie et outils de recueil d'informations.....	17
2.5.1 La démarche ergonomique participative	17
2.5.2 L'accompagnement	24
3 Résultats et analyse.....	25
3.1 Cas d'étude n°1 : Mme A	25
3.1.1 Situation et analyse de la demande.....	25
3.1.2 La phase d'analyse.....	26
3.1.3 La recherche de solutions	35
3.1.4 La restitution des observations et la co-construction des solutions	38
3.2 Cas d'étude n°2 : M. B	39
3.2.1 Situation et analyse de la demande.....	39
3.2.2 La phase d'analyse.....	40

3.2.3	La recherche de solutions	46
4	Discussion.....	51
4.1	Le SAMETH 29 intervient pour les TH de 50 ans et plus, population fragilisée face au travail et à l'emploi et parmi lesquels le handicap peut provenir de phénomènes d'usure.	51
4.2	La démarche du SAMETH 29 favorise le maintien dans l'emploi de ces TH : parce qu'elle est adaptée à chaque problématique.....	51
4.3	Mais elle nécessite d'être complétée par d'autres actions pour permettre le maintien dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite	54
4.4	Validité et limites de l'étude.....	56
4.5	Commentaires personnels.....	57
4.5.1	Difficultés rencontrées.....	57
4.5.2	Sentiment d'après stage	57
	Conclusion.....	58
	Bibliographie	60
	ANNEXES	62

Introduction

En France, le contexte de crise économique a aggravé les tensions du marché de l'emploi et accentué l'intensification du travail. Face à ce constat, un enjeu majeur se dessine autour du maintien dans l'emploi de travailleurs doublement fragilisés : par une situation de handicap et un âge avancé. Le recul de l'âge légal de départ à la retraite¹ a pu, de surcroît, contribuer à cristalliser certaines difficultés pour ces travailleurs.

C'est à ce sujet, le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus, que je me suis intéressée au cours de ce stage de Master 2 « Evaluation et Prévention des Risques Professionnels ». Le terrain de stage était le lieu adéquat pour étudier cette thématique. J'ai en effet pu intégrer le SAMETH 29 ou Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés du Finistère. La mission du SAMETH 29 consiste à œuvrer pour le maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap. C'est dans ce cadre, et par l'expérimentation de la démarche du SAMETH 29, que j'ai cherché à définir comment celle-ci favorisait le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus, dans ce contexte de marché du travail en tension. De plus, j'ai choisi de cibler le handicap moteur.

Dans le cadre de ce stage, j'ai mis en œuvre la démarche du SAMETH 29 pour 2 travailleurs : l'un salarié d'une entreprise privée et l'autre agent de la fonction publique. Pour ce faire, j'ai pu analyser la situation de handicap au travail et sa construction dans le temps, grâce à des entretiens avec le travailleur lui-même, les acteurs concernés de l'entreprise, le médecin du travail, et grâce à l'étude de poste. La stratégie des actions à mener a ensuite été établie selon les besoins des 2 travailleurs au regard de la spécificité de leur situation de handicap respective. La démarche ergonomique participative de co-construction et l'accompagnement « sur mesure » étaient les méthodes utilisées.

Les résultats sont présentés à travers ces 2 études de cas. Il s'agissait alors pour moi d'analyser mes actions et de discuter ces résultats pour définir comment la démarche du SAMETH 29 favorisait le maintien dans l'emploi de ces travailleurs âgés de 50 ans et plus, au regard de leurs besoins liés à l'âge et repérés dans la littérature scientifique.

Afin de présenter ce travail, je commencerai par décrire le cadre institutionnel du SAMETH 29. Ceci permettra d'appréhender les modalités de l'accompagnement au maintien dans l'emploi des 2 travailleurs en situation de handicap. Puis, dans une deuxième partie, nous verrons pourquoi le sujet du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus a été choisi et comment s'est construite ma problématique. La définition du travailleur vieillissant sera alors présentée. Je décrirai ensuite la méthodologie employée que sont la préparation à la démarche et la recherche documentaire. Celle-ci me permettra de préciser le modèle conceptuel du handicap, de poser le cadre législatif du maintien dans l'emploi des salariés et de caractériser le profil de cette population. Puis seront exposés la démarche ergonomique participative de co-construction et les principes généraux d'un accompagnement. Les résultats et analyses seront déclinés pour chacune des 2 situations. Enfin, dans la dernière partie, les résultats seront discutés et nous répondrons à la problématique posée.

1 Le SAMETH 29 : son contexte législatif, son cadre, sa mission

L'arrivée des SAMETH, tout comme leur évolution sur la scène du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, s'inscrit dans une politique d'insertion développée par l'Etat. Le traitement social du handicap en France, et particulièrement pour le champ de l'insertion professionnelle, se reflète dans l'évolution des lois, véritables marqueurs historiques. Je choisis donc cet angle d'approche, l'histoire des lois entourant le champ de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, afin de

¹ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010

permettre au lecteur de mieux cerner le rôle du service au sein duquel j'ai effectué mon stage, le SAMETH 29.

1.1 Un contexte historiquement construit par les lois

L'origine des lois relevant du handicap est intimement liée à celle des accidents du travail et des maladies professionnelles. La réparation/prévention des risques professionnels et la situation de handicap au travail, même s'ils sont abordés de manière distincte aujourd'hui en France par les cadres institutionnels qui les régissent, relèvent toujours, dans certaines situations, d'une problématique croisée. C'est en effet grâce aux actions des mutilés de la première guerre mondiale visant à faire valoir leur droit à la reconnaissance de la Nation, que les victimes des accidents du travail ont pu faire avancer leur cause et leur droit à la réparation [1].

S'agissant du handicap, la 1^{ère} loi décisive est celle du 17 avril 1916, par laquelle naît la volonté d'insertion des « infirmes », victimes de la grande guerre. S'ensuivront d'autres textes légiférant sur l'insertion professionnelle mais c'est surtout dans la 2^{ème} moitié du XX^{ème} siècle qu'une « *politique globale du handicap est amorcée*² ». En 1957, vient la loi « Gazier » par laquelle est apparue l'expression de « travailleur handicapé » [2]. S'enchaîneront ensuite les lois de 1975, 1987 et 2005, lesquelles méritent d'être exposées pour présenter le contexte global dans lequel exerce le SAMETH 29 aujourd'hui.

Le contexte économique de la fin des 30 glorieuses accentue les inégalités sociales et la fragilisation des populations handicapées devient alors particulièrement visible³. La volonté d'opérer une meilleure intégration se repère à la lecture de la loi du 30 juin 1975 ou « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ». Cette loi crée la COTOREP⁴ qui, d'après une expertise médicale se basant sur un barème, définit un taux d'incapacité. La cotation permet d'aboutir ou non à l'ouverture de droit en termes d'allocation (l'AAH⁵, revenu de substitution au travail). Ce sont les COTOREP qui attribuent la RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé). Cette reconnaissance administrative leur permet de statuer sur l'orientation professionnelle, qu'elle vise le milieu protégé, le milieu ordinaire de travail, sujet qui nous intéresse exclusivement ici, voire, l'inaptitude totale au travail. Par cette loi de 1975, le législateur a volontairement souhaité ne donner aucune définition au terme de handicap, préférant laisser le soin aux COTOREP de statuer au « cas par cas ». Cette décision est alors motivée par la caractéristique « *mouvante et relative* » du handicap⁶ : la singularité de la problématique de chaque personne handicapée est alors repérée.

Dès la fin des années 70, l'OMS⁷ guide les politiques internationales en développant des modèles de compréhension du handicap, « *visant l'harmonisation des concepts et définitions (...) partagés par tous les pays* »⁸. L'état s'en emparera progressivement pour développer l'insertion.

C'est alors que l'obligation d'emploi des TH ou Travailleurs Handicapés est remaniée par la loi du 10 juillet 1987. Effectivement, elle oblige un quota d'embauche de 6% de travailleurs handicapés (reconnus par la COTOREP) à toutes les entreprises privées de 20 salariés et plus, avec quelques exceptions que nous aborderons plus tard. Il ne s'agit plus d'instituer une obligation de moyen, en vigueur depuis l'après-guerre 14-18, mais de résultat d'embauche. Pour l'aider à renforcer la discrimination positive et mettre en œuvre sa politique d'insertion des TH, l'Etat consacre un nouvel acteur : il s'agit de l'association AGEFIPH⁹, aujourd'hui financeur exclusif des SAMETH.

² Ville I., Fillion E., Ravaut J-F., *Introduction à la sociologie du handicap, histoire, politiques et expérience*, Louvain, De Boeck, 2014, p. 64

³ Ibid, p.70

⁴ Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

⁵ Allocation Adulte Handicapé

⁶ Op cit, p.65

⁷ Organisation Mondiale de la Santé

⁸ Op cit p.16

⁹ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

Par la suite, la circulaire du ministère de l'Emploi et de la solidarité de mars 2002¹⁰ renforce la prévention des licenciements. Elle incite à une prise en charge plus précoce de toute personne menacée d'inaptitude.

Enfin, la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », peut être considérée comme une révolution, demandant de modifier jusqu'à 15 Codes, dont le Code de la santé publique, le Code de la sécurité sociale, le Code du travail... En effet, un changement de regard sur le handicap se confirme, sous l'influence d'une double dynamique : celle de l'Europe reprenant les orientations de l'ONU¹¹ et de l'OMS, et celle des associations représentant les personnes handicapées en France¹². C'est alors que le principe de la non-discrimination est mis en avant, s'ajoutant à celui plus historique de « solidarité nationale » jusqu'alors en vigueur. Par cette loi, l'Etat se décide à définir le handicap : « *constitue un handicap (...), toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable et définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*¹³ ». L'accessibilité devient un objectif majeur et une nouvelle notion émerge, même si celle-ci n'est que partiellement reprise par la loi : la situation de handicap¹⁴. Il ne s'agit plus de considérer le handicap comme la caractéristique d'une catégorie de personnes mais plutôt comme une interface entre l'homme ayant un problème de santé et son environnement. De sorte que toute personne peut être confrontée, au cours de sa vie par une situation de handicap. Un changement de paradigme est ainsi opéré.

Grâce à la loi 2005, les MDPH¹⁵ sont créées dans le but d'instaurer, sous la tutelle de chaque département, un guichet unique dédié au handicap. Les CDAPH¹⁶ y remplacent les COTOREP ; l'éventail des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des TH entrant dans le quota des 6% ou BOETH s'élargit. Ils peuvent appartenir à une ou plusieurs des catégories suivantes :

- ✓ Les travailleurs ayant la RQTH (Celle-ci est accordée pour une durée déterminée : 2, 5 ou 10 ans. Le bénéficiaire doit en renouveler la demande à échéance.)
- ✓ Les victimes d'AT-MP¹⁷ ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d'une rente attribuée au titre de tout régime de protection sociale obligatoire.
- ✓ Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre de tout régime de protection sociale obligatoire, à condition que l'état d'invalidité ait réduit des 2/3 leur capacité de travail ou de gain.
- ✓ Les titulaires d'une carte d'invalidité.
- ✓ Les titulaires d'une AAH
- ✓ Les anciens militaires ou assimilés : veuves et orphelins de guerre...
- ✓ Les sapeurs-pompiers volontaires victimes d'AT ou de maladies imputables au service.

On peut noter déjà que les BOETH ne sont pas tous des travailleurs handicapés, au regard de la définition donnée par le code du travail (les veuves de guerre ne le sont pas par exemple, mais l'origine

¹⁰ Circulaire DGEFP-DRT-DSS n° 2002-15 du 21 mars 2002 relative au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapé : ... « *L'enjeu en est majeur : on peut en effet estimer que 700 000 salariés font l'objet chaque année d'un avis d'aptitude avec réserves ou d'un avis d'inaptitude définitive, soit 5 % de la population au travail. Environ 20 000 personnes par an perdent leur emploi du fait des conséquences directes d'un problème de santé dans leur travail. Les dispositions relatives au reclassement professionnel ne suffisent donc pas à prévenir efficacement la désinsertion professionnelle...* » <http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/20042002/A0070022.htm>

¹¹ Organisation des Nations Unies

¹² Op. cit p.78-79

¹³ Art. L114, Code de l'action sociale et des familles. Cette loi impacte de nombreux codes dont celui de la sécurité sociale, le code du travail...

¹⁴ Op. cit p.77 : est mis en exergue « *le rôle de de l'environnement et surtout le caractère relatif, dépendant de la situation, du handicap. (...) La situation de handicap renvoie moins à l'idée générale d'environnement, qu'à l'environnement spécifique et situé de la personne singulière ; les facteurs individuels deviennent essentiels dans l'appréhension de la situation de handicap* ». La situation de handicap réclame donc d'être appréhendée au cas par cas.

¹⁵ Maison Départementale des Personnes Handicapées

¹⁶ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

¹⁷ Accident de Travail-Maladie Professionnelle

en est historique et le résultat des actions des victimes de la guerre 14-18 pour faire valoir leur droit à la reconnaissance de la Nation ; cf chapitre 1.1).

L'article 70 de la loi 2005 a donc modifié le code du travail qui reconnaît la qualité de travailleur handicapé à « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique¹⁸ ».

Toujours par la loi 2005, l'AGEFIPH est conforté dans son rôle. S'agissant des employeurs, les conditions d'exonération à leur quota d'embauche se durcissent afin d'améliorer les résultats en terme d'insertion, qu'elle vise l'embauche des TH ou leur maintien dans l'emploi. La mise en place de pénalités financières majorées en cas de non-respect de leurs obligations d'emploi œuvre dès lors en ce sens. Elle introduit aussi la notion de « droit à la compensation des conséquences du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie ». La non-discrimination devient un principe fort, même pour le domaine professionnel : l'accès à l'emploi, le maintien et l'évolution de carrière. A ce titre, elle évoque l'« aménagement raisonnable » : chaque entreprise doit mettre en œuvre « des mesures appropriées » pour maintenir dans l'emploi ou recruter un TH, « sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée¹⁹ ». Enfin, les 3 fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière rallient le système de la discrimination positive et de la DOETH²⁰ : elles sont assujetties aux 6%, comme le secteur privé. Le FIPHP²¹ est ainsi créé, sur la même base que l'AGEFIPH. Une convention est signée entre les 2 fonds.

1.2 Le SAMETH 29 : un cadre de soutien constitué par l'AGEFIPH, OHE PROMETHEE et le PRITH

1.2.1 L'AGEFIPH

L'association AGEFIPH assume donc une mission de service public : collecter le « fonds », sur le territoire national, auprès des entreprises assujetties à l'obligation d'emploi mais n'atteignant pas le quota des 6%. Une contribution financière, constituant ce fonds, lui est versée. Celle-ci est gérée par l'AGEFIPH elle-même, dans le but de faciliter et d'accroître l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés reconnus administrativement²² dans tout type d'entreprise, pas uniquement celles assujetties à la DOETH. Elle doit, pour ce faire, agir en amont de l'emploi (la formation, l'orientation), au niveau de l'insertion elle-même, et de l'aval avec, parmi les nombreuses actions déployées, l'octroi à l'employeur de prime à l'insertion, l'aménagement des conditions concrètes de travail dans un objectif de maintien dans l'emploi [1]. 2 axes sont ainsi développés par l'AGEFIPH ; Il s'agit de :

- ❖ S'entourer et financer des acteurs de terrain, comme le SAMETH, pour mettre en œuvre cette mission.
- ❖ Financer des mesures opérantes pour les bénéficiaires que sont les travailleurs et les employeurs ; corrélés ces mesures financées aux mesures de droits commun (annexe 1).

L'AGEFIPH s'appuie sur ses délégations régionales pour ce faire : la délégation bretonne étant située à Rennes.

1.2.2 OHE PROMETHEE

Sur le terrain, le SAMETH 29 est porté, tout comme d'autres services destinés à l'insertion des TH, par l'association OHE PROMETHEE Finistère. Cette dernière a été créée en 1992 à l'initiative de l'Union patronale interprofessionnelle du Finistère et du collectif des associations de personnes handicapées.

¹⁸ Article L5213-1 du code du travail

¹⁹ « Cette notion n'est pas définie par le code du travail et la jurisprudence interne n'apporte à ce jour, guère d'éclaircissements à ce sujet (...). Différents critères d'appréciation doivent être pris en considération comme le coût, les moyens humains et financiers, les risques sur la santé et la sécurité du TH et de l'ensemble des salariés de l'entreprise... » <http://www.defenseurdesdroits.fr/connaite-son-action/la-promotion-de-legalite/quest-rep-dpde/amenagements-raisonnables/q1-3-9>

²⁰ Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés

²¹ Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans le Fonction Publique

²² Les BOETH, que je nommerai TH pour faciliter la lecture.

Elle a pour objectif de promouvoir et favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap, en développant des actions à l'endroit des TH mais aussi des entreprises : « *accueillir, orienter, conseiller, former, accompagner, placer les TH reconnus par la MDPH et favoriser toute autre action permettant l'intégration professionnelle de la personne handicapée, concourant ainsi à son insertion dans la société* »²³.

Son conseil d'administration est composé de 4 collèges : syndicat employeurs, syndicats salariés, collectif des associations de personnes handicapées, et personnes qualifiées²⁴. Il semble important de noter, qu'avant l'arrivée de l'AGEFIPH, l'association possédait déjà l'expertise de l'insertion, puisqu'elle organisait les services de placement et de reclassement sur financement de l'Etat. Lors de l'émergence du nouveau financeur, les services de placement ont été restructurés à l'échelle nationale, dans un souci d'uniformisation. L'AGEFIPH a souhaité les nommer les « CAP EMPLOI ». Ils ont été contractualisés sur audit. Dès lors, l'AGEFIPH a commencé à instiller un cadre fort pour optimiser l'intervention de ses acteurs de terrain, comme nous allons le voir ci-dessous.

D'abord exclusivement orientée vers l'accompagnement des TH demandeurs d'emploi, l'offre de service « maintien » s'est progressivement développée au sein d'OHE PROMETHEE 29, par le fait d'une demande croissante du public.

C'est en 2008 que le service, devenant « SAMETH » est officiellement identifié, l'AGEFIPH souhaitant à nouveau uniformiser un cadre d'intervention, mais cette fois-ci des services « maintien », sur l'ensemble du territoire : les SAMETH présents sur chaque département, deviennent ses interlocuteurs experts du maintien dans l'emploi, contractualisés par l'AGEFIPH. L'enjeu du maintien dans l'emploi n'est donc devenu visible que dans un second temps. La notion d'insertion revêtait davantage, comme l'a montré la construction historique, des objectifs forts d'accès à l'emploi ou de reclassement externe à l'entreprise d'origine. Ce sont donc 2 missions que doivent mener à présent l'AGEFIPH et ses acteurs en faveur des travailleurs handicapés administrativement reconnus : l'insertion et la lutte contre la désinsertion professionnelle. L'association nationale expose cette nouvelle problématique à laquelle elle est confrontée: « *le nombre d'avis d'inaptitude est passé de 70 000 à 150 000, en 10 ans, en France ; 55 000 personnes s'inscrivent chaque année à l'ANPE²⁵ pour cause d'inaptitude dont 48 000 sont placées par les CAP EMPLOI...* » [3]. Dans cet article de 2007, l'AGEFIPH évoque la nécessité, pour elle, de développer sa politique de maintien dans l'emploi, au même titre que celle de placement.

OHE PROMETHEE 29 est financée par l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle emploi. Elle pilote l'ensemble des services abrités en son sein, dont le SAMETH 29. Ils sont présentés dans ce schéma:



Figure 1 : Les services pilotés par OHE PROMETHEE 29

²³ Charte du projet associatif Ohé-Prométhée Finistère réaffirmé en 2003

²⁴ <http://emploihandicapfinistere.fr/fr/1-association.html>

²⁵ Agence Nationale Pour l'Emploi

1.2.3 Le PRITH²⁶

La délégation de pouvoir de l'Etat à l'AGEFIPH pour favoriser l'insertion et le maintien, ne signifie pas qu'il se soit retiré des débats. En effet, grâce au PRITH, fruit d'une coordination régionale transversale impliquant la DIRECCTE²⁷ et donc le ministère du travail, l'Etat va pouvoir orienter la politique en matière d'orientation, de formation, du travail et de l'emploi des TH, sur la scène régionale. A cette fin, le PRITH Bretagne énonce sa mission dans son bilan 2013:

- « établir un diagnostic des besoins du territoire,
- mettre en œuvre des actions complémentaires à celles des institutions(...) pour répondre aux besoins émergents,
- faciliter la construction de projets collectifs portés par les acteurs,
- établir des bilans annuels pour rendre compte de la situation actuelle dans le champ du handicap et de son évolution. » [4]

En définitive, le SAMETH 29 bénéficie donc d'un cadre de soutien politique, financier et managérial constitué par le PRITH, l'AGEFIPH et OHE PROMETHEE.

1.3 Le SAMETH 29 : ses missions et son organisation propre

1.3.1 L'équipe du SAMETH 29

L'équipe SAMETH 29 est composée d'une responsable et conseillère, de 3 conseillères et 2 assistantes. Le service est basé à Ohé Prométhée de Brest et son champ couvre l'ensemble du département. Les actions d'appui au maintien sont sectorisées sur le même schéma que celui des services de santé au travail interprofessionnels. Chaque conseillère se voit attribuer un secteur du département. Cette organisation favorise un repérage aisé de l'interlocutrice SAMETH par les bénéficiaires et le médecin du travail, et a pour but de mieux construire les relations professionnelles avec ces derniers. De plus, par cette sectorisation et l'expérience qu'elles forgent, les conseillères acquièrent une connaissance des entreprises et des acteurs œuvrant pour le maintien dans l'emploi.



Figure 2 : Entrée du service SAMETH 29

1.3.2 Son champ d'intervention

Le champ d'intervention du SAMETH 29 est en évolution. A la disposition, au départ, du secteur privé interprofessionnel hors MSA²⁸, métallurgie et bâtiment, il accompagne officiellement aujourd'hui les agents relevant des 3 fonctions publiques, effet direct de la loi 2005 et du conventionnement AGEFIPH-FIPHFP. Les interventions pour les travailleurs indépendants étaient rares, dès ses débuts, mais effectives. Le RSI²⁹ a véritablement officialisé le mandat du SAMETH pour ses affiliés en 2009. Depuis 2009, les TH affiliés à la métallurgie et à la Pro BTP³⁰ ont intégré eux aussi la population bénéficiaire du service. Puis, 2012 est l'année correspondant à l'entrée de certains affiliés MSA (hors exploitants agricoles) dans le dispositif. Ce champ s'est de nouveau accru cette année puisque le SAMETH est devenu l'interlocuteur pour le maintien dans l'emploi de tout le secteur agricole. Par maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap, le SAMETH, sur décision de l'AGEFIPH, doit entendre le maintien sur le poste de travail ou le reclassement dans l'entreprise ou le « groupe ». Cette définition diffère de celle du PRITH, qui considère aussi par ces termes, le reclassement externe à l'entreprise.

²⁶ Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

²⁷ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

²⁸ Mutualité Sociale Agricole

²⁹ Régime Social des Indépendants

³⁰ protection sociale, prévoyance et assurance du BTP

La situation de handicap au travail nécessitant l'intervention du service SAMETH 29 peut avoir plusieurs origines: un problème de santé résultant d'un accident ou d'une maladie, une aggravation d'un handicap ou une évolution de l'environnement de travail, laquelle, couplée à un problème de santé, menace l'aptitude au poste. Tous les problèmes de santé générant une situation de handicap au titre de la loi 2005 sont concernés. Il est d'ailleurs important de préciser déjà que l'adhésion du médecin du travail à l'accompagnement SAMETH est un impératif (tout comme celles du travailleur et de l'employeur). C'est en effet le médecin du travail qui possède l'expertise de la menace de l'inaptitude, mesure sur laquelle il est seul à pouvoir statuer. Appartenir à au moins une des catégories des BOETH au titre de la loi 2005 est un autre impératif. A des fins d'intervention rapide pour limiter le risque de désinsertion, l'accompagnement SAMETH peut être déclenché si la demande RQTH est en cours. De plus, le SAMETH n'intervient pas pour les bénéficiaires non confrontés à un problème de santé (veuves de guerre etc...).

1.3.3 Les types d'intervention

L'intervention du SAMETH est gratuite pour ses bénéficiaires. Les services proposés sont les suivants :

- ✓ Service d'information/conseil, qui consiste à offrir à toute personne ou organisme les premières informations pour la mise en œuvre d'une démarche de maintien dans l'emploi : cadre juridique, aides mobilisables, dispositifs d'intervention, dispositifs de formation, possibilités de cofinancement des mesures à mettre en place (mesures AGEFIPH, mesures de droit commun...)
- ✓ Service de « facilitation » qui intervient pour finaliser le projet et mobiliser des dispositifs et aides nécessaires (techniques, administratives et financières) à la mise en œuvre de solution de maintien déjà identifiée dans l'entreprise et acceptée.
- ✓ Service d'ingénierie qui assure, en lien avec le médecin du travail, la conception de projet, sa conduite et sa coordination. Les aménagements des situations de travail peuvent être : organisationnels, techniques, humains.

1.3.4 Les objectifs attendus

Afin d'être contractualisée par l'AGEFIPH, le SAMETH 29 doit répondre à un appel d'offre réitéré tous les 4 ans. Le contrat n'est donc pas pérenne. L'équipe du SAMETH doit objectiver ses résultats et argumenter les moyens qu'elle met en œuvre, autrement dit sa démarche, pour obtenir le contrat.

Pour l'année 2015, voici les objectifs fixés par l'AGEFIPH au SAMETH 29 :

- ✓ 85 facilitations réussies³¹ ;
- ✓ 142 ingénieries réussies.

Pour ce faire, l'AGEFIPH alloue un budget de fonctionnement : 2/3 de celui-ci est attribué de manière forfaitaire pour l'année. Il s'agit du « forfait activité ». D'autre part, une autre enveloppe (1/3 du budget) est donnée en 2 temps en fonction des chiffres de maintiens réussis.

Pour l'année 2014, 495 personnes ont été accompagnées par le SAMETH 29. Parmi celles-ci, 279³² ont vu leur dossier ouvert et clôturé dans l'année, suite à un déclenchement d'intervention. Les autres dossiers, ouverts l'année précédente sont considérés en cours. Parmi ces dossiers ouverts en 2014,

- ✓ 211 sont annoncés « réussis³³ »,

³¹ Par « réussi » il faut entendre que la solution maintien est déclarée satisfaisante pour l'ensemble des acteurs que sont le salarié/agent, le médecin du travail et l'employeur.

³² Exploitation base de données « parcours H » du service SAMETH 29.

³³ Ces chiffres de maintiens réussis ne sont pas comparables d'un département à l'autre, l'entrée dans le dispositif SAMETH et la valorisation des résultats ne se basant pas exactement sur les mêmes critères. Il n'existe pas de critère qualitatif me permettant de décrire plus précisément le terme de « réussi » pour analyser ces chiffres. Il n'existe pas non plus d'indicateurs permettant de connaître le devenir à moyen ou long terme de tous les TH suivis par les SAMETH 29. Par exemple, un avis d'inaptitude peut être décidé, ou encore une démission, un licenciement... dans les suites de la clôture du dossier sans que le SAMETH29 n'en soit informé.

- ✓ 23 sont annoncés « clos sur la période pour absence de solution « maintien » chez l'employeur »,
- ✓ 45 sont « clos sur la période pour une cause exogène ». Plusieurs raisons peuvent en être à l'origine : la situation s'est résolue en interne sans l'intervention du SAMETH, la solution s'est orientée vers une pension d'invalidité de 2ème catégorie, le dossier a dû être clôturé parfois provisoirement du fait d'une situation médicale non stabilisée... etc).

Ainsi, c'est dans un contexte politique d'abord orienté vers l'insertion, puis, en sus, vers le maintien dans l'emploi, que le SAMETH 29 s'est vu confier officiellement sa mission. Le SAMETH a été le témoin d'un changement de paradigme fort concernant le handicap, celui-ci ne caractérisant plus une catégorie de personnes mais une situation à laquelle est susceptible de faire face tout type de travailleur au cours de sa vie, peu importe l'âge, (salarié, agent, indépendant, chef d'entreprise). Le SAMETH 29 doit honorer pour cela le contrat qui le lie à l'AGEFIPH, en termes de résultats mais aussi par sa démarche.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix du lieu de stage et positionnement

En termes de prévention des risques professionnels, le médecin du travail est le pivot central des actions à mener : « *Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :*

- ✓ *L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;*
- ✓ *L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ;*
- ✓ *La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle³⁴ ... »*

Pour ce faire, il peut s'entourer d'un IPRP qui « *participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail.* »³⁵

Etre IPRP nécessite de s'intéresser à tous les niveaux de prévention des risques auxquels sont confrontés les travailleurs. Ces niveaux de prévention se déclinent selon une graduation proposée par la Santé Publique. Il s'agit de :

- ✓ la prévention primaire, qui aide à réduire et à éliminer les risques professionnels avant l'apparition de leurs éventuelles conséquences néfastes sur la santé ;
- ✓ la prévention secondaire consistant à diminuer la prévalence d'une maladie, dans une population, en relation avec le travail ;
- ✓ la prévention tertiaire, visant à limiter les conséquences des maladies professionnelles installées, à prévenir les rechutes, à favoriser le maintien dans l'emploi et la réinsertion des salariés.

Nous remarquons donc que les 2 problématiques que sont la prévention des risques professionnels et la prévention de la désinsertion professionnelle sont étroitement liées.

De plus, comme nous l'avons vu au cours du premier chapitre, la lutte contre la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi sont des sujets également partagés par les professionnels du SAMETH, ceux-ci intervenant spécifiquement pour une population reconnue BOETH, avec quelques exceptions que nous aborderons plus tard.

³⁴ Article R4623-1 du code du travail

³⁵ Art. R. 4623-27.

En tant que future IPRP devant œuvrer pour la prévention de l'ensemble des risques professionnels, c'est à la problématique de maintien dans l'emploi et de lutte contre la désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés que j'ai souhaité m'intéresser. Mon choix concernant le terrain de stage s'est alors orienté vers le SAMETH 29. Or, développer la démarche en faveur du maintien dans l'emploi demandait d'emblée de considérer son cadre de référence. Il était à mon sens évident qu'un accompagnement au maintien dans l'emploi était quelque peu différent selon le cadre institutionnel le régissant sur le terrain : SAMETH, service de santé au travail, prestataire externe à l'entreprise, professionnel interne à l'entreprise... Le cadre conditionne en effet le temps d'intervention, les moyens mis en œuvre, les acteurs fédérés autour du projet, les actions... De fait, il s'agissait pour moi, en amont du stage, et tout au long de son déroulement, de m'intéresser à ce cadre, fut-ce par l'apport de ses fondations historiques, l'évolution de la législation basant son intervention, le contrat liant le SAMETH29 à ses financeurs, ses moyens et objectifs...

