

## **RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL** **DANS LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE** **DES PERSONNES HANDICAPÉES**

**A propos de la mise en place d'une stratégie « originale »,  
depuis trois ans, à l'échelon d'un département  
le Morbihan**

*Docteur Jean-Michel HAMEAU*  
*Médecin du travail*  
*DESSUP d'ergonomie et d'écologie humaine de l'université Paris -I*  
*Centre de médecine du travail*  
*Avenue Duplex - Tl du Prat - 56037 Vannes Cedex*  
*Tél. :97.47.41.04*

### **INTRODUCTION**

Au printemps 1988, le directeur du travail et les membres de la COTOREP du Morbihan font le constat amer des difficultés de reclassement professionnel des personnes reconnues handicapées : non seulement elles grossissent le nombre de demandeurs d'emploi, mais encore le milieu protégé, avec huit cents personnes dans le département, est totalement saturé en amont et en aval... Un groupe de travail informel, constitué sous l'impulsion du docteur Michel Busuel, médecin directeur du centre de Kerpape à côté de Lorient, va permettre, au cours de quatre grandes réunions plénières, de réunir l'ensemble des partenaires sociaux concernés : la COTOREP et la DDTE bien sûr, mais aussi la CPAM et la MSA, l'ANPE, le milieu protégé et les associations oeuvrant en faveur des personnes handicapées, le conseil général du Morbihan, des représentants du patronat et des syndicats de salariés, et bien entendu la médecine du travail... Des groupes de travaux, sortes de sous-commissions, sont chargés de préparer les réunions plénières, pour aboutir finalement à quatre grands axes de réflexion :

- intérêt de créer une EPSR de type privé ;
- améliorer les relations médecins conseil/médecins du travail ;
- mise en place d'une véritable prévention du risque lombalgique ;
- améliorer l'information des entreprises par la création d'un numéro de téléphone unique type « SOS handicap ».

### **LE GROUPE INFORMEL DE RÉFLEXION**

De ces quatre objectifs, un cinquième viendra d'emblée parfaire la mise en oeuvre : jamais autant de partenaires d'horizons et de statuts différents ne s'étaient rencontrés autour d'un même but ; représentants de l'Etat ou du département, administratifs et responsables d'associations, travailleurs sociaux, psychiatres, médecins conseils, médecins du travail, directeur de ressources humaines, représentants de l'Union patronale et des syndicats salariés... Plus de soixante personnes vont apprendre à se connaître un peu mieux, et surtout à lier des relations-mieux personnalisées, gage futur d'une meilleure efficacité sur le terrain. Un regret cependant : la faible représentation des représentants de l'entreprise (patronat et syndicats), au détriment des « professionnels » de l'insertion (travailleurs sociaux, associations...). Une satisfaction : l'implication des

médecins du travail, puisque treize médecins du travail vont participer à ce groupe informel, tandis que deux prendront la responsabilité d'animer deux des quatre sous-commissions.

Les premières réunions vont être l'occasion de confronter les points de vue : saturation du secteur protégé, mais volonté de sa part de jouer un rôle plus actif par le biais de stage de réadaptation professionnelle avant le retour en milieu ouvert, présentation de l'expérience d'HANDIPRISE avec le centre de Kerpape, volonté de l'ANPE d'être un partenaire actif de l'information en matière d'aides financières aux entreprises...

De leur côté, les treize médecins du travail présents soulignent le peu d'intérêt des postes « protégés » : leur existence est illusoire tout comme l'est la notion même de postes : la polyvalence règne inévitablement dans un tissu d'emplois où 80 % des entreprises du département ont moins de dix salariés... Pour eux, si l'insertion est importante, priorité doit être donnée au **maintien** des salariés qui deviennent brutalement ou progressivement handicapés dans leur travail. L'insertion reste **surtout** un problème de changement de mentalité, et il n'est pas sûr que l'étiquette « poste pour handicapés » soit efficace, quand on connaît la multitude de personnes handicapées au travail pour lesquelles une reconnaissance officielle risquerait de changer l'attitude de leur employeur, jusque là ignorant du « problème » ?

