

Les pratiques des acteurs d'entreprise face à la longue maladie et au handicap en Allemagne

Adelheid HEGE¹, Christian DUFOUR²

Quelles stratégies les entreprises allemandes déploient-elles à l'égard de salariés atteints de maladies longues ou répétées ? Quelle place occupent dans les politiques des représentants du personnel les enjeux de prévention de pathologies liées au travail et de maintien dans l'emploi de salarié(e)s fragilisé(e)s par la maladie ? Devant le vieillissement démographique et les prescriptions légales de prolongation de la vie active, ces questions se posent aux acteurs d'entreprise avec une nouvelle acuité. La présence plus massive dans les effectifs salariés de seniors – statistiquement plus sujets aux maladies longues et récurrentes – impose le questionnement sur la préservation de l'aptitude au travail jusqu'à l'âge légal de la retraite (*Deutscher Bundestag*, 2009). A la faveur de législations récentes, les politiques publiques, en phase avec des préconisations internationales, prônent le droit à la non-discrimination et à la participation à la vie professionnelle et sociale des personnes handicapées (Paridon, 2009). Les tensions contraires, toutefois, restent vigoureuses. Le chômage de masse et, dans les entreprises, les processus de restructuration et d'allègement des effectifs continus sont peu favorables à l'intégration de groupes vulnérables sur le marché du travail, en même temps que les insécurités générées et les risques d'exclusion agissent eux-mêmes comme des facteurs pathogènes (Ahlers, Brussig, 2004 ; Kieselbach, 2009).

Une enquête empirique menée dans des établissements allemands et français par des chercheurs du Crédoc et de l'IRES pour le compte de l'Institut national du Cancer (Maresca *et al.*, 2008) s'est intéressée aux pratiques des acteurs d'entreprise, peu étudiées dans la littérature. Quelles actions et quelles coopérations sont mises en place pour permettre et faciliter le

1. Chercheure IRES.

2. Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT).

retour dans l'emploi des salariés atteints d'un cancer et plus généralement de maladies longues – et avec quels résultats ? Les chercheurs ont procédé à l'analyse des contextes institutionnels dans lesquels s'inscrit la gestion des incapacités de travail prolongées dans les deux pays. Ils ont mené des entretiens avec les acteurs dans de grands établissements de l'industrie et des services et avec leurs interlocuteurs externes ainsi qu'avec des experts.

L'article présent s'appuie sur le volet allemand de l'enquête, réalisée au sein de l'IRES par les auteurs de cet article. Il analyse le cadre réglementaire et les obligations imposées aux employeurs allemands, dans le cadre du Code social réformé, pour faciliter le retour dans l'emploi des salariés handicapés ou malades. Il s'interroge sur la mise en pratique sur le terrain des prescriptions légales et sur la prise en charge concrète par les acteurs d'entreprise de l'enjeu de la réinsertion, à l'aide des ressources internes et externes dont ils disposent. Aux stratégies et à l'influence de la représentation des salariés sera accordée une attention particulière, dont le rôle en matière de prévention est valorisé par la réforme législative.

I. La politique de maintien dans l'emploi en Allemagne : les acteurs et leurs ressources

La réforme du Code social initiée dès 2001 confie aux employeurs allemands de nouvelles responsabilités à l'égard des salariés handicapés et/ou en longue maladie (I.1). Elle vise une population dont les droits sociaux et les protections à l'égard de la maladie restent, pour l'essentiel, inchangés mais qui, du fait notamment des réformes récurrentes des régimes de sécurité sociale, risque de voir sa situation matérielle et sociale se détériorer significativement dès lors qu'elle est confrontée à la perte de l'emploi (I.2). Cette perspective doit être conjurée par la mise en place d'un protocole négocié de « gestion de l'intégration dans l'établissement » (*betriebliches Eingliederungsmanagement*, BEM), instrument phare des politiques de prévention nouvellement introduites dans le Code social (I.3). La coopération entre acteurs internes et externes à l'établissement est un élément essentiel du processus de maintien dans l'emploi. En Allemagne, il s'appuie sur une longue tradition de réadaptation professionnelle portée par une pluralité d'acteurs dans un jeu complexe de répartition des responsabilités. Il s'organise sous le regard des représentants du personnel investis de compétences particulières en la matière (I.4).

