

La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises

Anne DUJIN, Bruno MARESCA¹

Introduction

Le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) a mené en collaboration avec l'IRES (Institut de recherches économiques et sociales) une recherche sur les politiques de maintien dans l'emploi après un arrêt de longue maladie dans les grandes entreprises en France et en Allemagne². Cette recherche s'inscrit dans le programme de recherche de l'INCa (Institut national du cancer) sur la thématique « Cancer et travail » (Maresca *et al.*, 2008).

Le rapport entre longue maladie et emploi est une thématique montante sur l'agenda des politiques sociales, à l'échelle nationale et internationale, en particulier dans un contexte d'allongement de la durée du travail. Les problèmes de santé, ou étiquetés comme tels, apparaissent en effet de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques (Esping-Andersen, 2008). L'OCDE notait en 2006 qu'un nombre croissant de personnes en âge d'être actives tirent des prestations de maladie et d'invalidité leur principale source de revenu. A mesure que les régimes de chômage et d'aide sociale durcissent leurs exigences de recherche d'emploi et que les dispositifs de retraite anticipée sont abandonnés, les régimes de prestations pour affections de longue durée et les régimes d'invalidité sont de plus en plus sollicités (OCDE, 2006:3). Alors que l'état de santé général s'améliore, un nombre croissant de personnes sollicite un soutien du revenu pour raisons

1. Chercheurs au CREDOC.

2. Sur l'Allemagne, voir l'article d'A. Hege et C. Dufour de ce même numéro.

de santé. Deux types de facteurs peuvent être mobilisés pour expliquer ce paradoxe. Le premier renvoie à l'évolution des exigences du marché du travail, et à la généralisation de conditions de travail de plus en plus stressantes qui réduisent les niches pour les salariés moins productifs (Coutrot, 1998). Le second se focalise sur l'inadéquation des modes d'évaluation de l'invalidité et des régimes de prestations, qui repousse les personnes à capacités réduites hors du marché de l'emploi, dans une dépendance durable aux prestations (Pollak, 2009). La question du maintien dans l'emploi se situe à la croisée de deux niveaux de questionnement : le niveau macro-économique d'une part, qui touche aux cadres institutionnels et aux mécanismes contractuels ou légaux de maintien dans l'emploi, et le niveau des entreprises d'autre part, qui touche aux modes d'organisation de la production au niveau des établissements, là où se déterminent concrètement les possibilités d'adaptation des postes.

De nombreux travaux de sciences sociales ont été menés sur les problématiques de l'obligation de reclassement et de l'emploi des travailleurs handicapés, qui prennent la forme d'identification de bonnes pratiques ou de recommandations, soit en direction des entreprises et des salariés afin de guider ceux-ci dans leurs démarches (présentation des principaux dispositifs du maintien ou du retour à l'emploi), soit aux entreprises pour les inciter à trouver des solutions concrètes ou améliorées (Bugand *et al.*, 2009). Cette littérature spécialisée pose la question du maintien dans l'emploi au regard des contraintes de l'entreprise et de l'évolution des conditions de travail dans un univers concurrentiel. Le contexte d'évolution des stratégies de gestion des ressources humaines et de mobilisation de la main-d'œuvre des entreprises, en réaction à de nouvelles contraintes de flexibilité, de réactivité et d'innovation, est généralement au cœur de l'analyse. Un second axe de recherche traitant du maintien dans l'emploi s'est développé dans les années 1980 autour de la notion de « *disability management* », le plus souvent traduite par « gestion intégrée des incapacités ». Centrée sur le suivi des programmes d'aide au maintien dans l'emploi en Amérique du Nord, cette approche postule que, dans le contexte d'une entreprise donnée, réfléchir au maintien dans l'emploi de salariés connaissant des limitations fonctionnelles oblige à « s'interroger sur le rapport entre les caractéristiques des capacités fonctionnelles résiduelles temporaires ou permanentes des personnes atteintes d'une part, et les caractéristiques de l'emploi et du contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit d'autre part » (Spelten *et al.*, 2002). Cette littérature s'attache à identifier les facteurs organisationnels facilitant ou freinant l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi et la réussite de ces dernières. A travers l'étude d'un large panel d'entreprises, il s'agit d'isoler des facteurs facilitant ou freinant la mise en œuvre de programmes de maintien dans l'emploi. Enfin, un troisième axe

de recherche se concentre sur les trajectoires des personnes ayant souffert d'une affection de longue durée, et sur l'évolution de leurs conditions de vie pendant et après la maladie. Ces recherches incluent généralement une réflexion sur les conditions de poursuite d'une activité professionnelle, mais en prenant le plus souvent le point de vue du salarié. Il s'agit alors de recueillir des informations sur sa trajectoire professionnelle (est-il retourné à l'emploi ? dans quelles conditions ?...) et sur son ressenti de la situation et de son évolution (quels ont été les rapports avec les collègues de travail ? le salarié s'est-il senti discriminé ?...)

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

Méthodes

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

corresponde une entreprise allemande comparable en termes d'effectifs salariés et d'échelle de qualification des métiers.