2.2 De l'analyse de la demande institutionnelle au choix de la problématique

2.2.1 La demande institutionnelle

Le sujet du stage s'est naturellement dégagé d'un thème d'actualité au sein du SAMETH 29 : le maintien dans l'emploi des TH vieillissants. En effet, la mission d'appui au maintien dans l'emploi, par le SAMETH, des travailleurs rencontrant une situation de handicap au travail du fait de l'âge est actuellement questionnée par l'AGEFIPH, au sein duquel semble émerger un débat. L'AGEFIPH distingue donc 2 situations : l'aggravation du fait de l'âge d'un handicap déjà reconnu et le handicap survenant en fin de carrière professionnelle du fait du vieillissement. Ceci fut évoqué au cours d'une réunion de travail entre la délégation bretonne de l'AGEFIPH et ses partenaires d'OHE PROMETHEE Finistère. Ce questionnement interne à l'AGEFIPH interpelle le SAMETH 29 et ce, au regard de plusieurs données :

- ✓ la loi 2005 sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » et son principe éthique de la non-discrimination, qu'il soit fondé sur le type de handicap, le sexe, l'âge... et auquel adhère pleinement le SAMETH 29 ;
- ✓ les valeurs historiques de solidarité que revendique l'AGEFIPH.

Dans ce contexte, il paraît étonnant qu'une remise en cause du rôle du SAMETH pour une catégorie de TH du fait de l'âge soit exposée...

2.2.2 Cadrage de la demande institutionnelle

C'est Alain Blanc, sociologue du handicap, qui m'a permis de comprendre cette question du fait d'une position nouvellement critique de l'AGEFIPH [5]. Dans cet article en effet, il précise que l'association pourrait être fragilisée du fait d'un nouveau contexte. A ce jour, plusieurs éléments convergeraient en ce sens :

- ✓ la difficulté pour les employeurs assujettis à l'OETH de recruter des TH dont la qualification ne répond pas aux exigences des postes à pourvoir. De plus, la conjoncture économique implique une intensification du travail, de sorte que « *les TH sont structurellement éloignés de l'emploi et que, d'autre part, ils ne répondent que marginalement aux contraintes de la division et de l'organisation du travail*³⁶ ». De ce fait, les employeurs, ayant des difficultés à recruter, doivent trouver une nouvelle stratégie pour répondre à leur obligation d'emploi de 6%, ce que l'item suivant tente de montrer.

³⁶ Blanc Alain, « L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en France : principes et réalités, » Pratiques psychologiques 16 (2010), p.16

- ✓ Cette nouvelle stratégie des entreprises semble, selon l'auteur, vouloir tendre vers la valorisation du nombre de leurs travailleurs en proie à des problèmes de santé, nécessitant des mesures de maintien, à condition que ceux-ci acceptent l'étiquette, ou le statut protecteur de la RQTH. Ainsi, pourront-elles bénéficier d'un taux approchant les 6%. C'est ce que montrera l'une des situations concrètes de maintien dans l'emploi que j'ai pu accompagner au cours de ce stage. Mais alors, « *Les travailleurs devenus handicapés, du fait des contraintes de la division du travail et de l'âge qui constitueront le quota [...]* » empêchent « *ainsi les travailleurs non occupés de bénéficier d'une procédure qui leur était pourtant réservée*³⁷ ».

Ce phénomène ira certainement en s'amplifiant. En effet, au regard de la démographie vieillissante et de la crise économique se développe une « politique européenne d'activation ». Elle invite ses états membres à insérer ou maintenir une population fragilisée face à l'emploi, pour optimiser leur participation à l'effort de production. Les travailleurs handicapés et les seniors sont concernés par cette politique. Pour ces derniers, le recul de l'âge de la retraite en est une des conséquences. Dominique Velche l'aborde ainsi : « *Pour revenir sur ces retraites ou pensions anticipées il faudra proposer fermement, sinon imposer, de travailler, fut-ce à temps partiel, à ceux qui étaient jusque-là dispensés, et trouver les solutions d'adaptation et d'aménagement dans l'environnement physique, mais aussi culturel, indispensables pour surmonter les déficiences fonctionnelles, les restrictions d'activité et les obstacles à la participation*³⁸ » [6]. La banalisation du handicap est un aspect positif de la politique d'activation, mais elle a aussi pour effet d'accroître la durée d'exposition aux conditions de travail délétères pour certains des travailleurs. Alors, une tendance à l'accroissement des pathologies d'usure pourrait amener cette population active vieillissante à demander la RQTH pour accéder à des mesures facilitant leur maintien dans l'emploi.

- ✓ Une augmentation du nombre de maintiens dans l'emploi accompagnés par l'AGEFIPH. Si le nombre de maintiens devient exponentiel, il conviendrait que le montant des contributions le soit aussi. Or dans son rapport d'activité de 2012 et 2013, l'AGEFIPH fait le constat d'une baisse continue des contributions nécessaires à la mise en œuvre de l'insertion depuis 2007. Dans son rapport de 2013, l'AGEFIPH le relate ainsi : « *en 2013, 441,5 millions d'euros ont été collectés par l'Agefiph, soit 7 % de moins qu'en 2012. Si les facteurs économiques sont là aussi un élément explicatif (fermeture ou regroupement d'établissements, passage en dessous du seuil de 20 salariés ou baisse des effectifs salariés), de nombreux signes positifs traduisent l'engagement des entreprises à travers l'emploi direct de travailleurs handicapés ou le recours à la sous-traitance*³⁹ [7]... »

Ainsi, selon Alain Blanc, « *si ce mouvement devait s'amplifier, il aurait une redoutable conséquence préjudiciable à l'ensemble de l'approche française de l'insertion professionnelle destinée aux travailleurs handicapés. En effet, à supposer que dans l'avenir, notamment du fait de l'allongement de la durée d'activité où usure et âge devraient interagir de façon accrue, les mains d'œuvre connaissent une inefficience croissante, elles pourraient alors constituer la totalité du quota d'emploi (par les mesures de maintien), dont l'employeur est redevable. Ce faisant, l'AGEFIPH, qui ne vit que des contributions versées par des employeurs n'atteignant pas les 6% fatidiques, disparaîtrait et avec elle l'une des traditions françaises, la discrimination positive, laquelle n'aurait pu imposer le droit solidaire (d'insertion ou d'embauche) à des acteurs privés conscients de devoir protéger leurs propres mains d'œuvre*⁴⁰ ». La loi de 1987 visant l'insertion serait ainsi « *vidée de son sens*⁴¹ ».

Il est donc aisé de comprendre le questionnement de l'AGEFIPH sur son rôle dans le maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants devenus handicapés et donc accédant à ses dispositifs de terrain, comme le SAMETH 29...

³⁷ Ibid p. 18

³⁸ Dominique Velche, sous la direction d'Alain Blanc, Les travailleurs handicapés vieillissants, Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2008, p.159-160

³⁹ «L'AGEFIPH en 2013, rapport d'activité», p.3

⁴⁰ Op. cit p.18

⁴¹ Op. cit p. 18

2.2.3 Définition de la problématique

Comment ce sujet soulevé par l'équipe du SAMETH 29 peut-il entrer dans mon champ de compétence ? A quelle problématique en rapport avec le sujet du maintien dans l'emploi des TH vieillissants, puis-je tenter de répondre ? La reformulation de la demande dans le cadre du stage de master 2 EPRP s'est rapidement imposée : le master EPRP étant un master professionnel et non un master recherche, je ne pouvais aborder la question que par l'expérimentation de la démarche d'appui au maintien dans l'emploi sur le terrain.

Il s'agissait donc pour moi de me saisir de la question du maintien dans l'emploi des TH vieillissants, pour mettre en œuvre la démarche « SAMETH », d'en étudier les étapes et mes actions déployées au sein du cadre institutionnel pour y parvenir. J'avais ainsi le projet d'acquérir une expérience dans le domaine du maintien dans l'emploi grâce à mes formateurs et d'analyser mes actions déployées dans des accompagnements concrets au maintien dans l'emploi pour tenter de répondre à la question : comment le SAMETH 29 favorise-t-il le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés vieillissants ?

Il m'est donc apparu que la demande institutionnelle pouvait entrer dans le cadre de mon étude, à condition d'en définir les contours. Mais une autre étape devait s'opérer au préalable : définir ce qu'est un travailleur vieillissant.

D'après certains auteurs de disciplines de sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, ergonomie), il est possible de distinguer 3 dimensions dans la relation entre le travail et le vieillissement [8], [9] :

1. **Le vieillissement “produit” de la situation de travail** « *qui peut se révéler à plus ou moins longue échéance et renvoie aux effets positifs ou néfastes du travail (et des évolutions du travail) sur la manière dont l'organisme humain, les ressources physiologiques et cognitives, changent avec l'âge*⁴² ». Par effets positifs il faut entendre le gain de compétence.
2. **Le vieillissement “en miroir”**, notion apportée par Catherine Teiger, ergonome et chargée de recherches CNRS, « *qui traduit l'idée que des exigences du travail peuvent révéler des déclinés liés à l'avancée en âge, notamment quand des contraintes de travail sévères portent sur des fonctions ostéo-articulaires, musculaires, ou de régulation (veille-sommeil, posture)*⁴³ ». Ceci peut aboutir à des mécanismes sélectifs (réaffectation, exclusion), parce qu'en changeant au fil de l'âge, on devient plus ou moins capable de faire face à telle situation de travail. Ceci dépend des variations/inerties dans les conditions et organisations du travail.
3. **Le vieillissement “dans le travail”**, « *qui renvoie aux adaptations des façons de travailler développées par les travailleurs dans l'accomplissement de leurs tâches*⁴⁴ ». Ici le vieillissement, s'il n'est pas le produit du travail réclame au travailleur de trouver des stratégies d'adaptation pour l'accomplir. Le coût physique, mental, psychique de ces stratégies, est fortement conditionné par l'évolution du milieu de travail. [10]

La relation entre le vieillissement et le travail peut donc se caractériser positivement ou négativement, selon un mouvement de construction ou de déclin.

D'après une revue de la littérature scientifique effectuée Par D. Berthelette, il n'existe pas de consensus sur la définition du travailleur vieillissant [11]. Les termes de travailleurs âgés, seniors ou vieillissants sont utilisés mais le plus souvent, « *...les chercheurs classent les individus dont l'âge dépasse un certain seuil dans la catégorie des seniors, la limite la plus fréquente étant de 50 ans. Toutefois, les seuils*

⁴² Molinié A. F., Gaudart C. et Pueyo V., La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail, Toulouse: éditions Octarès, collection « Travail et activité humaine », mars 2012, p.7

⁴³ Ibid, p.7

⁴⁴ Caron I., Caser F., Delgoulet C., Effantin E., Jolivet A., Théry I., Volkoff S., Les conditions de travail dans les accords et plans d'action "seniors", étude pour le COCT, 2012, p.22

*varient de manière importante selon les auteurs, souvent sans justification scientifique.*⁴⁵ ». De plus, toujours selon D. Berthelette, il faut prendre en compte que le vieillissement du travailleur « *fait l'objet de différences interindividuelles très marquées : il existe plus d'écart entre les individus d'une même classe d'âge qu'entre ceux de catégories différentes et cette variation augmente avec l'âge*⁴⁶ ». Mais alors comment intégrer les « travailleurs handicapés vieillissants » dans ma population d'étude, cette notion de vieillissement ne faisant pas consensus ? Cette première recherche documentaire m'a amenée à reformuler la demande institutionnelle et à choisir ce seuil d'âge, 50 ans, repéré plus communément dans la littérature.

In fine, après cette première analyse, j'ai pu formuler ma problématique qui devint celle-ci :

Comment le SAMETH 29 favorise-t-il le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus ?

2.3 Préparation de la démarche

2.3.1 Choix de l'étude de cas pour présenter le travail d'expérimentation

Comme je l'ai évoqué, il me fallait, pour répondre à la question posée, me pencher sur le sujet par l'expérimentation du terrain et uniquement celle-ci.

S'agissant du handicap, la particularité est que chaque situation est singulière puisqu'elle se situe à l'interface entre le travailleur porteur de déficiences et son activité de travail. Chaque problème de santé, son retentissement, le contexte environnemental et social de l'entreprise, l'activité, les contraintes de travail... constituent une situation particulière dans un contexte particulier. Il me fallait donc croiser des situations différentes pour les apposer, les comparer, les analyser et les mettre en perspective avec les données de la littérature pour pouvoir les discuter.

J'ai choisi de m'inspirer de la méthode « étude de cas » pour présenter ce travail. En effet, l'étude de cas permet d'appréhender un événement, un programme, une activité, sans les dissocier de leur contexte, puisque les frontières entre le phénomène (ici le projet de maintien dans l'emploi d'un TH de plus de 50 ans), et le contexte (ici la situation de travail, les interactions avec le collectif de travail, la hiérarchie, les représentations sur le handicap, le cadre institutionnel d'intervention du SAMETH...), n'apparaissent pas clairement [12]. L'intérêt, à mon sens, était de pouvoir relier ces cas, d'en montrer les similitudes et les différences si elles existaient et de les commenter. De plus, cette méthode me permettait aussi d'appréhender chaque événement important survenant dans ma démarche d'accompagnement, au sein d'une chronologie d'actions établie.

2.3.2 Hypothèse de travail

J'émettais donc l'hypothèse que les 2 cas choisis seraient à priori différents et qu'ils mettraient en évidence la démarche d'accompagnement au maintien dans l'emploi « SAMETH 29 » dans sa spécificité à s'adapter aux situations singulières de handicap et donc aux besoins spécifiques des travailleurs handicapés de plus de 50 ans.

⁴⁵ Berthelette D, Les interventions visant à accroître la rétention des salariés seniors : un bilan des connaissances scientifiques, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement;2010, 71, p.351

⁴⁶ Ibid, p. 354.

2.3.3 Recherche documentaire

2.3.3.1 Le modèle conceptuel du handicap :

Afin de comprendre la construction du handicap au travail pour les 2 cas d'étude, il semblait nécessaire de se référer à un modèle conceptuel. Ceci devait faciliter le repérage de la problématique des salariés/agents et les niveaux d'action possibles lors de la démarche d'accompagnement et la recherche de solutions de maintien. Le schéma de l'OMS, la Classification Internationale de Fonctionnement ou CIF est l'outil de conceptualisation le plus connu.

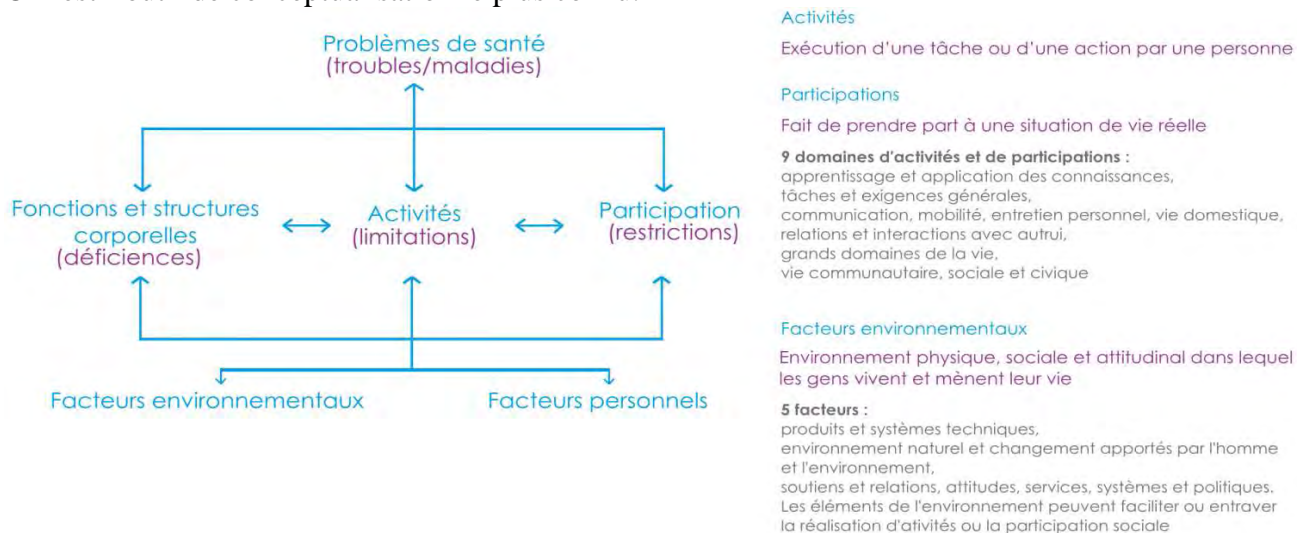


Figure 3 : Classification Internationale de Fonctionnement ou CIF, OMS

Dans ce schéma conceptuel, on peut remarquer que la situation de handicap se construit selon des facteurs intrinsèques dont le problème de santé et les facteurs personnels du sujet, mais aussi extrinsèques, par les caractéristiques de l'environnement. Ainsi, si l'environnement de travail est favorable, la restriction de participation et la limitation dans les activités peuvent être peu marquées voire inexistantes.

2.3.3.2 Le cadre législatif du maintien dans l'emploi des salariés

Le maintien dans l'emploi est une démarche partenariale visant à réduire les sorties d'emploi des salariés, notamment face à un risque d'inaptitude ou de licenciement pour inaptitude. Cette démarche repose sur une approche préventive de la désinsertion professionnelle. Les personnes concernées sont les salariés en situation de risque de désinsertion professionnelle et les personnes handicapées. La démarche consiste à rechercher toutes les solutions et mesures permettant à une personne salariée de se maintenir dans son emploi. Elle repose sur la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la circulaire DGEFP-DRT-DSS n° 2002-15 du 21 mars 2002 relative au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Une adaptation du poste personnalisée doit être recherchée avec l'appui des services spécialisés comme les SAMETH (aides techniques, aménagement d'horaires, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, contrat de rééducation professionnelle, formation, aides financières... , cf annexe 1). Il s'agit alors pour les acteurs d'anticiper, de signaler et de se coordonner pour résoudre le problème de maintien dans l'emploi. Depuis peu, la formation des salariés en arrêt de travail est possible, quelle qu'en soit la raison (AT/MP ou maladie) afin d'éviter leur désinsertion professionnelle.

Les acteurs-clefs pour mettre en œuvre le maintien dans l'emploi des salariés sont :

- ✓ le médecin du travail ;
- ✓ les assistantes sociale de l'entreprise ou de l'organisme de sécurité sociale ;
- ✓ les SAMETH ;
- ✓ le médecin conseil ou les différents services (social, médical, administratif, prévention) de l'assurance maladie ;

- ✓ Le FIPHFP et l'AGEFIPH qui mobilisent des aides à la disposition des employeurs publics.

La législation permet de mobiliser plusieurs outils et mesures de droit commun : la RQTH, la visite avec le médecin du travail ou de prévention, le Contrat de Rééducation Professionnelle en entreprise, le temps partiel thérapeutique, l'invalidité⁴⁷.

2.3.3.3 Les caractéristiques globales de la population cible [13], [14], [15]

Plusieurs sources de données devaient être exploitées pour caractériser la population :

- ✓ les indicateurs de l'échelle nationale [13],
- ✓ les indicateurs du PRITH Bretagne [14],
- ✓ les données issues du logiciel « Parcours H » du SAMETH 29.

Ceci devait apporter des éléments de compréhension sur les enjeux de la démarche maintien que je devais mettre en œuvre.

Il s'agissait de dégager les données relatives aux travailleurs de plus de 50 ans, au handicap moteur, sujet qui m'intéressait particulièrement, au travail et à l'emploi des personnes handicapées susceptibles d'être accompagnées : niveau de formation de la population, part des actifs occupés et au chômage, des inactifs ou des personnes définitivement éloignées de l'emploi.

La recherche de l'origine des inaptitudes au poste de travail en Bretagne semblait l'indicateur pertinent à la compréhension du risque de désinsertion professionnelle.

En 2011, 2 millions de personnes de 15 à 64 ans, vivant en France métropolitaine et ne résidant pas en établissement, déclaraient avoir une reconnaissance administrative d'un handicap leur permettant de bénéficier de l'OETH, soit 5% de la population. Cependant, le nombre de personnes déclarant un problème de santé durable depuis plus de 6 mois engendrant des restrictions dans la vie quotidienne ou dans l'exercice d'une activité professionnelle s'élevait à 9.7 millions (24% de la population) : ces derniers correspondent à la population handicapée définie « au sens large » et englobe celle reconnue administrativement. En définitive, parmi les personnes handicapées au sens large, 80% ne déclarent aucune reconnaissance administrative. Ce sont les actifs occupés de la population handicapée au sens large travaillant dans le Finistère pour lesquels un signalement est susceptible de parvenir au SAMETH 29, même si la population bascule dans celle des travailleurs handicapés reconnus lors de l'adhésion des acteurs au dispositif [13].

Les situations de handicap augmentent avec l'âge comme le montre le graphique suivant :

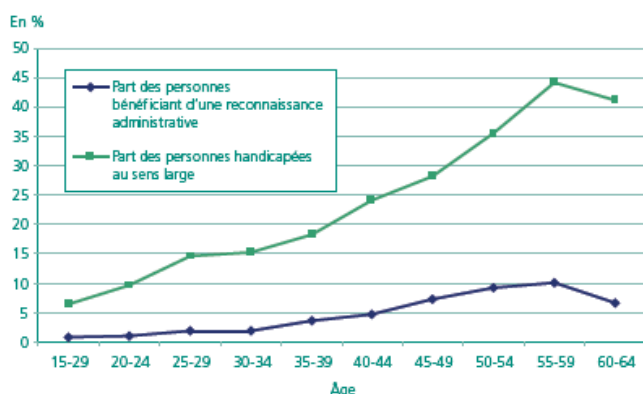


Tableau 1 : Proportion des personnes handicapées par classe d'âge, Insee, enquête complémentaire à l'enquête emploi de 2011, traitement Dares [13]

Champ : population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues).

Dans ce graphique, on peut noter que le nombre de personnes handicapées au sens large augmente avec l'âge, mais de façon plus accrue dès la tranche 45-49 ans alors que le nombre des reconnaissances administratives n'augmente pas selon la même tendance. De plus, seulement 10% des français âgés de

⁴⁷ « Le maintien dans l'emploi », emploi.gouv.fr, le portail des politiques publiques de l'emploi et de la formation professionnelle. <http://www.emploi.gouv.fr/dispositif/maintien-dans-l%E2%80%99emploi>

55-59 ans ont une reconnaissance administrative alors que cette population relève à 44% du handicap au sens large.

Les BOETH sont moins diplômés que la moyenne nationale puisque 81% d'entre eux détiennent soit un BEP, un CAP, un BEPC voire ne détiennent aucun diplôme, alors que cette proportion est de 53% pour la population totale âgée de 15 à 64 ans. Ces données renvoient à 2 explications selon l'enquête Darès⁴⁸ précédemment citée:

- « les personnes peu ou pas diplômées occupent plus souvent des emplois physiquement difficiles où les accidents du travail sont plus nombreux ».
- « les personnes handicapées à la naissance ou dont les problèmes de santé sont apparus dans l'enfance peuvent avoir eu une scolarité difficile les empêchant d'obtenir des diplômes plus élevés⁴⁹ ».

	Dans la population handicapée au sens large	Chez les BOETH	Dans la population totale
Proportion de chômeurs ⁵⁰ entre 50 et 64 ans	10%	20%	7%
Proportion d'actifs, tout âge confondu	64%	44%	71%
Proportion d'actifs entre 50 et 64 ans	51%	37%	61%

Tableau 2 : La situation des travailleurs face au chômage et au statut d'actif, Darès [13]

La population des travailleurs en situation de handicap de plus de 50 ans est particulièrement touchée par l'inactivité et le chômage. De plus, les français ayant une reconnaissance du handicap connaissent davantage un chômage durable comparativement à la population totale : 65% depuis au moins 1 an contre 40% pour la population totale ; 28% depuis au moins 3 ans contre 9% pour la population totale [13].

A l'échelle de la Bretagne, il y avait 19 780 TH au chômage en 2012. Le taux de chômage des BOETH de 50 ans et plus était bien supérieur à celui de la France : 39% contre 20% pour l'ensemble des actifs de cette même tranche d'âge [14].

Parmi ces BOETH actifs, 23% disent avoir un temps de travail réduit du fait du problème de santé ; 56% déclarent avoir une limitation dans le type de travail pouvant être effectué et 15% dans leurs déplacements domicile-travail [13].

Il est également intéressant de se pencher sur les taux d'inaptitude des travailleurs bretons de plus de 50 ans. 45% des inaptitudes au poste de travail prononcées ont touché, en 2012, les travailleurs de 50 ans et plus. C'est la classe d'âge majoritairement affectée. Deux pathologies en sont principalement à l'origine : les affections de l'appareil locomoteur dans 63% des cas et les troubles relevant de la sphère psychologique, présents dans 25% des cas. Dans 17% des cas, l'inaptitude est due à plusieurs pathologies associées [15].

La population BOETH française souffre majoritairement de problèmes moteurs puisque 49% des d'entre eux souffrent de troubles moteurs durables. 52% des BOETH déclarent que le problème de santé est lié ou aggravé par l'âge et 50% précisent que le handicap est lié ou aggravé par le travail actuel ou

⁴⁸ Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

⁴⁹ Amrous Nadia, Barhouni Meriam, Biauxque Vincent, «L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011,» Dares Analyse, ministère du travail, octobre 2013, p. 7

⁵⁰ Etre chômeur au sens du Bureau International du Travail signifie être en âge de travailler, sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé ne serait-ce qu'une heure durant une semaine de référence, être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours et avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de 3 mois.

l'activité professionnelle passée. « Des conditions de travail pénibles sont la raison la plus fréquemment avancée chez ces derniers, le facteur stress venant ensuite : respectivement 79% et 26% des cas⁵¹ ».

2.3.3.4 Les particularités de la population suivie par le SAMETH29

Tout comme à l'échelle nationale, les personnes accompagnées par le SAMETH 29 sont majoritairement âgées de plus de 50 ans et souffrent davantage d'une déficience motrice⁵². En 2014, 42% des parcours ouverts par le SAMETH 29 concernent des travailleurs âgés de 50 ans et plus, soit la classe d'âge majoritairement représentée. 65% d'entre eux souffrent d'une déficience motrice. Parmi les travailleurs accompagnés par le SAMETH 29, ceux les moins qualifiés sont surreprésentés. Les autres indicateurs de la population accompagnée correspondent de près à ceux de l'échelle nationale. 50% des signalements sont effectués par les médecins du travail. Les faits générateurs à l'ouverture du parcours sont les suivants :

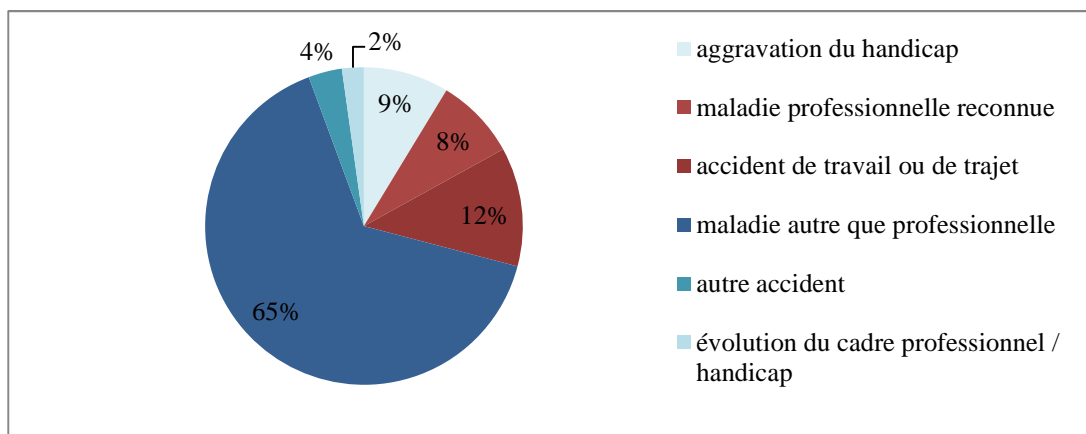


Figure 4 : Répartition des faits générateurs à l'ouverture de l'accompagnement en 2014, extraction du logiciel "parcours h"

Les AT-MP reconnus correspondent à 20% des accompagnements du SAMETH29. 10% des parcours ont pour origine une évolution ou une aggravation du handicap au travail. Le logiciel de traitement des données ne permettait pas d'aller plus loin dans le repérage des pathologies d'hypersollicitation ou d'usure de l'appareil locomoteur, de l'origine professionnelle de celles-ci... De plus, il est important de souligner que les AT-MP n'englobent pas la totalité des maladies corrélées aux conditions de travail puisqu'elles répondent à des tableaux dont les critères sont extrêmement précis.

2.4 Les critères d'inclusion des 2 cas d'étude

Les 2 sujets de l'étude ont été définis selon les critères suivants:

- ✓ Leur entrée dans le dispositif SAMETH s'avérait possible. Ces critères spécifiques seront détaillés au chapitre suivant détaillant la *pré analyse de la demande*.
- ✓ Ils devaient être les 2 premiers travailleurs âgés de 50 ans et plus « entrant » au SAMETH à partir de la date du début du stage. La conduite de l'accompagnement dès son début devait permettre en effet une meilleure appropriation de la démarche.
- ✓ A des fins d'analyse et de comparaison pour ce rapport, les travailleurs devaient être salariés du secteur privé ou agents de la fonction publique. J'excluais donc les indépendants et les chefs d'entreprise, ceux-ci n'étant pas soumis aux mêmes contraintes dans leur activité professionnelle, exigences hiérarchiques et organisationnelles...
- ✓ Les TH devaient présenter un handicap moteur. De fait, les BOETH confrontés à un handicap du fait d'une pathologie n'affectant pas la motricité n'étaient pas retenus pour cette étude.
- ✓ Les personnes devaient accepter d'être accompagnées par la stagiaire SAMETH dans leur parcours « maintien ».

⁵¹ Amrous Nadia, Barhouni Meriam, Biauxque Vincent, «L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011,» Dares Analyse, ministère du travail, octobre 2013, p. 6.

⁵² Extraction logiciel « Parcours h » du SAMETH 29 pour l'année 2014

2.5 Méthodologie et outils de recueil d'informations

2.5.1 La démarche ergonomique participative

« L'ergonomie a pour objet de comprendre le travail pour contribuer à la conception et à la transformation de situations de travail en agissant de façon positive sur les dispositifs techniques et les moyens de travail, les environnements de travail, l'organisation et les hommes (compétences, représentations⁵³...) ». Elle est définie comme l'adaptation du travail à l'homme. La démarche SAMETH 29 correspond à la démarche ergonomique de co-construction, avec les particularités que sont :

- ✓ la voie d'entrée : le handicap,
- ✓ l'objectif : le maintien dans l'emploi du travailleur concerné,
- ✓ les acteurs sollicités, ou leur ordre d'arrivée dans la démarche.

