



Texte original.*

Appréhender l'environnement de travail et lever les situations handicapantes : Illustration par une étude rétrospective sur le maintien dans l'emploi de salariés victimes d'une blessure médullaire

Léa FURET (1), Thomas AGENAIS (2)

(1) Ergonome, Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale 47 (CDG 47)
53 rue de Cartou CS 80050 – 47901 AGEN Cedex 9

(2) Ergonome, Equipe COMETE France – Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau
45 boulevard Clémenceau – 67082 STRASBOURG Cedex

Résumé :

La réadaptation au travail s'est profondément transformée au cours de ces dernières années. Les connaissances qui émergent, relatées notamment par le GEDER depuis 30 ans, suggèrent de déplacer la réadaptation au travail des établissements de soins de suite et de réadaptation vers le milieu réel afin de créer un pont, et de reconnaître la nécessité d'intégrer de nouveaux acteurs extérieurs aux professionnels de santé. Bien que l'intérêt d'une démarche systémique dans l'accompagnement vers le retour à l'emploi des travailleurs en situation de handicap, prenant en compte les interactions personne / environnement dans la réalisation du travail, soit partagé par la communauté des ergonomes, les cadres d'intervention proposés restent parfois rigides. Les marges de manœuvre sont souvent limitées, ce qui peut inciter à une approche trop simpliste dans la compréhension des situations de travail. L'étude rétrospective que nous allons présenter a été réalisée dans le cadre d'un stage de six mois de seconde année de Master d'Ergonomie au sein d'une Equipe COMETE France. Elle vise à mesurer les axes d'amélioration de ces démarches en prenant exemple sur une pathologie dite « lourde » qu'est la blessure d'origine médullaire.

Mots-clés : Réadaptation au travail, démarche systémique, situation de handicap, blessé médullaire, déficience.

Understanding the work environment to remove disabling situations: Illustration by a retrospective study for the uninterrupted employment of spinal cord injury victims

Abstract : Rehabilitation at work has radically evolved over recent years. Emerging knowledge, stated by GEDER during those last 30 years, suggest moving from the rehabilitation medicine specialist toward a real environment to create connection between both and admit a need to integrate new

external health professional collaborators. The systematic approach interest in assisting toward a back to work process of disabled worker is well established for Ergonomists; nevertheless, all the structure is quite rigid. The working windows are very limited, which means that the current approach is still very simplistic in order to understand the work situation. The retrospective study we will present is aiming to measure the limitation of those approaches; we will use the example of the spinal injury.

Key words: Rehabilitation at work, systemic approach, disabled people, spinal injury, disabilities.

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à La Rochelle du 1er au 3 Octobre 2014. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

FURET, L et AGENAIS, T. (2014). *Appréhender l'environnement de travail pour le transformer et lever les situations handicapantes. Illustration par une étude rétrospective sur le maintien dans l'emploi de salariés victimes d'une blessure médullaire.*

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

Toute personne peut, au cours de sa vie, être confrontée à une situation de handicap du fait d'un accident de vie privée, d'une usure professionnelle ou autre.

La question de la prise en charge et de l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap est un sujet au centre de l'actualité et qui fait débat. En effet, depuis la loi fondatrice n°75-534 du 30 juin 1975, qui est le premier texte officiel d'orientation en faveur des personnes en situation de handicap, la France conduit une politique bien spécifique à l'égard de cette population (*Didier-Courbin, Gilbert, 2005*).

La loi n°2005-102 du 11 Février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées » renforce cette volonté en visant à favoriser l'autonomie de toutes les personnes en situation de handicap (*Didier-Courbin, Gilbert, 2005*).

Cependant, l'insertion professionnelle de cette population reste difficile du fait de la conjoncture socio-économique actuelle qui est défavorable à l'emploi. En effet, la réorganisation des entreprises et des établissements publics, les tensions diverses qui en émanent ainsi que les pressions régulières mises sur les travailleurs afin que ceux-ci produisent le plus possible, constituent des freins au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, surtout si celles-ci sont vieillissantes et peu qualifiées.

L'association COMÈTE France (créée en 1992) œuvre pour le maintien d'une dynamique d'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap hospitalisées dans des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) adhérents.

De par la mise en œuvre de sa méthodologie : la Démarche Précoce d'Insertion, l'action de COMÈTE France vise à développer des stratégies permettant de construire, dès l'entrée de la personne dans un établissement de SSR, et avec sa participation volontaire et active, un projet de vie incluant obligatoirement une dimension professionnelle. Celui-ci pourra se concrétiser le plus rapidement possible après sa sortie de l'établissement.

Cette communication a pour premier objectif de porter un regard sur les pratiques des ergonomes COMÈTE France ainsi que sur la méthodologie « Démarche Précoce d'Insertion » (étude réalisée au sein de l'équipe COMÈTE France de Berck sur Mer – Fondation Hopale) et ce dans le cadre du maintien dans l'emploi d'une population spécifique : les blessés médullaires. Il s'agit ainsi d'identifier les facteurs favorisant ou au contraire constituant un obstacle au maintien dans l'emploi des patients blessés médullaires. Le processus de prise en charge a donc été analysé dans sa globalité.

D'autre part, cette communication vise à s'interroger de manière plus globale sur les actions possibles de l'ergonome pour maintenir dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap, quelle que soit la déficience.

I- LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT BLESSE MEDULLAIRE PAR UNE UNITE COMETE FRANCE

Depuis plus de 15 ans, l'association COMÈTE France initie dans les centres ou services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), une prise en charge précoce des problématiques sociales et professionnelles des patients hospitalisés.

Cependant, cette prise en charge précoce sera initiée et appréhendée différemment selon la pathologie du patient. Les blessés médullaires constituent une population particulière, avec un handicap considéré comme « lourd », notamment en terme de perte d'autonomie, faisant appel à une prise en charge spécifique.