I.1. Une nouvelle obligation de réintégration sur fond de vieillissement démographique

Depuis 2004, la loi oblige les entreprises allemandes à veiller à la réintégration des salariés en situation de maladie prolongée. Dès lors que les

salariés cumulent plus de 42 journées (ou six semaines) d'absence maladie dans l'année, l'employeur est tenu de prendre des mesures visant à faciliter le retour dans l'emploi, à prévenir de nouvelles situations de maladie et à sécuriser l'emploi de la personne. La réforme du Livre neuf du Code social (*Sozialgesetzbuch* (SGB) IX), en refondant l'ancienne législation sur le handicap, retient une notion élargie de la prévention et de la protection des salariés malades : au-delà des salariés « handicapés » (voir encadré 1), il s'agit de se préoccuper de tous les salariés qui risquent de voir se détériorer leur état de santé dans la vie au travail. Les employeurs sont censés développer une approche proactive qui assure durablement l'aptitude au travail de leurs personnels. Leur est ainsi confiée une fonction sociale auparavant essentiellement dévolue aux systèmes de protection sociale. La personne malade, d'une part, les représentants du personnel, d'autre part, sont désignés comme les co-acteurs de ce processus.

Cette inflexion des politiques publiques autour du postulat de prévention a pour toile de fond une démographie en déclin et une crise de financement persistante des systèmes de protection sociale. La prolongation de l'espérance de vie combinée à des taux de natalité parmi les plus bas en Europe annonce, à terme, une main-d'œuvre à la fois moins nombreuse et plus âgée. Dès 2020, les classes d'âge de 50 à 64 ans représenteront près de 40 % du réservoir de main-d'œuvre (Niehaus *et al.*, 2008). D'ores et déjà, les entreprises voient se rétrécir le vivier de salariés qualifiés (Bangali *et al.*, 2006). Des réformes successives des systèmes d'assurance maladie, de chômage et de retraites ont visé à desserrer les contraintes financières liées au vieillissement d'une population qui vit plus longtemps et nécessite (de ce fait) plus de soins. Les dispositifs de préretraite utilisés par les entreprises dans le cadre de restructurations ont longtemps bénéficié d'aides publiques en même temps que les acteurs politiques favorisaient eux-mêmes les départs flexibles et précoces à la retraite de certains groupes faiblement intégrés dans le marché du travail, chômeurs et femmes notamment (Veil, 2007). Les réformes cherchent à inverser la dynamique. La réforme des retraites adoptée en 2007 porte à 67 ans (au lieu de 65) l'âge légal de départ à la retraite à l'horizon de 2029 ; le départ anticipé est sanctionné par d'importantes décotes. La pression sur les entreprises est de nature plus incitative : il s'agit de les convaincre de créer les conditions pour que les salariés puissent travailler plus longtemps, dans un état de santé satisfaisant.

Les nouvelles responsabilités patronales en matière de prévention et de facilitation du retour à l'emploi des salariés malades n'engendrent pas de nouvelles charges contributives. Les systèmes de protection sociale (maladie, retraite, chômage) continuent de prendre en charge l'essentiel des coûts : revenus de remplacement, activités de réadaptation et de reconversion, aides techniques, etc. Mais la loi interdit désormais aux employeurs

de « renvoyer » purement et simplement leurs salariés malades vers les systèmes sociaux après s'être acquittés de leur obligation légale de maintenir le salaire pendant six semaines. La logique est à « l'activation » des employeurs : verser les charges sociales « ne suffit plus » (Mehrhoff, 2006).