2.5.1.1 Les 4 fondements de la démarche ergonomique⁵⁴

- ✓ Elle doit être **globale**. Elle ne se focalise pas uniquement sur le poste de travail mais doit développer une approche en entonnoir permettant de comprendre les différents niveaux : celui de l'entreprise, du service et du poste de travail. Il s'agit de situer le poste du TH dans une globalité.
- ✓ Elle doit être **participative** : la mobilisation des acteurs est une clef essentielle à la réussite du projet. En effet, le principe de l'engagement de tous doit être recherché dans la démarche ergonomique. Plusieurs niveaux d'intégration des acteurs sont repérables dans la démarche ergonomique adaptée au handicap et développée par le SAMETH 29. Les protagonistes devant adhérer au processus sont bien sûr le salarié/agent lui-même, l'employeur et le médecin du travail. Ils représentent le 1^{er} niveau d'intégration. Puis il s'agit de repérer la ou les personnes ressource dans l'entreprise œuvrant pour le suivi et l'accompagnement des démarches : responsable des ressources humaines, référent handicap, supérieur direct du travailleur, ergonome de l'entreprise, technicien hygiène et sécurité... De même, le niveau d'intégration du collectif de travail doit être questionné : la réussite du projet dépend-il de sa participation ? à partir de quel point sera-t-il stigmatisant ? comment le gérer ? Il peut comprendre les collègues de travail, les représentants du personnel.
- ✓ Elle doit être **interdisciplinaire** : ici différents partenaires et expertises peuvent être intégrés à la démarche, toujours en fonction du contexte et des besoins : évaluations des capacités professionnelles, des situations de handicap, sensibilisation des acteurs au handicap, travail de la prise de conscience de ce dernier, apport de pistes de solutions, appel aux mesures de droit commun permettant le maintien dans l'emploi, appel aux mesures AGEFIPH et FIPHFP (cf annexe 1)...
 - Des évaluations des capacités fonctionnelles/professionnelles peuvent être sollicitées auprès des professionnels du handicap moteur (APF⁵⁵), sensoriel (URAPEDA⁵⁶, SIADV⁵⁷), mental (GRAFIC Bretagne⁵⁸) ou psychique (CPP Championnet⁵⁹) : ce sont les Prestations Ponctuelles Spécifiques (PPS), mesures prescrites par le SAMETH et financées par le fonds AGEFIPH-FIPHFP.
 - D'autres expertises peuvent être appelées dans le cas de certaines études de poste de travail, comme l'étude ergonomique particulière nommée EPAAST ou Etude Préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail. Cette intervention ergonomique n'est pas une étude ergonomique classique car elle n'est pas mise en œuvre pour améliorer les conditions de travail du collectif. L'appel aux compétences de l'ergonome conventionné se fait si l'aménagement du poste risque d'être complexe. L'ergonome est surtout sollicité si la nature du

⁵³ définition de la SELF ou Société d'Ergonomie de Langue Française

⁵⁴ Cours d'ergonomie de Mme Marjorie Vonwyl, master 1 EPRP

⁵⁵ Association des Paralysés de France

⁵⁶ Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficients Auditifs

⁵⁷ Service Interrégional d'Appui aux Adultes Déficients Visuels

⁵⁸ Groupement Régional pour l'Accompagnement à la Formation et l'Insertion Concertée

⁵⁹ Centre Pédagogique et Professionnel Championnet

poste fait que son aménagement aura une forte interaction sur le collectif de travail ou la production.

- NB : Ces professionnels appelés pour effectuer PPS et EPAAST font non seulement l'analyse mais émettent aussi des préconisations ciblant les solutions à prévoir. Au cours de ce stage, les études de poste des salariés que j'ai accompagnés m'ont été confiées.
- Certaines compétences peuvent être trouvées chez les professionnels d'organismes comme l'UEROS⁶⁰, les centres de rééducation-réadaptation fonctionnelle (centre de soins de suite et de réadaptation spécialisés), centre de rééducation professionnelle (Patis Fraux).
- Handibat T.P est un prestataire sollicité pour la reconversion des travailleurs du BTP (proposition de tests pour évaluer les capacités des salariés à intégrer un autre poste du bâtiment et proposition de plans de formation).
- D'autres partenaires peuvent être appelés, selon les situations, pour l'évaluation de la pertinence des mesures de droit commun et les possibilités de leur mise en œuvre : ce sont les assistantes sociales de la CARSAT et de la CPAM, MSA, ENIM, RSI... Nous les évoquerons plus loin.
- Puis, les essais de mesures techniques : Equipement spécifiques, aides techniques,... impliqueront la recherche de fournisseurs et professionnels de services particuliers : revendeurs de matériel, orthoprothésistes, intervenants d'ADAPTECH Bretagne⁶¹, auto-école et garages spécialisés...

Toutes ces mesures sont sollicitées ou prescrites, selon l'organisme les déployant, par le conseiller SAMETH, avec l'accord du médecin du travail. L'interdisciplinarité développée par le SAMETH 29 nécessite de fait la connaissance et la construction préalable d'un vaste réseau de partenaires développant expertises et services, à l'échelle départementale et régionale. Le maître d'ouvrage du projet, ici le conseiller SAMETH, favorisera la co-construction en coordonnant l'intervention de ces partenaires, en recueillant et en confrontant leurs avis, en les présentant aux acteurs du maintien, et particulièrement le médecin du travail devant donner son aval. Cette interdisciplinarité permet d'apporter des éclairages précis mis en perspective des contraintes et marges de manœuvres identifiées au sein de l'entreprise.

- ✓ La démarche doit être fondée sur **l'analyse du travail réel** : Le travail réel est à différencier du travail prescrit. Monique Noulin, enseignant chercheur en ergonomie, évoque l'équivalence des 2 couples d'oppositions que sont le travail prescrit-travail réel et la tâche-activité [16]. Le travail prescrit recouvre « *tout ce qui, dans l'organisation du travail, définit le travail de chacun au sein d'une structure donnée : les objectifs à atteindre, la manière de les atteindre, les consignes et procédures imposées, les moyens techniques mis à disposition, la répartition des tâches entre les opérateurs, les conditions temporelles du travail (horaires, durée), les conditions sociales (qualification, salaire), l'environnement physique de travail. Les documents définissant la tâche sont la fiche de poste, le protocole, les procédures, les consignes... La tâche est une prescription, un cadre formel. Ce qui permet la réalisation de la production, c'est le travail réel des hommes, leur activité. Celle-ci n'est jamais le reflet de la tâche, elle n'est jamais pure exécution ; à tous plans définis par l'organisation du travail se manifestent des écarts entre le prescrit et le réel*⁶² ». En effet, les objectifs intériorisés ne sont pas forcément identiques aux objectifs prescrits. De plus, du fait des aléas, les résultats obtenus ne sont pas forcément ceux attendus. Dans ce cadre, les modes opératoires adoptés par l'opérateur peuvent être ajustés par lui pour répondre aux variations constantes des situations : son état physiologique, affectif, sa santé, la charge de travail, les événements, le collectif de travail, ses normes, son organisation informelle, l'environnement physique (la chaleur, le bruit...). Tous ces éléments induisent des écarts systématiques entre le prescrit et le réel, ce dernier étant l'objet de variations, régulations et de compromis constants. C'est sur l'activité que doit se baser la démarche ergonomique spécifique au handicap. Elle doit aussi tenir compte du travail prescrit et de l'écart entre les deux.

⁶⁰ Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour personnes cérébro-lésées.

⁶¹ « Adaptech Bretagne est un centre de ressources sur les aides techniques, informatiques et bureautiques. Son objectif est de favoriser le maintien dans l'emploi et l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap ». <http://www.mfi.v.fr/nos-activites/personnes-en-situation-de-handicap.html>

⁶² Noulin Monique, Ergonomie, Toulouse: Octarès éditions, 2002. p. 32-33

2.5.1.2 Les étapes de la démarche SAMETH de co-construction

« Il n'existe pas de modèle universel applicable à cette démarche (ergonomique participative). La forme et la stratégie retenues doivent être adaptées au milieu⁶³ ». Ceci est particulièrement vrai pour la démarche du SAMETH 29 : chaque démarche sera donc singulière selon la situation de handicap, les besoins, le contexte et les marges de manœuvre de l'entreprise, le poste de travail... De plus, la démarche ergonomique est une démarche de conception de projet, c'est-à-dire un processus et non pas une ligne directe : à tout moment, des compromis et réajustements pourront être opérés.

Cependant, la trame globale peut être présentée par le schéma de l'annexe 2. Nous verrons lors des études de cas présentées dans le chapitre Résultat, que le cheminement de la démarche s'orientera différemment dans cette trame.

2.5.1.3 La pré analyse de la demande

L'inclusion des TH dans le dispositif SAMETH obéit à des critères particuliers. Afin de les repérer, il convient de décrire la première étape de la démarche d'appui au maintien dans l'emploi, la *pré-analyse de la demande*. Afin d'être mise en œuvre, le signalement au SAMETH 29 doit être déclenché par un acteur extérieur. Il s'agit de la première modalité d'inclusion. Elle dépend donc de la connaissance qu'en ont les acteurs et de la pertinence jugée par eux à mobiliser le service et les aides AGEFIPH et FIPHFP. Ce signalement peut être effectué par différents interlocuteurs : le salarié ou l'agent de la fonction publique concerné, le médecin du travail, l'employeur privé ou public, un professionnel de la CARSAT, de la CPAM (assistante sociale, médecin conseil)... Dans le cadre de la démarche SAMETH, la pré-analyse de la demande doit être effectuée par l'assistante du service afin de déterminer si la personne entre bien dans le dispositif. Pour y répondre, l'assistante doit analyser 4 items par échange téléphonique. Ces 4 items correspondent aux 4 questions suivantes :

✓ ***Est-on dans le champ du maintien dans l'emploi, défini par l'AGEFIPH ?***

Il doit s'agir d'un projet de maintien sur le poste de travail ou de reclassement/réaffectation en interne (ou dans le groupe). Si la personne est salariée, elle doit être en CDI ou en CDD depuis plus de 6 mois avec l'expectative favorable de la pérennisation du contrat de travail. Pour les agents de la fonction publique, la personne doit être titulaire de son poste ou stagiaire.

✓ ***La démarche obtient-elle l'adhésion des 3 principaux acteurs que sont le salarié/l'agent, l'employeur et le médecin du travail ou de prévention ?***

Si ce n'est pas le cas, une démarche peut être proposée pour tenter de l'obtenir : argumentation, présentation de la démarche, de ses avantages...

Concernant les agents de la fonction publique, la demande d'intervention ne peut émaner de l'agent lui-même. L'assistante en informe la personne qui doit se rediriger vers le médecin de prévention ou son employeur, seuls habilités à la formuler.

✓ ***Est-on dans le champ du SAMETH ?***

Le signalement survient parfois lors d'une problématique de retour au travail après arrêt, que ce dernier soit en cours ou que la personne ait repris son activité. Si le travailleur n'a pas de reconnaissance administrative de son handicap (s'il n'est pas BOETH), un échange avec le médecin du travail a lieu afin d'envisager la demande de RQTH, le médecin étant l'interlocuteur privilégié pour le justifier. La proposition est alors faite au salarié de déposer un dossier à la MDPH. Après accord, l'accompagnement peut être initié dès réception de l'accusé de réception de la MDPH, ceci faisant foi d'un accord de RQTH en urgence.

✓ ***L'entreprise ou l'établissement a-t-elle/il conclu un accord de branche, de groupe ou d'entreprise agréé par l'Etat ?***

L'accompagnement SAMETH peut être déclenché pour les TH des entreprises sans prise en compte particulière du nombre de salariés handicapés employés (cf chapitre 1.3). Il n'est pas exclusivement destiné aux établissements/entreprises soumis à la DOETH et aux 6% ou contribuant au fonds de l'AGEFIPH-FIPHFP. Cependant, s'agissant des entreprises soumises à la DOETH, certaines subtilités

⁶³ Montreuil Sylvie, Marier Micheline, Bellemare Marie, Prévost Johanne, Allard Denis, «L'implication des acteurs dans l'implantation de projets d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans 2 usines.» PISTES, p.2

doivent impérativement être décelées dès cette pré-analyse de la demande : la question des accords agréés. Effectivement, les entreprises de plus de 20 salariés ont 5 modalités pour remplir leur obligation d'emploi⁶⁴. En cas d'accord de groupe ou d'entreprise/d'établissement, si celui-ci n'est pas agréé ou si le quota des 6% n'est pas atteint par ces entreprises, le SAMETH ne peut intervenir. S'agissant de l'accord de branche, comme celui liant certains établissements de santé (sanitaires et médico-sociaux...), l'exclusion du dispositif se fait d'emblée, sans analyse des chiffres relevant du quota (ils ne relèvent pas du fonds AGEFIPH –FIPHFP mais du fonds « OETH » pour ce dernier type d'établissement). Les accords ont souvent pour effet de nommer un référent handicap interne à l'entreprise. Celui-ci met en œuvre la politique d'insertion et de maintien dans l'emploi.

2.5.1.4 L'analyse de la demande

Il me fallait recueillir les informations relatives à la demande auprès de l'assistante SAMETH pour en dégager les informations, après la pré-analyse réalisée par ses soins : de qui émane la demande ? Comment est-elle formulée ? Qui est l'interlocuteur de l'entreprise ?

Le premier entretien avec les protagonistes que sont le salarié/agent, le médecin du travail et l'employeur ou son représentant était la deuxième étape nécessaire à l'analyse de la demande : il s'agissait de comprendre le regard de chacun sur la situation, la construction historique de la demande, la manière dont elle avait abouti au signalement...

2.5.1.5 L'analyse globale de la situation de handicap

Plusieurs recueils d'informations étaient à exploiter :

- ✓ Recueil d'informations sur le TH et sa situation de handicap au travail :
L'entretien avec le médecin du travail et les documents émis par lui exposant les restrictions ou les indications médicales. Tenu au secret médical, celui-ci devait décider de transmettre les données strictement utiles à l'accompagnement du TH.
- ✓ L'entretien avec le travailleur pour obtenir les informations sur son parcours professionnel, son projet quant au maintien dans l'emploi et à la fin de carrière, ses missions actuelles, ainsi que les limitations fonctionnelles au travail, leurs fluctuations, les répercussions éventuelles d'une journée de travail. De plus, il fallait aborder l'historique de la situation de handicap au travail, ses capacités professionnelles (ce qui va bien), les stratégies trouvées pour affronter les difficultés, et son ressenti sur son poste. Le premier entretien s'est basé sur une trame que j'ai effectuée : la grille d'observations-verbalisation (cf annexe 3).
- ✓ L'entretien avec le supérieur hiérarchique et/ou le référent handicap de l'entreprise pour connaître l'historique de la gestion de la situation de handicap jusqu'à ce jour, ou ce qu'il en connaissait, mais aussi sa perception sur la situation actuelle et le projet.
- ✓ L'exploitation de ressources documentaires : si le travailleur révélait sa pathologie, une recherche documentaire devait être engagée pour mieux cerner la problématique (étiologie, évolution possible de l'état de santé ?). L'exploitation de bilans fonctionnels éventuels en possession du TH était un autre élément à questionner, tout comme le dossier SAMETH du TH, s'ils existaient.

⁶⁴ Les 5 modalités : 1- Employer des personnes handicapées. 2- Accueillir des stagiaires handicapés ; 3- Sous-traiter auprès des secteurs adaptés ou protégés ; 4- Verser une contribution à l'Agefiph : à défaut d'action directe engagée en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'entreprise est tenue d'acquitter une contribution auprès de l'Agefiph ; 5- Conclure un accord de groupe, d'entreprise ou d'établissement : dès lors qu'il est agréé, ce type d'accord libère l'entreprise de son obligation d'emploi et donc de son éventuelle contribution Agefiph. Art. L.323-8-1 du code du travail : « Les employeurs mentionnés à l'article L. 323-1 peuvent s'acquitter de l'obligation d'emploi instituée par cet article en faisant application d'un accord de branche, d'un accord de groupe, d'un accord d'entreprise ou d'établissement qui prévoit la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés comportant obligatoirement un plan d'embauche en milieu ordinaire et deux au moins des actions suivantes : plan d'insertion et de formation, plan d'adaptation aux mutations technologiques, plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement. »

2.5.1.6 Recueil d'informations sur l'entreprise

Une approche « en entonnoir » devait me permettre de cerner la situation : comprendre la mission et la vocation de l'entreprise, la structure interne de ses services sur le plan organisationnel et géographique, le contexte réglementaire, son organigramme, sa politique « handicap », ses plans d'avenir...

Ces éléments ont été rassemblés par différents moyens : une première recherche sur internet, pour l'entreprise d'un des 2 TH accompagnés, puis l'échange avec le responsable des ressources humaines, les supérieurs hiérarchiques respectifs (réfèrent handicap pour les 2 TH et chef de service pour l'un d'entre eux), les documents présentant l'organigramme ou l'organisation des unités de l'entreprise.

2.5.1.7 L'étude globale du poste de travail

Une étude globale du poste de travail devait être à ce niveau effectuée. Plusieurs recueils d'informations étaient utiles pour ce faire : les documents comme le planning et la fiche de poste relatant le travail prescrit, l'entretien ouvert avec le salarié et la première observation de l'activité de travail. La grille d'observation-verbalisation sur le poste de travail m'a permis d'avoir une vision générale de la situation (annexe 3). Cette grille m'a permis de relever les informations verbalisées et les données observées.

S'agissant du travail prescrit : quels sont les objectifs attendus ? Les procédures imposées ? Les outils et équipements utilisés ? L'espace et le temps dédié ? Comment s'organise une journée type ? Comment sont réparties les tâches ? Quelles sont les caractéristiques globales de l'environnement physique (bruit, lumière, température...),

S'agissant du travail réel : comment la personne procède-t-elle ? Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour atteindre les objectifs ? Les marges de manœuvre ? Les interactions avec d'autres opérateurs et usagers ? Quelles sont les ressources perçues : ce qui plaît, ce qui valorise, ce qui est possible dans l'activité ? Quelles sont les contraintes du poste et celles inhérentes au problème de santé ? Les activités et opérations mettant en exergue les situations de handicap ? Celles étroitement corrélées avec les restrictions, les indications ou les contre-indications médicales ? Quelles stratégies ont déjà été mises en place pour y faire face : par le travailleur et/ou le collectif ? Existait-il un transfert de tâches ? Comment était-il opéré ?

Une première observation était capitale ici. En effet, les stratégies organisationnelles et corporelles pouvaient se révéler implicites et donc non verbalisables par la personne. Ainsi l'observation des stratégies, des postures et gestes devaient me questionner.

2.5.1.8 L'analyse des événements, la chronologie

Tous ces éléments devaient être confrontés pour être analysés et me permettre de saisir la problématique et ce, à différents niveaux : les capacités/incapacités, les aspects objectifs et subjectifs du handicap, le retentissement relationnel et social... (modèles conceptuels du handicap, chapitre 2.3.3.1). Un premier plan d'intervention pouvait alors être proposé, celui-ci devant être réajusté à chaque instant, selon les événements nouveaux, les décisions des acteurs, l'avancée du projet. Ces événements devaient être consignés dans un journal de bord, autre recueil d'informations que j'ai mis en œuvre. Cet aide-mémoire devait aussi, par sa consultation, participer à l'analyse tout au long de la construction du projet.

2.5.1.9 L'élaboration du plan d'intervention

Le plan d'intervention pouvait prendre de multiples voies, au regard des premiers éléments recueillis, de la singularité de la situation et du projet, à chaque fois uniques. Dans la démarche SAMETH 29, parmi ces multiples voies possibles, un complément d'analyse est souvent nécessaire : ce que la PPS ou l'EPAAST, précédemment présentées, favorisent.

Le plan d'action peut aussi s'orienter d'emblée vers des essais de dispositifs techniques, une sensibilisation des acteurs au handicap, le choix de mesures de compensations provisoires ou définitives, le bilan de compétence, la formation... Le projet doit être personnalisé en fonction des besoins

spécifiques et des objectifs. Il doit prendre en considération l'avis des acteurs principaux : d'abord le médecin du travail, acteur clef pour la définition de la problématique (le médecin du travail connaît l'entreprise, le TH et sa pathologie ; sa validation du projet est essentielle), le TH et l'employeur. Ceci s'est fait par le moyen d'échanges et par le « bilan initial de situation », compte-rendu écrit à l'intention des 3 « parties ».

2.5.1.10 L'analyse de poste spécifique

Les 2 accompagnements ayant été menés quelque peu différemment, il est utile de détailler plus précisément les modalités d'analyse pour chacun des cas :

- ✓ Pour la situation n°1 concernant Mme A, ses interactions avec le collectif étaient majeures dans l'activité de travail. Il s'agissait donc d'en tenir compte pour l'analyse et la recherche de solutions. Avec son accord, celui du collectif de travail et du supérieur hiérarchique, une étude de poste a été réalisée sur 6 demi-journées d'observation qui ont été programmées en fonction de l'activité (pics, variabilité...) et du planning du service. Plusieurs finalités étaient ainsi recherchées :
 - Observer le TH non seulement dans les situations qui pouvaient lui poser problème, celles ciblées lors du 1^{er} niveau d'analyse, mais aussi dans l'ensemble des situations de travail en étroite relation avec celles-ci. L'échelle numérique de la douleur a aussi été utilisée lors d'une situation contraignante de travail, ainsi que l'échange/verbalisation pendant et après la situation de travail à propos du retentissement de la douleur.
 - Observer l'ensemble du collectif, les différentes stratégies déployées par chacun de ses membres afin de pouvoir, in fine, proposer des solutions de compensation du handicap destinées au TH et ne gênant pas l'activité de l'équipe dans le but d'être acceptées par tous. La démarche ergonomique participative a de fait, à ce niveau, intégré ces nouveaux acteurs. Au préalable, il s'est avéré nécessaire d'expliquer cette démarche à Mme A, d'argumenter son intérêt, de poser son cadre : ce qu'il était souhaitable d'expliquer au collectif, dans les limites de la confidentialité. Il était indispensable de préciser que les solutions seraient construites ensemble, après le recueil de l'avis de chacun, afin que tout le monde s'approprie la démarche.
 - Des photos reflétant des situations pertinentes ont été prises : dans un but d'analyse, mais aussi dans l'objectif de la restitution à venir, afin d'exposer, d'expliquer et d'argumenter les préconisations.
 - Les entretiens informels avant et après les observations ont aussi été des outils précieux. Il s'agissait de faire préciser les process, le fonctionnement et l'utilisation des outils de travail, les stratégies choisies, de verbaliser les ressentis. Il était important que l'ensemble des acteurs relate aussi les situations particulières, non observables dans le temps imparti à mon étude...
- ✓ Pour la situation n°2 concernant M. B, la situation de handicap n'était pas au cœur d'une interaction avec un collectif de travail. Pour ce travailleur, des essais de matériel ont d'abord été programmés. L'objectif était de répondre à la demande des acteurs, annoncée comme prioritaire au vu de la douleur importante décrite par M. B, et aussi d'instaurer une relation de confiance avec lui. Il s'agissait en cela d'asseoir les bases de l'accompagnement. La stratégie choisie par la programmation des essais devait suivre un plan d'« actions-réajustements ». Un contact avec des fournisseurs de matériel spécifique a été rapidement réalisé. La poursuite de l'étude de poste s'est effectuée en parallèle et par étapes. 6 visites de poste ont été nécessaires pour ce faire, des contacts par mail et par téléphone. D'autres outils de recueil de données ont permis d'affiner l'analyse : l'échelle numérique et la cartographie de la douleur, les photos, le plan du secteur géographique couvert par le TH dans ses missions.

2.5.1.11 La recherche de pistes de solutions

Toutes les pistes devaient être explorées pour tenter de compenser le handicap :

- ✓ la piste organisationnelle : les modifications du process, les stratégies opératoires, la modification du temps de travail, l'organisation des temps de pause (de réactivation)... La piste organisationnelle a été explorée pour les 2 situations.
- ✓ la piste technique : aménagements de l'existant, aides techniques, matériel spécifique, modification architecturale... La recherche de matériel a eu lieu pour les 2 situations : contact téléphonique, recherche sur internet, visite sur site (recherche auprès d'entreprise ayant acquis le matériel, fournisseur/revendeur pour test).
- ✓ l'aide humaine : cette éventualité ne s'est présentée dans aucune des 2 situations.

L'avis du médecin du travail était ici encore capital pour obtenir un éclairage sur la stratégie à adopter au regard du problème de santé. L'avis du TH sur ces pistes, voire sur les solutions qu'il avait lui-même envisagées était une donnée importante à prendre en compte et à discuter.

NB : Dans le cas d'un projet de reconversion du TH ou de développement de ses compétences, il est nécessaire de connaître les stratégies possibles selon les types de poste pouvant être disponibles ou accessibles. Si le projet de formation du TH est pressenti, une recherche sur les modalités d'organisation sera proposée : droits en formation du TH, recherche de l'OPCA⁶⁵ de l'entreprise, si nécessaire, appui dans la recherche de l'organisme de formation adapté. La formation et, au préalable, le bilan de compétence sont une stratégie possible. Ceci se produit si la situation est perçue par la conseillère SAMETH comme difficilement pérenne, du fait de la limite des aménagements possibles de l'existant, d'un problème de santé pouvant s'aggraver.... Ainsi, la personne pourra commencer à construire un autre projet.

2.5.1.12 La 1ère restitution

Celle-ci est au cœur de la co-construction. Il s'agit de présenter les analyses et l'ensemble des pistes explorées afin que surviennent les avis. Il faut préparer les débats : objectiver ces analyses, anticiper les freins à la décision, affûter ses arguments et adopter le rôle de médiateur face à l'ensemble des parties.

- ✓ Pour la première situation, cette restitution s'est faite lors d'une réunion, à laquelle participaient le TH, un de ses pairs membre de l'équipe, les supérieurs hiérarchiques, le médecin du travail. La projection d'un document powerpoint était l'outil choisi afin d'objectiver l'analyse globale, de présenter les situations précises à améliorer et les pistes de solution pressenties. Les participants étaient invités à débattre dans une optique de co-construction.
- ✓ Pour la seconde situation, une restitution a été faite uniquement au médecin du travail dans le but de réajuster la démarche. J'ai choisi de créer une grille (chapitre 3.2.3) récapitulant les étapes et le résultat des essais, présentant l'évaluation de la douleur afin d'objectiver les données et de constituer une base d'échange avec le TH et le médecin du travail.

2.5.1.13 Le choix des solutions, les mesures de compensation correspondantes et le suivi du projet

Afin qu'un maintien dans l'emploi soit considéré comme réussi, la solution doit convenir aux 3 parties : le TH, le médecin du travail, l'employeur. Pour permettre la mise en œuvre des actions, provisoires ou définitives, il est nécessaire de connaître les mesures de maintien dans l'emploi et/ou aides à la compensation du handicap disponibles, qu'elles permettent un aménagement du temps de travail, une compensation organisationnelle, technique et/ou humaine. J'ai pu bénéficier d'une formation au sein du SAMETH 29 au cours de mon stage au sujet des mesures de droit commun et AGEFIPH. Elles sont listées ci-dessous :

⁶⁵ Les OPCA ou organismes paritaires collecteurs agréés sont des organismes chargés de collecter les fonds de la formation professionnelle continue et de financer la formation des salariés.

- Mesures de droit commun: le droit à la formation et la sollicitation de l'OPCA, le bilan de compétence, le temps partiel thérapeutique, le contrat de rééducation en entreprise, la pension d'invalidité 1ère et 2ème catégorie, le temps partiel, la reconnaissance de la lourdeur du handicap (mesure administrée par l'AGEFIPH mais financée par l'Etat). Il est aussi intéressant de chercher des pistes dans l'accord sénior (temps partiel spécifique sénior) ou l'accord handicap de l'entreprise. Le financement des compensations doit aussi nécessiter des démarches pour solliciter la participation de l'employeur, celle de la région (compensation du handicap des exploitants agricoles), dans certaines situations particulières celle de la CARSAT (si l'aménagement technique doit profiter aussi aux conditions de travail), le contrat prévoyance du salarié (complément de ressource en cas de diminution d'activité).
- Mesures de mise en œuvre des solutions allouées par l'AGEFIPH⁶⁶. Prescrite par la conseillère SAMETH, la demande doit être avalisée par l'AGEFIPH. La PPS et l'EPAAST entrent à nouveau dans ce cadre (accompagnement par un expert, sensibilisation...). Il existe aussi l'*aide au maintien dans l'emploi*, l'*aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés en fin de carrière*, la *formation des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi*, l'*aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap*, l'*aide au tutorat*, les *aides à la mobilité*. (Entrent encore dans ce cadre l'*aide aux personnes handicapées visuelles* et l'*aide aux personnes handicapées auditives*).
- Mesures de mise en œuvre de solutions allouées par le FIPHFP⁶⁷ : C'est l'employeur qui les sollicite, avec l'argumentaire de la conseillère. Elles permettent de financer les *aides techniques et humaines*, les *dépenses d'études*, les *actions de sensibilisation des acteurs*, les *actions d'amélioration de la connaissance des populations des travailleurs handicapés*, les *aides et actions nouvelles*.
- Appel à compétence en prévention des risques professionnels, si la mesure de compensation doit passer par l'amélioration des conditions de travail, en concertation avec le médecin du travail et l'employeur : IPRP des services de santé au travail, ergonomes ou préventeurs internes à l'entreprise, membres du CHSCT⁶⁸.

Mon intervention s'est arrêtée à cette étape, la durée du stage étant inférieure à la durée d'un accompagnement au maintien dans l'emploi. La durée moyenne est en effet de 9 mois⁶⁹.

La réalisation du rapport final servant d'argumentaire pour les financeurs, le suivi du dossier financement, le conseil des procédures à suivre... toutes ces étapes sont effectuées par la conseillère et l'assistante du SAMETH, jusqu'à la finalisation du projet.