La notion de handicap est à définir à plusieurs niveaux. Il faut en effet distinguer ce qui est de l'ordre de la déficience (c'est-à-dire de la maladie ou de l'accident), de l'incapacité fonctionnelle (qui correspond à la conséquence de la déficience, c'est-à-dire l'altération d'une fonction entraînant une restriction d'activité), la situation de handicap (qui correspond aux conséquences situationnelles résultantes de l'incapacité fonctionnelle et ayant un retentissement au niveau social et professionnel) et du subjectif (qui correspond à la perception de la maladie par l'individu, de son moral, de ses capacités résiduelles et de sa faculté à se projeter vers l'avenir).

Un traumatisme de la moelle épinière met en jeu immédiatement le pronostic vital. Il est à l'origine de troubles moteurs, sensitifs et des fonctions neuro-végétatives (*Désert, 2002*). La médicalisation aujourd'hui systématique et l'évolution des connaissances sur ces pathologies ont permis d'améliorer considérablement la survie des patients blessés médullaires. Prendre en charge un blessé médullaire pour aborder la question de son retour à l'emploi implique une bonne connaissance des différentes problématiques qui se posent à cette population (*Espagnac et al, 2011*).

Sur le plan fonctionnel, outre la perte temporaire ou définitive de la fonction de marche, les lésions médullaires s'accompagnent d'une altération des muscles respiratoires dont l'importance est fonction du niveau et du caractère complet ou incomplet de l'atteinte neurologique. Les troubles cardiovasculaires, par perte des mécanismes compensateurs sympathiques, peuvent être présents. S'ajoutent à cela le risque d'incontinence, d'infection urinaire, de dénutrition, d'escarres, etc. (*Désert, 2002*). De plus, quelque soit l'origine de l'atteinte (accident de la route, accident de travail,

suite opératoire, etc.), le blessé médullaire est confronté à une modification brutale et profonde du rapport au corps, du rapport à soi et à son environnement (*Maladin et al. 1993*). Cette blessure entraîne une souffrance physique associée à une souffrance psychique certaine. Elle nécessite un travail de deuil demandant du temps et un accompagnement (*Brouad, Antoine, Labbe, 2008*). Le déroulement de ce travail de deuil sera propre à chaque personne (*Beuret-Blanquart, 2001*), ce qui pose la question du moment et de la durée de la prise en charge de la personne sur le plan de la réadaptation au travail. Comment organiser notre action ?

II- LA METHODOLOGIE DPI

L'installation des équipes COMÈTE France au sein des centres de SSR a pour objectif la prise en charge de la sphère professionnelle afin d'assurer la simultanéité de la rééducation, la réadaptation et l'insertion de manière à répondre aux besoins du patient. Cette vision novatrice s'oppose à une vision qui consisterait à soigner dans un premier temps puis à s'occuper de la réinsertion de la personne dans un second. Ainsi, de par la mise en œuvre de la Démarche Précoce d'Insertion (DPI), qui a fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique dont la méthodologie d'élaboration a été labellisée par la Haute Autorité de Santé en Juillet 2011, les équipes COMÈTE France contribuent au maintien et à l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap d'une part ; à la prévention des arrêts longues maladies et de la rupture dans le parcours du salarié d'autre part.

La méthodologie DPI employée pour la prise en charge d'un patient, dans le cadre du maintien dans l'emploi, se décompose de la manière suivante pour l'ergonome :

Phase 1 (P1) : Accueil du patient/Evaluation de la demande

Il réalise un bilan de situation avec la personne concernée (bilan médical, fonctionnel, social, familial, économique, professionnel...). C'est également lors de cette phase que le patient exprime sa demande ainsi que ses attentes. L'ergonome doit analyser la situation de la personne ainsi que la problématique liée à l'emploi.

Phase 2 (P2) : Elaboration du projet professionnel et étude de sa faisabilité

Différentes actions sont réalisées lors de cette phase : des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire de rééducation et de réadaptation d'une part. Ces derniers permettent d'obtenir des informations sur l'évolution de la prise en charge du patient. L'ergonome interroge également les différents acteurs au sein de l'entreprise. L'objectif est de confronter les capacités fonctionnelles résiduelles du patient avec les tâches prescrites.

La construction du projet professionnel se réalise avec la participation active du salarié. L'ergonome doit aussi se mettre en relation avec les différents acteurs du maintien dans l'emploi : employeur, médecin du travail, assistante sociale CARSAT...

Phase 3 (P3) : Mise en œuvre du plan d'actions

Cette phase représente la concrétisation du projet professionnel. Pour cela, l'ergonome dispose de plusieurs outils : visite de pré-reprise avec le médecin de santé au travail, mise en situation à visée professionnelle, étude de poste, mobilisation des différentes mesures pour le cofinancement de l'adaptation de la situation de travail...

Etape 4 : Suivi de la personne après son retour en entreprise (1 et 2 ans après)

Cette étape s'effectue par appel téléphonique 6 mois, 1 an et 2 ans après la reprise professionnelle et permet aux ergonomes de prendre connaissance du devenir du salarié et de s'assurer de la pérennité de l'insertion.

Ainsi, la DPI est une démarche initialement centrée sur la personne en situation de handicap qui tend, par la suite, à appréhender l'organisation plus complexe que représente une entreprise.

III- PRESENTATION DE L'ETUDE MENE

L'enjeu de cette étude a été de s'interroger sur la prise en charge et l'accompagnement des salariés blessés médullaires par les ergonomes de l'équipe COMÈTE France de Berck-sur-Mer et ce dans le cadre du maintien dans l'emploi. Il s'agissait d'évaluer nos propres pratiques professionnelles afin d'ouvrir une discussion et apporter des axes d'amélioration.