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

Les pratiques décrites par les acteurs de l'entreprise comme relevant du maintien ou du retour à l'emploi permettent dans un premier temps de dégager les contenus techniques, les dispositifs d'action concrets mis en œuvre pour gérer ces situations. Parallèlement, la description des pratiques permet d'explorer les représentations sur la longue maladie et le handicap et la manière dont ils affectent les collectifs de travail. Ces deux dimensions interagissent pour déterminer des conditions plus ou moins favorables au maintien dans l'emploi dans les établissements.

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

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

des personnes handicapées en entreprise d'une part, et la gestion du vieillissement de la main-d'œuvre d'autre part. Trois types d'obligation distincts s'imposent aux employeurs, qui recouvrent l'essentiel des actions de maintien dans l'emploi : l'obligation de reclassement ³, l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ⁴ et, pour les grandes entreprises, la mise en place de plans de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC).

Les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi sont donc de natures différentes et, dans le quotidien de la gestion des services de ressources humaines, ne renvoient pas à un champ de pratiques unifié. Ainsi, une entreprise peut avoir formalisé des actions en faveur de l'intégration des personnes handicapées et s'acquitter de l'obligation de reclassement sans qu'une politique globale de maintien dans l'emploi soit mise en place, ni même que cette notion soit évoquée par les ressources humaines ou la direction. Le maintien dans l'emploi reste, pour les employeurs français, une notion abstraite qui n'existe pas en tant que telle, ce qui limite considérablement sa traduction dans les politiques managériales. Des thèmes aujourd'hui fondamentaux dans le référentiel des politiques publiques qui touchent aux ressources humaines dans les entreprises, tels que la diversité ou le handicap, ne sont pas mobilisés comme des vecteurs de maintien dans l'emploi. Une seule des entreprises rencontrées (Grande Distribution) dispose d'un chargé de mission Handicap et a formalisé une procédure de prise en charge du retour à l'emploi dans le cadre d'un accord de groupe Handipacte. Cet accord porte sur l'embauche et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des situations de réadaptation au travail dès lors que le salarié concerné bénéficie de la reconnaissance de travailleur handicapé. L'essentiel des situations de retour à l'emploi après une ALD ⁵, et notamment un cancer, sont donc susceptibles de relever des démarches prévues par le dispositif.

De la même manière que les obligations légales qui impliquent des actions de maintien dans l'emploi ne renvoient pas à une notion explicite et constituée aux yeux des acteurs, les instruments mobilisables ne s'intègrent pas dans une procédure globale de gestion du maintien dans l'emploi. On peut distinguer trois catégories principales d'instruments, selon qu'ils portent sur l'aménagement des horaires (temps partiel thérapeutique), l'aménagement du poste d'un point de vue fonctionnel (aides pour l'adaptation fonctionnelle des équipements tels que l'écran, le fauteuil...), ou qu'ils visent à permettre à la personne d'évoluer vers un autre poste (bilan de compétences, bilan PDITH ⁶...). Les entretiens font apparaître une très faible

3. Loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage, art. L. 122-24-4 et L. 122-32-5 du code du travail.

4. Art. L. 5212-1 à L. 5212-17, R. 5212-1 à R. 5212-18, R. 5212-19 à R. 5212-29, R. 5212-30 et R. 5212-31 du code du travail.

5. Affection de longue durée.

6. Plan d'insertion des travailleurs handicapés.

connaissance de la diversité des outils potentiellement mobilisables. Seul le temps partiel thérapeutique est largement connu. La première raison invoquée pour expliquer que seuls quelques instruments soient connus et utilisés est la diversité des prescripteurs (médecin traitant, médecin conseil, médecin du travail), des financeurs et des conditions requises pour en bénéficier, qui rend peu lisible le paysage des outils du maintien dans l'emploi. Mais un autre frein, plus fondamental et relevant davantage du registre des représentations, est la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, qui conditionne la possibilité de bénéficier de différents instruments de retour à l'emploi. Les médecins du travail soulignent que les salariés ne souhaitent pas être stigmatisés à travers ce statut, et que des réactions parfois indignées les font ensuite hésiter à le proposer lors des visites de reprise. Cette difficulté témoigne du fait que handicap et longue maladie appartiennent à des champs de représentation tout à fait distincts en France, que la notion de maintien dans l'emploi n'est pas parvenue à fédérer.