2.5.2 L'accompagnement

L'accompagnement est inhérent à la démarche ergonomique⁷⁰. Ici, il faut accompagner les acteurs que sont le salarié, l'employeur, voire le collectif et la hiérarchie, vers l'objectif du maintien dans l'emploi, et l'appropriation des solutions. Concernant la démarche du SAMETH 29, d'autres niveaux d'accompagnement sont parfois nécessaires selon les situations. Effectivement, le maintien dans l'emploi ne passe pas uniquement par la compensation du handicap. Certaines problématiques alertent le professionnel du SAMETH 29 : la difficile gestion de la situation de handicap par le TH, l'expression de la souffrance, le vécu de la stigmatisation, les fausses représentations sur les capacités/incapacités

⁶⁶ Les aides de l'AGEFIPH : http://www.agefiph.fr/Professionnel/Compensation-du-handicap/Toutes-les-aides-et-services-pour-compenser-le-handicap#ss_article_6

⁶⁷ Les aides du FIPHFP : <http://www.fiphfp.fr/Au-service-des-employeurs/Aides-FIPHFP>

⁶⁸ Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

⁶⁹ Source : logiciel parcours h

⁷⁰ Cours d'ergonomie de master 1, Mme Marjorie Vonwyl

existant chez le TH et l'entourage au travail, les problèmes d'autonomisation... La subjectivité, le retentissement du problème sont des dimensions qu'il n'est pas possible d'ignorer dans la démarche de maintien : pour des raisons éthiques tout d'abord et pour favoriser son aboutissement ensuite. L'accompagnement personnalisé sera donc, dans certaines circonstances, un appui nécessaire. Bien sûr, chaque situation appelle un accompagnement différent, une « *distance ajustée...* (relevant d'un) *réglage au cas par cas, une distance qui s'avère posséder une justesse empirique, celle qui convient, qui rend l'accompagnement efficient* »... et la distance « *relevant d'une forme de justice*⁷¹ ». Les auteurs ajoutent qu'il existe 3 conditions à remplir :

- ✓ *Reconnaître la personne en situation de handicap comme elle-même distincte de cette situation et la tenir sincèrement à ce titre comme un interlocuteur et un partenaire légitime et responsable ;*
- ✓ *Négocier, au sens diplomatique du terme, c'est-à-dire comme on négocie un traité, les conditions de son intervention avec la personne qui se trouve dans la situation de handicap qui constitue l'objet de l'action du professionnel ;*
- ✓ *Hiérarchiser ses obligations par rapport au bénéficiaire de l'aide, au prestataire employeur ou à l'institution dispensatrice selon le cas, et au financeur ultime de l'action en privilégiant la loyauté avec la personne handicapée*⁷².

Ces 3 conditions : reconnaître, négocier et hiérarchiser étaient intégrées à ma démarche tout au long de sa construction.

3 Résultats et analyse

3.1 Cas d'étude n°1 : Mme A

3.1.1 Situation et analyse de la demande

Mme A, 51 ans, agent de la fonction publique territoriale, travaille en tant qu'agent d'accueil dans un établissement universitaire.

La demande a été amenée par le médecin de prévention : il s'agissait d'enclencher la 2ème étape de la démarche « maintien ». Le dossier de Mme A était en effet mis en attente au SAMETH 29 depuis août 2014, date de la fin de l'essai du nouveau poste auquel elle avait été affectée à mi-temps. Cette mise en attente était due au déménagement provisoire du service que Mme A avait intégré, du fait de travaux commencés en septembre 2014. Ceux-ci ont pris fin en mars 2015.

Mme A a été victime d'un accident de travail ou « accident de service » en mars 2012 alors qu'elle occupait un poste d'agent d'entretien dans une autre UFR⁷³. Cet AT s'est produit lors de la manutention d'une table dans une salle de cours. Il a été suivi d'un « congé pour accident de service » ou arrêt maladie de 2 ans 1/2. Il s'agissait à présent d'identifier les solutions d'adaptation au regard des restrictions médicales. Les indications ont été données par le médecin de prévention : « Mme A souffre d'une atteinte du rachis lombaire. Il lui faut éviter le port de charge et améliorer le confort aux positions statiques prolongées ». Aucune indication supplémentaire n'a été donnée par le médecin du travail sur le poids des charges ou sur tout autre critère à respecter. Mme A était reconnue TH par la CDAPH. La demande de RQTH avait été demandée à la MDPH afin de permettre l'accompagnement par le SAMETH 29 en avril 2013.

Depuis août 2014, un transfert de tâche est en place au sein du service, sur la demande du médecin : Mme A ne devant pas porter de charge, elle est aidée par ses collègues de travail lors de cette situation. Ceci a permis de limiter les contraintes pour un retour à l'emploi plus favorable, au regard de ses limitations fonctionnelles.

⁷¹ Stiker Henri-Jacques, Puig José, Huet Olivier, Handicap et accompagnement, Paris: Dunod, 2009. p.46

⁷² Ibid, p. 70

⁷³ Unité de Formation et de Recherche

Mme A nous a indiqué qu'elle souhaitait également une augmentation de son temps de travail, qui était de 18h30 par semaine. En effet, la réaffectation n'a pu être envisagée que sur un poste à temps partiel. Mais cet objectif n'a pas été retenu par l'encadrement. La demande du chef de service était de permettre une répartition « équitable » des tâches en rapport avec la manutention au sein de l'équipe de travail. La demande d'équité vis-à-vis des contraintes de travail (le port de charge) au sein de l'équipe était un aspect important à considérer. A ce titre, il s'agissait pour moi de comprendre comment ce transfert de tâches provisoire était vécu au sein de l'équipe de travail.

Les 2 interlocuteurs référents pour le cas de Mme A dans l'établissement sont : le référent handicap du service des ressources humaines qui a accompagné le projet de réaffectation avec le SAMETH 29 lors de la 1^{ère} phase du projet, et le chef de service de Mme A.

Les 1ers entretiens avec l'agent, son supérieur direct, le référent handicap et le médecin de prévention ont montré quelques points discordants sur la connaissance des indications médicales. La reformulation de la demande a permis de les clarifier.

La reformulation de la demande aux acteurs concernés était celle-ci :

« Nous concluons à la nécessité d'étudier le maintien dans l'emploi de Madame A à son nouveau poste, par la recherche de solutions techniques et ou organisationnelles en vue de compenser le handicap selon les étapes suivantes :

- étudier la situation et identifier les aménagements possibles pour permettre une plus grande autonomie dans l'activité de travail en limitant le transfert de tâches, au regard des limitations fonctionnelles et du collectif de travail (bureau partagé) ;
- tester, dans la mesure du possible, les équipements préconisés en situation réelle de travail, choisir les solutions en concertation : recueil de l'avis de l'agent, validation par le médecin de prévention, faisabilité dans le contexte de la structure.
- accompagner la mise en œuvre des choix retenus : appui aux demandes de financement, suivi. »

3.1.2 La phase d'analyse

3.1.2.1 *Le travailleur et la situation de handicap*

Mme A a débuté sa carrière à l'université, avec le niveau baccalauréat, en 1993, en tant qu'agent d'entretien. Entre 1993 et 2012, Mme A était affectée à l'une des UFR pour assumer les tâches inhérentes à l'entretien des locaux.

Il y a quelques années, du fait de la survenue d'une épicondylite gauche, elle a bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle. Cette épicondylite s'est aujourd'hui résorbée. Aujourd'hui, Mme A dit ressentir une douleur constante dans la partie basse du dos, mais particulièrement lors des statiques prolongées. Les solutions pour parer aux épisodes de douleurs plus intenses sont le traitement médicamenteux, qu'elle prend parfois au travail, et les changements de position. En général, le piétinement l'aide à augmenter l'endurance à la statique debout, ainsi que les stratégies d'appui : contre un mur, un meuble ou un plan de travail. La station couchée est douloureuse et la qualité du sommeil s'en retrouve diminuée, générant parfois un état de fatigue au travail. L'endurance à la station assise est améliorée par l'utilisation d'un coussin cunéiforme en mousse de forte densité. La douleur survient au bout de 15 minutes, malgré cette solution. Si Mme A peut changer de position, ceci n'est pas invalidant.

Au travail, Mme A suit les préconisations de son médecin traitant et du médecin de prévention en limitant au maximum le port de charge. Pour ce faire, elle évite le transport des caisses de courrier dans la loge et limite celui des colis. Elle sollicite alors l'aide de ses collègues de travail. Dans les cas où elle est seule, Mme A laisse la charge à l'endroit où elle a été entreposée en attendant l'arrivée d'une collègue. Ce transfert de tâches s'effectue soit spontanément (proposition des collègues) soit à la demande de Mme A, selon la situation.

Depuis l'affectation, Mme A a connu un nouvel arrêt de travail de 3 semaines du fait de douleurs lombaires (au début de la prise de poste).

S'agissant de l'ancien poste, Mme A le décrit comme particulièrement difficile. L'entretien des sols et leur décapage nécessitaient le déplacement du mobilier. L'AT est d'ailleurs survenu lors de la manutention d'une table. Mon échange avec le référent handicap a apporté une information complémentaire : il existait un conflit entre Mme A et sa hiérarchie. Le projet de réaffectation s'est imposé au vu du problème de santé de Mme A mais aussi de ce conflit latent. Ni le chef de service, ni Mme A ne souhaitaient une réintégration au poste d'agent d'entretien de ce fait.

3.1.2.2 *Le résultat des recherches documentaires sur le problème de santé de Mme A*

Mme A souffre de TMS⁷⁴ localisés au coude et au rachis. L'origine professionnelle en est clairement établie (accident du travail pour le rachis lombaire et maladie professionnelle pour le coude gauche). Les TMS regroupent plusieurs affections lors desquelles peuvent être lésés les tissus mous (tendons, bourses séreuses, vaisseaux sanguins, nerfs) et parfois aussi les structures articulaires, cartilages, os et muscles. Les données 2007 du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) indiquent l'importance des TMS dans les causes des consultations chez les travailleurs de plus de 50 ans. Il s'agit de la pathologie d'usure affectant majoritairement cette tranche d'âge [17].

La lombalgie est, selon l'ANAES⁷⁵, une « symptomatologie douloureuse inhabituelle de la région lombaire ». Les TMS sont des affections de l'appareil locomoteur et sont considérés comme une pathologie d'usure. Ils ont une origine multifactorielle. Les 3 facteurs à l'origine d'une altération du geste provoquant les TMS sont les suivants⁷⁶ :

- ✓ Le facteur personnel : l'âge, l'état de santé sont des caractéristiques inhérentes au facteur personnel.
- ✓ Le facteur biomécanique : intensité et durée des efforts, vitesse et répétitivité des gestes, précision des gestes et micromouvements, postures défavorables et/ou maintenues, manutention de charges, exposition au froid, aux vibrations, contraintes liées aux équipements de protection individuelle.
- ✓ Le facteur psychosocial et lié à l'organisation du travail : organisation en flux tendu, certaines gestions du personnel (gestion des compétences et évolutions de carrière, polyvalence dans certaines conditions, rémunération, statut et type de contrat de travail...), contraintes temporelles (liées aux clients, aux normes et procédures, à l'environnement socio-économique), stress, exigences cognitives, faible autonomie du travailleur vis-à-vis de l'organisation (manque de marges de manœuvre vis-à-vis des collègues, des machines, des possibilités de pauses, des anticipations des dysfonctionnements...), faible soutien social, climat social délétère.

« Selon la littérature biomécanique, un fort niveau de contraintes rachidiennes lombaires est généré par les manutentions de charges lourdes en situations (...) réelles de travail. Celles-ci entraînent une astreinte physique importante. Selon la littérature épidémiologique, le port de charge au travail est un facteur de risque de lombalgie⁷⁷ [18]. »

3.1.2.3 *L'historique de la situation de handicap au travail*

Pendant l'arrêt qui a suivi l'accident de travail sur son ancien poste, la mobilisation du SAMETH a été demandée par le médecin pour envisager la reconversion professionnelle de l'agent. Pour cela, la RQTH

⁷⁴ Troubles Musculo-Squelettiques

⁷⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

⁷⁶ Cours sur les TMS du Dr Rolin, master 2 EPRP, 2014-2015.

⁷⁷ Petit A., Roquelaure Y., « Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médicoprofessionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charge, » *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol 75, n°1, 2014, p.10

a été obtenue dans les suites de l'AT. Ce projet de reconversion a, dans un premier temps, été accompagné par le référent handicap, le médecin et la conseillère SAMETH.

Un bilan de compétences a été proposé par le SAMETH afin d'affiner l'orientation professionnelle. Le résultat de ce bilan a confirmé le niveau baccalauréat de Mme A. Il a aussi abouti à la solution d'une formation de base en bureautique pour cibler l'affectation à un poste d'agent administratif.

Dans les mêmes temps, le référent handicap a recherché, avec le soutien du SAMETH, des postes vacants qui pouvaient être en adéquation avec ce projet et les indications médicales. In fine, Mme A a pu intégrer un poste d'agent d'accueil à temps partiel. Ce nouveau poste, s'il est très apprécié par Mme A, pose la question du temps de travail. En effet, comme il a été précisé plus haut, Mme A souhaite retrouver une activité à temps plein. Mais aucun autre temps partiel n'est disponible à la faculté, selon le responsable handicap et le chef de service. En outre, selon la hiérarchie, la procédure d'affectation des agents de la fonction publique ne peut à nouveau être éludée, si un poste se libérait. Les supérieurs hiérarchiques avaient en effet dérogé à cette procédure pour organiser la réaffectation. Aujourd'hui, Mme A perçoit la totalité de ses émoluments. Elle semble inquiète par cette situation de temps partiel.

Ce projet est donc en attente. La proposition d'une nouvelle formation en bureautique n'a pour l'instant pas été retenue par l'encadrement du fait de l'absence de perspective actuelle d'un autre mi-temps à pourvoir.

3.1.2.4 Données sur l'entreprise

Le campus de l'université en question est constitué de plusieurs composantes, réparties sur un secteur géographique étendu sur la ville de Brest : 6 Unités de Formation et de Recherche, 1 Institut Universitaire de Technologie, 5 instituts ou écoles internes. D'autres unités sont intégrées au campus : La présidence, le Centre Local des Œuvres Universitaires et Scolaires, le Restaurant Universitaire, la médecine préventive ... La loge d'accueil au sein de laquelle travaille Mme A se situe dans une composante qui présente un caractère central, sur le plan géographique, et nous le verrons plus loin, sur le plan opérationnel.

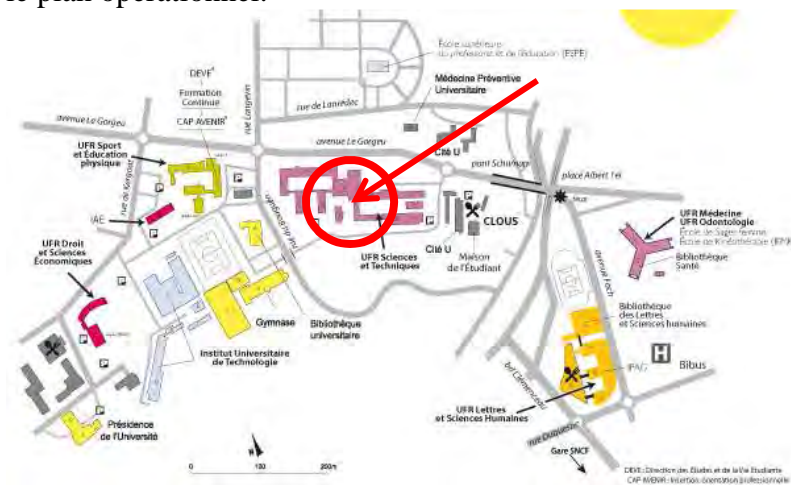


Figure 5 : Situation géographique de la loge d'accueil au sein de l'université

Les agents du pôle entretien de l'ensemble de l'université sont au nombre de 29. Le responsable direct de ces agents est à la tête du pôle service général entretien. Celui-ci est l'un des 7 pôles sous la gérance de la direction du patrimoine. Il existe des services d'accueil dans chaque unité. L'organisation du travail souhaitée par ce pôle est que chaque agent d'accueil soit polyvalent et puisse assumer les activités d'entretien des locaux de l'université, d'accueil, voire de gestion administrative ou de gestion de courrier.

Cette organisation est difficile à respecter aujourd'hui, au vu du nombre d'agents d'entretien en situation de handicap et de la pyramide des âges : les tâches inhérentes à l'entretien des locaux font souvent l'objet d'une restriction médicale pour les TH. Une restriction budgétaire a de plus limité les marges de manœuvre de distribution des temps de travail par UFR, ainsi que les possibilités de remplacement des agents.

3.1.2.5 L'étude de poste de Mme A

✓ Le service :

Au sein de la loge d'accueil travaillent 5 agents, dont une personne effectue les remplacements des congés. Elles partagent les missions:

- d'agent d'accueil, de manière habituelle pour 3 d'entre elles, selon un planning défini.
- de vaguemestre pour une autre dont l'activité concerne l'ensemble du campus.

Les agents d'accueil participent à la gestion du courrier de l'ensemble de l'université avec la vaguemestre, au sein de la loge. Toutes effectuent aussi des tâches d'entretien des locaux de l'UFR, à l'exception de Mme A.

L'étude de poste semblait d'emblée bien acceptée par l'équipe. Les collègues de Mme A connaissaient globalement le problème de santé en question. Ma présence en tant que stagiaire pour l'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés paraissait donc peu stigmatisante. Or, c'est aussi l'enjeu majeur dans un projet de ce type : limiter la stigmatisation du fait du handicap et des actions à mener. Il semble, qu'au contraire, la recherche de solutions revêtait un aspect positif pour l'équipe : pour Mme A mais aussi pour ses autres collègues. Au cours de cette étude, les agents ont d'ailleurs évoqué l'idée que les aménagements émanant du projet puissent profiter également au collectif.

✓ Le travail prescrit

L'agent d'accueil de l'UFR doit assurer les tâches :

- d'accueil du public,
- de standard téléphonique : gestion des appels entrant concernant le standard général de l'université et le standard de l'UFR,
- de contrôle de l'ouverture des barrières du parking,
- de réception et de tri du courrier et colis par voie postale à livrer dans le campus,
- de gestion et d'affranchissement du courrier de l'ensemble du campus avant départ,
- d'affranchissement des colis en partance,
- de réception et gestion des colis destinés à l'UFR, livrés par transporteurs.

✓ Le local de travail présente plusieurs zones :

- une zone bureau, davantage réservée à l'accueil physique et téléphonique, au contrôle des barrières et à l'affranchissement des colis de plus de 3 kg, colissimo et chronopost (logiciel dédié et impression étiquette...)
- un espace de tri et affranchissement du courrier (et colis en partance par voie postale classique) ;
- une zone de transit des colis livrés;
- une zone de stockage ;
- La loge d'accueil est située à proximité des boîtes aux lettres des services de l'ensemble de l'UFR : couloir attenant.

✓ Equipements et outils au sein de la loge d'accueil

- Poste informatique avec logiciel Expinet (gestion colis), Aastria (standard téléphonique avec annuaire intégré dédié aux appels entrant pour l'ensemble du campus), messagerie, imprimante.



- 2 téléphones: celui placé à gauche du bureau est relié au logiciel Aastria du poste informatique (combiné décroché; standard pour l'ensemble de l'université) ; celui de droite pour le standard de l'UFR, est indépendant du poste informatique et est utilisé pour le contrôle de la barrière du parking.
- Balance numérique pour l'affranchissement des colis en partance.
- Annuaire et registres : traçabilité des colis.
- Siège de bureau standard
- 3 plans de travail : pour le tri du courrier avant distribution, pour le tri et la gestion des recommandés et la préparation de l'affranchissement, un autre avec affranchisseuse et pèse-lettre, poste informatique et douchette (courrier et colis par voie postale classique).



Figure 7 : Zone affranchissement

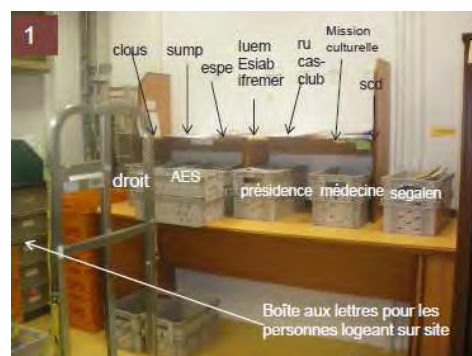


Figure 8 : Zone de tri du courrier interne de l'UBO

- 3 chariots de type servante : 1 pour le déplacement des caisses de plis par la vagemestre depuis la loge jusqu'au véhicule; 2 autres à disposition des professionnels de l'UFR afin d'acheminer, si besoin, les colis jusqu'à leur service. Les 3 servantes servent aussi de stockage des colis avant/après enregistrement sur le registre. Mais certains colis encombrants restent sur palette à l'extérieur de la loge en attendant leurs destinataires.
- Chariot de La Poste vidé après tri à rendre le lendemain au facteur, télévision, sono et micro, nécessaire de ménage, vestiaire.

✓ Le planning de travail et la journée type

Le planning hebdomadaire des agents d'accueil est organisé comme suit.

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
8h- 12h	Mme A	Mme 2	Mme 3	Mme 2	Mme A
13h30- 17h	Mme A	Mme 2	Mme 3	Mme A	Mme A

Tableau 3 planning hebdomadaire des agents d'accueil au sein de la loge

Le mercredi c'est l'agent d'une autre UFR qui travaille au sein de la loge. La vagemestre ou 4ème agent étant présent tous les jours et n'occupant pas les fonctions d'agent d'accueil ne figure pas dans ce planning, tout comme Mme « 5 » affectée à une autre UFR et n'occupant le poste d'agent d'accueil ou de vagemestre du service que durant les congés d'un membre de l'équipe.

La journée type d'un agent d'accueil et donc de Mme A se déroule ainsi :

- 8H arrivée de la poste et du chariot du courrier de l'ensemble de l'université.
- De 8h à 9h environ: tri du courrier (par composante) et gestion de la réception des recommandés avec la vagemestre. Départ de la vagemestre vers 9h (impératif) avec les caisses pour livraison dans les unités et composantes du campus.
- 8h30 : ouverture du standard téléphonique qui devient prioritaire, tout comme l'ouverture des barrières, sur les autres tâches. Ceci implique l'interruption de la tâche en cours.

- 9h : distribution du courrier interne à l'UFR dans les boîtes aux lettres du couloir prévues à cet effet : tri par service.
- 10h : mise en marche de l'affranchisseuse pour en contrôler son fonctionnement avant de débiter l'affranchissement des plis et colis < 3kg ou tarif normal selon dépôt/arrivage, au cours de la journée (apportés par les professionnels de l'UFR): anticipation avant le flux important d'affranchissement à 16h.
- 11h : retour de la vagemestre avec le courrier en partance pour l'affranchissement
- 16h : arrivée de la vagemestre avec nouvelle tournée de courrier et colis à affranchir (2ème tour des composantes et unités). L'affranchissement doit se faire impérativement avant 17H00: départ de la vagemestre vers le centre de tri de la Poste.

De plus, au cours de la journée, il faut assurer :

- L'accueil physique et renseignement des visiteurs et professionnels.
- La gestion des colis arrivés ou en partance.
- La gestion du courrier arrivé ou en partance tout au long de la journée : affranchissement....., afin de prendre de l'avance (anticipation /marge de manœuvre nécessaire).
- Le contrôle de la barrière via le standard de l'UFR.

✓ Le travail réel

Des pics d'activité sont à noter au cours de l'année :

- Durant décembre = flux important de colis livrés, générant un stock dans la loge et une intensification des opérations inhérentes à la traçabilité (registre) et à l'appel des destinataires des colis.
- Fin août /début septembre : avant la rentrée, arrivage important du courrier à trier (une quarantaine de caisses). Deux journées y sont dédiées. Les standards sont alors fermés.
- Retours de vacances ou semaines avec jour férié : le flux du courrier arrivant est plus important à la reprise de poste.
- Mai : les recommandés pour inscription arrivent en nombre et sont à traiter.
- A la 4ème semaine du mois : distribution/envoi des bulletins de salaires selon 2 modes : par voie postale et par courrier interne.

Des pics d'activité sont repérés aussi dans la journée :

- De 8h à 9h et de 16h à 17h lors du tri et de l'affranchissement
- En fin de matinée = livraison des colis -parfois de manière simultanée- par les transporteurs. Or, ceux-ci sont tenus à des impératifs horaires, et doivent être rapidement libérés. L'agent doit rapidement signer la tablette du livreur pour tracer la réception.

Les interruptions de tâches sont importantes : lors des appels téléphoniques, de l'arrivée d'un transporteur. Les situations en double tâche sont récurrentes nécessitant des arbitrages sur les priorités ou sur la stratégie à mettre en œuvre: gestion de l'ouverture de la barrière et accueil téléphonique, poursuite de l'affranchissement pendant l'accueil téléphonique. Les 2 standards sonnent très souvent en même temps...

Il est par ailleurs important de noter les déplacements répétés lors des tâches autres que la gestion du standard téléphonique.

✓ Activités contraignantes observées au regard des restrictions médicales :

- Manutention des colis lourds au sein de la loge: les poids sont compris entre 100 grammes et 30 kg (poids maximum), ces derniers étant rares (Malgré ma demande, aucune extraction du logiciel de traitement des colis n'a pu être faite pour mettre en évidence les poids, la

fréquence de leur affranchissement...). Plusieurs opérations sont nécessaires : soulever depuis le sol ou depuis les plans de travail et les 3 servantes, basculer, tourner, pousser, tirer, glisser, déplacer, poser à proximité ou à bout de bras.

- Manutention des caisses de La Poste remplies de courrier : les caisses sont de poids inégaux. Une caisse pleine de simples plis pèse environ 15kg (pesée au cours des observations). Les manipulations nécessaires sont les suivantes : soulever depuis le chariot ou le plan de travail voire le sol, déplacer, poser, glisser, empiler.
- Statique assise prolongée au bureau. Il est à noter qu'aucune observation des situations de travail n'a mis en évidence de statique debout prolongée : le piétinement et les déplacements étaient au contraire nécessaires pour effectuer les tâches de travail.

Les circonstances du port de charge sont diverses et méritent d'être solutionnées en fonction des différents process. De plus il s'agit de solutionner le confort de la station assise au bureau.

✓ **Situation de travail n°1 : la réception et le tri du courrier livré par la Poste le matin :**

Les plis et colis sont livrés dans le chariot de la poste. Le tri a duré entre 20 et 35 minutes ; en comptant la gestion des recommandés, plus d'une heure a été nécessaire. Le tri se fait à 2 agents et nécessite beaucoup de déplacements.

Process mis en œuvre :

Le chariot de la Poste est placé au centre de la loge => saisie du courrier par petits paquets => le paquet est posé sur plan de travail => tri du courrier dans les caisses posées sur le plan de travail => quand la caisse du chariot est vidée => dépose de la caisse vide au sol.

Lorsqu'une caisse est remplie de courrier trié : saisie de la caisse => dépose au sol => mise en place d'une nouvelle caisse vide.

Les caisses de tri sont remplies de manière inégale. La caisse de l'UFR posée sur le sol est celle qui a compté le plus de plis le jour d'une observation : 65.



Figure 9 : Remplacement d'une caisse remplie de plis par une caisse vide

Le nombre et la rapidité des opérations sont importants pour cette activité.

L'agent d'accueil doit procéder ensuite au tri pour les boîtes aux lettres de l'UFR. Mme A a 2 stratégies pour déplacer le courrier jusqu'aux boîtes aux lettres du couloir : reprendre des petits paquets de plis ou demander l'aide d'une collègue de travail pour soulever la caisse et la transporter jusqu'à la table entreposée dans le couloir.

Process mis en œuvre pour le courrier à livrer dans les autres composantes :

La servante est placée au centre de la loge => le courrier des caisses remplies jusqu'au sommet des caisses est réparti dans 2 caisses (pour diminuer la charge) => celles-ci sont posées sur la servante de manière organisée en fonction de la tournée => déplacement de la servante par la vagemestre jusqu'au véhicule => chargement du véhicule => retour de la servante à la loge d'accueil.



Figure 10 : Chargement des caisses sur la servante par la vagemestre

✓ **Situation de travail n°2 : la gestion du courrier transitant par la loge au cours de la journée pour l'affranchissement et la distribution interne:**

Process : les caisses vides sont préparées => le courrier arrive lors de 2 tournées de la vagemestre (11h et 16h) => 16h arrivée de la vagemestre apportant les caisses à l'aide d'un diable => les caisses chargées de plis sont posées au sol par la vagemestre pour éviter le port de charge à Mme A => extraction des plis par petits paquets => nouveau tri du courrier par Mme A et affranchissement par la vagemestre. L'affranchissement doit être terminé impérativement à 17h (contrainte temporelle). => chargement des caisses de courrier affranchi sur la servante par la vagemestre => déplacement de la servante jusqu'au véhicule=> nouveau chargement.

✓ **Situation de travail n°3 : la gestion des colis arrivant pour les professionnels de la fac.**

Il existe 2 situations : celle des colis livrés par voie postale destinés à l'ensemble du campus et celle des colis livrés par transporteurs : destinés à l'UFR.

Process Voie postale : arrivée des colis par le chariot de la Poste => dépose du colis sur le bureau ou au sol par l'agent (selon l'encombrement) => manipulation des colis pour rechercher le nom du destinataire (sur étiquette, en l'ouvrant ou en appelant le service comptabilité, selon l'agent en service, le process est différent) => recherche du n° de téléphone du destinataire sur l'annuaire => appel au destinataire (et mail selon l'agent, pour assurer la traçabilité) => renseignement du registre => le colis est alors laissé sur le bureau ou posé sur la servante => arrivée du destinataire => enlèvement du colis (parfois le destinataire prend une servante ou vient avec celle de son service) => signature du registre de la loge.

Seuls les colis destinés à l'UFR sont livrés à la loge, par des transporteurs Ces transporteurs livrent selon leur tournée, dans la journée, avec un pic d'activité en fin de matinée (entre 11h et midi). Parfois ces transporteurs arrivent en même temps ou de façon très proche, ce qui crée une intensification de l'activité et des interruptions de tâche.

Process transporteurs : A l'arrivée du transporteur => dépose du colis selon son encombrement l'espace disponible : 1) sur le bureau, 2) sur le sol, 3) sur les servantes, 4) sur palette laissée dans le couloir => l'agent interrompt sa tâche (car le livreur est pressé) => l'agent vérifie que colis est destiné à l'UFR => et signe la tablette du transporteur => départ du transporteur.

Les transporteurs déposent plusieurs colis, empilés ou en vrac. L'agent procède alors à la manutention des colis pour chercher l'étiquette et le nom du destinataire (saisie, dépose, retournement...). Les manutentions à bout de bras sont nécessaires du fait de l'impossibilité de faire le tour des 3 servantes.

Puis l'agent découpe le bon de livraison collé sur le carton ou ouvre le colis => enregistrement des références sur le registre => appel au destinataire doublé d'un mail pour assurer la traçabilité (pour 1 agent présent le mercredi, jour pour lequel il est difficile de joindre les destinataires du fait d'absences plus récurrentes).



Figure 11: Manutention des colis après départ du transporteur

Une contrainte s'impose aux agents, celle de joindre rapidement le destinataire, pour 2 raisons :

1. Eviter l'encombrement de la loge par les colis (espace réduit)
2. Préservation de la conservation des colis réfrigérés. Dans ce cas précis 2 stratégies sont mises en place selon l'agent en poste : Si la livraison est proche de l'heure de fermeture, l'agent demande au livreur de revenir plus tard ou recherche un réfrigérateur pour l'entreposer.

Une difficulté relatée par 2 agents met en évidence l'absence de « marche en avant » couplée à l'interruption de tâche. En effet, si le téléphone retentit, il faut laisser l'enregistrement en cours pour répondre. Le retour à l'activité d'enregistrement nécessite de retrouver le colis en cours, de le soulever à nouveau... La stratégie utilisée pour certains agents est de mettre une croix sur le carton.

✓ **Situation de travail n° 4 : la gestion des colis à affranchir avant départ :**

Les colis au départ arrivent selon 2 modes : par la vaguemestre après sa tournée ou par les professionnels de l'UFR.