1.2. Situations et parcours des salarié(e)s malades

La situation des salariés allemands en situation de longue maladie est caractérisée par la dégressivité des revenus, des droits relativement étendus à la réadaptation médicale et professionnelle et une exposition non marginale au risque de licenciement.

Pendant les six premières semaines de la maladie, l'employeur est tenu de verser aux salariés en arrêt maladie l'intégralité de leur salaire (*Lohnfortzahlung*) dès lors qu'ils occupent un emploi soumis à cotisations sociales³. Certaines conventions collectives prévoient des durées de rémunération plus longues. La mise à contribution des employeurs ne suscite guère de débat public (comme il en existe par ailleurs au sujet des charges sociales)⁴ ; ce devoir est perçu comme un apanage légitime de la responsabilité patronale.

Après la sixième semaine, le revenu du malade est assuré par les systèmes de protection sociale. Les caisses d'assurance maladie versent pendant 78 semaines au maximum (18 mois) une indemnité maladie (*Krankengeld*) à leurs assurés, équivalant en général à 70 % du salaire antérieur net⁵, imposable et sujette à cotisations sociales. Après cette période, le malade encore en emploi cesse de toucher un revenu de remplacement. Il aura droit à l'allocation chômage (*Arbeitslosengeld, ALG 1*) si le lien avec l'employeur est rompu. Cette allocation représente 60 % du dernier salaire net pour une personne seule, et 67 % pour des chômeurs avec enfant(s) à charge. La durée de versement a été raccourcie et réajustée à plusieurs reprises ; elle est actuellement de 12 mois pour les moins de 50 ans et augmente ensuite progressivement jusqu'à 24 mois (à partir de 58 ans) (Veil, 2008). S'y substitue ensuite l'allocation chômage II (*Arbeitslosengeld 2, « Hartz IV »*) sous condition de ressources, conçue dans une logique d'aide sociale. C'est l'ultime filet de sécurité pour les personnes en incapacité de travailler n'accédant plus aux autres prestations sociales. Son montant de base est de 364 euros en 2010 pour une personne seule.

3. En Allemagne, de nombreux emplois souvent à temps partiel (*Mini-Jobs*) ne sont pas soumis à charges sociales. Leur nombre a très fortement augmenté depuis la fin des années 1990 (Chagny, 2005 ; Veil, 2005).

4. Une initiative du gouvernement Kohl durant les années 1990 visant à instaurer un taux de remplacement réduit à 80 % pour les indemnités maladie versées par l'employeur a provoqué une mobilisation exceptionnelle des salariés et rencontré le scepticisme du patronat. Elle a dû être abandonnée (Hege, 1997).

5. Les charges sociales au titre des indemnités maladies sont financées depuis 2006 par les seuls salariés au lieu de reposer sur un financement paritaire des employeurs et des salariés.

Encadré 1

Le handicap, une approche allemande

L'Allemagne aménage des transitions fluides entre les notions de maladie et de handicap, proximité que la réforme du SGB IX vient accentuer (voir plus loin dans le texte). Cette proximité influe sur les modes de prise en charge des pathologies indépendamment de leur origine. Les politiques publiques à l'égard des inaptitudes au travail prolongées restent historiquement marquées par les politiques mises en œuvre à l'égard des mutilés de guerre à l'issue de la Première Guerre mondiale. Pour s'acquitter de sa dette à leur égard, la société se devait de leur offrir « sollicitude » (*Fürsorge*) et assistance tout au long de leur vie. La réinsertion dans l'emploi des grands blessés de guerre et ensuite des grands handicapés plus généralement a longtemps constitué une obligation pour les employeurs. Pour défendre leurs intérêts de salariés, les personnes affectées par des handicaps lourds disposaient (et disposent toujours) dans l'entreprise d'une représentation spécifique. Des administrations dédiées veillent à leur intégration et à leur maintien dans l'emploi. La législation allemande est la seule en Europe à reconnaître deux niveaux de handicap ; elle distingue porteurs d'incapacités comparativement légères (*Behinderte*) et personnes sévèrement handicapées (*Schwerbehinderte*) (Paridon, 2009). Le statut de grand handicapé (*Schwerbehinderte/r*) présuppose un degré d'incapacité de 50 % ou plus, administrativement validé. On peut être reconnu « grand handicapé » pour une durée déterminée : c'est le cas des malades du cancer par exemple ou des personnes frappées par un infarctus du myocarde. Le statut de grand handicapé peut être accordé aux personnes ayant un degré d'invalidité de 30 % (*Gleichgestellte*) mais auxquelles le marché du travail local n'offre pas d'emploi compatible avec la nature du handicap.