II. Une mise en œuvre du maintien dans l'emploi sur l'obstacle en France

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

Dans les entreprises françaises, la question du maintien dans l'emploi n'est pas instituée aux yeux des acteurs de l'entreprise tant que le salarié est en arrêt. Cet état des choses est pour une large part lié au fait que les représentants de l'entreprise, qu'il s'agisse des ressources humaines, du médecin du travail ou du personnel d'encadrement, ne sont pas autorisés à établir de leur propre chef un contact avec le salarié, en s'exprimant au nom de l'entreprise. Cette interdiction est évoquée par les directions et les ressources humaines comme une donnée incontournable, qui leur est imposée de l'extérieur par la loi et ne permet pas à l'entreprise d'anticiper le retour à l'emploi. Elle est souvent mobilisée par les représentants de la direction et les gestionnaires du personnel pour justifier de l'impossibilité de recourir à des procédures de prise en charge qui poseraient la question du retour à l'emploi avant la reprise effective du travail par le salarié. La visite de pré-reprise pourrait constituer le principal instrument de maintien dans l'emploi mobilisable en amont du retour du salarié. Elle permet théoriquement, à travers un dialogue entre le salarié et le médecin du travail, d'évaluer les possibilités de retour au poste initial, et d'envisager d'éventuelles adaptations. Mais cette possibilité est sous-utilisée par les salariés, qui souvent n'en ont pas connaissance. Pourtant les médecins du travail et les encadrants directs émettent fréquemment des réserves sur le non recours à la visite de pré-reprise, tant ils sont souvent confrontés à des retours non anticipés de salariés absents de l'entreprise depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, qui posent des problèmes organisationnels considérables. Il existe néanmoins de nombreuses formes de contact avec les personnes en arrêt, à l'initiative des collègues. Bien qu'informels, ces contacts ont un impact déterminant sur les conditions du retour à l'emploi. Ils maintiennent souvent un lien avec la personne, qui permet à l'encadrement direct d'être informé de la situation et d'anticiper le retour du salarié. Mais ces situations favorables soulignent en creux la dimension fortement discrétionnaire du processus à l'œuvre. En l'absence de procédure qui s'appliquerait à tous, le fait d'être intégré à son collectif de travail et de pouvoir compter sur ses collègues conditionne la possibilité de garder un lien pendant l'arrêt, ce qui induit des différences notables entre les salariés concernés quant aux conditions de leur retour à l'emploi. Le spectre du licenciement pour inaptitude est réellement menaçant pour les personnes qui reprennent le travail sans préparation préalable concernant les possibilités d'adaptation du poste occupé avant l'arrêt.

Le moment du retour au travail est la seconde étape du processus de retour à l'emploi. En France, c'est la visite de pré-reprise, ou plus fréquemment la visite de reprise, au cours de laquelle le médecin du travail va se prononcer sur l'aptitude du salarié à reprendre le travail, qui marque le début du retour à l'emploi proprement dit. Une fois cette étape franchie, la

gestion du retour du salarié commence, tant pour les ressources humaines qu'au niveau du collectif de travail. Dans toutes les entreprises françaises rencontrées, c'est la gestion à chaud, au plus près du collectif de travail, qui caractérise la plupart du temps le mode de fonctionnement des acteurs autour du retour à l'emploi.

La gestion du retour à l'emploi dans les établissements est caractérisée par l'importance des « arrangements intra-services », au détriment du recours aux dispositifs légaux. Lorsque les acteurs, ressources humaines ou encadrement direct évoquent spontanément des cas de retour à l'emploi après un arrêt de longue durée qu'ils ont eu à gérer, il s'agit le plus souvent de situations où la personne a maintenu le contact avec son équipe pendant l'arrêt, est revenue au travail en bénéficiant d'un aménagement horaire tel que le temps partiel thérapeutique pendant quelques mois, puis a repris dans les conditions précédant son départ. La représentation commune du cas idéal n'implique pas d'intervention des ressources humaines ni de la médecine du travail. Il s'agit également de situations où il n'y a pas d'adaptation du poste. Les situations jugées favorables sont donc celles où la maladie n'a pas bouleversé la trajectoire de la personne, où il est possible de faire « comme avant ». Cette approche ne mobilisant que faiblement les dispositifs légaux est présentée de manière positive par la plupart des acteurs rencontrés. Le refus d'une protocolisation ou d'une systématisation de la démarche est généralement justifié par le primat donné à une « attitude humaine ». Le recours à des procédures systématisées de gestion des situations de longue maladie administrées au niveau des ressources humaines est interprété comme le symptôme de la défaillance des collectifs de travail dans leur capacité à intégrer avec humanité et solidarité des collaborateurs atteints de maladie. Sur cet aspect, il existe une convergence des points de vue entre les ressources humaines, la direction de l'établissement et l'encadrement opérationnel. Tous expriment une préférence pour éviter au maximum d'adapter le poste, pour le maintenir tel qu'il était avant le départ de la personne, plutôt que de tenter une adaptation, au motif que cette dernière signalerait que le salarié est diminué dans ses capacités. La question de la baisse de productivité de certains salariés du fait de la maladie ou du handicap, qui nécessiterait d'adapter les postes, reste largement taboue dans les collectifs de travail.

La troisième étape du retour à l'emploi, qui n'est pas systématique, est celle de l'adaptation du poste. En France, ce sont les notions d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail, établies par le médecin du travail au moment de la visite de reprise, qui fondent le processus d'adaptation ou de changement de poste. En Allemagne, le dispositif de réintégration progressive identifie, avec la personne malade, les difficultés à occuper le poste d'origine et amène à poser la question de l'adaptation. Comme pour

les étapes précédentes, le temps de l'adaptation se différencie donc entre France et Allemagne par le degré de formalisation de la démarche. Les conséquences en sont visibles à deux niveaux : le moment où la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée d'une part, et le niveau de gestion de la question d'autre part. En France, l'absence de formalisation des processus de retour à l'emploi a pour corollaire que la question de l'adaptation du poste se pose face au constat que le salarié ne peut plus travailler dans les mêmes conditions qu'avant. C'est donc sur l'obstacle que la question des conditions de possibilité du maintien dans l'emploi se trouve posée pour la première fois.