Il est important de préciser que l'une des seules autres études sur le devenir et la qualité de vie chez les blessés médullaires en France est celle réalisée par le groupe TétrAfigap en 1995. Des études plus récentes ont été réalisées en Suisse (*Marti et al., 2012*) ou encore aux Etats-Unis (*Krause et al. 1999*).

L'étude ci-dessous, menée sur une période de 6 mois dans le cadre d'un stage de Master d'Ergonomie, s'est notamment intéressée à comprendre et mettre en évidence les problématiques rencontrées par les ergonomes lors des prises en charges.

Elle se compose ainsi d'une revue de littérature, d'une analyse de données recueillies à partir de la base de données de l'équipe COMÈTE France de Berck-sur-Mer, d'entretiens semi-directifs menés avec les patients blessés médullaires suivis par cette équipe COMÈTE France entre 1999 et 2011 (soit 12 ans) et enfin d'analyses de situations de travail de salariés ayant repris leur activité professionnelle au sein de la même entreprise.

Les aménagements physiques et matériels ne sont pas les seules composantes des situations de travail à appréhender. C'est pourquoi cette étude s'est orientée vers l'aspect organisationnel que la démarche de maintien dans l'emploi implique, afin de le développer et de montrer qu'il occupe une part toute aussi importante.

La revue de littérature réalisée a permis de comprendre la situation d'un salarié blessé médullaire dans sa globalité : prendre connaissance aussi bien de la pathologie que des différentes problématiques qui se posent à cette population, tant sur le plan médical et fonctionnel que sur le plan social et environnemental.

III-1. Méthodologie

Définition de la cohorte

Afin de réaliser les différentes parties de cette étude, la définition d'une cohorte a été effectuée en amont.

Celle-ci a été réalisée à partir de la base de données regroupant tous les patients blessés médullaires (365 au total) pris en charge par l'équipe COMÈTE France de Berck-sur-Mer de 1999 à 2011.

Pour chacune des étapes de cette étude, des critères d'inclusion ont été définis.

Concernant l'analyse de la base de données, les deux critères retenus sont les suivants :

- La déficience : il a été décidé de garder au sein de la cohorte les atteintes majoritairement prises en charge par l'équipe COMÈTE France, à savoir la paraplégie (des membres inférieurs) et la tétraplégie d'origine traumatique. Avec ce critère, la cohorte passe de 365 à 293 personnes. En effet, il semblait pertinent de prendre en compte ces deux déficiences car même si certaines conséquences fonctionnelles sont plus importantes pour les patients tétraplégiques, un certain nombre reste identique pour les deux pathologies.
- La situation de la personne au regard de l'emploi : il a été décidé que seuls les patients dont la demande initiale était le maintien dans l'emploi seraient retenus. Ainsi, sur les 293 personnes retenues, 98 ont été accompagnées par l'équipe COMÈTE France dans le cadre d'un maintien dans l'emploi.

La seconde étape de cette étude consistait à recueillir, au travers d'entretiens semi-directifs, l'expérience et le ressenti des personnes par rapport à l'accompagnement de l'équipe COMÈTE France et leur maintien dans l'emploi. Suite à cela, des déplacements en entreprise ont été réalisés afin d'analyser l'activité réelle des personnes ayant réintégré leur entreprise.

Deux échantillons différents ont donc été construits pour la réalisation de ces deux parties de

l'étude. Pour cela, deux critères d'inclusion ont été choisis :

- La phase de la prise en charge : l'échantillon est constitué des personnes suivies jusqu'en phase 3 de la DPI. Ainsi sur les 98 personnes retenues, 40 ont été accompagnées jusqu'en phase 3.
- La reprise de l'activité professionnelle : sur les 40 personnes suivies jusqu'en phase 3, 24 ont réintégré leur entreprise.

D'autre part, sur les 24 visites en entreprise possibles, 3 critères ont réduit ce nombre :

- L'obtention de l'accord des entreprises et leur disponibilité ;
- La localisation géographique permettant de faciliter l'organisation des déplacements ;
- La durée de l'étude (6 mois).

Ainsi, sur les 7 visites organisées, 2 ont été réalisées. L'accès aux entreprises a donc été difficile et constitue la principale limite de cette étude.

Le schéma ci-dessous décrit la constitution de la cohorte pour les différentes étapes de l'étude ainsi que les différents critères d'inclusion :

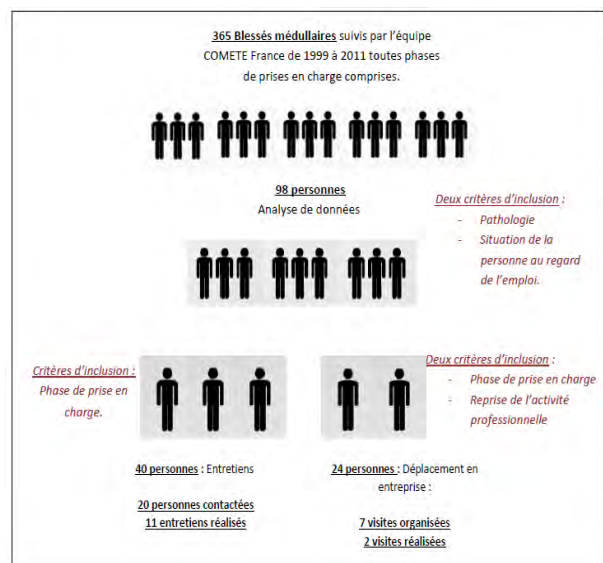


Figure 1 : Schéma récapitulatif de la constitution de la cohorte pour la réalisation de l'étude rétrospective

L'analyse de la base de données

Cette analyse a été réalisée sur un échantillon de 98 personnes paraplégiques et tétraplégiques, en prenant comme critère d'inclusion la pathologie et la situation de la personne face à l'emploi.