Le statut de grand handicapé renforce la protection contre le licenciement, soumis à une autorisation administrative. Les grands handicapés bénéficient de journées de congé supplémentaires. Ils peuvent refuser des heures supplémentaires et ont droit au temps partiel ainsi qu'à l'aménagement de leurs postes de travail. Notre enquête confirme que les salariés tendent à être peu réticents à demander la reconnaissance du statut de grand handicapé.

On recense en Allemagne en 2009, 7,1 millions de grands handicapés officiellement enregistrés, soit 8,7 % de la population. Les incapacités sont rarement d'origine congénitale (4 %) ou causées par des accidents ou des maladies professionnelles (2 %). La plupart du temps, elles se sont développées au cours de la vie active, sans être nécessairement liées à l'activité professionnelle. 82 % des handicaps sévères sont causés par la maladie ; les maladies musculo-squelettiques et les troubles psychiques sont fortement représentés. En 2009, les entreprises allemandes ont employé 4,3 % de grands handicapés parmi leurs effectifs (pour un quota prescrit de 5 %, dépassé dans le secteur public). Quelque 850 000 grands handicapés occupent un emploi. Le taux de chômage des grands handicapés était de 14,6 % en 2009, contre 8,2 % pour l'ensemble de la population active (BIH, 2010).

Les pensions d'invalidité (*Erwerbsminderungsrenten*) sont assez parcimonieusement accordées et les conditions d'accès ont été durcies avec la réforme du marché du travail. Elles sont versées sans condition d'âge aux personnes justifiant une carrière contributive de cinq ans au minimum ⁶. Elles sont accordées après expertise médicale des caisses de retraite pour une durée déterminée de trois ans renouvelables. Selon la capacité de travail restante, elles sanctionnent, le plus souvent, une incapacité totale (pour une aptitude de travail inférieure à trois heures par jour), et plus rarement partielle, quand la capacité de travailler n'excède pas six heures. La réforme de 2001 a mis fin à la « protection de professionnalité » (*Berufsschutz*) pour les générations nées après 1960. L'incapacité à poursuivre le métier exercé cesse de justifier une pension d'invalidité qui présuppose que l'incapacité s'étende à toute activité – éventuellement moins qualifiée et à salaire moindre – disponible sur le marché du travail. Depuis le milieu des années 1990, le nombre de pensions d'invalidité est en recul (Brussig, 2010). Le montant moyen d'une pension d'invalidité se situait autour de 600 euros en 2008 (Hagen *et al.*, 2010).

Prévenir la sortie des personnes en inaptitude de travail prolongée vers la retraite d'invalidité est l'une des missions des différentes branches de la sécurité sociale, maladie, retraite, chômage. Selon le principe « la réadaptation plutôt que la retraite » (« *Reha vor Rente* »), elles interviennent par un large éventail de mesures pour rétablir ou améliorer l'état de santé et l'employabilité des assurés (*Rehabilitation*). Dans un parcours type, la réadaptation ou rééducation médicale (*medizinische Rehabilitation*) précède la réadaptation professionnelle (*berufliche Rehabilitation*), centrée sur des mesures d'insertion et de reconversion professionnelles. Pour les assurés, la *Rehabilitation* est un droit, pris en charge par l'assurance retraite pour les salariés et par l'Agence pour l'emploi (BA) pour les chômeurs. Les caisses de maladie s'occupent, elles, de la réadaptation médicale des retraités. La répartition des responsabilités entre les acteurs de la réadaptation est d'une grande complexité ⁷.