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

III. Des situations néanmoins diverses d'un établissement à l'autre

Le travail n'a pas permis de dégager une typologie des établissements en fonction de leur positionnement sur la question du maintien dans l'emploi. En revanche, il a fait apparaître les variables qui caractérisent des situations plus ou moins favorables à un processus négocié de retour à l'emploi. De multiples facteurs interviennent et interagissent dans la construction sociale de l'aptitude ou de l'inaptitude au travail dans chaque établissement : type de pathologie, de poste concerné, tradition de l'entreprise, jeux d'acteurs et caractéristiques organisationnelles. Ces facteurs influent sur le mode d'appropriation des dispositifs juridiques par les différents acteurs impliqués dans les processus de maintien dans l'emploi.

Ainsi, sur l'ensemble des établissements rencontrés, certaines situations se prêtent plus ou moins à la mise en place d'un véritable processus de réadaptation au travail. En premier lieu, la difficulté à gérer les situations de longues maladies et à proposer des solutions d'adaptation est fonction de variables relatives au salarié lui-même, notamment le type de pathologie et l'âge de ce dernier, qui engagent des stratégies de réadaptation différentes. Les variables relationnelles, qui renvoient à la qualité des relations du salarié avec son collectif de travail et son degré d'intégration à ce dernier jouent ensuite un rôle fondamental, qui souligne l'importance, en France comme en Allemagne, de la dimension informelle des processus de retour à l'emploi, même quand des protocoles de prise en charge existent. Les forts effets de différenciation des modes de gestion du maintien dans l'emploi observés d'un établissement à l'autre, y compris au sein de la même entreprise, témoignent également de la prégnance des variables organisationnelles, et au-delà, des jeux d'acteurs qui conditionnent fortement les modes de faire, et font système dans un établissement conférant à celui-ci ses spécificités. Enfin, la question des pressions relatives à l'exigence de productivité qui s'impose aux entreprises, et la manière dont elle se traduit sur les différents établissements constitue une variable essentielle des conditions de retour à l'emploi.

Outre la pathologie de la personne, la question du retour à l'emploi, surtout lorsqu'il est question d'adaptation ou de changement de poste, ne se pose pas du tout de la même manière en fonction de l'âge du salarié. L'exploitation de l'enquête DREES a déjà fait apparaître que les salariés les plus jeunes (25-35) et les plus âgés (+ de 50 ans) avaient moins de chance de bénéficier d'une adaptation de poste. Pour les plus jeunes, ce résultat renvoie vraisemblablement au type de cancer, souvent plus agressif chez les sujets jeunes, qui diminue les chances de retour à l'emploi. Le travail de terrain permet d'étayer, même partiellement, ce constat, puisque

les ressources humaines sont très peu confrontées aux cas de retour à l'emploi chez des personnes jeunes après un cancer, qui le plus souvent ne reviennent pas dans l'entreprise. Pour les seniors, les déterminants de cette moindre adaptation des postes renvoient à des problématiques de natures différentes, qui touchent à la fois à un phénomène d'usure qui dépasse les seules séquelles de la maladie, et à un rapport différent au travail et à la trajectoire professionnelle.

Les médecins du travail soulignent que le vieillissement des collectifs de travail est, dans un certain nombre d'établissements, un phénomène majeur qui pose avec une acuité particulière la question des conditions du maintien dans l'emploi, sans pour autant qu'une solution satisfaisante n'existe. A partir de 57 ans, les médecins du travail ne privilégient plus la réinsertion dans le travail, mais cherchent les voies de sortie les plus favorables. « Pour les plus âgés, ce sera différent. On voit bien, ils ne voient pas la question de la même manière de toute façon. Ils sont moins porteurs d'une demande de reprise du travail, et encore moins d'adaptation. Changer, se refaire à un autre poste, c'est difficilement envisageable. » (Médecin du travail, établissement hospitalier)

« On compose, on voit comment on peut combiner les formules pour assurer une sortie au plus vite sans conséquences financières trop lourdes. Invalidité de 1^{re}, puis 2^e catégorie, et la retraite pourra prendre le relais. Après 55-57 ans, on change de philosophie. » (Médecin du travail, Grande Distribution). Cette approche différenciée du retour à l'emploi pour les seniors est justifiée par les acteurs du maintien dans l'emploi par un rapport au travail fondamentalement différent chez ces salariés. Avec l'âge, les salariés qui reviennent à l'emploi après un arrêt de longue durée ne se projettent plus dans une trajectoire professionnelle évolutive, sur laquelle se fonderait la recherche d'un poste adapté. La prégnance de l'idée selon laquelle la personne qui revient à l'emploi doit être le pivot actif des démarches qui la concernent renforce le traitement différencié des salariés moins motivés ou qui ne paraissent plus en mesure de se projeter dans le travail. En revanche, la restriction actuelle des modes de sortie anticipée du travail, qu'il s'agisse du passage à la retraite ou de l'invalidité, contraint de plus en plus les acteurs à trouver des solutions de maintien dans l'emploi, parfois dans des conditions jugées très insatisfaisantes par les médecins du travail.