Différents paramètres ont été étudiés :

- les motifs de fin de prise en charge pour l'ensemble des phases de la DPI ;

- les motifs d'insuccès du maintien dans l'emploi pour les personnes suivies jusqu'en phase 3 de la DPI ;
- l'identification des étapes « clé » de la prise en charge : date d'accident, date d'entrée au centre de SSR, premier entretien du patient avec l'ergonome, visite de pré-reprise, visite en entreprise, date de sortie du centre de SSR, date de la reprise professionnelle et date de clôture du dossier ;
- les durées moyennes de prise en charge, les durées des différentes phases P1, P2 et P3 ainsi que les délais entre les différentes étapes « clé » citées ci-dessus.

Cette analyse a ainsi permis le recueil de nombreuses informations et des pistes de réflexion ont pu être dégagées.

Les entretiens semi-directifs

Ces entretiens ont été réalisés avec les 40 personnes suivies par l'équipe COMÈTE France jusqu'en phase 3 de la DPI et dans le cadre du maintien dans l'emploi. Sur ces 40 personnes, un échantillon de 20 personnes a été contacté et 11 entretiens ont été réalisés.

Ces entretiens avaient pour objectif de mettre en évidence le ressenti des personnes par rapport à leur retour à l'emploi mais également par rapport à la prise en charge et les démarches réalisées par les ergonomes.

Des guides d'entretiens ont été élaborés à partir des premières pistes de réflexion établies à travers l'analyse de données ainsi qu'à partir de la bibliographie (*St-Vincent, Vézina, Bellemare, Denis, Ledoux, Imbeau, 2011*).

Les différentes thématiques abordées lors de ces entretiens :

- présentation de la personne ;
- emploi actuel et intégration au sein du collectif de travail ;
- démarches réalisées pour le maintien dans l'emploi ;
- environnement social et familial ;
- prise en charge par l'équipe COMÈTE France ;
- représentation de la dimension professionnelle pour le salarié.

L'analyse des situations de travail en entreprise

Sur les 24 personnes retenues dans l'échantillon pour cette partie de l'étude, 7 visites étaient prévues et seulement 2 ont pu être réalisées. Il s'agit d'une limite notable de notre étude, essentiellement liée au temps imparti pour la mener. De plus, certaines entreprises ne souhaitaient pas que nous nous déplaçons, d'autres ont répondu trop tardivement pour donner leur accord.

Cette partie de l'étude consistait à se déplacer au sein des entreprises afin de faire une description de l'activité du salarié. L'objectif était de réaliser, au travers d'observations et d'entretiens, une comparaison des tâches réalisées avant l'apparition du handicap, au moment de la reprise professionnelle et lors de notre déplacement. Des évolutions au niveau du contenu du travail ont ainsi été mises en évidence.

L'organisation des locaux et les outils mis à disposition du salarié ont également été appréhendés ainsi que les échanges entre le salarié et l'ensemble du collectif de travail.

III-2. Résultats

Au travers des différentes étapes de cette étude, plusieurs facteurs influençant la réussite du maintien dans l'emploi des salariés blessés médullaires ont été identifiés.

Ces résultats sont issus du croisement des données recueillies dans la bibliographie, de l'analyse de la base de données COMÈTE France, des entretiens semi-directifs et des observations des situations de travail.

Les facteurs liés à la situation de travail

L'un des motifs d'insuccès du maintien dans l'emploi peut être lié à l'entreprise et aux composantes de la situation de travail, notamment du fait que les employeurs rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit de trouver un poste de travail et de définir des tâches à réaliser qui soient en adéquation avec les capacités fonctionnelles du salarié blessé médullaire.

Ainsi, les résultats semblent montrer que l'apparition du handicap nécessiterait une remise en question du contenu du travail, ce qui impliquerait l'expression d'un besoin par l'employeur en termes d'activité.

Le maintien dans l'emploi semble être favorisé lorsque la décision d'attribution du poste de travail se fait rapidement et plus particulièrement lorsque l'employeur s'implique immédiatement dans la démarche.

Cependant, la représentation et la méconnaissance du handicap de la part des différents acteurs du maintien dans l'emploi peuvent constituer un frein à cette démarche.

Enfin, au travers des déplacements au sein des entreprises, nous avons pu voir que le collectif de travail constitue un soutien social ainsi qu'une aide pour le salarié dans la réalisation de son travail. Cette composante permettait notamment aux deux salariés observés de développer des stratégies d'économie physique.

Les facteurs liés à la personne

Les résultats semblent montrer que la mobilisation et la participation active du salarié blessé médullaire constitueraient des facteurs favorisant l'élaboration et la mise en œuvre du projet professionnel.

L'envie de retrouver une activité professionnelle, ainsi que la capacité du salarié blessé médullaire à établir un projet qui soit en adéquation avec ses capacités fonctionnelles, seraient des facteurs favorisant son maintien dans l'emploi.

En effet, la mise en œuvre d'un projet professionnel nécessite, de la part du salarié en situation de handicap, une bonne représentation et une bonne projection sur ses capacités résiduelles futures. Enfin, l'autonomie dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne et dans les déplacements est un facteur favorisant la réalisation d'une activité professionnelle et donc le maintien dans l'emploi.

Les facteurs liés à la déficience

Les douleurs neuropathiques et la fatigabilité sont des conséquences de la lésion médullaire. Les résultats montrent qu'elles constituent un frein majeur connu dans la réalisation de l'activité en termes de productivité et d'efficacité. Elles sont donc susceptibles d'être un frein au maintien dans l'emploi du salarié blessé médullaire.