Des durées minimales de cotisation sont requises pour accéder aux prestations relativement généreuses de l'assurance retraite : une carrière contributive de six mois au minimum au cours des deux années précédentes est exigée pour la rééducation médicale ; elle est de quinze ans pour accéder aux mesures de réadaptation professionnelle qui peuvent être longues et coûteuses (formations professionnelles de haut niveau). Des durées

6. Une carrière contributive fictive est attribuée au salarié avec une capacité de travail réduite, calée sur un âge de départ à 60 ans. Une décote de 10,8 % au maximum est appliquée à un départ en retraite d'incapacité avant 63 ans (porté à 65 ans quand la réforme des retraites deviendra effective).

7. « The German rehabilitation system has been notorious for its fragmentation, complexity, bureaucracy and selectivity since it started at the beginning of the 20th century », note le rapport allemand d'une enquête consacrée à la situation de l'emploi des handicapés dans les pays européens (Waldschmidt *et al.*:2).

de cotisation moindres renvoient l'assuré vers les prestations plus modestes de l'Agence pour l'emploi.

Pour les personnes reconnues grands handicapés (*Schwerbehinderte*, voir encadré 1) la compétence en matière de *Rehabilitation* est confiée aux offices d'intégration (*Integrationsamt*). Financées à partir des contributions des entreprises de 20 salariés et plus ne satisfaisant pas au quota prescrit de 5 % de grands handicapés dans leurs effectifs, ces structures accordent des aides financières et matérielles aux entreprises (réaménagement du poste de travail, subvention aux coûts salariaux et de formation professionnelle, personnel d'accompagnement...) et mettent à la disposition des salariés et des employeurs un réseau de conseillers spécialisés.

Les caisses d'assurance maladie sont en mesure d'exercer une pression certaine pour que leurs assurés sortent du statut de bénéficiaires passifs d'indemnités et s'insèrent dans les circuits de la *Rehabilitation*. A leur demande, les services médicaux de l'assurance retraite sont tenus d'examiner, puis de statuer sur la pertinence de mesures de réadaptation, ou encore d'évaluer la possibilité d'une sortie *via* l'attribution d'une pension d'invalidité.

La législation allemande impose un certain nombre de restrictions aux licenciements de salariés inaptes au travail, qui restent toutefois licites en dernier recours (principe de *ultima ratio*)⁸. Devant le tribunal de travail, l'employeur doit pouvoir justifier la prise en compte de quatre critères : l'évolution prévisible de la maladie ; le tort subi par l'entreprise du fait de l'incapacité de travail du salarié ; les possibilités concrètes de maintien dans l'emploi dans l'entreprise ; la situation sociale de la personne malade (âge, situation familiale, obligations alimentaires, etc.). Le licenciement d'une personne grand handicapé présuppose l'autorisation de l'office d'intégration. Selon des estimations syndicales, un licenciement sur trois est dû à la maladie (IG Metall, 2005).

Des protections moins généreuses, non sans risques pathogènes

Les experts de la réadaptation rencontrés au cours de l'enquête (voir *infra*, partie 2) constatent, à l'instar d'autres observateurs (Rauch *et al.*, 2008), que les parcours des salariés en longue maladie ont sensiblement changé au cours de la dernière décennie. Le changement de paradigme introduit de façon quelque peu abrupte sinon brutale au tournant du XXI^e siècle avec les réformes du marché du travail – qui ont substitué à une logique de protection et de compensation celle de l'activation (parfois synonyme d'exclusion) – a provoqué une rupture dans les pratiques et perceptions de tous les acteurs impliqués. Une trajectoire « avant » et « après » est souvent distinguée.

8. En Allemagne, la protection légale contre le licenciement s'applique aux établissements employant plus de dix salariés (en équivalent pleins temps). Les salariés doivent justifier une ancienneté de six mois dans l'entreprise.