D'informel, le groupe de travail visant à une stratégie départementale d'insertion, décide rapidement de constituer quatre sous-groupes, avec chacun un objectif propre :

- sous-groupe n° 1 : (Mlle Thebaud, COTOREP) : préparer la mise en place des statuts d'une EPSR de type privé ;
- sous-groupe n° 2 : (Dr Lozachmeur, médecin du travail) : améliorer les relations médecins conseils/médecins du travail (PRE-REPRIS) ;
- sous-groupe n° 3 : (Dr Hameau, médecin du travail) : prévenir le risque lombalgique qui reste une des causes les plus fréquentes d'inadaptation professionnelle conduisant à un reclassement aléatoire exemple du maçon de 40 ans... ;
- sous-groupe n° 4 : mettre en place une cellule d'information départementale en direction des entreprises sur le thème de la réinsertion des personnes handicapées. Création d'un numéro unique d'appel téléphonique, sorte de SOS handicap, qui permettrait à une entreprise d'obtenir le plus rapidement possible une réponse personnalisée (aides, obligations, démarches, etc.).

## **SOUS-GROUPE N° 2**

Améliorer les adaptations de poste et favoriser le maintien **au travail des personnes** en situation invalidante, par la préparation de la reprise de travail.

### **Constat**

En 1988, le médecin du travail est souvent amené à voir, le lundi matin à 8 heures, la victime d'un accident ou d'une maladie avec comme mission de proposer des aménagements de son poste. Cette mission est rendue caduque à partir du moment où le délai de négociation avec l'entreprise ne permet qu'au mieux de « faire prolonger un arrêt maladie » pour réfléchir avec les partenaires de l'entreprise... Les médecins conseils ignorent le plus souvent l'article R 241 51 du Code du travail sur la possibilité d'une visite de PRE-reprise (pendant l'arrêt), visant justement à préparer la reprise. Que dire des médecins généralistes qui « oublient » le médecin du travail ?... Le groupe, sous l'impulsion du docteur Lozachmeur, va réunir à deux reprises tous les médecins conseils CNAM du département et tous les médecins du travail. Il est convenu de mettre en place une fiche de liaison couverte par le secret professionnel, adressée par le médecin conseil après tout arrêt de plus de trois mois, au médecin du travail qui, à son tour, lui répond sur les possibilités futures de reclassement... Dès 1988, le Morbihan avait donc innové et devancé la modification récente du

Code de sécurité sociale qui officialise cette fiche. Dans le même temps, plus de 1 000 généralistes du département allaient recevoir une plaquette d'information visant à les informer de l'intérêt de cette visite de pré-reprise.

Nous croyons pouvoir dire aujourd'hui en 1991, après trois ans de fonctionnement, que cette relation médecins du travail et médecins conseils fonctionne : pour notre part, dans un secteur de 3 000 salariés, nous avons effectué 39 visites de pré-reprise en 1990 et un bon nombre des 64 K visites à la demande du salarié » concernaient des cas adressés par le médecin généraliste pour préparer une reprise...

### **SOUS-GROUPE N° 3**

**Prévenir le risque lombalgique. Les dossiers COTOREP du département permettent de placer le risque lombalgique comme cause majeure d'inadaptation professionnelle avec reclassement aléatoire.**

Sous notre impulsion, le groupe va s'élargir à un médecin scolaire, un directeur de centre de formation pour apprentis et surtout au président de l'Association départementale des directeurs de ressources humaines. Quatre grands thèmes sont retenus par le groupe :