« Je vois revenir des gens qui étaient en invalidité et qui sont remis au travail par la Sécu et franchement, ils ne devraient pas travailler. Ils mettent leur santé en danger, vraiment ils n'en sont plus capables. Pour des aides soignantes qui sont debout toute la journée, ou qui manipulent les malades... » (Médecin du travail, établissement hospitalier)

En France, le caractère éminemment informel de l'approche du maintien dans l'emploi confère une importance centrale aux relations que le salarié

entretient avec son équipe et son responsable. La qualité de ces relations, doublée du degré de reconnaissance dont jouit la personne dans le collectif de travail, détermine d'abord le fait de parler ou non de sa maladie sur le lieu de travail, et la capacité à maintenir le contact avec l'équipe pendant la période d'arrêt maladie. On a vu que ces deux éléments ont une importance déterminante dans le processus du retour à l'emploi ⁷. Par la suite, le fait d'être reconnu par les pairs ou le responsable comme un « bon salarié » a une incidence sur l'importance des efforts mis en œuvre pour réintégrer la personne, dans un contexte où une large part du processus repose sur les bonnes volontés individuelles. L'établissement Métallurgie offre une illustration de l'importance des variables relationnelles, que plusieurs acteurs du maintien dans l'emploi dénoncent, tout en reconnaissant qu'eux-mêmes sont entrés dans ce type de fonctionnement, devenu structurel sur l'établissement. La gestion du retour à l'emploi se joue entre trois acteurs clés : le médecin du travail, les chefs d'ateliers et le « régulateur ». Cette fonction du régulateur est spécifique à l'établissement Métallurgie. Elle n'a pas été créée dans le seul but de gérer la question des retours à l'emploi. Il s'agissait au départ d'assurer les restructurations internes liées aux changements de processus de fabrication, qui impliquaient une réorganisation des équipes. Il n'y a pas eu, dans l'établissement, d'institution officielle de cette fonction. La figure du régulateur est ainsi exceptionnelle en ce qu'elle est entièrement contingente. Issu du collectif de travail, le régulateur, qui avait fait la preuve de sa connaissance approfondie de l'établissement, des différents métiers et de l'organisation du travail, a peu à peu été missionné par la direction et les ressources humaines pour gérer les changements de poste dans et entre les équipes. Sa compétence en la matière le rend légitime à intervenir aux yeux de tous les protagonistes du maintien dans l'emploi, qu'il s'agisse des ressources humaines, des maîtrises, des représentants du personnel ou des salariés eux-mêmes. Positionné au-dessus des chefs d'ateliers, son rôle est triple : il assure d'abord le dialogue entre médecins du travail, chefs d'ateliers, salariés et, le cas échéant, représentants du personnel. En l'absence de poste compatible avec les capacités fonctionnelles du salarié, le régulateur est chargé de trouver un poste dans une autre équipe. Enfin, il gère les modifications que ces démarches ont sur l'organisation du travail des équipes dans leur ensemble, pour assurer l'efficacité des conditions de production et l'adéquation entre les postes et la force de travail disponible. En dépit de la reconnaissance unanime de son caractère indispensable, la pérennisation de la fonction du régulateur n'est pas explicitement envisagée par la direction. Le régulateur lui-même exprime des craintes sur son départ à la retraite approchant, et sur la nécessité qu'il y a à lui permettre de transmettre son savoir.

7. Ces résultats sont confirmés par la ré-exploitation des données de l'enquête DREES.

Dans cet établissement, les ressources humaines sont presque absentes du processus de retour à l'emploi. Lorsqu'un salarié ne peut reprendre son poste initial et qu'une adaptation de poste est nécessaire, le médecin du travail commence par discuter la question avec son chef d'atelier. A cette étape déjà, les effets des variables relationnelles se font sentir dans la mesure où la bonne volonté d'un chef d'atelier dépend largement de la perception qu'il a du salarié et de sa capacité à réintégrer l'équipe. Quand aucun poste adapté n'est disponible au niveau de l'atelier, le médecin du travail se retourne vers le « régulateur », qui a en charge de trouver une solution qui tienne compte des contraintes de l'organisation du travail à l'échelle de l'usine. Là encore, la perception qu'il a de la personne, le jugement qu'il portera sur son parcours professionnel en termes de sérieux, d'application, aura des conséquences. Enfin, le médecin du travail et le régulateur ont eux-mêmes une certaine vision des chefs d'ateliers, certains étant connus pour être difficiles, d'autres plus arrangeants, d'autres encore mauvais managers. Ils opèrent ainsi une hiérarchisation implicite des chefs d'ateliers vers lesquels il vaut mieux se retourner pour avoir plus de chances de voir le processus de retour à l'emploi trouver une issue favorable. Cela contribue à façonner une cartographie des espaces du maintien dans l'emploi dans l'établissement. Certains ateliers sont de fait exclus pour accueillir des personnes en situation de retour à l'emploi. D'autres au contraire deviennent des lieux privilégiés, sortes de sas vers la réintégration du collectif de travail.