« Avant », les assurés en situation d'incapacité et de maladie arrivaient souvent à épuiser leurs droits. Cela garantissait aux salarié(e)s concerné(e)s des périodes de protection comparativement longues, bien qu'avec des revenus qui allaient diminuant. Les revenus de remplacement dégressifs toutefois restaient adossés au parcours professionnel antérieur. C'était le cas y compris de l'indemnité de chômage de longue durée (l'ancienne « aide aux chômeurs », *Arbeitslosenhilfe*) versée pour une durée indéterminée. Elle garantissait 53 % du salaire net antérieur (57 % pour les chômeurs avec famille). L'allocation « Hartz IV » coupe le lien avec cette logique professionnelle ; une fusion est opérée entre indemnisation du chômage de longue durée et aide sociale (Veil, 2008). Pour les allocataires, elle peut signifier un déclassement social en même temps que matériel.

La réadaptation offrait également aux salariés satisfaisant aux conditions d'assurance des périodes de protection relativement longues. « Des années pouvaient s'écouler entre le début de la maladie et la réinsertion dans l'emploi », observent les responsables d'une structure de réadaptation professionnelle. « La personne inapte touchait ses 18 mois d'indemnité maladie avant que l'assurance retraite n'établisse une expertise d'aptitude professionnelle, ce qui prenait du temps. Pouvaient alors s'ensuivre deux années de formation jusqu'à l'obtention du certificat professionnel. Dans ce schéma, le retour dans l'emploi n'intervenait pas avant cinq ans. On n'imagine plus cela aujourd'hui. » Les prestations sociales liées à la longue maladie sont désormais accordées de façon plus restrictive. Avec la réorganisation des agences pour l'emploi et l'apparition de nouveaux acteurs chargés du suivi des chômeurs de longue durée, les mesures de réadaptation professionnelle proposées aux demandeurs d'emploi ont sensiblement diminué. Un réseau de conseillers auparavant efficace a été déstructuré, de sorte que les droits à la rééducation et à la réadaptation des bénéficiaires de « Hartz IV » ne sont souvent plus identifiés. Pour ne pas avoir à verser l'intégralité des indemnités, les caisses d'assurance maladie se préoccupent activement du pronostic des malades. « C'est rare qu'on aille au bout des 78 semaines », confient les experts des caisses ⁹. Devant des pathologies vraisemblablement durables (troubles musculo-squelettiques, problèmes psychiques), la caisse enjoindra rapidement l'assuré de déposer une demande de réadaptation auprès de l'assurance retraite ou chômage, ou de solliciter une pension d'invalidité (voir *supra*).

L'assurance retraite de son côté applique des critères plus restrictifs pour l'octroi des pensions d'invalidité. Ses conseillers observent la fragilisation de la situation des salariés à l'état de santé précaire. « Prenez l'exemple du travailleur peu qualifié du bâtiment, au début de la cinquantaine,

9. L'approche semble plus généreuse pour des maladies comme le cancer, pour lesquelles une convalescence longue est perçue comme favorable et nécessaire à la guérison.

éventuellement issu de l'immigration, demandeur d'une pension d'invalidité. Au Tribunal social, il s'entendra dire qu'il est apte au travail : il peut exécuter des travaux faciles jusqu'à six heures par jour. De quels travaux il s'agit, le juge n'est pas obligé de dire. La personne répondra qu'elle n'en trouvera pas. Elle a certainement raison, mais c'est le problème du marché du travail, ce n'est pas le problème de l'assurance retraite. » Les perspectives de réinsertion sont assombries par les politiques d'allègement des effectifs des entreprises qui calculent au plus juste leur volume de main-d'œuvre. L'intensification du travail dans un contexte de flexibilité productive et de flux tendus exigeant une réactivité accrue des salariés s'allie mal avec une baisse des performances, en même temps que les anciens postes refuge (courrier, centrales téléphoniques, etc.) ont largement disparu.