- améliorer l'approche statistique pour démontrer aux partenaires sociaux l'importance de ce problème. En 1986, la CRAM Bretagne faisait état de 3 276 accidents ayant intéressé le rachis lombaire dont 156 ayant motivé une IPP. Des contacts sont pris avec le docteur Vignier à propos d'une enquête sur 24 000 salariés des PME qui rapporte que 7,5 % de la population est lombalgique (dont 109 cas chirurgicaux). La bibliographie est explorée, pour finalement aboutir à la difficulté de cerner ce problème du fait sûrement d'une difficulté à définir les différents stades cliniques rentrant dans les études. L'informatisation prochaine des services médicaux du travail du Morbihan permettra sans doute de mieux préciser cette approche au niveau départemental... ;

- développer les formations « gestes et postures » dans les entreprises, mais aussi à l'école ou dans les centres d'apprentis. En 1991, huit assistants médicaux de médecine du travail ont reçu une formation agréée les rendant aptes à l'animation de stages en entreprise. Dans le même temps, depuis deux ans, la chambre des métiers de Vannes demande aux médecins du travail des secteurs d'Auray-Vannes d'assurer la formation de 1 000 apprentis de deuxième année, tous métiers confondus ;

- développer une véritable approche ergonomique : agir en amont sur l'organisation du travail, sur la conception des locaux, sur les techniques de production ; promouvoir les investissements en matériels de manutention ou de levage en expliquant que l'absentéisme pour lombalgies coûte aussi très cher... Il est bien évident que cette approche reste encore trop souvent un vœu pieux, dans un secteur de PME où la concurrence économique fait rage et les « ressources humaines » ne disposent pas d'un service d'entreprise propre, comme dans les grandes sociétés...

### **SOUS-GROUPE N° 1**

**Mettre en place les statuts d'une EPSR de type privé.**

La loi d'orientation de 1975 et surtout les décrets du 25 janvier 1978 et du 3 mai 1979 ont précisé les missions des « équipes de préparation et de suite du reclassement ». Le département du Morbihan, jusqu'en 1988, ne dispose pas encore d'une EPSR.

La présence au cours des réunions plénières de conseillers généraux, de représentants de la Direction du travail, de la Sécurité sociale et plus tard les contacts pris avec FAGEFIPH, vont permettre d'ébaucher un financement de la mise en place d'une EPSR privée.

Le consensus général en faveur d'une stratégie d'insertion et surtout de maintien de la personne handicapée au travail se devait d'être pérennisé dans le temps. Les différents modes de financement « négociés », l'ensemble des partenaires décide de créer une association loi 1901 baptisée ADIEPH (Association départementale pour l'insertion et l'emploi des personnes handicapées), qui se réunit une fois par an en réunion plénière (reconstituant chaque année le groupe informel), chargée d'élire les membres du conseil d'administration de l'EPSR. Ce conseil est constitué de cinq collègues : collègue des membres de droit (conseil général, directeur du travail, médecine du travail), collègue des associations, collègue des syndicats de salariés, collègue des employeurs, collègue des organismes publics ou semi-publics.

Dès 1990, l'EPSR prend le nom de « Atlas EPSR », avec un logo propre maintenant connu des entreprises, et occupe aujourd'hui quatre salariés (un directeur animateur, une secrétaire, une assistante sociale et un prospecteur placier de l'ANPE). Sa mission s'est élargie aujourd'hui au rôle de « SOS handicap », véritable structure d'information en direction des entreprises. Un regret avec le temps : la présence accrue du milieu protégé au détriment du milieu ouvert de travail, qui vise malheureusement plus à l'insertion qu'au maintien, ce que rappellent les deux médecins du travail présents au conseil d'administration. Une satisfaction : l'EPSR sollicite elle-même, après convention, une visite de médecine du travail avant de décider de toute orientation pour un futur stagiaire et donc bien avant toute embauche...

Les structures mises en place dans le Morbihan, dès 1988, même si elles n'ont pas résolu tous les problèmes, permettent aujourd'hui, sans aucun doute, de se doter des moyens d'une véritable politique d'insertion des personnes handicapées, ce qui, dans un contexte économique difficile, était, avouons-le, un pari difficile à tenir et qui est en passe d'être tenu.