« On fonctionne en proposant des arrangements. Par exemple, on peut demander à un chef de reprendre quelqu'un et, s'il est réticent, on lui dit : "je ne te le compte pas dans les effectifs pendant six mois, et on va voir ce que ça donne." Mais les maîtrises, je les connais bien maintenant. Il y en a, je sais que ce n'est pas la peine d'essayer, ça se passera forcément mal. Alors quand ça ne marche pas sur un atelier, il y en a qu'on va voir de préférence. » (Métallurgie, médecin du travail)

« Il y en a qui vont essayer de profiter, on les connaît. Ce sont ceux qui posent déjà des problèmes quand ils ne sont pas malades. Moi je peux faire une concession une fois. Mais si la personne n'est pas fiable, fait un coup tordu, alors là c'est fini. » (Métallurgie, régulateur)

Outre les variables relationnelles, caractérisées par leur dimension éminemment subjective, les conditions de la réadaptation au travail varient également en fonction de déterminants plus organisationnels, liés à des jeux d'acteurs qui dépassent la dimension strictement individuelle des relations entre personnes. Les fortes différenciations observées d'un établissement à l'autre, parfois dans la même entreprise, sont fonction de systèmes de relations sociales qui caractérisent chaque établissement et qui structurent les relations entre les acteurs. La notion d'acteur ne renvoie pas ici à

celle d'individu, mais à la dimension socialement et collectivement instituée de son action, à travers sa fonction. Or le rapport entre les différents types d'acteurs varie nettement d'un établissement à un autre, contribuant à construire des schémas spécifiques de mode de gestion de la question.

En France, en l'absence de procédure formalisée, les acteurs du maintien dans l'emploi sont faiblement institués sur cette question, à tel point que des représentants des ressources humaines peuvent déclarer que cela ne rentre pas dans le champ de leur compétence, et en déléguer l'intégralité de la gestion à la médecine du travail et à l'encadrement direct.

Le type de liens entre le médecin du travail, les ressources humaines et éventuellement le service social, apparaît comme ayant une influence certaine sur la possibilité même de procéder à des adaptations de poste. Il diffère sensiblement d'un établissement à l'autre, et structure puissamment les conditions de gestion du maintien dans l'emploi. Pour l'établissement Télécommunication, le passage d'une médecine du travail autonome à un système interentreprises a marqué un changement net en matière de gestion du maintien dans l'emploi. L'absence de dialogue actuel avec le médecin du travail renforce le recours au processus informel des adaptations de poste au niveau des équipes. Les gestionnaires de l'entreprise sont encore plus démunis que dans la situation antérieure où fonctionnait un échange régulier avec le médecin du travail embauché par l'entreprise. Globalement, la coupure quasi-totale avec les responsables de la gestion médicale de la longue maladie (médecin du travail et Caisse d'Assurance Maladie) accentue la dimension « bricolée » des démarches internes à l'entreprise. Inversement, dans l'établissement Métallurgie, la présence d'un service médical interne à l'entreprise se traduit par une implication très forte du médecin du travail sur la question, ce dernier suivant de près l'ensemble du processus de retour à l'emploi et d'adaptation de poste. Mais la présence d'une telle compétence interne à l'entreprise s'est également traduite par un désengagement des ressources humaines, qui estiment qu'elles n'ont pas à intervenir sur ce terrain, au motif que ces questions relèvent du médical. Le médecin du travail gère donc l'essentiel des problèmes organisationnels, dans le cadre du dialogue avec le régulateur et les chefs d'ateliers.

En France, la faiblesse du positionnement des représentants du personnel sur la question du maintien dans l'emploi est manifeste. Mais deux établissements offrent néanmoins des exemples contrastés d'intervention des représentants du personnel dans ce domaine, qui témoignent de deux modes de construction du rapport entre représentants, ressources humaines et direction. Dans l'établissement Métallurgie, les représentants du personnel, *via* le CHSCT mais pas uniquement, se sentent investis d'une double mission, d'accompagnement des salariés en situation de retour à l'emploi d'une part, et de mise à l'agenda de la formalisation d'un protocole de prise en charge

pour les ressources humaines d'autre part. Il s'agit donc d'une entreprise où le maintien dans l'emploi est mis en débat et porté comme un enjeu collectif. La réponse de la direction de l'établissement a été jusqu'ici d'ignorer cette revendication, en mettant en avant les autres aspects de la politique sociale de l'entreprise, notamment sur le versant prévention. Il n'en demeure pas moins que l'importance de la syndicalisation et le mode de représentation syndicale qui caractérise cet établissement est vecteur d'une demande de protocolisation du retour à l'emploi, appuyée par d'autres acteurs tels que le médecin du travail, l'encadrement direct voire certains chefs d'ateliers. Par ailleurs, même si la gestion informelle reste prédominante et produit des effets discrectionnaires, une vigilance collective est instaurée autour du maintien dans l'emploi, qui va dans le sens d'une recherche particulièrement poussée de solutions destinées à éviter les licenciements pour inaptitude. Dans l'établissement Grande Distribution, les représentants du personnel sont également impliqués dans le champ du maintien dans l'emploi à travers l'accord d'entreprise qu'ils ont signé à l'unanimité. Mais la faiblesse de la représentation les a conduits à l'inverse à épouser la vision des ressources humaines en matière de gestion du retour à l'emploi, qu'ils promeuvent et mettent en œuvre. Il n'y a donc pas véritablement de mise en débat, ni des modalités du retour à l'emploi, ni du rôle des différents acteurs de l'entreprise sur le sujet, ni même, plus largement, de la responsabilité de l'entreprise à l'égard de la réadaptation des salariés au travail. L'existence d'une commission paritaire qui permet d'attribuer une prime de 1 500 euros aux salariés qui ont « tout fait pour se maintenir dans l'emploi », mais sont néanmoins licenciés pour inaptitude faute de poste adapté, témoigne du fait que les représentants du personnels ont pour rôle effectif d'entériner des modes de fonctionnement qu'ils n'ont pas les moyens d'enrayer.