L'évolution de leur maladie et leur pronostic de santé à plus long terme ne sont donc pas les seules questions que doivent affronter les personnes gravement ou durablement malades. Moins le statut professionnel et la qualification des salariés sont élevés, plus les craintes et incertitudes quant à la sécurité de l'emploi et des revenus s'imposent dès le début de la maladie (Hagen *et al.*, 2008). Les analyses convergent pour souligner le potentiel pathogène de cette combinaison. D'une part, l'insécurité de l'emploi augmente le risque de maladie. Les rapports sur la santé de la population signalent la propension des salariés à sous-déclarer des états pathologiques et à renoncer à des arrêts de travail en principe nécessaires (Robert Koch-Institut, 2010), « présentisme » qui est susceptible de préfigurer « des durées d'inaptitude prolongées et, partant, l'augmentation globale des dépenses de santé », comme le note la fédération des caisses maladie d'entreprise (BKK, 2009:14). La forte progression des maladies psychiques est souvent associée à la pression et au stress liés à l'insécurité de l'emploi et à des exigences de rendement ressenties comme de plus en plus impitoyables (Ahlers, Brussig, 2004 ; Kieselbach, 2009 ; Ahlers, 2010). D'autre part, la perte de l'emploi conduit souvent à la détérioration de l'état de santé. Le chômage génère ses propres effets pathogènes, fréquemment soulignés. « L'état de santé des chômeurs est significativement plus mauvais que celui des salariés en activité », diagnostiquent les expertises du service médical de l'Agence pour l'emploi (Hollederer, 2003:2). En même temps, « les chances de réinsertion [des chômeurs avec des restrictions de santé] sont inférieures à celles des autres demandeurs d'emploi » (*ibid.*:5). La fermeture des possibilités de départ à une retraite anticipée (à taux plein ou presque) augmente le risque de chômage (prolongé) en fin de carrière. Le nombre de personnes vieillissantes à aptitudes réduites est appelé à augmenter, dont les incapacités sont « insuffisantes pour justifier une pension d'invalidité et trop lourdes pour permettre une intégration professionnelle » (Brussig, 2010:15). Les experts anticipent une

problématique croissante de « lacunes de sécurisation sociale » (*ibid.* :13) et de pauvreté (Reimann, 2008).

1.3. La prévention dans l'entreprise : l'invention du BEM

La législation sur le handicap, refondée à partir de 2001 ¹⁰, reste empreinte d'une forte logique protectrice. Si elle s'inscrit, elle aussi, dans le paradigme de l'activation sous le slogan « *Fördern und fordern* » (« aider et exiger ») mis en avant par les réformes sociales adoptées sous le chancelier Schröder, le postulat d'activation s'adresse ici tout d'abord à l'employeur. Il doit créer pour la personne malade, handicapée ou susceptible de le devenir un environnement qui permet à cette dernière de reconstruire et de faire valoir ses compétences et d'occuper toute sa place dans la vie professionnelle et sociale. La réforme se trouve au croisement d'une approche sociale ancienne à l'égard du handicap qui impose à l'entreprise allemande des devoirs particuliers, et du postulat plus récent d'égalité des droits et de non-discrimination des personnes handicapées, inspiré de préconisations internationales et d'expériences étrangères (nord-américaines). La notion d'intégration promue par la législation sur le handicap (SGB IX) ne coïncide donc pas entièrement avec celle énoncée, dans le cadre du même Code social, dans la loi sur la sécurisation des revenus des demandeurs d'emploi (SGB II), elle aussi concernée par la réinsertion des personnes à capacité de travail réduite. Cette dernière « vise l'efficacité et le placement accéléré. Cela la distingue du SGB IX qui met l'accent sur l'intégration dans le respect de la souffrance (*leidensgerecht*) et, surtout, durable » (Rauch *et al.*, 2008:5).