Le niveau de la lésion entraîne des conséquences fonctionnelles différentes : plus la lésion est haute et plus les capacités fonctionnelles restantes seront amoindries (Krause et al. 1996). Toutefois, une étude rétrospective récente, menée au Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de Kerpape par le Dr LE CORFEC Valérie et le service d'insertion de l'établissement (dont l'équipe COMÈTE France), ne semble pas faire de lien entre le niveau de lésion et le taux de retour à l'emploi.

Les facteurs sociaux et environnementaux

La conjoncture socio-économique actuelle est défavorable au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et plus particulièrement pour les handicaps « lourds » comme les blessés médullaires (Sperandio et Uzan, 2004).

Certaines personnes ont notamment souligné, lors des entretiens, que les compensations financières perçues n'incitent pas les victimes d'une blessure médullaire à reprendre une activité professionnelle.

Enfin, toutes les personnes interrogées ont affirmé que leur environnement familial a constitué un soutien. Cependant, il n'aurait eu aucune influence sur leur décision de reprise du travail car il s'agissait avant tout d'une démarche personnelle.

Les facteurs liés à la prise en charge du blessé médullaire

Les résultats montrent que la prise en charge réalisée par les ergonomes de l'équipe COMÈTE France est un facteur favorisant le maintien dans l'emploi des blessés médullaires, de par sa précocité et de par le travail en équipe pluridisciplinaire avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux du centre de SSR.

Enfin l'approche ergonomique permet un apport de connaissance sur le travail et sur l'ensemble des démarches à réaliser pour réintégrer l'entreprise.

Ci-dessous, un schéma récapitulatif de l'ensemble des facteurs identifiés :

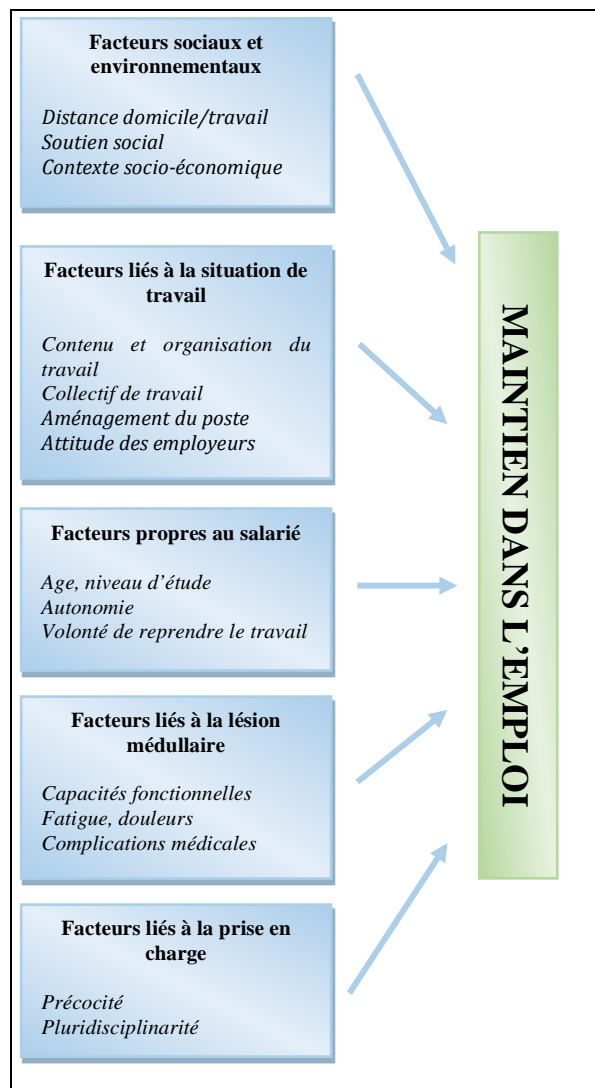


Figure 2 : Les facteurs influençant le maintien dans l'emploi d'un blessé médullaire

Les axes d'amélioration proposés concernant la DPI

Concernant la méthodologie DPI employée par les ergonomes COMÈTE France, les résultats de cette étude semblent montrer la nécessité d'appréhender la situation de travail dans sa globalité et pas seulement d'un point de vue « aménagements techniques » ou de « mise en accessibilité ».

Les démarches réalisées par les ergonomes via la DPI permettent d'appréhender l'ensemble des composantes d'une situation de travail. Cependant, la prise en compte de l'activité réelle du salarié sur son poste se doit d'être encore approfondie. En

effet, les outils actuels tels que les mises en situation par exemple, ne mettent pas suffisamment en évidence les facteurs de variabilité de l'activité ou encore l'intégration au sein du collectif de travail.

Lors de la phase « mise en œuvre du projet professionnel » (P3), quatre périodes ont été identifiées :

- Le salarié est en arrêt de travail et présent au sein du Centre de SSR ;
- Le salarié est en arrêt de travail et n'est plus au sein du Centre de SSR ;
- La reprise de l'activité professionnelle ;
- Quelques mois après la reprise professionnelle.

La réalisation de différentes démarches pour chacune de ces périodes clé a ainsi été proposée :

Lorsque le salarié est en arrêt de travail, la mise en place d'un groupe de travail d'ergonomie participative réunissant l'ensemble des acteurs intervenant pour le maintien dans l'emploi et piloté par l'ergonome COMÈTE France, est proposée. Les objectifs de ce groupe seraient d'appréhender la situation du salarié dans sa globalité, de poser la problématique par rapport au maintien dans l'emploi, de déterminer le poste de travail, de décrire les tâches prescrites ainsi que les conditions nécessaires à mettre en place.

Il s'agirait ainsi de réaliser une démarche formalisée, avec comme outil d'appui un support écrit commun à l'ensemble des acteurs (dit « livret vert » en référence au cadre vert de l'intervention en entreprise proposé par l'INRS), résumant les différentes questions à traiter et orientant les réflexions du groupe. L'ergonome, de par ses connaissances sur le travail et ses composantes, guiderait les différents professionnels. Cette démarche permettrait également une implication directe de la part de l'employeur.