Enfin, le dernier type de variable dont l'incidence sur les conditions du maintien dans l'emploi est notable touche aux exigences de productivité qui s'imposent aux entreprises et à la manière dont les collectifs de travail réagissent, dans chaque établissement, à ces pressions.

Ce contexte évolutif des conditions de l'organisation du travail s'impose, sous des formes différentes, à l'ensemble des établissements. Ainsi l'exigence de polyvalence des salariés, qui se développe de plus en plus, notamment dans le tertiaire, remet en question la pertinence de la notion même de poste de travail, sur laquelle est fondé le processus de retour à l'emploi. Combinée aux rotations de poste accélérées, elle rend particulièrement délicate la définition de l'aptitude du salarié. Inversement, dans la grande distribution, le mouvement de spécialisation des tâches aujourd'hui à l'œuvre consiste par exemple à réduire au strict minimum la présence des emplois administratifs au niveau des magasins, ce qui limite les possibilités de reclassement pour le personnel qui ne peut plus porter de charges.

Ces transformations de l'organisation du travail engendrent deux types de conséquences apparemment contradictoires. D'une part, dans un contexte plus contraint, la possibilité de développer une approche sur mesure pour chaque cas de réadaptation au travail est remise en question, chaque poste devant correspondre à un besoin identifié. Un certain nombre d'acteurs des ressources humaines et de médecins du travail insistent sur le fait que la gestion au cas par cas, fondée sur la bonne volonté des personnes, ne sera pas toujours possible. Dans cette perspective, les pressions extérieures favoriseraient la définition de protocoles de prise en charge, les collectifs de travail ne parvenant plus à réguler de manière informelle les différentiels de productivité entre les salariés. Le protocole apparaît alors pour certains acteurs comme un moyen de cadrer, voire de légitimer, une gestion de plus en plus contrainte.

Inversement, les pressions de productivité, si elles restreignent les marges de manœuvre des acteurs sur les établissements, renforcent dans le même temps l'importance des variables relatives aux personnes et à leur bonne volonté, accentuant parfois la dimension « bricolée » de la gestion du retour à l'emploi. En effet, dans un contexte contraint, le maintien dans l'emploi exige des efforts accrus de la part du collectif de travail, qui sera souvent tributaire des spécificités des établissements et des personnalités qui investissent les rôles d'acteurs du maintien dans l'emploi, même en présence d'une procédure formalisée de prise en charge. Le protocole, s'il constitue un cadre de référence commun, défini collectivement, ne permet pas nécessairement d'uniformiser la gestion du retour à l'emploi et d'éviter le traitement différencié des salariés.

Le meilleur indice de la difficulté à réinsérer tous les salariés ayant été arrêtés sur une longue durée et/ou ayant des handicaps justifiant des aménagements de poste réside dans les solutions de recours mises en place par les entreprises pour gérer les fluctuations de productivité des salariés. En l'absence de modes de gestion définis, ils se substituent au protocole pour réguler l'organisation du travail.

On a vu que l'établissement Télécommunication dispose d'un volant de salariés dits « en mission », qui ne sont pas affectés à un poste mais restent dans les effectifs de l'entreprise, en quasi-disponibilité. Il s'agit pour une part importante de salariés malades ou en situation d'échec professionnel. Dans l'établissement Métallurgie, l'équivalent de ce système réside dans le volant de postes en « horaires normaux », c'est-à-dire non décalés, et donc moins bien payés. Il appartient aux chefs d'atelier de faire passer un salarié en horaire normal. Ce passage est quasiment systématique en cas de retour de longue maladie. Il s'agit certes d'offrir une situation de travail moins fatigante, mais également d'optimiser la productivité de l'équipe en confiant les postes les plus fatigants aux salariés les plus efficaces. Dans les

deux entreprises, ces dispositifs sont considérés par les DRH et la direction comme un mal nécessaire. Elles cherchent à limiter le nombre de salariés concernés, mais reconnaissent qu'il s'agit d'une solution incontournable pour réguler l'activité en maintenant la présence de salariés moins productifs. Sur l'établissement Grande distribution, un tel système n'existe pas, en raison de la faiblesse des effectifs sur chaque magasin, qui ne permet pas de dégager les marges de manœuvre nécessaires pour ce genre de dispositif. Il s'agit aussi, en conséquence, de l'entreprise sur laquelle le licenciement pour inaptitude est une problématique explicite, en l'absence de solutions pour « recaser » les salariés qui peinent à s'intégrer pleinement dans le rythme du collectif de travail. Sur l'établissement hospitalier en revanche, ce système de régulation a longtemps existé sous la forme du plateau de consultation, où la plupart des contraintes physiques lourdes sont évitées, notamment la manipulation des malades. Mais la réorganisation fonctionnelle des services a conduit à en faire un espace de polyvalence, où une multiplicité de tâches, y compris physiques, doit pouvoir être menée en même temps. Le plateau de consultation n'a donc plus vocation à accueillir les salariés dont les capacités sont diminuées.