Process : dépose du colis sur bureau ou sur le plan de travail par le professionnel de la faculté ou la vaguemestre au retour de sa tournée => ouverture du programme informatique => déplacement du colis par l'agent jusqu'à la balance => pesée => transport du colis jusqu'au bureau ou laissé au sol => renseignement des données dans le programme informatique => impression étiquette => collage de l'étiquette sur le colis affranchissement sur le bureau => transport du colis affranchi jusqu'à la zone de tri

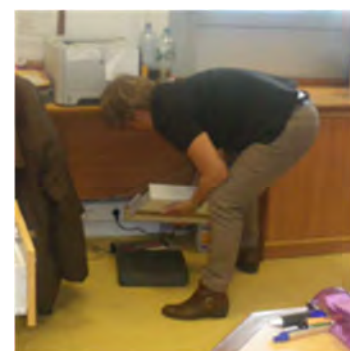


Figure 12 : Pesée d'un colis

La balance posée au sol induit des postures en flexion de rachis avec manutention de charge. Cependant, d'après les agents, il est nécessaire de pouvoir la placer à cet endroit pour les cas des colis encombrants.

✓ **Les situations de travail n° 5 nécessitant la station assise :**

Des postures contraignantes sont fréquentes par absence de soutien des lombaires et du fait de la saisie au clavier à bout de bras. Les documents placés au plus près nécessitent d'éloigner le clavier.

De plus, des positions en rotation/ inclinaison du rachis sont usitées par Mme A et l'ensemble des agents dans plusieurs circonstances : pour placer le papier et saisir les étiquettes des colis dans l'imprimante et lors des doubles tâches. La position de l'imprimante et la nécessité de tenir le combiné téléphonique oblige Mme A à adopter des positions assises néfastes.



Figure 13 : Différentes postures contraignantes du rachis en station assise

3.1.2.6 Les données complémentaires recueillies lors des entretiens et des échanges informels

Selon la responsable de service, « les agents en poste à la loge se sont certainement senties un peu punies à l'arrivée de Mme A ». En effet, Mme A n'effectuant pas les tâches d'entretien, elle ne peut remplacer ses collègues lors des congés et ceci rend plus complexe l'organisation du travail. Toujours selon la responsable, si ce transfert de tâche était difficilement vécu au sein de l'équipe au début, il semble l'être de façon moindre à ce jour. En effet, l'ambiance de travail est particulièrement bonne, Mme A ayant réussi à s'intégrer parfaitement et à être rapidement opérationnelle dans le service.

Selon Mme A, l'intégration à ce nouveau service a effectivement été un peu difficile pour ces 2 mêmes raisons. De plus, la loge est particulièrement « investie » par une de ses collègues et toute modification des habitudes est refusée : changer de place au pèse-colis était par exemple impossible jusqu'à présent. Cependant, Mme A affectionne particulièrement ce nouveau poste qu'elle trouve intéressant. De plus, il nécessite des changements de positions fréquents, stratégie repérée pour diminuer les douleurs. L'ambiance de travail est globalement bonne, Mme A ayant tout mis en œuvre pour que cette reconversion puisse se pérenniser. Mme A fait aujourd'hui quelques manutentions. Il lui est en effet difficile de solliciter l'aide des collègues à chaque occasion. Cette aide est pourtant apportée de plus en plus spontanément.

Lors d'un échange avec une collègue de Mme A, il m'a été confié qu'il était « étonnant qu'une personne qui ne pouvait pas porter de charges ait pu intégrer l'équipe. La qualité du service que les agents se devaient d'apporter aux professionnels de l'UFR s'en retrouvait forcément dégradée ».

Mme A semble stigmatisée par le transfert de tâche au collectif ainsi que par le manque de polyvalence inhérent aux restrictions (inaptitude aux tâches de ménage). Il était donc indispensable de trouver les solutions lui permettant d'effectuer l'activité au sein de la loge en toute indépendance.

Enfin, les observations et les échanges avec Mme A ont mis en évidence une situation sans rapport direct avec les restrictions médicales et qui semblait particulièrement contraignante : l'ambiance sonore de la loge d'accueil. En effet, l'écoulement des eaux usées dans le tuyau d'évacuation et le bruit de l'affranchisseuse rendaient souvent les conversations téléphoniques difficiles. Or cette contrainte pouvait occasionner des tensions musculaires pour Mme A et accentuer les douleurs. Les échanges avec les autres agents ont montré que cette contrainte affectait l'ensemble du collectif de travail.

3.1.3 La recherche de solutions

L'analyse de chaque manutention de charge m'a amenée à explorer les différentes pistes de solutions possibles : techniques et organisationnelles. Je me suis d'abord rendue au centre de tri postal vers lequel était acheminé le courrier au départ du service : le « Dourjaq » de Brest. Ceci semblait intéressant afin

d'observer le matériel de manutention utilisé lors des déplacements des caisses et colis et d'observer l'organisation des postes dédiés au tri.

J'ai ensuite établi un cahier des charges précis concernant le matériel à envisager pour le transport des caisses et des colis : maniabilité, poids des charges, dimensions. Il s'agissait aussi de trouver une solution pour que ce matériel encombre le moins possible la loge d'accueil, afin de ne pas gêner l'activité de l'équipe.

Puis des prises de contact avec des fournisseurs se sont faites par mail et téléphone : pour obtenir des avis techniques, trouver des dessertes et chariots élévateurs (électriques, manuels), de chariots à niveau constant.

Je suis allée tester des chariots chez un fournisseur pour vérifier leur adéquation avec le cahier des charges.

J'ai aussi exploré la piste du système de scan des colis qui pouvait diminuer le nombre de manutentions : une information précise a pu m'être donnée lors d'un rendez-vous téléphonique avec le fournisseur-installateur. Le traitement des colis par le scan limitait en effet les retournements et donc les manutentions. Cette piste semblait également pertinente pour la mise en place d'une marche en avant et la limitation des interruptions de tâches des opérations inhérentes à la traçabilité des colis entrant. Le dispositif intégrait en effet l'envoi d'un mail ou d'un texto vocal automatique au destinataire.

Malgré toutes ces recherches et mes réflexions, il s'est avéré impossible de réduire la totalité des manutentions. Une situation devait nécessiter, de fait, le soutien des collègues de Mme A : le déchargement des colis livrés par le chariot de la Poste à 8h. Il n'a malheureusement pas été possible de définir le nombre de colis pouvant arriver par ce process ni leur poids sans l'extraction du logiciel. Un échange préalable avec Mme A et l'ensemble des agents a permis de comprendre que ceci était envisagé, au vu de la hauteur de saisie des colis sur le chariot de la Poste.

Enfin, j'ai pris contact avec un fournisseur de matériels spécifiques de bureau afin d'organiser un essai de matériel : siège multipositions et adapté à la morphologie de Mme A, pour lui permettre une station assise au confort optimal. Ainsi, je cherchais à limiter la situation de handicap grâce aux changements de postures favorisés par la bascule de l'assise et du dossier. Ce siège devait être équipé d'un repose-tête pour permettre une posture de détente lors de la pause déjeuner que Mme A prend dans le bureau. Le soutien lombaire de ce fauteuil devait être suffisant pour limiter les tensions musculaires et donc les douleurs. L'ajustement de la hauteur des accoudoirs devait favoriser un soutien des membres supérieurs, la hauteur de l'assise être ajustée à celle du plan de travail. Un repose-pied s'avérait de fait nécessaire. La profondeur d'assise de ce siège devait permettre la répartition des appuis. Enfin, Mme A devait connaître tous les réglages et pouvoir les réajuster selon sa convenance. Un essai de plusieurs jours était à organiser avant de faire une évaluation sur le confort apporté. J'avais aussi prévu un support de documents coulissant pour rapprocher le clavier et éviter la saisie « à bout de bras ». Ceci avait pour but de limiter les contraintes rachidiennes globales.

Suite à cette phase de recherche et d'analyse, j'ai pu définir mes préconisations qui devaient être débattues lors de la restitution programmée le 1^{er} juin. Voici les pistes de solutions trouvées :

1. Le tri du courrier livré par le Poste

- 1.1. Pour éviter que Mme A manutentionne une caisse pleine de courrier (15kg) jusqu'au sol : possibilité de la vider de moitié dans une caisse située sur une tablette coulissante au-dessous (fig.15).
- 1.2. le déplacement du courrier de l'UFR sciences jusqu'aux boîtes aux lettres du couloir: utilisation d'une desserte mobile et réglable sur laquelle serait posé ce bac (fig.14)
- 1.3. Le déplacement des caisses jusqu'à la servante placée au centre de la pièce : poursuite de la stratégie déjà en place de démultiplier le poids des bacs avant de les déplacer (poids de 7 à 8 kg).

2. Le tri du courrier en fin de journée :

Pour éviter le port des bacs de courrier entre le diable et le plan de travail, privilégier la prise du courrier extrait par petits paquets directement depuis la caisse laissée sur le diable. Placer le diable au plus près du plan de travail.



Figure 15 : Desserte à réglage électrique

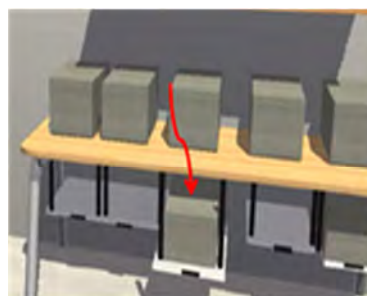


Figure 14 : Tablettes coulissantes porte-caisses

3. Gestion des colis livrés

- 3.1. Aménager un plan de travail à la place des 3 servantes. Une seule servante serait entreposée à proximité. Ainsi les livreurs pourraient poser leurs colis sur ce nouveau plan de travail. Une fois traités, les colis lourds pourraient être, si nécessaire, glissés sur la servante mobile réglable en hauteur placée à proximité. Les colis légers le seraient sur une étagère au-dessus (fig.16). La solution d'une

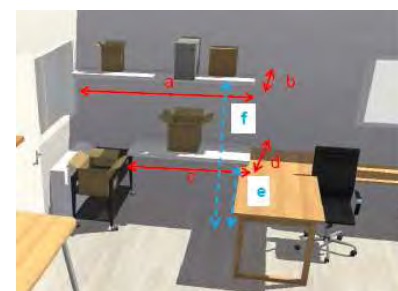


Figure 16 : Aménagement d'étagères de dépôt et traitement des colis

servante à réglage manuel (fig.17) devrait permettre d'y glisser les

colis depuis le plan de travail au fur et à mesure de leur arrivée et en descendant la hauteur du plateau progressivement. Ce chariot servirait aussi de servante à la vagemestre pour charger les bacs courrier du matin dans le véhicule. Ceci nécessite de revoir le stockage des 2 autres servantes. La solution de les entreposer dans le couloir près des boîtes aux lettres et d'y placer un antivol est préconisée.

- 3.2. Le scan des colis : Le code barre serait enregistré par douchette puis par bluetooth sur le système informatisé. En plus de limiter le nombre de manutentions, ce système pourrait faciliter les tâches inhérentes à la gestion des colis, de manière globale et donc la marche en avant. Le nom du destinataire apparaîtrait sur l'écran de la douchette et un mail lui serait envoyé automatiquement (texto vocal sur téléphone, en option). A l'arrivée du destinataire, la signature se ferait sur l'écran.



Figure 17 : Chariot à réglage manuel servant aussi de table élévatrice

4. Gestion des colis au départ :

Entreposer la balance sur la desserte mobile et réglable (proposée pour le déplacement de la caisse courrier). Le colis serait glissé sur cette balance. Cette desserte pourrait être mise en évidence pour que les professionnels de la faculté posent leurs colis directement dessus. Si le colis est trop encombrant, la balance serait posée sur le sol comme à l'habitude (pas de gêne pour les autres agents).

5. Améliorer l'endurance et le confort à la station assise :

- 5.1 Par la mise en place d'un siège de bureau répondant aux critères décrits ci-dessus, le repose-pied et le support document (fig. 18). Le matériel est toujours en test au moment de l'écriture de ce mémoire. Le retour était positif au dernier jour de mon stage
- 5.2 En proposant de revoir l'organisation de l'espace bureau et de rapprocher l'imprimante afin de limiter les rotations-inflexions du rachis lombaire.
- 5.3 En équipant le standard d'un casque de téléphone permettant une liberté de mouvement et la limitation des rotations-inflexions du rachis surtout



Figure 18 : Pupitre coulissant

lors des moments d'affluence téléphonique (double tâche). Le décrochage du téléphone se ferait aussi sans précipitation alors que Mme A effectue une autre tâche à un autre endroit. En effet, le casque permet le décrochage en appuyant sur le bouton situé à l'oreillette alors que Mme A se déplace dans la loge d'accueil ou dans le couloir.

Le champ d'intervention du SAMETH 29 ne concerne uniquement que la compensation du handicap et non l'amélioration des conditions de travail globales. Ceci est une commande de l'AGEFIPH. Néanmoins, d'autres axes d'amélioration ont été proposés en rapport avec les conditions de travail globales (hors situation de port de charge et de position statique prolongée) :

- ✓ Etudier la possibilité de rassembler les 2 standards, celui de l'UBO et celui de l'UFR, afin de limiter au maximum les doubles tâches et de réduire la charge mentale inhérente à cette activité.
- ✓ Proposer de passer un relais au technicien hygiène et sécurité de la faculté pour l'évaluation des contraintes sonores du service.

3.1.4 La restitution des observations et la co-construction des solutions

La 1^{ère} restitution des résultats de mon étude, programmée le 1er juin dernier, devait se faire en présence de Mme A, d'une de ses collègues de travail, de leur chef de service, de son adjoint, du médecin de prévention et de la responsable du SAMETH 29. L'ensemble de l'équipe intervenant à la loge d'accueil ne pouvant être présent lors de la restitution, la prise en compte de chacun des avis leur avait été assurée. Les personnes ne pouvant assister à cet échange étaient Mme « 3 », Mme « 4 », la vagemestre et l'agent assurant les remplacements.

J'ai préparé un document powerpoint pour cette restitution (annexe 4). La projection de celui-ci devait permettre aux acteurs de comprendre le cheminement de l'analyse et de se représenter les solutions possibles : par des dessins, des photos, la mise en évidence des process, des stratégies communes et particulières. Il fallait animer le débat : chacun était invité à donner son point de vue, à apporter d'autres idées si possible.

Ce powerpoint devait aussi être exploité, après mon départ, par la responsable du SAMETH 29 et la chef de service de la loge pour l'organisation des essais de matériel, pour la restitution finale par la responsable du SAMETH aux mêmes participants et aussi pour l'argumentaire nécessaire aux financeurs que sont le FIPHFP et l'employeur.

A l'issue de cette restitution, toutes les propositions ont été retenues, sous réserve de pouvoir tester le matériel de manutention, à l'exception du dispositif de scan des colis. Ceci était dû au fait que les destinataires des colis étaient souvent mal renseignés sur les étiquettes: erreur de service, de nom... Le scan s'avérait donc peu pertinent pour l'instant mais devait s'envisager peut-être plus tard, après résolution de cette imperfection...

A la suite de cette restitution et co-construction: la responsable de service a également décidé de mettre en place une procédure à l'attention des livreurs de colis, afin que les livraisons ne puissent se faire dans le dernier ¼ d'heure avant la fermeture de la loge et ce, pour l'ensemble des loges de l'université.

Le but était de faciliter la tâche des agents de manière générale. De plus, les travaux à effectuer (tablettes coulissantes, plan de travail pour les colis...) pouvaient être faits par les services techniques de l'université.

Cette première restitution a également permis de mettre en œuvre un nouveau plan d'action et les essais de matériel devaient être programmés par la responsable du SAMETH 29, qui prenait le relais de l'accompagnement de Mme A, du fait de la fin de mon stage.

Après ces essais, une 2^{ème} restitution devait permettre la validation ou les réajustements du projet par les mêmes acteurs, le plan de financement devra être réalisé par la responsable du SAMETH 29 et le

réfèrent handicap de la faculté. L'argumentaire pour le FIPHFP devra être finalisé par le biais d'un rapport rendant compte de cette validation, des objectifs des aménagements et du coût financier. L'accompagnement par le SAMETH 29 devra se faire jusqu'à la mise en place de l'ensemble des aménagements.

3.2 Cas d'étude n°2 : M. B

3.2.1 Situation et analyse de la demande

M. B, 57 ans, est salarié d'une compagnie d'assurances en tant que chargé d'affaires pour une clientèle de professionnels et de collectivités.

Le « signalement » de la situation de handicap au travail au SAMETH 29 est fait par une des responsables du service RH⁷⁸ et référente handicap de l'entreprise. C'est l'assistante du SAMETH 29 qui recueille les premiers éléments :

Monsieur B souffre de douleurs à la station assise au bureau et lors des déplacements avec le véhicule de fonction.

Actuellement en poste, M. B est détenteur de la RQTH depuis janvier 2014 (Nous en verrons la raison au chapitre suivant). La nécessité de l'intervention du SAMETH est annoncée comme urgente par la responsable RH car sans celle-ci, la situation va aboutir à un arrêt de travail. Lors de ce « signalement » elle précise que le salarié ne souhaite pas de reclassement en interne ni de réorganisation de ses tâches. La compagnie d'assurances a signé un accord agréé au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Le taux d'embauche des BOETH ayant atteint les 6%, ce qui permet l'accompagnement du salarié par le SAMETH 29.

Des mesures de maintien ont déjà été prises en interne par la référente handicap et validées par le médecin du travail : la location d'un véhicule particulier dont le surcoût du fait de la compensation du handicap est actuellement financé par l'AGEFIPH. Mais, toujours selon les informations recueillies par l'assistante, cette solution n'est plus adaptée aujourd'hui.

Quelques jours après l'appel de la responsable RH, M. B a également appelé lui-même le SAMETH 29 pour demander que sa situation soit gérée au plus vite du fait de ses douleurs qu'il dit aggravées par l'inconfort du véhicule de fonction. Il a fait des démarches auprès de son médecin du travail pour obtenir un rendez-vous (une « visite à la demande ») afin d'obtenir l'autorisation d'un accompagnement SAMETH.

A la suite de la consultation, le médecin du travail a précisé les mentions suivantes: « apte ; étude de poste à faire, voir l'aménagement du bureau et du véhicule pour diminuer les contraintes de l'assise prolongée et sur le membre inférieur gauche ».

L'interlocuteur de l'entreprise auprès du SAMETH 29 est la référente handicap du service des ressources humaines, basée au siège régional à Rennes.

Reformulation de la demande : elle était la suivante: « Après échanges avec l'ensemble des acteurs, nous proposons de rechercher des solutions au maintien dans l'emploi, les limitations fonctionnelles de Monsieur B nécessitant une prise en compte spécifique. La mise en œuvre suivra les étapes suivantes :

- Réaliser une analyse approfondie des situations de travail afin de repérer les contraintes précises et les ressources du poste de M. B dans sa globalité.
- Identifier les aménagements techniques et organisationnels à mettre en place au regard des limitations fonctionnelles.
- Tester des dispositifs techniques pour améliorer le confort du poste de travail de bureau et celui du véhicule, en respectant pour celui-ci une progression : d'abord des coussins spécifiques avant

⁷⁸ Ressources Humaines

d'envisager un coussin « sur-mesure » ou éventuellement un changement complet de siège ou de véhicule.

- Choisir les solutions en concertation avec l'ensemble des parties concernées : avis du médecin du travail, faisabilité dans le contexte, priorisation en fonction des besoins du salarié et de l'entreprise.
- Accompagner la mise en œuvre des choix retenus : constitution de demande de financement.

Un point d'étape est prévu avec Monsieur B le 23 avril prochain, nous reviendrons vers l'ensemble des acteurs à l'issue des 1ers essais. »

3.2.2 La phase d'analyse

3.2.2.1 *Le travailleur et la situation de handicap*

M. B a effectué la totalité de sa carrière au sein de l'entreprise. Il a été embauché le 1^{er} février 1980 après un baccalauréat. Il a suivi une formation commerciale organisée par l'entreprise suite à cette embauche. Sa carrière est la suivante: d'abord sur un poste de chargé d'affaires en assurance pour les particuliers pendant 10 ans, il a suivi une nouvelle formation, lui permettant d'intégrer un poste de manager et de chargé d'affaires pour la clientèle des professionnels et des collectivités. M. B préférant le contact clientèle, ses missions ont pu être réorganisées en ce sens. Il n'a plus, aujourd'hui, de responsabilité dans la gestion d'équipe. M. B apprécie beaucoup son travail. Il bénéficie de l'accord sénior de l'entreprise et forme les jeunes collègues qui intègrent la société (tutorat). Il travaille à temps complet et se trouve à 4 ans de son départ à la retraite.

Le médecin du travail a précisé que M. B souffrait de douleurs chroniques. Même si M. B n'avait à nous divulguer son problème de santé, celui-ci a souhaité nous en parler spontanément lors de notre première entrevue. Il a souhaité compléter ces informations au fur et à mesure de l'accompagnement : M. B souffre de pubalgies depuis 2005. Il s'agit, selon M. B et d'après le diagnostic médical d'une douleur à l'insertion de l'adducteur et en face interne de la cuisse gauche, du fait d'une tendinite chronique. La situation de handicap au travail est survenue en 2010. En effet, les douleurs sont devenues invalidantes lors des trajets professionnels. Aujourd'hui M. B explique que la douleur est positionnelle et accentuée par l'appui. La station assise est difficile au bureau, mais davantage dans le véhicule de fonction. Les positions accroupie et à genou sont impossibles du fait de la douleur. La station assise est soulagée par la libération totale de l'appui ischiatique gauche : il s'assoit donc le plus souvent sur la fesse droite, en position asymétrique, ce qui était observable lors de notre entretien. La position couchée et debout ne posent pas de problème, la marche et le piétinement non plus.

Selon M. B, la tendinite a été provoquée par une activité sportive intense. M. B relate faire beaucoup de sport, souvent avant sa journée de travail : course à pied et vélo principalement. Il a suivi un long parcours de soins, dans les premières années suivant le diagnostic, du fait de douleurs de plus en plus invalidantes : consultations médicales, kinésithérapie, soins de podologie, attribution de semelles orthopédiques, anti-inflammatoires, essai de short compressif. L'arrêt du sport pendant plusieurs mois n'ayant pas amélioré la situation, M. B a repris ses activités physiques, en sélectionnant le terrain de ses courses afin qu'il soit plus souple.

Les soins de kinésithérapie ont été arrêtés, sur les conseils du thérapeute : « Tant que le véhicule de fonction n'aura pas été changé, les bénéfices de la kiné ne seront pas satisfaisants ». En effet, M. B considère que la situation de handicap au travail est corrélée au changement de véhicule de fonction. Avant l'attribution de la Renault Clio en 2010, le problème était « gérable » et n'avait pas d'incidence sur le travail. Quelques mois après la mise à disposition de cette Clio, des essais de véhicules de fonction ont alors été organisés par la référente handicap de l'entreprise avec l'aval du médecin du travail. Un nouveau véhicule de fonction a été attribué, identique au véhicule personnel précédent : le Renault Scénic. La solution a convenu quelques temps mais n'est plus satisfaisante. Aujourd'hui, une forte douleur survient dans ce Scénic au bout de 20 minutes de trajet. Cette douleur est inexistante lors des trajets avec le véhicule personnel (un Nissan Qashqai), récemment acquis pour son confort optimal.

Aucune thérapeutique n'est en place actuellement. Le médecin traitant a aussi, selon M. B, évoqué la nécessité de changer ce véhicule.

Les stratégies que M.B a lui-même trouvées pour faire face à ses difficultés : M. B a noté qu'une position assise haute (ouverture de l'angle de flexion-extension de hanche) le soulageait. L'acquisition d'un coussin cunéiforme lui permet de trouver cette position haute et d'assouplir l'assise. Une amélioration est apportée par ce coussin mais reste insuffisante au vu des douleurs importantes. Selon M. B, la densité du matériau a une incidence. Il faut aussi trouver une solution pour réduire l'appui de la zone douloureuse. Nos échanges ont mis en évidence que la station assise était évitée au domicile : les moments de détente ont lieu en position semi-couchée dans le canapé. Enfin, M.B n'a jamais connu d'arrêt de travail pour ce problème.

3.2.2.2 *Le résultat des recherches documentaires sur le problème de santé de M. B [19], [20], [21]*

La pubalgie du sportif est définie comme une maladie du carrefour pubien lié à l'effort sportif. Elle est provoquée par une anomalie anatomique couplée à un déficit fonctionnel (raideur ou faiblesse musculaire des ischio-jambiers, psoas, adducteurs ou abdominaux) qui affaiblissent la région inguinale face aux forces de cisaillement. Avec la pratique sportive, des traumatismes et microtraumatismes peuvent déclencher la pubalgie. Dans le cas des microtraumatismes, la chronicisation de la pathologie est possible. Les facteurs de risque sont donc intrinsèques et extrinsèques, par l'excès d'activité physique. Les contraintes répétées sur les structures anatomiques provoquent les douleurs, qui peuvent être accrues par l'étirement des adducteurs. Il s'agit d'une pathologie d'hypersollicitation, un trouble musculo-squelettique d'origine sportive. L'âge est un facteur important dans la survenue de ce type d'affection de l'appareil locomoteur.

« La définition de la douleur proposée par l'International Association for the Study of Pain témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité : la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Ce symptôme existe dès qu'elle affirme la ressentir (...) Il y a douleur chronique lorsqu'elle présente plusieurs de ces caractéristiques :

- ✓ *Persistance ou récurrence qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois.*
- ✓ *Réponse insuffisante au traitement.*
- ✓ *Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles de la personne dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.*

La douleur chronique peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques, (...) d'une difficulté de la personne à s'adapter à la situation⁷⁹ ».

Le retentissement socio-professionnel est important (arrêt de travail, litiges, reclassement). Selon les recommandations [21], il est nécessaire d'objectiver l'évaluation de la douleur dans la recherche de solutions : intensité, topographie, facteurs soulageant et aggravant, durée, variabilité. La douleur chronique peut être associée à des troubles anxieux et/ou dépressifs. Des interprétations et croyances sont parfois associées de la part de la personne, sur le mécanisme, ses causes, les traitements....

3.2.2.3 *L'historique de la situation de handicap au travail*

Une procédure a été mise en place au sein de l'entreprise de M.B par la référente handicap, pour les salariés en situation de handicap : lorsqu'une difficulté occasionnée par un problème de santé est repérée par le médecin du travail à l'occasion d'une visite médicale, il propose un rendez-vous avec la référente handicap afin de chercher des solutions. La gestion de la situation de handicap de M. B a débuté en 2010 selon cette procédure : il fallait changer de véhicule de fonction au vu des douleurs accrues occasionnées

⁷⁹ Recommandations, Douleurs-hors-série 2, Elsevier Masson, Volume 10, numéro 1S2, mars 2009, p.3

par le modèle récemment renouvelé (Clio). Les critères de choix ont été donnés au service RH par le médecin: « assise haute et confortable ». M. B a pu bénéficier d'essais de véhicules du parc, orientant à 2 reprises des choix par défaut et satisfaisants à court terme : modèles Bipper et C3 Picasso.

Un nouveau signalement est parvenu fin 2013 au service RH. La décision a alors été prise de tester des véhicules hors parc. A la demande de M. B et au vu de l'aspect chronophage des essais, la référente handicap a décidé de louer le modèle identique au véhicule personnel puisque celui-ci convenait aux besoins de M.B (absence de douleurs lors de l'utilisation du véhicule personnel). Il s'agissait du Renault Scénic. L'attribution s'est faite sans test en situation réelle de travail courant octobre 2014. A cette occasion, la référente handicap a proposé de constituer un dossier de demande de RQTH afin d'obtenir le financement du surcoût du véhicule par l'AGEFIPH. Cette étape a été difficilement vécue par M. B pour 2 raisons : l'étiquette du handicap tout d'abord et le « privilège » perçu et exprimé par les collègues de travail lors des déplacements dans les autres agences, au vu de la « haute » gamme du véhicule de fonction (aspect « invisible » du handicap). M. B relate ne pouvoir envisager d'utiliser son véhicule personnel, le Qashqai, lors de ses déplacements professionnels, pour cette même raison.

En février 2015, M.B a de nouveau pris contact avec la référente handicap pour avertir de l'aggravation de la situation de handicap. La douleur occasionnée par la conduite du véhicule de fonction est à présent invalidante dans toute situation nécessitant une station assise. La référente handicap a alors proposé un réaménagement des tâches pour limiter les déplacements. M. B particulièrement attaché à son métier et au travail de la fidélisation de sa clientèle l'a refusé. Or, les déplacements sont indispensables pour assurer sa mission. La gestion de la situation n'étant plus possible en interne, la référente a insisté pour demander un accompagnement SAMETH avec l'accord du médecin du travail.

On peut noter que du fait de l'accord handicap de l'entreprise et du protocole institué pour le maintien dans l'emploi des TH, c'est la référente handicap du service RH qui a été amenée à chercher des solutions, tentant de répondre aux besoins exprimés par M.B, au vu de sa problématique. Puis elle a décidé de solliciter le SAMETH, au vu de la complexité de la situation. Le problème de santé s'est aggravé progressivement, nécessitant des ajustements au coup par coup au travail, ciblant principalement le confort du siège du véhicule, sans évaluation précise de la situation globale. L'installation du handicap au travail a suivi cette temporalité.

3.2.2.4 Les données sur l'entreprise

Il s'agit d'un groupe développé au plan national proposant une offre de services bancaires et assurantiels. Les caisses d'assurance sont sectorisées par grandes régions. Celle qui nous intéresse regroupe la Bretagne et les Pays de Loire, et la direction est basée à Rennes. Concernant les assurances, 2 secteurs sont indépendants : celui des particuliers et celui des professionnels. Les chargés d'affaires pour la clientèle des professionnels, dont M. B, ne dépendent pas d'une agence particulière mais un bureau est mis à leur disposition au sein d'une agence de proximité. Ces chargés d'affaires travaillent seuls et leur secteur de prospection et d'activité sont définis pour chaque département au sein duquel officient 2 chargés d'affaires, à l'exception du Finistère qui en compte 3. Pour chaque département, ces chargés d'affaires sont placés sous la responsabilité d'un manager, celui du Finistère étant basé à Landerneau. Vannes est le point central où sont organisés différents événements : réunions de travail bimensuelles pour les chargés d'affaires de la région, formations...

Des changements d'organisation du travail sont actuellement en cours du fait d'une « migration informatique » récente. Celle-ci a été préparée depuis plusieurs mois pour la région Bretagne, par des formations régulières à l'utilisation du nouveau programme informatique. Cette nouvelle procédure, en place dans les autres régions, nécessite depuis janvier 2015 de réorganiser les tâches : un logiciel doit remplacer les outils informatiques utilisés jusqu'alors pour regrouper l'ensemble des données. Les supports papier des dossiers doivent progressivement disparaître. L'objectif est que les chargés d'affaires puissent gérer leurs dossiers depuis les entreprises des clients, de diminuer les allers-retours entre le bureau et les entreprises.