L'ergonome pourrait également s'appuyer sur des "plateformes nouvelles technologies" pour en faciliter l'accès, l'apprentissage, l'acceptation et l'évaluation. On entend par nouvelles technologies la robotique, les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), les aides à la mobilité et la domotique qui peuvent être mises en place au poste de travail. La démocratisation de ces nouvelles technologies ouvre des perspectives intéressantes en termes de développement, d'acceptation et de baisse de coût. Il s'agit alors de développer des partenariats ou des espaces en interne pour en faciliter l'accès.

Enfin, pendant la période de suivi du salarié après sa reprise professionnelle, il est proposé de transformer l'étape 4 en phase 4 active. Lors de cette phase, l'ergonome retournerait en entreprise afin de réaliser une nouvelle analyse de l'activité réelle. De cette manière, si certaines contraintes sont mises en évidence et rendent difficiles la réalisation de l'activité, l'ergonome pourra y

remédier en apportant quelques corrections afin d'assurer la pérennité du maintien dans l'emploi.

Ainsi, de par ces préconisations, l'ergonome serait amené à intervenir plusieurs fois en entreprise afin de réaliser un accompagnement du salarié et de l'entreprise plus complet.

Les préconisations formulées permettent de poser un cadre « idéal » de prise en charge, afin que toutes les conditions soient réunies pour faciliter la pérennité du maintien dans l'emploi du salarié.

D'autres parts, nous avons pu remarquer que les préconisations formulées ci-dessus ne sont pas forcément compatibles avec le cadre réglementaire. En effet, le modèle proposé nécessiterait des actions supplémentaires. Hors, COMÈTE France est financée dans un cadre réglementaire bien précis concernant la pratique des ergonomes.

IV- DISCUSSION

IV-1. Les facteurs facilitant le maintien dans l'emploi

Cette étude ne prétend pas être probante du point de vue statistique. La poursuivre serait certainement indispensable avec un plus grand nombre de cas. Cela ferait certainement apparaître d'autres facteurs et d'autres limites. Mais de manière plus qualitative, elle vise à nous interroger sur nos pratiques pour les adapter en fonction des situations et être plus efficace dans nos actions. Elle apporte des éléments de réponse à l'appréhension des situations de handicap au travail, notamment lorsque celles-ci sont lourdes.

Outre le pronostic, la nature de l'accompagnement réalisé auprès du blessé médullaire est un facteur important dans la réussite d'une insertion professionnelle. La précocité de la prise en charge réalisée par les ergonomes des équipes COMÈTE France permet la simultanéité de la rééducation, réadaptation et réinsertion sociale et professionnelle. La prise en compte, dès l'hospitalisation, des problématiques liées à l'emploi, permet de mettre en place des actions visant à réduire le « gouffre » existant entre le moment de la sortie du centre de rééducation et le moment de la reprise professionnelle. En effet, lorsque le patient sort de « l'environnement protégé », qu'est un centre de rééducation, il se retrouve face à la réalité du monde extérieur et se confronte au regard des autres. Cet aspect se traduit différemment selon les handicaps. Pour les personnes ayant une blessure médullaire, la vision d'un fauteuil roulant rend la situation de handicap visible de tous. Nous observons alors régulièrement de l'empathie à leur égard. En revanche, concernant les handicaps dits « invisibles », nous observons plus des situations d'incompréhension au sein des collectifs.

Cette phase est souvent difficile à vivre pour les personnes en situation de handicap. La précocité de la prise en charge autorise ainsi la mise en place de

certaines démarches comme les fenêtres thérapeutiques dans le cadre de la réadaptation, ou encore les mises en situation à visée professionnelle dans le cadre de la réinsertion professionnelle. Ces outils facilitent le maintien dans l'emploi car ils permettent d'une part au salarié de développer ses capacités physiques, psychologiques et sociales dans un contexte de travail et de rendre ainsi sa convalescence active ; d'autre part, le milieu de travail est ainsi exploré et peut être préparé afin que la reprise professionnelle se fasse de manière progressive.

Autre point indispensable pour le succès d'une reprise professionnelle : la détermination de la personne accompagnée et sa participation active dans le processus d'élaboration du projet. Il est également nécessaire que la personne accompagnée puisse se projeter favorablement, c'est-à-dire qu'elle soit en mesure de reconnaître et d'estimer justement ses aptitudes à la reprise professionnelle et que celle-ci soit en adéquation avec ses capacités fonctionnelles résiduelles. Soulignons que cette composante reste la première condition pour que la démarche de maintien dans l'emploi puisse être engagée.

Améliorer l'accès aux nouvelles technologies est également un paramètre important car elles correspondent à une aide indispensable. Souvent mal appréciées au début, elles apparaissent comme un prolongement du corps et des fonctions de commande. Faciliter l'accès et l'apprentissage de ces technologies nouvelles favorisent l'acceptabilité.

Un autre facteur plus difficile à appréhender reste le moment de l'intervention ergonomique. Le « trop tôt » ou le « trop tard » constituent un frein au maintien. L'ergonome doit alors intervenir « juste à temps » (Quériaud, 2014). Ce « moment », inscrit dans une complexité temporelle, n'est pas défini par l'ergonome seul mais par un ensemble d'acteurs et d'événements conduisant à la création de conditions favorables à l'intervention. Ainsi, au-delà de son étude de poste et de l'aménagement des conditions de travail d'un salarié en situation de handicap, l'ergonome a un rôle d'animateur d'un réseau social au service du maintien de la personne et de coordinateur du projet d'insertion.

Dernier point essentiel favorisant le maintien dans l'emploi reste la présence d'un environnement favorable en entreprise. Il s'agit de créer un terrain potentiellement intégrateur, axé autour du triptyque salarié / employeur / médecin de santé au travail, afin de se doter d'outils utiles et adaptés. Mais comment rendre un environnement de travail favorable ?