Dans les établissements français rencontrés, l'absence de protocole de retour à l'emploi dans un contexte économique de plus en plus contraint rend incontournable le recours à ces modes informels de régulation, qui mettent à l'écart, même temporairement, les salariés les moins productifs afin qu'ils ne pèsent pas trop sur le rythme de travail des équipes.

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

Par rapport à la situation française, les effets du protocole allemand sont de deux types. D'une part, le salarié reprend rapidement contact avec son milieu de travail, en amont du retour effectif à l'emploi. Celui-ci s'effectue progressivement, sous le contrôle médical du médecin du travail. Pendant toute la période de réintégration progressive, le salarié conserve son statut de malade et continue de toucher les indemnités maladie. D'autre part, la mise en œuvre du retour à l'emploi procède de décisions collégiales, qui impliquent nécessairement tous les acteurs institués comme compétents pour le retour à l'emploi. Alors qu'en France, des directions de ressources humaines peuvent déclarer qu'elles n'ont pas à intervenir sur une situation de retour à l'emploi, cela n'est pas possible en Allemagne. L'existence d'un protocole ne signifie pas pour autant que la gestion du retour à l'emploi soit toujours plus efficace qu'en France. On peut distribuer les établissements rencontrés en trois types, en fonction de leur approche du retour à l'emploi après la longue maladie. L'approche « volontariste » tout d'abord, dans

laquelle la politique de réinsertion repose sur un consensus des acteurs et fait partie du statut autant que de l'image sociale de l'entreprise ; l'approche « négociée » ensuite, où le dynamisme de la représentation des grands handicapés impose à la direction un comportement proactif en matière de réinsertion ; l'approche « contrariée » enfin, où la politique de réinsertion est, aux yeux de la direction et éventuellement de la représentation du personnel, un enjeu secondaire dans l'ensemble des politiques sociales de l'établissement, et sous contrainte d'autres priorités. Mais l'existence d'un protocole balise les procédures et institue un dialogue dans l'entreprise sur la question ⁸.

L'approche non systématisée, qui s'appuie sur les manifestations de solidarité et de bonne volonté dans les équipes, ne fait pas toujours consensus dans les entreprises françaises. La nécessité de formaliser des procédures émerge dans un contexte de gestion des ressources humaines de plus en plus difficile face aux exigences de productivité. Les médecins du travail et l'encadrement direct, qui les premiers affrontent les situations conflictuelles, en sont les principaux porte-parole. Le protocole doit permettre de se sentir moins isolé dans la gestion du retour à l'emploi, et de ne pas avoir à assumer seul la réadaptation au poste et les conséquences que cette dernière peut avoir sur l'organisation du travail dans les équipes. La demande de collégialité des décisions à laquelle doit répondre un protocole va au-delà des seuls acteurs présents dans l'établissement. Le dialogue avec les médecins traitants et les médecins conseil de la Sécurité sociale, qui prennent des décisions essentielles en amont du retour au travail, est très limité voire inexistant. L'existence d'un protocole plus formalisé permettrait de lier davantage l'espace du soin et celui du travail. Les médecins du travail ont le sentiment que les acteurs qui interviennent dans l'espace du soin ne mesurent pas suffisamment les conséquences, pour la sphère du travail, des décisions qu'ils prennent. Les médecins traitants devraient notamment s'enquérir plus en amont des métiers des salariés et de leurs contraintes, afin de préparer ces derniers aux éventuelles difficultés à prendre en compte au moment du retour au travail. Les médecins conseil, refusant d'être en contact avec les ressources humaines, sont quant à eux très difficilement joignables par les médecins du travail, là où ces derniers souhaiteraient discuter des cas de salariés qu'ils voient revenir dans l'entreprise.

Un agenda de recherche sur la question du maintien dans l'emploi dans les entreprises françaises

Ce premier travail de recherche, largement exploratoire compte tenu du faible nombre de travaux sur la gestion du maintien dans l'emploi par les

8. Pour de plus amples développements sur l'Allemagne, voir l'article d'A. Hege et C. Dufour, dans ce même numéro.

entreprises, a fait apparaître deux nœuds principaux dans les trajectoires de retour à l'emploi des salariés, sur lesquels des investigations complémentaires devraient être menées.

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

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

Références bibliographiques

- Bugand L., Caser F., Huyez G., Parlier M., Raoult N. (2009), *Les bonnes pratiques des entreprises en matière de maintien et de retour en activité professionnelle des seniors*, ANACT, 67 p.
- Coutrot T. (1998), *L'entreprise néolibérale, nouvelle utopie capitaliste ?*, Paris, La Découverte.
- Esping-Andersen G. (2008), *Trois leçons sur l'Etat-providence*, Paris, Editions du Seuil.
- Maresca B., Dujin A., Hege A., Dufour C. (2008), « Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints d'un cancer : une comparaison France-Allemagne », *Cahier de recherche du CREDOC*, n° 248, novembre.
- OCDE (2006), *Lever les obstacles au maintien dans l'emploi*, Rapport de l'OCDE 2006.
- Pollak C. (2009), *Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne*, Centre d'études de l'emploi, Document de travail n° 120, juin.
- Spelten E.R., Sprangers M.A., Verbeek J.H. (2002), « Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review », *Psycho-oncology*, 2002/11, p. 124-131.