3.2.2.5 *L'étude de poste*

✓ L'agence, le bureau

Le bureau de M. B se situe au sein d'une agence où travaillent 2 chargés d'affaires pour les particuliers. Les missions des chargés d'affaires pour la clientèle des professionnels et collectivités et «les chargés d'affaires pour la clientèle des particuliers étant indépendantes, peu d'échange ont lieu entre les salariés. Les échanges, s'ils ont lieu, concernent les aspects matériels de l'agence. M. B ne reçoit pas de public dans son bureau, rarement des collègues de travail.

✓ La fiche de poste

M. B doit développer le portefeuille client et le chiffre d'affaires ainsi que de fidéliser la clientèle sur le marché des professionnels, en déclinaison des plans d'actions (économiques, commerciaux, techniques,...) définis par l'entreprise. Les missions principales sont les suivantes :

- Mettre en œuvre des actions de prospection et commercialiser l'ensemble des produits
- Mener des actions de fidélisation à partir de l'analyse du portefeuille dédié (suivi des risques, évolution des garanties et contrat...)
- Assurer le suivi de la vie des contrats
- Accompagner et conseiller le client au regard des réalités économiques et techniques de son secteur.
- Constituer une ressource technique pour le réseau commercial : assistance technique, bagages de formation, groupes de travail,...

M. B est responsable d'un portefeuille de 502 entreprises et établissements (collectivités du secteur public et grandes associations du secteur privé) qu'il doit gérer et développer.

Les objectifs à atteindre sont tracés via le nouveau logiciel en réseau en place depuis janvier. Les contrats du secteur public ont la particularité de ne pas être reconduits tacitement. L'obligation de faire jouer la concurrence pour ce secteur implique un travail régulier de fidélisation.

✓ La rémunération :

Elle se fait d'après un fixe et une part variable, selon les objectifs atteints. Ceci est vu en fin d'année, mais « aucune pression n'est en jeu à ce niveau, les objectifs étant atteignables », selon M. B. Il n'y a pas de mise en compétition entre collègues.

✓ Le local de travail, les outils et équipements

Le local de travail du 1^{er} étage est utilisé par M. B uniquement. Un grand bureau en L et une armoire dédiée aux dossiers en format papier y sont entreposés. Les outils de travail sont les suivants : PC fixe et PC portable, téléphones fixe et portable, imprimante transportable, scanner, siège de bureau sans réglage de position, boîtier de connexion du PC portable au réseau de l'entreprise, valise à roulettes pour les déplacements, véhicule de fonction du parc de location attitré (le Renault Scénic). Une imprimante-scanner et une photocopieuse sont partagées entre les 3 commerciaux de l'agence. Elles sont situées au rez-de-chaussée.

✓ Les horaires, le planning

Les horaires sont les suivants : 9h-12h et 13h30-18h, avec une flexibilité possible selon les rendez-vous extérieurs...M. B travaille du lundi au vendredi. Il prend sa pause déjeuner à son domicile qui se trouve à proximité du bureau (Il peut donc se reposer en position semi-assise à ce moment). M. B gère seul son planning de travail et ses rendez-vous. Une journée type est organisée comme suit :

- Temps de travail au bureau le matin.
- Après 10h : rendez-vous extérieur chez un client
- Pause déjeuner
- 13h30 : retour au bureau
- Rendez-vous extérieur après 14h
- Retour au bureau et parfois nouveau rendez-vous en fin d'après-midi

Une réunion d'équipe mensuelle a lieu à Vannes, ce qui représente 4 heures de trajet dans la journée, soient 320 km dont 115 km de routes en 2x2 voies.

✓ Le secteur géographique couvert

Pour les contrats d'assurance des établissements « classiques », le secteur à couvrir représente 1/3 du département du Finistère selon le même découpage que les chambres de commerce. Celui de M. B ne contient pas de grandes agglomérations. Les chiffres à réaliser sont donc ciblés en conséquence (moins d'entreprises) mais les déplacements en véhicule plus fréquents. M. B gère 3 « grands comptes » dans le Finistère et un autre dans le Morbihan depuis 2 ans comptant 30 établissements. Il a en effet récupéré le grand compte d'un collègue de ce département, depuis 2013, à la demande du directeur de la structure particulièrement satisfait de ses services. Selon M. B cet accroissement du secteur à couvrir et l'augmentation des kilomètres à parcourir n'ont pas induit de douleurs plus importantes (Cependant, il est intéressant de noter que 2013 est l'année du 2^{ème} signalement de l'inconfort du véhicule à la référente handicap).

✓ L'environnement physique

Du fait des nombreux déplacements en véhicule, M. B est exposé aux vibrations de basse fréquence.

✓ Le temps de travail

M. B a l'habitude de commencer sa journée de travail souvent à 7h30 et ceci depuis toujours : « je suis réveillé très tôt et j'apprécie de passer du temps à préparer mes dossiers. Je pourrais très bien commencer à 9h ».

Le temps de travail est réparti ainsi :

- 50% au bureau pour la gestion des dossiers, les contacts téléphoniques, la préparation des entretiens avec la clientèle. La gestion des dossiers nécessite de travailler tout autant sur format papier que sur logiciels.
- 50% en déplacements : visite dans les entreprises, rendez-vous clientèle mais aussi travail dans les agences de proximité situées près des lieux de rendez-vous, entre 2 contacts. Ce temps de déplacements compte celui passé dans le véhicule de fonction et chez le client ou en agence.

La station assise est donc une contrainte dans chaque situation de travail.

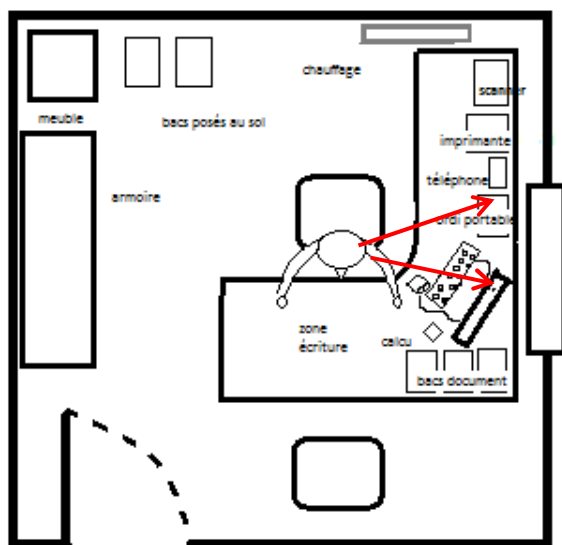
✓ Le travail de bureau

M. B doit :

- Préparer les entretiens de négociations. Ceci nécessite de rassembler les pièces du dossier, d'analyser, de préparer son argumentaire. « Cela réclame beaucoup de concentration », selon M. B.
- Remplir les dossiers en format papier et informatisés, pour préparer, tracer et rendre compte. La complexité des missions des chargés d'affaires pour la clientèle des professionnels et des collectivités fait, selon la référente handicap, qu'il n'est pas possible de mettre en place dans l'immédiat un logiciel permettant de tout numériser. Les chargés d'affaire doivent assurer l'ensemble des contrats d'assurance des grandes collectivités, faire du « sur mesure », prenant en compte le nombre de salariés, des véhicules, des bâtiments et leurs spécificités... Cette activité est, toujours d'après la référente handicap, très complexe et le dossier papier est pour l'instant nécessaire. Ceci implique plus de déplacements, la gestion des dossiers ne pouvant pas se faire en direct.

- Consulter sa messagerie, gérer les entretiens téléphoniques avec les clients, les collègues, le service informatique et la hotline, la hiérarchie...

Toutes ces activités se font en position assise. L'observation de l'activité de travail a montré de nombreux transferts de charge sur le point douloureux. Ceci semble dû à l'organisation du poste de travail (fig.19)



lors de l'entretien, posture assise d'emblée en décharge ischiatique gauche (recherche de l'indolence).

Lors de l'observation en situation, appui gauche pour saisie du téléphone, accès aux outils à gauche++ (contrainte).

Frappe à 2 doigts en contrôle visuel sur le clavier : posture inclinée en avant++

La configuration du bureau engendre une position décalée de l'écran par rapport au clavier, gênant le confort global.

Figure 19 : Configuration du bureau et contraintes lors de la station assise

✓ Les déplacements

Le nombre de kilomètres parcourus mensuellement par M. B a pu être obtenu : ils sont en moyenne de 2000 km. Depuis janvier, les distances parcourues sont inférieures à la moyenne. Ceci s'explique, selon M.B, par la mise en place des logiciels qui nécessitent de passer beaucoup de temps au bureau pour se les approprier.

Du fait du périmètre à couvrir, peu de routes de type « 4 voies » sont empruntées. Cette particularité du travail me semble importante à considérer, car les routes départementales nécessitent des changements de vitesse fréquents, des rééquilibrages des appuis du bassin lors des virages. Le mauvais état des routes peut aussi représenter une contrainte au vu des douleurs (revêtement irrégulier).

Les trajets aller-retour sur Vannes génèrent beaucoup de douleur : 4 heures de route couplées à la station assise lors des réunions. Les positions debout et assise asymétrique ne peuvent pas être utilisées dans ces 2 circonstances (passage des vitesses en voiture et contrainte « sociale » en réunion).

M. B utilise son coussin cunéiforme personnel dans le véhicule de fonction.

Un entretien de travail chez le client dure environ 1h30. M. B tente alors de s'asseoir au bord de la chaise pour libérer l'appui ischiatique gauche. Il ne peut en effet pas se tenir de manière asymétrique comme au bureau, cette position n'étant pas socialement acceptable.

La station assise est la contrainte particulière dans chaque situation de travail, en regard du problème de santé. Aucune posture basse (à genou, accroupie) n'est nécessaire dans l'activité de travail.

✓ L'équipe de travail

M. B évoque un soutien important et riche entre collègues de travail chargés d'affaires. « Nous nous appelons souvent au téléphone pour nous entraider ». Il existe un partage des compétences et aussi d'expérience. Le soutien se fait dans les 2 sens, selon le domaine : la négociation et la fidélisation est celui davantage maîtrisé par M. B. La réunion mensuelle avec les 13 collègues de Bretagne-Pays de Loire, à Vannes, est très importante pour cette raison. Selon les échanges avec M. B, une bonne ambiance règne dans l'équipe et avec le manager. Il m'explique que la construction de l'expertise en

équipe est un domaine particulièrement intéressant. Selon la référente handicap de l'entreprise, M. B est reconnu pour sa grande expertise par ses collègues et la hiérarchie.

✓ Les ressources perçues du poste

Le collectif constitue donc pour M. B une grande ressource dans l'activité, tout comme la reconnaissance, l'attachement au métier et le fait de pouvoir former les jeunes collègues. Le travail semble être un domaine particulièrement investi par M. B (horaires, secteur qui s'est agrandi...). Le refus du changement de poste proposé par la référente handicap avant le signalement SAMETH 29 nous fait ici écho...

✓ Les contraintes perçues et globales du poste

- L'inconfort du Scénic est perçu comme une contrainte pour M.B, mais aussi station assise en général et les distances à parcourir du fait des doublons des dossiers.
- Les nouveaux logiciels informatiques et la gestion des aléas que sont les « bugs » des logiciels : La nouvelle complexité du travail induite par cette migration réduit les marges de manœuvre et semble source de stress. De plus, la hotline ne répond pas en direct lors des appels. Il faut donc chercher la solution dans le manuel et attendre le rappel du collègue de la hotline. Selon M. B l'accompagnement à l'utilisation de ces nouveaux programmes a été suffisant (la formation), cependant, il manque l'accompagnement en situation réelle. De plus, selon lui, cette phase de « rodage » est difficile pour toute l'équipe et l'a été dans les autres régions. L'organisation du travail est de fait un peu différente mais ce n'est qu'une situation provisoire, selon lui.

In fine, l'activité de M. B met en évidence plusieurs contraintes au regard de la situation de handicap: la station assise ne peut être aujourd'hui évitée ni alternée avec la station debout. Les distances à parcourir en véhicule se sont accrues. Il ne peut éviter l'appui de la zone douloureuse lors de la conduite et est soumis à d'autres difficultés dans ce contexte : vibrations, mise en charge sur la zone douloureuse, appui plus important lors du passage des vitesses. Les critères de confort perçus doivent être objectivés (hauteur d'assise, souplesse...).

Pour M. B, l'activité de travail s'est complexifiée ces derniers temps, ceci pouvant générer un stress, repéré comme pouvant influencer sur la douleur du fait de tensions musculaires importantes.

Cette étude de poste s'est faite « au fil de l'eau », parce que le plan d'actions établi nécessitait l'organisation rapide des essais de matériel. Il était cependant important de ne pas se focaliser uniquement sur le type d'assise à aménager mais de comprendre la situation globale de travail, de chercher ce qui pouvait faire contrainte ou ressource dans l'activité, éléments indispensables à l'analyse.

Mon analyse s'est donc construite au fur et à mesure des éléments recueillis par l'étude du poste mais aussi des résultats des tests de matériel de confort. Il est apparu rapidement nécessaire d'objectiver précisément le résultat de ces essais, du fait des nombreuses tentatives précédant le signalement au SAMETH 29 et aussi au regard des difficultés, pour M. B, d'exprimer son ressenti, de repérer les facteurs à l'origine de la douleur. M. B avait en effet centré son analyse sur le modèle de véhicule et les critères de hauteur et de souplesse du matériau de l'assise. Il fallait donc commencer par objectiver ces critères pour rechercher les solutions.

3.2.3 La recherche de solutions

Il s'agissait de procéder par essais-ajustements d'aménagement, en objectivant les résultats, tout en menant l'étude de poste. Au vu de l'historique des essais effectués avant le signalement au SAMETH 29, j'ai choisi de commencer par l'assise du bureau, cette situation étant moins soumise aux contraintes que celle du véhicule. Dès la solution trouvée, il me fallait alors la transposer au véhicule. Dans les jours qui suivaient chaque essai, une évaluation de la douleur était faite et nous faisons ensemble une analyse.

La situation de départ était celle-ci :

		Matériel en place	Objectifs	Contexte particulier	Auto-évaluation de la douleur	Observations
-1- Le 27/03/15, phase de départ	Bureau	Siège standard Bureau d'angle, pas d'adjonction à la station assise				<p>■ douleur ; pas d'amélioration ■ résultat +/- ■ amélioration</p> <p>-Souplesse ■ -ouverture de l'angle d'assise ■ - Point d'appui fesse gauche + cuisse gauche = ■</p> <p>⇒ Positions antalgiques cherchées spontanément : penché sur le côté ou assis sur sacrum en bascule arrière ■</p>
	Véhicule	Scenic+ coussin cunéiforme souple personnel	Coussin : Souplesse rehaussement du fond du siège		<p>DOULEUR AU MOMENT PRÉSENT</p> <p>Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable</p> <p>DOULEUR LA PLUS INTENSE DEPUIS LES 8 DERNIERS JOURS</p> <p>Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable</p> <p>DOULEUR HABITUELLE DEPUIS LES 8 DERNIERS JOURS</p> <p>Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable</p>	<p>-Souplesse ■ -ouverture angle d'assise ■ -Point d'appui inévitable cuisse gauche = ■</p> <p>Et position antalgique impossible ■</p>
<p>STRATÉGIES POUR LA SUITE:</p> <p>1) Permettre un changement de posture : assis-debout-assis/debout pour limiter les contraintes au bureau ⇒ analyse</p> <p>2) libérer l'appui de la zone douloureuse cuisse gauche</p> <p>3) tester un siège de bureau avec des réglages optimums : permettant d'ouvrir l'angle de flexion globale de l'assise, d'ouvrir l'angle de hanche gauche, accoudoirs réglables pour une décharge partielle de l'appui par les membres supérieurs</p> <p>4) tester autres coussins + performant pour la voiture : angulation + matériau (ferme/souple)</p>						

Tableau 4 Situation de départ, M. B

Les premiers critères exprimés par M. B m'ont permis de cibler le matériel à tester : assise haute et inclinée pour l'ouverture de l'angle de flexion, mousse souple et de bonne « tenue ». Une recherche sur internet et un contact avec un fournisseur ont permis d'organiser les premiers essais en situation de travail. Voici le résultat des premiers essais effectués à son retour :





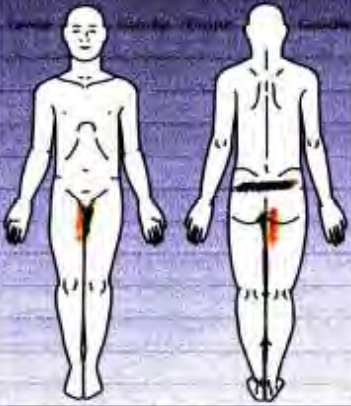

<p>-2- Essais le 8/04/15 Observation le 16/04</p>	<p>Bureau 1°) siège de bureau à assise dissociée D/G, haute, accoudoirs réglables</p>  <p>repose-pied dissocié</p>  <p>2°) siège haut assis-debout</p>  <p>3°) table électrique</p> 	<p>1°) ouverture angle global de l'assise + ouverture hanche gauche et mieux répartir les appuis.</p> <p>2°) libérer l'appui de la cuisse + ouverture angle flexion.</p> <p>3°) travail debout et assis-debout (sur siège assis-debout en limitant la zone d'appui)</p>	<p>Dès le lendemain de la mise en place, journée de stage sur Vannes : Trajet scénic 2X 2h + station assise pdt la formation = particulièrement contraignant. => majoration des douleurs</p>	 	<p>1°) siège de bureau : ■ Le repose pied gauche libère l'appui fessier et améliore un peu la situation. ■ 2°) siège assis-debout sans appui de la cuisse : ■ 3°) la station debout convient ■</p> <p>Au final - L'ouverture de l'angle seul, sans libération de l'appui n'apporte rien. - La mousse à mémoire de forme répartissant les appuis, seule, n'apporte rien. - Le repose pied basculant l'appui sur le sacrum apporte un mieux - l'inconfort sur le siège assis-debout apporte une donnée : c'est l'appui fessier G et non de la cuisse qui est douloureux. - seule la station debout soulage. - durée trajet+ station assise en formation => augmentation des douleurs</p> <p>Pas d'amélioration ■</p>
<p>STRATEGIE POUR LA SUITE : Vérifier qu'il existe une solution de confort en station assise classique : posture droite de travail (bureau + conduite). En libérant la zone douloureuse + ouvrir angle station assise => solution pour la station assise ?</p>					

Tableau 5 : Situation en phase 2, M. B

En définitive, seul le travail en station debout soulageait M. B. Aucune installation pour la station assise ne s'avérait pertinente. De plus, les douleurs survenaient dès le début de l'installation en position assise et non pas au bout de 20 minutes. Pour objectiver la pertinence de libérer l'appui sensible, une assise provisoire a été faite sur mesure. Le résultat fut le suivant :


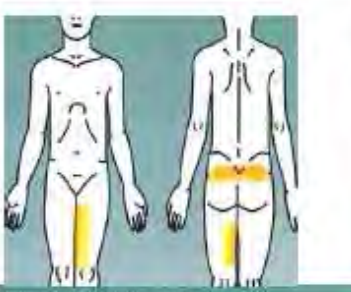

<p>-3- Nouveaux essais le 16/04/15 Observations le 23/04</p>	<p>Bureau Réalisation d'un coussin sur mesure en mousse à mémoire de forme sur base rigide, libérant la zone douloureuse sur siège de bureau incliné en avant (avec accoudoirs)</p> <p>Véhicule Utilisation de ce coussin + rehaussement de l'arrière de l'assise</p>		 	<p>Amélioration spontanée durant 20 minutes. Cet essai a confirmé l'existence d'une douleur « globale » en continu au niveau du haut des fesses. Après 20 minutes la douleur est réapparue ■</p>	
<p>STRATEGIE POUR LA SUITE : Vérifier que ce coussin convient Vérifier que l'utilisation du véhicule personnel apporte un mieux lors des trajets pro.</p>					

Tableau 6 : Situation en phase 3, M. B

Ce nouvel essai a permis une analyse plus précise et la prise de connaissance de nouveaux éléments :

- ✓ La douleur globale résiduelle a amené M. B à préciser qu'il avait un autre problème de santé : il souffrait en effet d'ostéoporose depuis plusieurs années.
- ✓ Malgré la douleur importante (cotée à 5 voire 7/10), aucun traitement n'était en cours.
- ✓ Les critères perçus par M. B concernant le mécanisme de la douleur ne sont pas objectivés par nos essais: hauteur d'assise, libération du point d'appui, structure de mousse...
- ✓ C'est la station assise en général qui semble poser problème aujourd'hui : M. B a d'ailleurs repéré qu'en ce moment il passait beaucoup plus de temps au travail et assis qu'à l'accoutumée. Il projetait de demander une nouvelle formation au logiciel à son supérieur hiérarchique mais sur site, en situation réelle.
- ✓ L'essai du véhicule personnel ne générant pas de douleurs lors des trajets domestiques a été organisé pour les trajets professionnels.

La suite des essais a donné ce résultat :



<p>-4- le 30/04/15 Observations le 7/05</p>	<p>Bureau</p> <p>M. B ne travaille plus que debout. Mise en place d'un appui tibial pour favoriser le changement de posture en station debout.</p> <p>Essai coussin souple échancré</p>	 	<p>Seule cette position convient à ce jour <input checked="" type="checkbox"/> => pas de solution trouvée pour la station assise <input type="checkbox"/></p> <p>M. Le B m'explique avoir repris un traitement médicamenteux contre la douleur cette semaine.</p> <p>Pas d'amélioration, essai négatif <input type="checkbox"/></p>
	<p>Véhicule</p> <p>Coussin cunéiforme personnel dans le véhicule personnel utilisé pour 1 trajet aller-retour sur Vannes</p>		<p>Résultat : <input type="checkbox"/></p> <p>Douleurs segment crural importantes. M. B semble étonné de ce résultat et très déçu. De plus, grande difficulté en rapport avec la mise en place des nouveaux logiciels. Stress majorant les douleurs? M. B m'explique avoir pris rendez-vous avec son médecin traitant</p>
<p>Stratégies pour la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> -recherche solution pour permettre la station assise au bureau : bascule arrière et repose jambe + bureau installé en conséquence ? - attente essai véhicule perso pour les trajets pro : quel résultat ? - contact référente handicap pour organiser la mise en place du grand bureau réglable en hauteur - contact médecin du travail pour avoir ses indications sur les suites à donner 			

Tableau 7 : Situation en phase 4, M. B

Dans cet intervalle, M. B a bénéficié de l'appui d'un collègue chargé d'affaires pendant une journée, dans son bureau, pour l'aider à utiliser le nouveau logiciel, avec l'accord de son manager. M. B a, de fait, annulé sa nouvelle semaine de congé. Il souhaitait aussi par cette mesure rattraper son retard. M. B était effectivement inquiet de la perte de qualité de son travail : « je n'arrive plus à répondre aux besoins de mes clients ; mon travail n'atteint pas le niveau d'exigence requis. Je mets plus de temps que mes jeunes collègues à m'approprier ces nouveaux outils ». Nous avons eu un échange à ce sujet afin d'explorer d'autres pistes : formation plus soutenue ? Travail en binôme ? ... M. B ne souhaitait pas envisager d'autres mesures à cet instant.

Les derniers tests ont mis en évidence l'échec de l'essai du véhicule personnel, pourtant perçu jusqu'à présent comme élément positif puisque ne générant pas de douleurs. De plus, M. B faisait aussi le constat que le traitement antalgique en cours « n'avait aucun effet ». Ceci l'a amené, après notre débriefing, à prendre rendez-vous avec son médecin traitant pour soulager la douleur. M. B a donc mis

en place une nouvelle stratégie face à ses difficultés. Je devais, pour ma part, recontacter le médecin du travail.

M. B m'a téléphoné à la suite de cette visite : son médecin traitant avait prescrit des bilans et un rendez-vous chez un spécialiste, lesquels devaient avoir lieu à la fin du mois. En parallèle, M. B souhaitait poursuivre d'autres tests de véhicule, afin d'aller jusqu'au bout des essais.

L'objectif de mon contact avec le médecin du travail était de discuter les résultats et de lui faire part des nouveaux événements. Il s'agissait aussi de redéfinir le plan d'actions : quelle suite fallait-il apporter ? Fallait-il poursuivre les essais de matériel spécifique (coussin absorbant les vibrations, siège Recaro (fig 20), autres véhicules, boîte automatique pour limiter l'appui). Etait-il envisageable de mettre en place d'autres stratégies au vu de la situation, des douleurs accrues... ?



Figure 20 : Siège Recaro pour véhicule

Le médecin du travail a formulé son projet de se rapprocher des médecins de soin et de consulter les résultats des bilans médicaux prévus. L'idée de chercher une solution pour travailler en position semi-inclinée au bureau, posture qui était usitée au domicile pour l'informatique « loisirs » était aussi une piste à explorer (fig. 21). De plus, si aucune solution technique ne pouvait être apportée, il fallait aborder la question de la réorganisation des tâches de M. B. Le médecin du travail entrevoyait ainsi la réduction du périmètre de déplacement et l'organisation d'un covoiturage avec les collègues de travail de M. B pour les réunions d'équipe à Vannes. L'idée était d'éviter la conduite, particulièrement contraignante. Le nouvel objectif proposé par le médecin devait engager une autre stratégie : étude détaillée des trajets de M. B, durée des déplacements, destinations, missions. Le médecin devait, au préalable, me recontacter suite aux résultats des examens médicaux de M. B.



Figure 21: Poste de travail en bascule arrière

Un nouvel événement s'est produit le jour-même de cet entretien : l'appel de la référente handicap et responsable RH. En effet, le manager de M. B avait organisé une réunion tripartite (M. B, manager, référente handicap) au sujet des résultats professionnels actuels de M. B : les nombreuses erreurs dans la gestion des dossiers informatisés avaient un impact sur l'activité et il fallait trouver une solution rapide à ce problème. M. B a alors formulé le souhait d'arrêter provisoirement l'accompagnement SAMETH : il préférait attendre les résultats des examens médicaux prévus fin mai avant d'envisager la suite.

La fin du stage de Master 2 m'a conduit à cesser cet accompagnement le 13 mai. Il devait reprendre début juin par la conseillère SAMETH ayant en charge le dossier. Dans les suites immédiates, la conseillère projetait un contact avec la référente RH afin de lui demander d'organiser, pour M. B, une visite médicale rapidement avec le médecin du travail afin de redéfinir le plan d'actions. Pour ma part, j'envisage de reprendre contact avec le SAMETH 29 à la fin du mois de juin, comme convenu avec l'équipe, pour connaître les tenants et les aboutissants du nouveau plan d'actions établi.

La période de l'analyse n'est pas encore terminée : il s'agit de laisser le temps à la mise en place de la stratégie de soins. De plus, 2 questions étaient en débat avant mon départ au SAMETH : la poursuite des essais, en plus des nouvelles orientations thérapeutiques qui allaient se définir, mais en dehors de tout contexte de stress comme pendant un arrêt de travail, par exemple. De plus, d'autres stratégies comme l'étude du fonctionnement de la hotline, et/ou celle devant permettre à M. B d'accroître ses compétences informatiques à son rythme devaient être proposées à la hiérarchie.

4 Discussion

4.1 Le SAMETH 29 intervient pour les TH de 50 ans et plus, population fragilisée face au travail et à l'emploi et parmi lesquels le handicap peut provenir de phénomènes d'usure.

Pour rappeler le contexte, le SAMETH 29 doit donc accomplir sa mission d'accompagnement au maintien dans l'emploi de toute personne en situation de handicap au travail, à condition qu'elles puissent entrer dans son dispositif. Cependant, un grand défi lui est lancé pour ce qui est des travailleurs de 50 ans et plus souffrant d'une déficience motrice : ces travailleurs sont en effet particulièrement fragilisés, au vu du taux d'inaptitude, d'inactivité et de chômage les caractérisant. Ils risquent aussi une désinsertion professionnelle durable du fait des incapacités, de l'âge et de leur faible qualification. Ils correspondent à la tranche d'âge surreprésentée dans la population de TH accompagnés par le SAMETH 29. Le contexte breton est, de plus, défavorable à l'emploi de ces personnes. Enfin, l'âge et le travail auraient, pour la moitié de la population en situation de handicap, à l'échelle nationale, un rapport direct avec le problème de santé par le fait des conditions de travail pénibles ou de stress.

Face à ces constats, le SAMETH doit œuvrer pour le maintien dans l'emploi de ces travailleurs entrant dans 2 cas de figure :

- ✓ Ceux, en situation de handicap dont l'origine n'est pas due à un phénomène de vieillissement, qu'il soit « par le travail » ou « en miroir » (chap.2.2.3).
 - ✓ Mais aussi, fait qui questionne l'AGEFIPH concernant le rôle du SAMETH, devenus handicapés du fait de phénomènes d'usure et de l'avancée en âge, que l'origine soit ou non le travail.
- Dans les 2 cas d'études présentés, ce sont bien des phénomènes d'usure qui sont présents : pour Mme A, l'origine est le travail ; pour M. B, il s'agit d'un handicap aggravé par le travail. Dans les 2 situations, le problème de santé est antérieur à l'âge de 50 ans mais la situation de handicap au travail est devenue prégnante et nécessite un accompagnement par le SAMETH 29 après cet âge.

4.2 La démarche du SAMETH 29 favorise le maintien dans l'emploi de ces TH : parce qu'elle est adaptée à chaque problématique

- ✓ **Les facteurs de réussite d'un projet de maintien dans l'emploi ne sont liés ni à l'âge ni à la lésion.** En effet la réussite d'un projet de maintien dans l'emploi pour cause de TMS dépend de la mise en place d'un plan d'actions au sein de l'entreprise ; elle n'est pas corrélée à l'âge [22]. « *Les facteurs discriminants selon les issues (du projet) font davantage appel à des caractéristiques du contexte d'entreprise et du type d'intervention qu'à des facteurs individuels*⁸⁰ », comme l'âge et la lésion. Les TH de 50 ans et plus souffrant d'une affection de l'appareil locomoteur semblent donc avoir les mêmes chances que le projet aboutisse vers un maintien dans l'emploi pérenne, à condition de bénéficier de solutions adaptées au sein de l'entreprise. Or le SAMETH 29, par sa démarche, aide à construire ces solutions adaptées à la situation singulière du handicap pour tout travailleur entrant dans son dispositif. Pour cela la démarche du SAMETH 29 analyse en profondeur les situations, l'ensemble des contraintes en rapport avec le handicap et des marges de manœuvre. Nous l'avons vu à toutes les phases de l'accompagnement de Mme A et de M. B: l'analyse ne s'attache pas uniquement à apporter une solution aux incapacités du TH mais à appréhender le handicap et donc l'ensemble d'un contexte : entreprise, collectif de travail, encadrement, perception sur le handicap ... Cette analyse est continuellement réajustée en fonction des nouvelles données. Pour Mme A, il fallait tenir compte de l'organisation du service : il existait une rotation des agents au cours de la semaine et les aménagements devaient convenir à toute l'équipe. Dans le cas de M. B, il fallait procéder par étapes, analyser les résultats des essais avec lui, et tenter de repérer ses représentations sur l'origine de l'accentuation de la douleur pour amener l'étape suivante.