IV-2. Création d'un terrain favorable

Au-delà de la démarche de précocité prônée par la DPI (Démarche Précoce d'Insertion), l'enjeu est de pouvoir mobiliser l'entreprise et l'impliquer dans la démarche (rôle d'animateur et de coordinateur de l'ergonome).

Evaluer le degré d'implication de l'employeur est aussi important que d'appréhender la situation de travail pour agir plus efficacement.

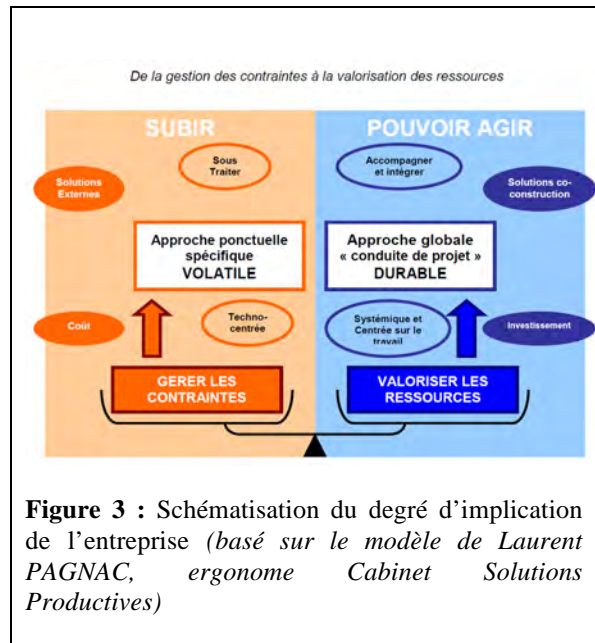


Figure 3 : Schématisation du degré d'implication de l'entreprise (basé sur le modèle de Laurent PAGNAC, ergonomiste Cabinet Solutions Productives)

En effet, si l'approche faite par l'entreprise reste ponctuelle, spécifique et volatile avec pour objectif de gérer un maintien dans l'emploi devenu une contrainte, les chances de succès de l'inclusion sociétale diminuent. C'est donc à l'ergonome d'amener l'entreprise vers une démarche plus volontariste et durable, afin qu'elle s'investisse et qu'elle y trouve un intérêt en terme de valorisation de ses ressources et d'expérience positive. Cette transition pourrait prendre du temps et impliquerait une méthodologie plus lisible pour l'entreprise dont leur contribution serait notée. L'approche serait ainsi systémique, centrée sur le travail, en opposition à une approche simpliste par une réponse purement technocentrée, externe à l'entreprise (Duran, Loisel, 2001). Elle aboutirait à des solutions co-construites et non sous traitées.

Les outils ainsi proposés suite à cette étude rétrospective COMETE France, dont notamment le « livret vert », vont dans ce sens. Une phase supplémentaire pourrait ainsi être à intégrer à la DPI, axée essentiellement sur ce lien indispensable avec l'entreprise et le suivi à long terme (post reprise professionnelle et après les aménagements effectués). Toutefois, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur ce point. En effet, ce nouvel outil n'a pu être évalué durant l'étude. Nous ne pouvons rester que sur des hypothèses.

La mise en place d'un terrain favorable en entreprise doit être un prérequis. Elle implique des actions bien en amont de la reprise, et nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs intervenant dans le maintien dans l'emploi du salarié blessé.

Le modèle de Sherbrooke développé au Québec va également dans ce sens. Il propose d'investir

l'entreprise par une démarche dite « d'ergonomie participative » (Durand, Baril, Loisel, et Gervais, 2008). Cette démarche permet de partager la même représentation de la situation du salarié et des mêmes objectifs concernant le retour au travail. Même si ce modèle reste spécifique à ce jour aux pathologies associées aux Troubles Musculo-Squelettiques, il n'en reste pas moins transposable à d'autres types de handicap. Il rentre dans le cadre de la création d'un processus dynamique de maintien dans l'emploi et de convalescence active (Quériaud, 2014).

Cette réflexion d'un accompagnement spécifique et global doit nous interroger sur l'usage de ce terme et de la définition que l'on en fait.

En effet, l'accompagnement s'apparente à une démarche interactive dont le mode opératoire repose essentiellement sur la recherche d'une dynamique d'échange et de confiance réciproque. Le recours à l'accompagnement du salarié en situation de handicap et de l'entreprise va de pair. Il s'inscrit dans une relation contractuelle n'impliquant pas un contrat effectif, mais relève d'un contrat informel, dit aussi un contrat moral. Cela impose dès le départ un libre arbitre des différents acteurs basé sur une relation volontaire où la place et le rôle de chacun, ainsi que les objectifs sont clairement définis. Cette démarche permettrait de créer un environnement positif, où les différents acteurs seraient actifs, munis d'outils adaptés. Cela permettrait de sortir d'une dualité asymétrique individu / organisation en faveur d'une relation commune partageant les mêmes objectifs.

IV-3. Discussion autour des démarches existantes

Dans la pratique, les personnes en situation de handicap sont fréquemment confrontées au risque d'un éloignement progressif vis-à-vis de l'emploi, aggravé par la lenteur de certaines procédures et le manque de lien possible avec l'entreprise. La valeur sociale de l'insertion professionnelle, l'importance des moyens à consacrer à évaluer l'implication de l'entreprise et la distance à l'emploi, justifient que tout soit mis en œuvre par l'ergonome pour prévenir ces situations d'exclusion et garantir *in fine* la pérennité d'un maintien.

Malheureusement, les différents cadres d'intervention proposés par les différents financeurs (Dispositif AGEFIPH et FIPHFP : PPS, EPAAST, SAMETH, OETH, COMETE France et la DPI) ne permettent pas toujours cette démarche globale.