⁸⁰ Baril Raymond, «Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec» p. 6

- ✓ **La démarche ergonomique participative et l'interdisciplinarité⁸¹ sont les atouts d'un maintien dans l'emploi réussi, pour tout TH.** [23], [24] Ces éléments sont repérés dans de nombreux articles. Dans les situations observées, la démarche ergonomique participative déployée a permis d'impliquer les acteurs du maintien dans l'emploi dans la transformation des situations de travail.

Pour Mme A, le collectif de travail, les responsables hiérarchiques ainsi que le médecin ont participé à la construction des solutions. Chacun a donné son avis. Les acteurs s'emparaient concrètement des propositions apportées pour les améliorer, les compléter et dégager d'autres pistes. C'est ainsi que la responsable du service a proposé de mettre en place une procédure pour la réception des transporteurs. Cette étape était particulièrement riche et intéressante. La co-construction était palpable. Pour M. B, l'interdisciplinarité allait se construire à partir des nouvelles informations médicales.

D'autre part, comme nous l'avons vu, en convoquant d'autres professionnels sur les situations de handicap au travail, comme les intervenants mettant en place les PPS et les EPAAST, les assistantes sociales (situation qui ne s'est pas présentée ici) et en se référant à l'avis médical à chaque étape, la démarche du SAMETH 29 recherche la collaboration des différentes disciplines pour affiner l'analyse de la situation : médicale, paramédicale, ergonomique, sociale, psycho-sociale... Le conseiller SAMETH peut adapter le plan d'actions selon la problématique du travailleur et celle de l'entreprise grâce à cette interdisciplinarité.

Mais celle-ci, pour être opérante, doit être construite par le biais d'échanges fréquents et par l'amélioration continue de la connaissance mutuelle des pratiques et rôles de chacun des intervenants [25]. Cette partie-là du champ d'intervention du SAMETH 29 ne peut être repérée dans l'analyse des cas. Mais la pratique collaborative pluridisciplinaire se construit bien de manière continue : lors de l'accompagnement des TH et aussi lors de réunions de travail.

- ✓ **Le pilotage du projet par un professionnel expérimenté, maîtrisant les mesures de maintien, favorise le maintien dans l'emploi.**

« L'importance d'une communication efficace, d'une bonne collaboration et l'établissement d'un lien de confiance entre (les) acteurs » [22] sont les caractéristiques nécessaires au succès du projet. Dans la même idée, l'identification d'un professionnel ressource et expérimenté chargé de piloter les actions, de coordonner les informations et les mesures, est aussi un paramètre repéré comme favorable à l'aboutissement d'un projet de maintien dans l'emploi [26]. C'est bien ce rôle de médiateur entre les acteurs qu'endosse le SAMETH 29 tout au long de l'accompagnement, en faisant des mises au point régulières avec eux et en confrontant leurs avis. Il semble favoriser ainsi leur implication en les fédérant au projet : salarié, chef de service, collègues de travail si nécessaire, référent handicap... Dans la situation de Mme A, la médiation sur les restrictions à respecter a été nécessaire : par le biais de la reformulation de la demande. La confiance des acteurs se gagnait aussi par l'explication des étapes, la transparence sur les actions en cours. Contacter la responsable de service pour l'avertir de chacune de mes visites et de l'étape en cours m'a permis d'instaurer cette confiance, même si je n'avais pas l'expertise d'une conseillère ni celle des mesures de maintien au terme de ces 3 mois de stage. Cependant, s'agissant du professionnel du SAMETH 29 fort de son expertise en mesures de maintien et de la coordination, il peut être considéré comme l'acteur clef du maintien dans l'emploi des TH.

- ✓ **La démarche du SAMETH 29 favorise le maintien dans l'emploi de tout TH parce qu'elle base son analyse sur des données objectivées :** informations médicales, étude de poste, analyse de la situation de handicap, recueil des opinions des acteurs... Elle évite ainsi les écueils potentiels, décrits dans certaines situations gérées uniquement en interne, par les acteurs de l'entreprise. Or la gestion de la situation de handicap par les acteurs de l'entreprise eux-mêmes selon un protocole

⁸¹ « L'interdisciplinarité se caractérise par 6 critères : 1) l'étude d'un même objet 2) simultanément 3) par des représentants de disciplines différentes 4) qui travaillent en étroite collaboration, 5) qui échangent constamment des informations, 6) en vue d'aboutir à une analyse intégrée de l'objet en question. », Durand Marie-José, « Récit de l'édification d'une équipe pluridisciplinaire pour aborder la problématique de la situation de handicap au travail, » 23 septembre 2012, p.4

institué est parfois peu efficace, si les actions ne sont pas adaptées à la singularité de la problématique du TH comme notamment le type de pathologie, les capacités professionnelles... [27]. Nous l'avons vu lors des étapes précédant le signalement de M. B au SAMETH 29. La gestion de la situation avant l'entrée au SAMETH avait été opérée sans évaluation objectivée : ni des essais, ni des résultats. A. Dujin et B. Maresca précisent aussi que les mesures mobilisables ne sont en général que partiellement connues par les acteurs des entreprises [27] : mesures de droit commun et mesures AGEFIPH-FIPHFP. De plus, un plan d'intervention pour le maintien dans l'emploi des TH élaboré uniquement par l'entreprise sans la présence d'un médecin du travail en interne présente le risque de voir la mise en place d'actions « *bricolées*⁸² » peu efficaces pour un maintien opérant. Ils repèrent aussi que les actions peuvent dépendre des « *bonnes volontés individuelles*⁸³ » alors basées sur la subjectivité. La mise en place de la démarche « SAMETH 29 », évite ces écueils : du fait de la neutralité du conseiller et de l'analyse précise de la situation de handicap qui prend en considération les répercussions de la lésion, les ressources du TH, les contraintes et ressources globales du poste et de l'entreprise afin d'explorer toutes les possibilités d'actions.

- ✓ **La démarche d'accompagnement du SAMETH 29 mobilise des actions de compensation du handicap pour des résultats qui se veulent pérennes en faveur de la population doublement fragilisée, par le problème de santé et l'âge.** L'adaptation du poste est une des actions permettant de pérenniser le maintien dans l'emploi. La formation en est une autre : elle conforte le TH dans son projet et lui sert de tremplin. Ici l'âge du TH n'est pas un critère rédhibitoire. Dans le cas de la réaffectation de Mme A, le bilan de compétence et la formation étaient vraisemblablement pour elle un des moteurs au projet de maintien. Elle poursuivait d'ailleurs toujours son apprentissage en bureautique par ses propres moyens à la fin de mon stage. La mise en œuvre d'une autre formation avait aussi été explorée lors de la 2^{ème} étape, en complément du temps partiel, afin d'obtenir un niveau de qualification lui permettant une évolution de carrière et de conforter son investissement dans le projet. C'est en effet une piste souvent indiquée et argumentée par le SAMETH 29 de façon générale, même pour les travailleurs de 50 ans et plus, selon le contexte. La formation professionnelle est donc un facteur facilitant un retour à l'emploi pérenne des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle du fait de pathologies d'usure comme les TMS ayant mené à un arrêt de travail : elle favorise l'apprentissage d'une nouvelle identité professionnelle et permet la revalorisation de soi [22]. Elle favorise aussi *le maintien du lien d'emploi* permettant de lutter contre la désinsertion professionnelle. Pour les travailleurs seniors, l'accès à la formation évite l'érosion des compétences. Or ceci préserve des effets délétères du vieillissement et de l'usure professionnelle. La formation, à condition qu'elle soit adaptée aux besoins des seniors, en leur permettant de suivre les évolutions du travail et en leur offrant les conditions d'apprentissage suffisantes (la formation dans le contexte de travail, par exemple), permet une plus grande adaptabilité et développe les aptitudes motivationnelles [28].
- ✓ **Le professionnel du SAMETH 29 établit les bases de l'accompagnement du TH sur la relation de confiance, lui permettant de construire et réajuster le projet du fait d'un repérage des besoins le plus précis possible.** Nous avons pu l'observer dans les 2 situations : ce projet se construit sur la base de cette relation de confiance inhérente à l'accompagnement et qui permet de mieux cerner les difficultés du travailleur (vécu, retentissement de la douleur, vécu du handicap...). Pour ce faire, la démarche doit s'inscrire dans le temps : pour accompagner la situation de handicap et aussi comprendre toutes ses dimensions subjectives et leur complexité, à l'image de la situation de M. B, en grande difficulté face à ses douleurs. M. B m'a révélé spontanément sans que ceci fût induit, d'autres éléments sur ses difficultés au fil du temps : un autre problème de santé, l'ostéoporose, pouvait expliquer les douleurs diffuses. Ceci nécessitait de reconsidérer les actions en concertant le médecin du travail.
La relation de confiance établie par le professionnel œuvrant pour le maintien dans l'emploi est un élément facilitant la réussite du projet, comme dans le cas des travailleurs souffrant de pathologies d'usure ou de TMS [22].

⁸² Dujin A., Maresca B., «La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises,» La revue de l'Ires n° 67, p.52

⁸³ Ibid p.50

De plus, le professionnel du SAMETH 29 remettant au TH toutes les informations utiles à la compréhension de la démarche et à l'enchaînement de ses étapes le place au cœur du projet. Cet état de fait permet au travailleur, selon Raymond Baril, de développer des stratégies d'action efficaces en faveur du projet, parce qu'il maîtrise les informations qui lui sont nécessaires tout au long de son parcours [22]. Ceci le rend donc acteur, paramètre essentiel au projet.

- ✓ **La démarche du SAMETH 29, pour mettre en œuvre le projet, recherche les ressources du TH, dans ses compétences construites au long de sa carrière professionnelle. C'est bien une ressource-clef du travailleur de plus de 50 ans.** En effet, le conseiller du SAMETH 29 s'appuie sur les compétences des travailleurs et cherche à les valoriser. Ces compétences sont la ressource repérée chez les travailleurs « vieillissants », parce que le vieillissement n'a pas uniquement pour sens le déclin [29]. Cette ressource est le résultat de la construction qui a permis l'acquisition de « *compétences, de l'expérience, une familiarisation avec diverses formes de travail, et de construire sa vie psychique et sociale*⁸⁴ ». Le cas de M.B le montre bien : malgré les difficultés rencontrées, mon plan d'actions ne devait pas s'orienter vers le réaménagement des tâches ou un changement d'emblée d'activité au sein de l'entreprise. Si cette orientation devait être retenue, elle le serait en dernier recours, en valorisant ses compétences et en l'y accompagnant. Pour M. B les compétences acquises tout au long de sa carrière constituent la ressource la plus importante à conserver pour le projet de maintien dans l'emploi, surtout au vu de son attachement au métier et de la fidélisation de sa clientèle construite au fil du temps.

4.3 Mais elle nécessite d'être complétée par d'autres actions pour permettre le maintien dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite

- ✓ **Le maintien dans l'emploi pérenne des travailleurs de 50 ans et plus passe par l'amélioration des conditions de travail globales jusqu'à la fin de leur carrière**
Sur les indications de l'AGEFIPH, la démarche du SAMETH 29 pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ne vise pas l'amélioration globale des conditions de travail mais la compensation du handicap par les modifications techniques et organisationnelles de certaines situations. La compensation passe par la correction des situations handicapantes au vu du problème de santé. Cette stratégie nécessite d'agir sur certaines des conditions de travail : celles qui impactent les capacités du TH. Mais le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés âgés doit aussi passer par l'amélioration globale des conditions de travail. En effet, certaines contraintes particulières de travail ont un effet sélectif par rapport à l'âge et participent aux mécanismes de vieillissement (« par le travail » ou « en miroir »). Plusieurs contraintes sont repérées par les auteurs comme particulièrement néfastes pour la santé des travailleurs seniors, ceci pouvant mener à leur exclusion du travail dont entre autres [9], [30]:
 - Le travail physiquement exigeant qui représente une contrainte pour les travailleurs de 50 ans et plus lorsqu'il nécessite de lourds efforts musculaires, des gestes répétitifs et obligent des postures difficiles. Ceci est particulier aux travailleurs vieillissants du fait de modifications de la souplesse articulaire, des modifications des tissus vasculaires et nerveux. De plus, les ambiances sonores constituent aussi une des contraintes néfastes pouvant conduire à un départ anticipé de l'emploi.
 - Le travail sous forte contrainte de temps, moins bien tolérée avec l'âge. Il s'agit donc de donner aux travailleurs plus de marges de manœuvre pour y parer.
 - Des changements brusques et mal accompagnés dans le travail, qui fragilisent les savoirs et savoir-faire des travailleurs expérimentés. Ceci concerne les nouvelles technologies et les nouveaux apprentissages. Les travailleurs seniors peuvent en effet parfois montrer de moins bonnes performances cognitives, particulièrement pour ce qui concerne la mémoire immédiate. Cependant, les auteurs insistent sur le fait que les travailleurs en fin de carrière n'ont pas ce

⁸⁴ Gaudart C., Laville A., Molinié A.F., Volkoff S., «Age des opérateurs et travail répétitif : une approche démographique et ergonomique,» *Relations industrielles*, vol 50, n°4, p.827

genre de difficultés si la formation tout au long de la vie a été suffisante. De plus, ils précisent que l'appréhension du changement et les modalités de formation jouent beaucoup sur ces difficultés.

- Il existe d'autres difficultés, d'ordre plus médical qui concernent les travailleurs seniors, n'ayant pas trait directement aux situations de travail mais qui influent sur le vieillissement au travail, comme les troubles du sommeil.

Néanmoins, la démarche du SAMETH 29, lors de l'analyse de la situation de handicap et l'étude de poste met en évidence les contraintes-cibles en regard du handicap tout comme les contraintes visiblement pénibles et majorant les difficultés du TH. Dans le cas de Mme A, l'ambiance sonore vécue comme contraignante (l'affranchisseuse, l'écoulement des eaux usées) a en effet été repérée, tout comme les contraintes temporelles et les doubles tâches (gestion des appels pendant l'enregistrement des colis, accélération du rythme du fait de la levée du courrier...). Certaines de ces contraintes, sans lien direct avec les restrictions à observer (éviter le port de charge et faciliter les statiques prolongées) ont été exposées lors de la restitution au groupe, mais pas de manière exhaustive. Un relais devait être passé au technicien hygiène et sécurité de l'UBO pour l'évaluer, dans le cadre de la prévention des risques professionnels.

Dans le cas de M. B, la difficulté à faire face au changement induite par la mutation technologique a aussi été mise au jour. Cette difficulté majeure était visible : le changement difficilement géré semblait corrélé aux douleurs, sans qu'il soit possible de préciser davantage ce constat. Le handicap s'avérait de fait majoré. En effet, M. B semblait confronté à un « syndrome de saturation et de débordement cognitif » [31] nécessitant d' « *arbitrer en allouant du temps pour certaines activités et en ajournant d'autres*⁸⁵ ». L'accompagnement de M. B, lorsqu'il reprendra, tiendra compte de cette difficulté par la proposition d'actions concrètes (formation, doublure au poste de travail le temps de l'appropriation). On peut donc conclure que par son approche du handicap, la conseillère du SAMETH 29 repère et alerte l'employeur voire directement le préventeur sur les conditions de travail globales contraignantes et perceptibles. En cela elle joue un rôle de sentinelle concernant le TH de 50 ans et plus voire aussi du collectif. La situation de Mme A l'a montré sur certains aspects : alerte sur le niveau sonore, recherche d'un dispositif informatisé pour la gestion des colis limitant l'interruption de tâches...

Mais, pour avoir une approche véritablement exhaustive des conditions de travail du TH 50+, un relais devrait être pris par un préventeur ou un ergonome missionné pour la prévention globale et l'amélioration des conditions de travail générales et pas seulement liées au handicap. Ainsi, la prise en compte des 3 dimensions de la prévention des risques professionnels, qu'ils soient primaires, secondaires et tertiaires, permettrait de tout mettre en œuvre pour le maintien dans l'emploi pérenne des travailleurs handicapés de 50 ans et plus, en considérant toutes leurs problématiques : celle du handicap et celle de l'âge.

- ✓ **Des actions doivent être menées en amont de l'intervention du SAMETH 29, le maintien dans l'emploi des TH de 50 ans et plus dépendant des conditions de travail tout au long de leur carrière professionnelle.** Pour tous ces travailleurs, le cadre administratif régissant l'intervention du SAMETH implique une entrée en scène lorsque la problématique de santé du salarié est particulièrement visible au travail. Donc le SAMETH 29 intervient à un instant donné en mettant en œuvre des actions concrètes au maintien dans l'emploi, dans un contexte devenant particulièrement difficile à gérer pour le travailleur. Cette situation questionne la temporalité de la mobilisation pour gérer le maintien dans l'emploi des travailleurs de 50 ans et plus au regard du handicap produit ou aggravé par les conditions de travail : Mme A, à la suite d'un accident de travail, et M. B dont le handicap semble accentué du fait, entre autre, de la mutation technologique. Pour la situation de Mme A ayant connu une maladie professionnelle et un accident de travail, il faudrait se demander si des actions préventives avaient pu être mises en place sur son précédent poste de travail.

⁸⁵ Caroly Sandrine, «Les mutations du travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé ?», 01 octobre 2007. [En ligne]. Available: <http://pistes.revues.org/2993>

Cependant, les défis de la soutenabilité du travail n'apparaissent pas soudainement au-delà de 50 ans mais sont posés en amont. Les auteurs précisent que les causes des difficultés prennent souvent racine dans les années antérieures, qu'il s'agisse de problèmes de santé, d'organisation du travail et de satisfaction dans la vie professionnelle actuelle ou passée [9]. C'est l'idée du cumul de l'exposition aux contraintes de travail qui est ainsi avancée. Le maintien dans l'emploi des travailleurs de 50 ans et plus passe donc aussi par la prévention des risques professionnels primaires et ce, tout au long de la carrière.

- ✓ **La satisfaction au travail est aussi un facteur influant sur une sortie précoce de l'emploi des seniors...** tout comme la reconnaissance des pairs concernant le travail accompli, un travail permettant d'apprendre et de progresser... [32]. Le maintien dans l'emploi des travailleurs seniors nécessite en cela de mettre en place des actions tout au long de leur carrière, telles que celles limitant les interruptions de tâches ou la pression temporelle.
- ✓ **Des actions complémentaires sont possibles pour favoriser un vieillissement « dans » le travail, c'est-à-dire permettant au travailleur de 50 ans et plus de mettre en place des stratégies de compensation élaborées selon les usages de l'expérience** [30] [33]. Ces stratégies de compensation doivent lui permettre de trouver des compromis entre exigences du travail et capacités professionnelles. Ces stratégies sont particulièrement développées chez ces travailleurs, de par leur expérience. Mais il s'agit de permettre aux travailleurs ayant des difficultés de les conforter par l'octroi de plus grandes marges de manœuvre. Ces régulations ou ressources peuvent être :
 - Individuelles : par le développement de stratégies construites personnellement pour s'économiser de manière globale, pas uniquement en regard des situations de handicap, à condition que la conception du poste de travail et l'organisation le permettent.
 - Collectives : grâce l'échange sur les pratiques avec les collègues de travail sur les manières de faire, sur les habiletés et grâce aux coopérations entre les travailleurs.
- ✓ **Enfin d'autres stratégies, selon le type de handicap, peuvent être déployées en complément de la démarche du SAMETH 29 favorisant le maintien dans l'emploi des travailleurs** et particulièrement lorsqu'ils souffrent de pathologies d'usure de type rachialgie. Il en est par exemple du « modèle de Sherbrooke », développé au Québec. Ce modèle, qui a montré son efficacité, allie la prise en charge clinique et de réadaptation avec des interventions en milieu de travail. Il favorise un retour précoce et progressif au travail, dans les suites de l'accident du travailleur et une prise charge multidisciplinaire alliant suivi médical à visée thérapeutique, psychologique, rééducative... [22]. En France, il existe d'autres modèles, tels que « Lombaction » en pays de Loire, ou « Cémaphor » dans le Finistère.

L'enjeu est donc bien multidimensionnel puisque relevant de la mission du SAMETH 29 mais aussi de celle des employeurs, des responsables RH, des préventeurs, ergonomes, (en plus de la mission du médecin du travail, comme il a été montré tout au long de ce rapport). Le maintien dans l'emploi des travailleurs de 50 ans et plus ne doit pas être uniquement considéré lors de la survenue de la visibilité du handicap pour en favoriser la pérennité.

4.4 Validité et limites de l'étude

Une limite de ce travail est l'approche par l'étude de 2 cas. En effet, il paraît impossible d'appréhender la globalité du sujet du maintien dans l'emploi par la description de 2 situations, tant le sujet est complexe. Cependant, chaque situation étant particulière et la démarche s'adaptant à chaque problématique, la présentation de ces situations nous révèle la richesse de la démarche déployée par le SAMETH 29 et que j'ai pu appliquer en faveur du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Le stage s'est terminé avant la fin des accompagnements, même si j'ai obtenu les premiers résultats. Ceci représente aussi une limite à ce rapport. Néanmoins, j'ai pu développer une analyse fournie de la situation des 2 travailleurs en question, et mettre en place des actions concrètes pour leur

accompagnement. De plus, des contacts réguliers avec le SAMETH 29 dans les mois à venir me permettront de connaître les évolutions et l'issue de ces 2 projets afin de pouvoir saisir la portée de mon travail et connaître les réajustements opérés par les conseillères. En outre, si 2 cas d'étude de travailleurs de 50 ans et plus sont présentés dans ce rapport, j'ai aussi pu accompagner d'autres personnes en situation de handicap au cours de ce stage, celles-ci étant plus jeunes.

Le rapport présente uniquement des situations de handicap du fait d'affections de l'appareil locomoteur, du fait du hasard de l'entrée des 2 travailleurs dans le dispositif. Or, la démarche du SAMETH 29 aborde tous les types de handicaps, que l'origine en soit motrice, sensorielle, cognitive ou psychique. Ces problématiques nécessitent de mettre en place d'autres mesures et d'autres analyses que je n'ai pas abordées ici, comme la sensibilisation du collectif au handicap sensoriel par exemple. De même, les problématiques des travailleurs indépendants ne sont pas abordées.

Certaines mesures et collaborations ne sont pas présentées par le biais de ces 2 situations. Il en est par exemple de la collaboration avec les assistantes sociales de la sécurité sociale et de la CARSAT, les mesures de temps partiel thérapeutique, la mise en place de la RLH... De même la collaboration avec les membres du CHSCT n'est pas non plus mise en évidence dans ce rapport. Nous n'avons donc là qu'une vision réduite des vastes actions déployées. Mais la méthodologie et l'approche globale sont bien là, et ce rapport est un fidèle reflet de la démarche du maintien dans l'emploi mise en œuvre au SAMETH 29.

4.5 Commentaires personnels

4.5.1 Difficultés rencontrées

J'ai rencontré une difficulté particulière dans l'accompagnement de M. B. Il me semble en effet que la grande souffrance de ce travailleur rendait son accompagnement complexe. Le caractère urgent des actions à prévoir, le fait qu'aucune thérapeutique ne semblait envisagée ou envisageable (puisque l'importance de la douleur était corrélée uniquement, par M. B, à l'inconfort du véhicule) me paraissait être un frein à la démarche. Mais là est aussi la complexité du quotidien du SAMETH 29. L'approche pluridisciplinaire et thérapeutique de la problématique de santé de M. B, corrélée à la démarche du SAMETH 29 aurait peut-être permis des orientations complémentaires... Je pense à la prise en charge par une unité « douleurs chroniques rebelles », par exemple. Cette orientation est souvent mise en œuvre par la conseillère SAMETH, avec l'appui du médecin du travail. Mais ce que l'on peut retenir de cette situation, c'est que grâce à l'analyse et à l'accompagnement, il semble que M. B a pu identifier d'autres stratégies nécessaires et d'ordre plus médical. Le médecin traitant l'a d'ailleurs orienté vers un rhumatologue et avait prescrit un scanner. Il me semble donc que la démarche a pu faire évoluer la situation.

De plus, il m'a fallu prendre une distance avec mon identité professionnelle d'ergothérapeute. J'y ai été attentive tout au long du stage : n'endosser que la mission de l'IPRP dans la prévention tertiaire des risques professionnels. Or, les problématiques des travailleurs accompagnés semblaient relever parfois de ces 2 disciplines, le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle étant étroitement liés. Il me semble avoir pu différencier les 2 missions, la démarche ergonomique du SAMETH 29 étant une méthode d'intervention bien éloignée de celle du thérapeute.

4.5.2 Sentiment d'après stage

Ce stage m'est apparu réellement passionnant. Il m'a permis de saisir toute la complexité du maintien dans l'emploi des TH et d'appréhender la richesse des actions menées. Les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre le maintien dans l'emploi relèvent en effet d'un grand nombre de disciplines. Les professionnels du SAMETH 29 les actualisent sans cesse. Il s'agit pour ces professionnels de maîtriser de nombreux domaines que sont le droit social, le droit du travail, l'ergonomie, la formation, la médiation, l'accompagnement, les risques professionnels, les aides techniques et matériels spécifiques à la compensation du handicap... Les connaissances sur les affections des travailleurs sont aussi actualisées de façon continue afin de mieux cerner leurs problématiques, de pouvoir anticiper les éventuelles aggravations du handicap. Je peux établir ce constat au terme de ces 3 mois d'immersion.

Le résultat de la première restitution et de l'étape de la co-construction dans le cas de Mme A m'est apparu ainsi réellement positif et de fait un aboutissement particulièrement valorisant. J'ai pu percevoir l'implication des acteurs et les améliorations concrètes qui allaient être apportées, aboutissement de mon travail.

En définitive, ce stage m'est apparu particulièrement formateur. Grâce à la confiance des professionnels du SAMETH 29, j'ai pu œuvrer de manière autonome, sous leur regard attentif. Le stage m'a aussi permis la mise en pratique de toutes les connaissances acquises durant ces 2 années de Master en Evaluation et Prévention des Risques Professionnels. La prévention des risques professionnels et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés sont véritablement des domaines intriqués, comme j'ai pu l'expérimenter.

Conclusion

La mission qui m'a été confiée pendant ce stage de Master 2 « Evaluation et Prévention des Risques Professionnels » m'a permis d'aborder un domaine particulier, celui de la prévention tertiaire ou du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. C'est au sein d'un service particulièrement concerné par le sujet, le SAMETH 29, que j'ai pu m'intéresser à une problématique d'actualité en son sein et mise au jour par l'AGEFIPH concernant le maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants devenus handicapés. Les premières recherches documentaires m'ont permis de comprendre ce questionnement. En effet, l'AGEFIPH, financeur exclusif du SAMETH 29 et des mesures de maintien dans l'emploi - hors droit commun- des TH, se trouve en posture difficile, face à un contexte économique et sociétal contraint. L'AGEFIPH se questionne sur son rôle et celui du SAMETH 29 devant œuvrer au maintien dans l'emploi des travailleurs pour lesquels les phénomènes liés à l'âge occasionneraient ou aggraveraient le handicap au travail.

Face à cette question d'actualité et dans le cadre de ce master professionnel, j'ai choisi de poser cette problématique pour tenter de répondre à la question suivante : comment le SAMETH 29 favorise-t-il le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus ? Il me fallait, pour ce faire, expérimenter la démarche du SAMETH 29 en accompagnant par moi-même des travailleurs handicapés dès le début de leur entrée dans le dispositif. Dans le cadre de ce rapport de stage, j'ai choisi de présenter les résultats de cette expérimentation et son analyse à travers 2 études de cas. Les 2 travailleurs handicapés entrant dans mon étude avaient plus de 50 ans et étaient sujets à des pathologies d'usure du fait d'affections de l'appareil locomoteur.

Au vu des résultats concrets obtenus pour chacun des 2 travailleurs et grâce à la démarche du SAMETH 29 des réponses apportées à la problématique posée,. En effet, nous avons pu établir que la démarche du SAMETH 29 favorisait le maintien dans l'emploi des TH de 50 ans et plus confrontés à des pathologies d'usure. Ceci est dû au fait qu'elle est adaptée à chaque situation singulière. Nous avons montré que les critères caractérisant la démarche étaient identifiés dans la littérature scientifique comme favorisant le maintien dans l'emploi de ces travailleurs : la démarche ergonomique participative permettant la co-construction de solutions et intégrant tous les acteurs, l'interdisciplinarité, le pilotage du projet par un professionnel expérimenté maîtrisant les mesures de maintien, la relation de confiance inhérente à l'accompagnement, l'analyse objectivée des besoins, la prise en compte des ressources que le TH a construites tout au long de sa carrière et la mise en place d'actions pérennes par l'adaptation du poste et la formation, permettant au TH de plus de 50 ans de conforter son identité professionnelle et sa projection dans l'avenir.

Nous avons également établi que la démarche était à compléter. En effet, les actions du SAMETH 29 visent à l'adaptation du poste de travail et la mise en place de mesures en fonction de la situation de handicap et uniquement de celle-ci. Du fait du cadre institutionnel qui le régit, le SAMETH 29 n'est pas en mesure de favoriser l'amélioration des conditions de travail globales, pourtant repérées comme nécessaires à la pérennité du maintien dans l'emploi des travailleurs en fin de carrière. Cependant, pour nuancer ceci, nous avons vu que le professionnel du SAMETH 29 jouait le rôle important de sentinelle en alertant les acteurs de l'entreprise dont les préventeurs sur certaines de ces conditions de travail.

Celles-ci ne pouvant pas être identifiées de manière exhaustive, la passation d'un relais à un intervenant en prévention des risques professionnels est alors apparue comme essentielle. De plus, il a été montré que des actions sont à mener bien en amont de l'intervention du SAMETH 29 puisque l'amélioration des conditions de travail et de la satisfaction au travail tout au long de la carrière ont un impact sur le maintien dans l'emploi de la population jusqu'à l'âge de la retraite. L'employeur et le responsable des ressources humaines ont donc un rôle important à jouer en ce sens.

Concernant certaines pathologies d'usure comme les TMS, nous avons finalement évoqué l'existence d'autres démarches complémentaires : celles permettant un vieillissement « dans le travail », c'est-à-dire favorisant le développement de stratégies individuelles et collectives de construction, trouvées par le TH lui-même pour faire face au déclin lié à l'avancée en âge. Certaines approches thérapeutiques de réadaptation fonctionnelle sont aussi repérées comme apportant des solutions efficaces à la pérennisation du maintien dans l'emploi.

Face à ce constat des actions à déployer, le questionnement de l'AGEFIPH semble donc légitime. En effet, il doit financer le maintien dans l'emploi de cette population en nombre sur le territoire français alors que le mécanisme de vieillissement et d'usure semble peu pris en compte dans l'entreprise.