Ces cadres, parfois rigides, invitent l'ergonome à adopter une démarche purement individuelle, laissant peu de place à une approche globale. Pourtant, les ergonomes savent bien qu'un aménagement et un maintien dans l'emploi réussis passent par une démarche systémique. De plus, par « effet loupe », une approche correctrice d'une situation de travail amène l'entreprise à s'interroger sur le plan préventif. Cette expérience devient ainsi

utile pour l'entreprise dans sa volonté de limiter les risques professionnels. Les ergonomes usent ainsi d'ingéniosité pour conserver des marges de manœuvre suffisantes afin de mener à bien leurs missions.

L'intervention dans le champ du handicap est une demande récurrente et transversale à bien d'autres problématiques. Avec l'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap du fait du vieillissement de la population, de l'accroissement des problèmes de santé liés au travail, de la gestion des âges et la pénibilité au travail, ce domaine d'intervention reste un enjeu majeur pour notre profession.

L'intervention dans le champ du handicap doit nous interroger sur l'évolution de notre métier et par là même sur notre formation. En effet, les ergonomes ont bien souvent des parcours différents, avec des formations diverses. Dans le domaine du handicap, cette diversité est très marquée avec aussi bien des profils d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de médecins de santé au travail, de psychologues du travail, de neuropsychologues, ou encore d'ingénieurs biomécaniciens. Cette diversité est une grande richesse qui reflète les compétences multiples nécessaires. Ainsi, bon nombre de questions se posent aujourd'hui :

Comment peut-on caractériser la pratique professionnelle des ergonomes intervenant dans le champ du handicap ? Quelles sont les stratégies développées pour mener à bien les différentes phases de leurs interventions ? Quelles sont les compétences développées par les ergonomes pour mener à bien leurs interventions ?

CONCLUSION

Par cette présentation, la démarche que nous préconisons fait appel à la participation des acteurs et des organisations. Ainsi, par un point de départ axé sur une situation de handicap, notre approche ouvre sur des dimensions qui relèvent de la macro-ergonomie. Cette démarche va ainsi à l'encontre d'un principe souvent solidement ancré au sein des organisations, soit le clivage entre l'approche correctrice et l'approche préventive de la conception du travail.

La réussite du maintien dans l'emploi nécessite d'interroger davantage le contenu et l'organisation du travail. La nature du travail à réaliser et le collectif de travail sont des composants essentiels dans la réussite du maintien.

Cette étude n'est pas terminée, mais elle permet déjà de mettre en évidence des pistes d'amélioration et propose des outils nouveaux à tester. Au delà de la prise en charge des pathologies "lourdes" comme les blessés médullaires, la croissance du nombre d'inaptitudes et leurs coûts imposent une adaptation des accompagnements.

Toute la démarche de maintien dans l'emploi est basée sur la construction de nouvelles compétences, la mise en commun des savoirs et la confrontation des représentations des acteurs. La démarche d'ergonomie participative, au service du maintien dans l'emploi de travailleurs en situation de handicap, est en ce sens novatrice.

BIBLIOGRAPHIE

- Beuret-Blanquart. (2001). L'annonce du pronostic in Bussel, B., Maury, M., Ravaud, J-F. Les tétraplégies par lésion médullaire : actes des 14èmes entretiens de l'institut Garches. (pp156-173). Editions Frison-Roche.
- Brouard, M., Antoine, P., Labbe, J. (2008). Expérience subjective et travail de handicap : analyse qualitative auprès de 17 patients tétraplégiques. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 51, 394-402.
- Désert, J-F. (2002). Les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégies et tétraplégies). Déficiences motrices et situations de handicap, aspects sociaux, psychologiques, techniques et législatifs, 235-245. Editions APF.
- Didier-Courbin, P., Gilbert, P. (2005). Eléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005. *Revue française des Affaires sociales*, numéro 2, 207-227.
- Durand, M.J, Baril, R., Loisel, P. et Gervais, J. (2008). Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. *PISTES*, volume 10, numéro 2.
- Durand, M-J., Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, volume 3, numéro 2.
- Espagnac, M., Ville, I., Brouard, N., Ravaud, J-F., Groupe tétraFigap. Impact des accidents graves sur les parcours professionnels : l'exemple des blessés médullaires. Pp 647-663.
- Krause, JS., Anson, CA. (1996). Employment after spinal cord injury: relation to selected participant characteristics. *Archive physical medicine rehabilitation*, 77, 737-743.
- Krause JS, Kewman D, DeVivo MJ. et al. (1999). Employment after spinal cord injury: an analysis of cases from the Model Spinal Cord Injury Systems. *Arch Phys Med Rehabil*. 80 : 1492-1500.
- Malandain, C., Beuret-Blanquart, F., Chambellan, S. (1993). Les défenses psychologiques suscitées par l'annonce du handicap à un adulte blessé médullaire. Annonce du handicap au blessé médullaire adulte, synthèse des rapports de recherche. Collection conseil scientifique.
- Marti, A., Reinhardt, JD., Graf, S., Escorpizo, R., Post, MW. (2012). To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*. 50(7) : 521-6.
- Quériaud, C. (2014). Intervenir juste à temps dans le processus dynamique de « maintien dans l'emploi » : une dimension dépendante de l'ergonomie ? 8^{ème} congrès du GEDER : Prévention de la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap au travail. (pp 119-127). Editions Octares.

Sperandio, J-C., Uzan, G. (2004). Ergonomie des aides techniques informatiques pour personnes handicapées. In Falzon, P.(Ed). *Ergonomie*. (pp 479-496). Paris : PUF.

St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E., Imbeau, D. (2011). L'intervention en ergonomie. IRSST. Editions MultiMondes.