En définitive, on peut se demander quels moyens seraient à donner pour développer davantage une prévention primaire et secondaire des risques professionnels et pour améliorer les conditions de travail tout au long de la vie. Les actions du SAMETH 29, qui favorisent grandement le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de tout âge se verraient ainsi confortées. Sa mission de mise en œuvre d'actions pour le maintien dans l'emploi de ces travailleurs doublement fragilisés serait aussi facilitée.

Bibliographie

- [1] Ville I., Fillion E., Ravaud J.- F., 2014, *Introduction à la sociologie du handicap, histoire, politiques et expérience*, Louvain: De Boeck Supérieur, 256 p.
- [2] Amira S., Meron M., Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 2005, «L'activité professionnelle des personnes handicapées», Dares, [consulté le 15 mars 2015], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/hcFPS04d3.pdf.
- [3] Tendances, la lettre des études AGEFIPH n°10, juin 2007, «Le maintien dans l'emploi : faire face aux nouveaux défis», [consulté le 20 mars 2015], disponible sur internet : https://www.agefiph.fr/content/download/1726/12918/file/1187884247_Tendances%20n%C2%B010_4%20pages.pdf.
- [4] PRITH Bretagne, «Bilan 2013 du plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés - Bretagne».
- [5] Blanc A., 2009, «L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en France : principes et réalités,» *Pratiques psychologiques*, vol 16, pp:3-19.
- [6] Blanc A. (Responsable de publication), 2008, *Les travailleurs handicapés vieillissants*, Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 244 p.
- [7] AGEFIPH, «L'AGEFIPH en 2013, rapport d'activité,» [consulté le 2 avril 2015], disponible sur internet: <http://www.agefiph.fr/Actus-Publications>.
- [8] Molinié A. F., Gaudart C. et Pueyo V., 2012, *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, Toulouse: éditions Octarès, collection « Travail et activité humaine », 358 p.
- [9] Caron I., Caser F., Delgoulet C., Effantin E., Jolivet A., Théry I., Volkoff S., 2012, «Les conditions de Travail dans les accords et plans d'action "seniors", étude pour le COCT,», [consulté le 3 avril 2015], disponible sur internet : <http://www.cee-recherche.fr/publications/rapport-de-recherche/les-conditions-de-travail-dans-les-accords-et-plans-daction-seniors>
- [10] CREAPT-CEE, Actes du séminaire Ages et Travail, mai 2007 «Activités, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail,» [consulté le 2 mai 2015], disponible sur internet : http://www.cee-recherche.fr/public_recherche/activites-experience-et-sante-lepreuve-des-evolutions-du-travail-recherches-dans-quatre.
- [11] Berthelette D, 2010, «Les interventions visant à accroître la rétention des salariés seniors : un bilan des connaissances scientifiques,» *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*; 71, pp. 351-355.
- [12] Albarello L., 2011, *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*, Bruxelles: De Boeck, 144 p.
- [13] Amrous N., Barhoumi M., Biauxque V., octobre 2013, «L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011», Dares Analyse n° 66, ministère du travail, [consulté le 8 avril 2015], disponible sur internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-066.pdf>.
- [14] PRITH Bretagne, «L'emploi, la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées en Bretagne, Bilan du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés, 2011-2012».
- [15] GREF Bretagne, 2012 «Trajectoires inaptitudes, devenir à 12 mois des personnes déclarées inaptées au poste de travail», [consulté le 16 mars 2015], disponible sur internet : http://www.bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Trajectoires_inaptitudes_web.pdf.
- [16] Noulin M., 2002, *Ergonomie*, 2^{nde} édition actualisée, Toulouse: Octarès éditions, 154 p.
- [17] Aptel M., 2010, «Charge physique de travail et employabilité des seniors : des preuves inaudibles ?» *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol 71, n°3, pp. 329-332.

- [18] Petit A., Roquelaure Y., 2014, «Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charge,» *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol 75, n°1, pp. 6-33.
- [19] Bouvard M., Lippa A., Reboul G., Lutz C., 2012, «La pubalgie du sportif,» *Journal de Traumatologie du Sport*, volume 29, n°2, pp. 105-128.
- [20] Rochcongar P., 1999, «Lésions chroniques de l'appareil locomoteur chez le sportif,» *EMC Appareil locomoteur*, Article 15-902-A-10, pp. 1-8
- [21] «Recommandations,» 2009, *Douleurs, hors série 2, Elsevier Masson, Volume 10, numéro 1S2*, pp. 1-7.
- [22] Baril R., PISTES, 2002, «Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec» [consulté le 29 mars 2015]. disponible sur internet : <http://pistes.revues.org/3661>.
- [23] Montreuil S., Marier M., Bellemare M., Prévost J., Allard D., PISTES, 2004, «L'implication des acteurs dans l'implantation de projets d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans 2 usines », [consulté le 23 mai 2015], disponible sur internet: <http://pistes.revues.org/977>.
- [24] Durand M.-J., PISTES, 2012, «Récit de l'édification d'une équipe pluridisciplinaire pour aborder la problématique de la situation de handicap au travail», [consulté le 22 avril 2015]. disponible sur internet : <http://pistes.revues.org/3660>.
- [25] Saliba M-L., Arnaud S., Souville M., Viau A, François G., Verger P., 2013, «Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région PACA,» *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol 61, pp. 172-179.
- [26] Fassier J.B., Petit A., Yven C., Sappey P., Bernieri F., Soyeux E., Roquelaure Y., 2014, «Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi,» *Douleurs Evaluations Diagnostic Traitement*, vol 15, pp. 11-19.
- [27] Dujin A., Maresca B., 2010, «La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises,» *La revue de l'Ires*, vol 67, pp. 39-58.
- [28] Marquié J.C, 2010, «Pénibilité et usure cognitive chez les séniors. Des mesures à court et à long terme,» *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol 71, pp. 333-337.
- [29] Gaudart C., Laville A., Molinié A.F., Volkoff S., 1995, «Age des opérateurs et travail répétitif : une approche démographique et ergonomique,» *Relations industrielles*, vol 50, n°4, pp. 825-851.
- [30] Delgoulet C., Volkoff S., 2014, «Vieillesse, pénibilité et travail,» *EMC pathologie professionnelle et de l'environnement*, volume 9 (2), article 16-780-A-80, pp. 1-8.
- [31] Caroly S., PISTES, 2007, «Les mutations du travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé ?», [consulté le 30 avril 2015], disponible sur internet : <http://pistes.revues.org/2993>.
- [32] Molinié A.- F., PISTES, 2005, «Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite?» [consulté le 15 février 2015], disponible sur internet: <http://pistes.revues.org/3254>.
- [33] Aptel M., 2010, «Charge physique de travail et employabilité des séniors : des preuves inaudibles?,» *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* vol 71, pp. 329-332.
- [34] Blanc A. (Responsable de publication), 2009, *L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- [35] Stiker H.-J., Puig J., Huet O., 2009, *Handicap et accompagnement*, Paris: Dunod, 180 p.
- [36] Pavageau P., Nascimento A., Falzon P., PISTES, 2007, «Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle »[consulté le 20 mai 2015], disponible sur internet: <http://pistes.revues.org/2960>.
- [37] Vendramin P.; Valenduc G., 2013, «Le vieillissement au travail, courrier hebdomadaire du CRISP», n°2185, 2013/20. [Consulté le 3 avril 2015], disponible sur internet: <http://cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2013-20-page-5.htm>.

ANNEXES

ANNEXE 1

MESURES DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

(SELON LA DEFINITION DE L'AGEFIPH⁸⁶)

Certains outils susceptibles d'être utilisés dans une situation de maintien sont en lien avec l'environnement de travail (aménagement du temps ou du lieu de travail, accessibilité...), d'autres touchent directement la personne salariée (formation, bilan...), d'autres, enfin, relèvent de mesures spécifiques (aides financières)

❖ LES MESURES DE DROIT COMMUN

- **La Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle** : La PSOP est prescrite exclusivement par les Cap emploi, Pôle emploi, Les Missions locales, les Sameth et Comète (équipes chargées de la démarche précoce d'insertion pour des patients hospitalisés dans des services de soins de suite et de réadaptation). Elle a pour objectif d'aider la personne handicapée à se projeter dans un parcours vers l'emploi ou s'investir dans l'élaboration d'un projet professionnel ou de formation ou de permettre l'élaboration d'un nouveau projet professionnel dans le cadre du reclassement interne ou externe d'une personne handicapée lorsque le maintien à son poste de travail n'est pas possible.

La prestation est mobilisée exclusivement pour des personnes handicapées pour lesquelles un bilan de droit commun, même assorti d'aide à la compensation, ne répond pas au besoin pour certaines raisons : temps supplémentaire nécessaire à la prise en compte du handicap et de problématiques sociales associées, ou mobilisation précoce pour permettre d'engager le plus tôt possible une démarche de construction de projet professionnel.

Elle s'adresse :

- Aux demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi des TH accompagnés dans leurs parcours par un référent Cap emploi, Pôle emploi ou Mission locale, et concerne prioritairement les personnes éloignées de l'emploi.
- Aux salariés du secteur privé ou du secteur public, bénéficiaires de l'obligation d'emploi ou en attente de l'être, en activité ou en arrêt de travail et qui présentent un risque identifié d'invalidité à leur poste de travail.
- Aux travailleurs indépendants bénéficiaires de l'obligation d'emploi ou en attente de l'être qui ne pourront continuer leur activité du fait de leur handicap.

La Psop ne peut pas être mobilisée pour les personnes atteintes d'un handicap psychique ou mental qui peuvent bénéficier d'un appui à l'élaboration d'un projet professionnel dans le cadre des offres de services des Prestations ponctuelles spécifiques dédiées à ce public et financées par l'Agefiph et le FIPHFP.

Elle comprend :

- Une alternance d'entretiens individuels et de regroupements collectifs,
- Une mise en situation professionnelle en mobilisant les outils de droit commun de type Evaluation en milieu de travail pour les DEBOE, et/ou une évaluation sur des plateaux technique de formation.

- **Le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise** : Il s'agit d'une mesure de l'Assurance maladie et la RQTH est nécessaire pour pouvoir en bénéficier. Il dure en moyenne entre 3 et 6 mois, parfois plus. Il concerne les salariés en arrêt de travail et permet une reprise à temps plein mais avec

⁸⁶ Maintien sur le poste de travail, dans l'entreprise ou dans le groupe

un aménagement de poste le temps du contrat. L'objectif est de permettre un réentraînement au travail ou un temps d'adaptation sur un nouveau poste en cas de réaffectation interne à l'entreprise. Durant le contrat, l'entreprise perçoit une aide financière de l'assurance maladie qui doit alors s'engager à alléger la charge de travail : par l'octroi de pauses supplémentaires, par l'allègement de certaines tâches ou l'appui d'un autre travailleur pour certaines tâches. L'amplitude horaire d'une journée de travail ne peut pas être changée.

- **Les séjours en Centres de Rééducation Professionnelle** (Centre de Pâtis Fraux pour la Bretagne) : Les centres de rééducation professionnelle (CRP) ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés (soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé) et de leur assurer une formation qualifiante.
La majorité des formations proposées par les CRP débouche sur des diplômes homologués par l'Etat. Il s'agit de formations professionnelles de longue durée (souvent supérieures à un an) qui permettent l'adaptation à un nouveau milieu professionnel grâce à des périodes d'application en entreprise. Un suivi médical, social, psychologique et un accompagnement à l'emploi des stagiaires peuvent être assurés en parallèle.
- **L'arrêt de travail** : peut être nécessaire pour la mise en place d'un projet de maintien dans l'emploi. Le salarié perçoit des indemnités journalières de l'assurance maladie.
- **Le temps partiel thérapeutique** : Cette mesure permettant de reprendre une activité à temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'un arrêt de travail. Cette reprise peut être prescrite à tout moment, et a pour objectif de permettre au travailleur de reprendre progressivement son activité. Le pourcentage d'activité est fixé par le médecin du travail et peut être progressif jusqu'à la reprise à temps complet. L'arrêt de travail à temps partiel thérapeutique doit être prescrit par le médecin traitant et accepté par le médecin-conseil. Aucune disposition réglementaire ne prévoit les modalités pratiques de reprise à temps partiel thérapeutique. Celles-ci doivent être déterminées entre le salarié et l'employeur, s'agissant de la durée et des horaires de travail, en accord avec le médecin du travail.
La reprise à temps partiel thérapeutique doit faire suite à un arrêt à temps complet indemnisé par l'assurance maladie, (sauf exception).
Sa vocation est de permettre à l'assuré de réintégrer son emploi à temps complet le plus rapidement possible. Sa mise en place dépend de l'acceptation de l'employeur. Enfin, depuis 2012, il est possible d'obtenir un temps partiel thérapeutique sans période d'arrêt de travail préalable pour les salariés du secteur privés. Il ne peut excéder une durée de 3 mois, parfois reconduite une fois.
- **La pension d'invalidité de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie** : en cas de maladie non reconnue comme une maladie professionnelle. Cette mesure est proposée si le travailleur ne peut garder son activité à temps plein du fait du handicap de manière pérenne. Elle doit être avalisée par le médecin conseil de l'assurance maladie.
 - **Pension de 1^{ère} catégorie** : le travailleur garde son emploi via une activité à mi-temps
 - **Pension de 2^{ème} catégorie** : le travailleur garde son emploi et travaille à raison de quelques heures par semaine. La perte de salaire étant une conséquence majeure de cette mesure, un complément de rémunération peut être possible avec l'AAH (droit à l'allocation adulte handicapé décidé par la MDPH).
- **La formation** : RQTH peut conférer aux patients une priorité d'accès à ces formations prévues par le droit commun ou bien ouvrir le droit à d'autres formations spécifiques aux travailleurs handicapés. Le contenu des formations, leurs conditions d'attribution et leur mise en œuvre dépendent notamment des organismes en charge de la formation professionnelle : les OPCA (organismes paritaires collecteurs agréés) ainsi que des co-financeurs éventuels (AGEFIPH, FIPHFP, OETH, entreprises sous accord agréé). Au préalable, un bilan de compétences est parfois nécessaire, une Validation des Acquis par l'Expérience...

❖ LES MESURES AGEFIPH ET FIPHFP

S'agissant des mesures de 2ème intention AGEFIPH et FIPHFP, il est impossible de dresser un catalogue exhaustif de ces mesures qui sont nombreuses, spécifiques à chaque organisme financeur et qui sont en évolution permanente. Les mesures du dispositif « OETH » ne sont pas décrites ici (l'OETH concerne les salariés des établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médicosocial), ni celles des entreprises sous contrat agréé par l'Etat pour leur obligation d'emploi de TH.

❖ **Les mesures financières** octroyées pour le maintien dans l'emploi sont différentes selon s'il s'agit de l'AGEFIPH ou du FIPHFP. Voici certaines mesures octroyées par l'AGEFIPH :

- **L'aide au maintien dans l'emploi** : l'objectif est de permettre le maintien dans l'emploi d'une personne handicapée. Cette mesure doit être prescrite par un professionnel du SAMETH.
L'aide s'adresse aux employeurs de personnes reconnues handicapées ou en voie de l'être ainsi qu'aux travailleurs indépendants reconnus handicapés ou en voie de l'être.
- **L'aide au maintien dans l'emploi des personnes handicapées en fin de carrière.** L'objectif est d'inciter les employeurs à maintenir dans l'emploi les salariés âgés présentant un risque d'inaptitude compte tenu de leur handicap dans les 5 années précédant leur départ à la retraite.
L'aide est prescrite par un professionnel du SAMETH et s'adresse aux employeurs de personnes reconnues handicapées ou en voie de l'être remplissant en contrat à durée indéterminée (CDI) et âgées d'au moins 52 ans à la date de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et pour lesquelles sont remplies l'ensemble des conditions suivantes :
 - Le médecin du travail préconise la réduction du temps de travail dans le cadre d'un maintien dans l'emploi.
 - Le temps de travail, après réduction, est supérieur ou égal à 50% du temps de travail légal ou conventionnel. L'employeur s'engage à maintenir le salaire pendant la période de versement de l'aide.
- **La formation des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi** : l'objectif est de permettre à une personne handicapée d'acquérir les compétences nécessaires à son maintien dans l'emploi. L'aide s'adresse aux employeurs de personnes reconnues handicapées ou en voie de l'être. Elle est prescrite par un professionnel du SAMETH. Elle consiste en une participation au financement du coût pédagogique d'une formation s'inscrivant dans un projet de maintien dans l'emploi.
- **L'aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap** : l'objectif est de permettre l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap de la personne handicapée. L'aide s'adresse aux employeurs de personnes reconnues handicapées ainsi qu'aux travailleurs indépendants reconnus handicapés.
L'aide à l'aménagement des situations de travail est mobilisable au bénéfice de personnes en voie de reconnaissance du handicap pour lesquelles le médecin du travail atteste que le handicap, son aggravation ou une évolution du contexte de travail entraînent des conséquences sur l'aptitude à occuper le poste de travail. Afin de permettre l'adéquation entre les exigences de la situation de travail du salarié et sa situation de handicap, l'Agefiph participe au financement : de moyens techniques, humains ou organisationnels à mettre en œuvre pour compenser le handicap dans l'entreprise (aménagement de postes, logiciels spécifiques, transcription braille...).

❖ **Autres mesures concernant l'AGEFIPH et le FIPHP:**

- **Dispositif de Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) :** l'objectif est de compenser financièrement l'efficiency réduite d'une personne handicapée à son poste de travail.

La lourdeur du handicap peut être reconnue lorsque les conséquences financières de l'efficiency réduite de la personne handicapée sur son poste de travail restent très importantes, même après l'aménagement optimal de la situation de travail.

Elle ouvre droit à :

- Soit à l'attribution de l'aide à l'emploi (AETH).
- Soit à une modulation de la contribution Agefiph due par l'établissement, équivalente à 1 unité bénéficiaire, pour les établissements assujettis à l'obligation d'emploi des personnes handicapées qui le souhaitent. La demande est faite à l'Agefiph soit directement par l'entreprise soit avec l'aide du conseiller Cap emploi, Pôle emploi ou Mission locale dans le cas d'un recrutement ou du conseiller Sameth pour un maintien dans l'emploi.

- **Prestation Ponctuelle Spécifique (PPS) :** L'objectif est d'identifier précisément les conséquences du handicap sur l'emploi et les moyens de le compenser.

La prestation s'adresse aux demandeurs d'emploi handicapés ainsi qu'aux salariés et aux employeurs.

Une expertise apportée par un spécialiste du handicap (visuel, auditif, moteur ou psychique) afin notamment d'apprécier les incidences du handicap sur l'emploi et les actions à mettre en œuvre pour le compenser.

L'aide doit être prescrite par le conseiller Cap emploi, Pôle emploi ou Mission locale dans le cas d'un recrutement ou par le conseiller Sameth pour un maintien dans l'emploi.

- **La prestation d'étude préalable à l'adaptation des situations de travail (EPAAST) :** l'Objectif est de trouver des solutions permettant l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap de la personne handicapée.

Les aides s'adressent aux employeurs de personnes reconnues handicapées ou en voie de l'être. L'intervention d'un ergonome qui propose à l'entreprise des solutions techniques et organisationnelles concrètes, réalistes et chiffrées pour aménager la situation de travail du salarié handicapé.

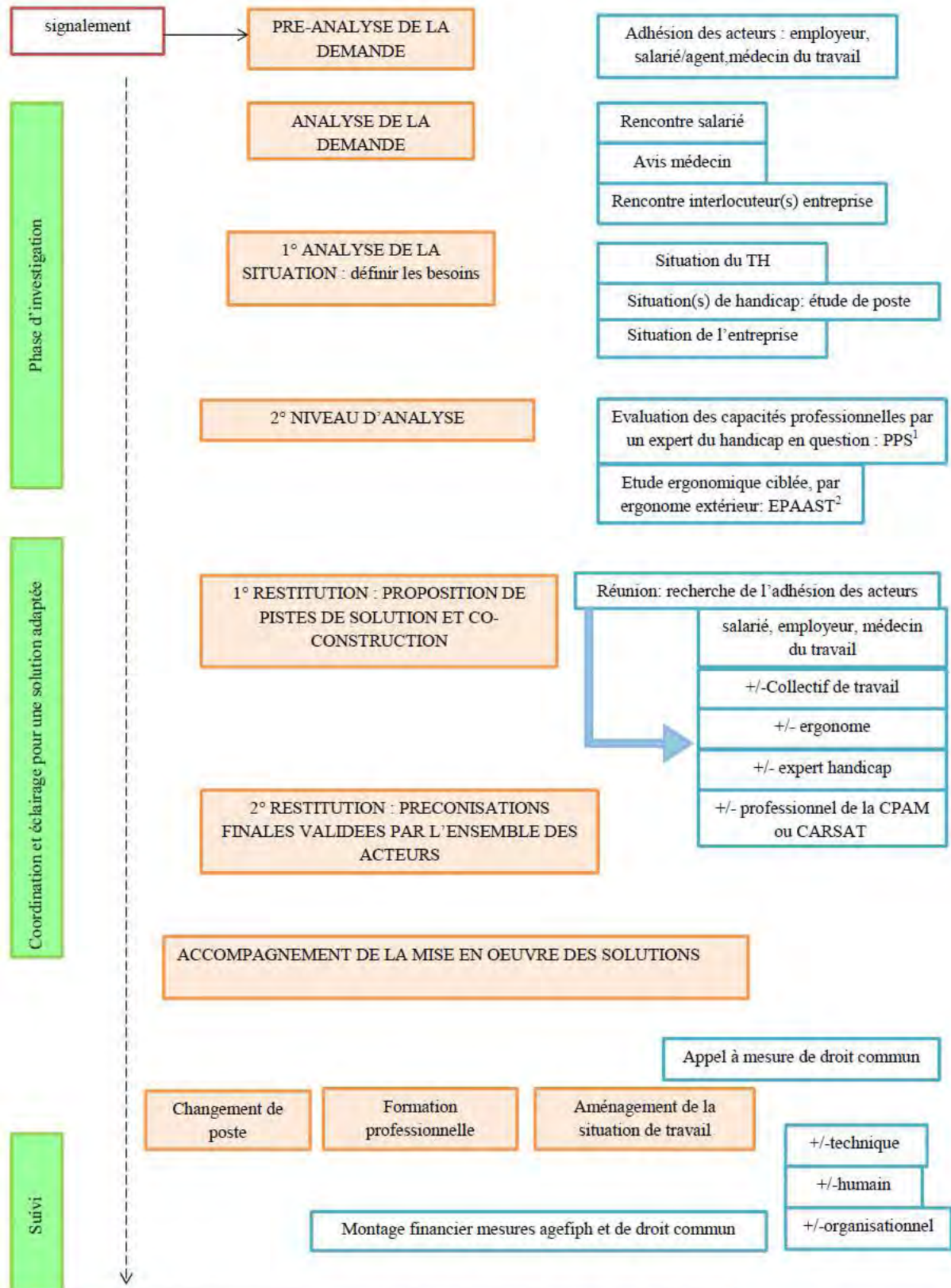
La demande est faite à l'Agefiph uniquement par le conseiller Cap emploi, Pôle emploi ou Mission Locale ou par le conseiller Sameth.

- **L'aide au tutorat :** l'objectif est d'améliorer l'intégration professionnelle d'un salarié handicapé suite à son recrutement ou pour favoriser son maintien dans l'emploi.

L'aide s'adresse aux employeurs suite au recrutement ou au maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé. Le financement de l'intervention d'un intervenant interne à l'entreprise (collègue, manager, ...) : La demande d'aide est faite à l'Agefiph soit directement par l'employeur soit avec l'aide du conseiller Cap Emploi, Pôle emploi ou Mission Locale ou du conseiller Sameth.

ANNEXE 2

LE MODELE DE LA DEMARCHE SAMETH : des cheminements différents peuvent se tracer dans cette trame, selon le projet du TH



¹ Prestation Ponctuelle. Spécifique, mesure d'évaluation/préconisation d'un expert handicap extérieur, financée par l'Agefiph/fiphfp et prescrite par la conseillère SAMETH

² Etude préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail, mesure financée par l'Agefiph/fiphfp et prescrite par la conseillère SAMETH

ANNEXE 3 :

GRILLE DE RECUEIL DES PREMIERES INFORMATIONS CONCERNANT LE POSTE DE TRAVAIL⁸⁷

OBSERVATIONS GLOBALES-VERBALISATION SUR LE POSTE DE TRAVAIL

Nom :

Prénom :

Entreprise :

Date :

1-LA DEMANDE : HISTORIQUE DE L'ARRIVEE DE LA DEMANDE AU SAMETH

Reformulation de la demande, au vu des observations générales et de l'échange avec l'ensemble des acteurs.

2-INFORMATIONS

Le travailleur : Age, taille, latéralisation, verres correcteurs, Formation-métier, expérience, carrière.

Le poste : Nom du/des postes occupés, l'équipe, les horaires, hiérarchie

Le service

3- La tâche. Le travail prescrit

Objectifs attendus (rémunération en conséquence ?), consignes et procédures imposées, répartition des tâches, rendre compte)

⁸⁷ Effectuée d'après la lecture de l'ouvrage de Monique Noulin, 2002, *Ergonomie*, Octares Editions [16]

	Une journée type :
Outils, équipement	
L'ACTIVITE : LE REEL. ECART AVEC LE PRESCRIT	
<p>Consultation/saisie/traitement/ mise en forme/conception...</p> <p>Déroulement chronologique des catégories d'activité, durées, Façons de faire, marges de manœuvre (produit, temps, organisation/ info)</p> <p>Ecarts travail prescrit/travail réel</p> <p>Gestion des aléas/dysfonctionnements subjectif</p>	
<p>Environnement physique : Bruit, lumière/éclairage (intensité, flux, éclairage (source, éloignement, orientation), éblouissement/reflet, contraste) humidité/ventilation, température, le ressenti/ relations environnement et activité, confort global (visuel, bruit ?)</p>	
<p>Equipe : communication/ information, coordination,</p>	

2

complémentarité, soutien, marges de manœuvre/collectif, travail en équipe ? sur autre poste ?	
<p>Le temps : durée des séquences, gestion du temps /pauses et réactivations, pics d'activité/régulation, marges de manœuvre</p>	
Conditions des pauses	
Les contraintes perçues	
Le handicap au travail	
<p>Les situations de handicap</p> <p>Perception sur le handicap /représentations par rapport au travail,</p> <p>Perception par rapport au retour du collectif.</p> <p>Inconfort particulier.</p> <p>Limitations et Capacités fonctionnelles/ fluctuations.</p> <p>Stratégies et organisation déjà proposées/négociées/mises en place.</p> <p>Les répercussions (sur la journée de travail, la semaine...).</p>	

3

<p>Travail dynamique et Contraintes posturales Répétition, saisie d'objet, tension musculaire MI ? amplitudes-> zones de confort, micromouvements, zones d'appui, postures sans contre-appui, statiques prolongées, changement de postures, précisions, habileté</p>	
<p>Activité mentale engagée : Intensité (et perception sur l'intensité), rapidité, simultanéité saisie/action, recueil d'info formelles/informelles Attention, mémorisation, raisonnement, double tâche, calcul, analyse, stratégie, prise de décision/arbitrage.</p>	
<p>Mes hypothèses Concernant les contraintes et les ressources au regard du handicap</p>	

ANNEXE 4

SUPPORT DE RESTITUTION DES PREMIERES OBSERVATIONS DU POSTE DE TRAVAIL DE MME A, REALISE POUR L'ETAPE DE CO-CONSTRUCTION DES SOLUTIONS

Le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés âgés de 50 ans et plus : mise en œuvre et analyse de la démarche déployée par le SAMETH 29 à travers 2 études de cas.

Accompagnement de 2 travailleurs en situation de handicap du fait d'une affection de l'appareil locomoteur

Résumé

Contexte : Le stage de master 2 « Evaluation et Prévention des Risques Professionnels » m'a permis d'expérimenter la démarche d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés exerçant en milieu ordinaire de travail, mise en œuvre par le SAMETH 29.

Objectif : Par cette expérimentation de terrain dans ce cadre institutionnel précis, mon objectif était de déterminer comment la démarche du SAMETH 29 favorisait le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus.

Méthode : La démarche ergonomique spécifique au handicap développée par le SAMETH 29 a été la méthode mise en œuvre pour 2 situations de handicap au travail, présentées à travers 2 études de cas. Il a fallu cerner d'abord le contexte d'intervention du SAMETH 29 et faire une investigation approfondie de la situation des 2 travailleurs handicapés : par l'utilisation de recueils d'informations que sont l'étude des documents, l'observation in situ, les entretiens et l'évaluation des capacités professionnelles. L'analyse des données a permis la co-construction de solutions de maintien avec tous les acteurs concernés pour chacune des situations. Pour répondre à la problématique, l'ensemble de ces éléments a ensuite été analysé au regard des besoins de la population des travailleurs de 50 ans et plus en risque de désinsertion professionnelle, repérés dans la littérature scientifique.

Résultat : La démarche mise en œuvre vise à la compensation du handicap, dans une situation à chaque fois singulière, en explorant toutes les solutions et en élaborant un plan d'accompagnement « sur mesure ».

Conclusion : Le SAMETH 29, par son expertise du handicap au travail, joue un rôle majeur dans le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés de 50 ans et plus. Il a aussi un rôle de sentinelle pour l'amélioration des conditions de travail globales face aux problèmes de santé des travailleurs en fin de carrière.

Mots-clés : maintien dans l'emploi, handicap, travailleur handicapé de 50 ans et plus, SAMETH 29, démarche ergonomique, accompagnement.

Job retention of disabled workers aged 50 and older : implementation and analysis of SAMETH 29 approach through 2 case studies.

Support of 2 workers with disabilities due to conditions of the musculoskeletal system.

Abstract

Background : The master 2 "Evaluation and Prevention of Occupational Risks" placement has enabled me to experiment the approach of SAMETH 29 dedicated to supporting job retention of disabled workers in ordinary working environment.

Objective : According to this field experiment in this precise institutional framework, my aim was to determine how the approach of SAMETH 29 favoured job retention of disabled workers aged 50 and older.

Method: The specific ergonomic approach to disability developed by SAMETH 29 was the method implemented for 2 situations of occupational disabilities, presented through 2 case studies. We identified the intervention context of SAMETH 29 and conducted a full inquiry of the situation of the 2 disabled workers : by using collection of data such as the study of documents, in-situ observation, interviews and working capability assessment. Data analysis provided the co-construction of solutions for job retention with all the protagonists concerned in each of these situations. To address the problem, all these elements identified in scientific literature were analysed in the light of the needs of the population of workers aged 50 and older at risk of professional exclusion.

Results : The implemented approach is designed to compensate for disabilities, in ever unique situations, by exploring all of solutions and developing a tailored support plan.

Conclusion : Thanks to its expertise on disability at work, SAMETH 29 plays a major role in job retention of disabled workers aged 50 and older. It also plays the role of sentinel in order to improve global working conditions as far as health problems of late career workers are concerned.

Keywords : job retention, disability, disorders of the musculoskeletal system, disabled worker aged 50 and older, SAMETH 29, ergonomic approach, accompaniment.