En mettant au centre de sa nouvelle législation sur le handicap la notion de « participation » (*Teilhabe*), l'Allemagne reprend à son compte le changement du paradigme du handicap promu notamment par l'OMS. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) vise à dépasser une perception dichotomique de l'état de santé et de maladie en faveur d'une approche « holiste-intégratrice » (Paridon, 2009:17). Dans cette logique, le handicap et les inaptitudes qui en découlent ne sont plus perçus sous l'angle du déficit fonctionnel permanent ou temporaire ou de la fatalité, mais des entraves qu'ils opposent à la participation à la vie dans la société. L'approche fait appel à une prise en charge interactionniste des situations de handicap : plutôt que de s'inscrire dans une logique de soins et d'assistance à destination de bénéficiaires essentiellement passifs, les politiques mises en œuvre doivent associer au processus de réintégration dans la vie collective l'ensemble des acteurs, du champ médical à celui du travail en passant par la personne malade elle-même. En phase avec cette vision, le

10. Une législation jusque-là dispersée a été agrégée dans une loi unique au sein du Code social : « Réadaptation et participation des personnes handicapées » (SGB IX).

Code social allemand définit comme handicapées « les personnes dont les fonctions physiques, les capacités mentales ou la santé psychique s'écartent selon toute probabilité pendant plus de six mois de l'état typique pour une personne du même âge, et dont la participation à la vie dans la société est par conséquent entravée » (article 2 du SGB IX).

Si la focalisation sur les responsabilités accrues des entreprises s'inscrit dans la logique de pratiques mises en œuvre ailleurs (« *disability management* »), elle se dote en Allemagne d'un instrument original avec le « BEM » (*Betriebliches Eingliederungsmanagement*), dispositif de gestion concertée de maintien dans l'emploi, introduit en 2004 dans le Livre neuf du Code social (article 84.2). Sous le titre « prévention » sont énoncées de nouvelles obligations patronales : « Dès lors que des salariés se trouvent en situation d'incapacité du travail pendant une période excédant six semaines dans l'année, continues ou non, l'employeur, avec la représentation du personnel [...] et, pour les personnes gravement handicapées, avec la représentation des grands handicapés, avec l'accord et la participation des personnes concernées, identifiera les possibilités de surmonter autant que possible l'incapacité de travail, ainsi que les prestations et aides susceptibles de prévenir une nouvelle incapacité de travail et de préserver le poste de travail ». La médecine du travail peut être associée au processus « si nécessaire », et les structures de la *Rehabilitation* peuvent être sollicitées ¹¹. Aux représentants du personnel revient un droit de contrôle et d'initiation si l'employeur n'intervient pas de son propre chef : « Ils veillent à ce que l'employeur remplisse les obligations découlant de cette prescription » (*ibid.*). L'obligation légale concerne les entreprises de toutes tailles du secteur public et privé.

La procédure du BEM vise à intervenir bien en amont d'une éventuelle rupture du contrat de travail qu'il s'agit ainsi de prévenir. Elle entend agir sur la reconstitution de l'aptitude au travail et empêcher la récurrence et la chronicisation d'épisodes pathologiques de l'ensemble des salariés, handicapés ou non ¹². Une procédure de coopération et de concertation entre différents acteurs est instaurée qui s'inscrit, au niveau de l'établissement, dans des règles collectives dans le but de trouver des solutions à des problématiques individuelles. Dans cette perspective sont élaborées les modalités d'information, d'accompagnement, de réinsertion et de bilan. La loi établit une hiérarchie entre les acteurs associés aux processus de réinsertion, « nécessaires » pour les uns, « optionnels » pour les autres (Kohte, 2010). Le premier groupe comprend, à côté des salariés concernés, l'employeur

11. La loi autorise les acteurs de la réadaptation à récompenser par des bonus ou des primes la mise en place de procédures BEM dans les établissements.

12. Le champ d'application de l'article 84.2 consacré au BEM a donné lieu à débats au moment de son adoption en 2004. L'article fait mention de « salariés » (*Beschäftigte*) alors que la loi dans son ensemble porte sur la situation des personnes handicapées, gravement handicapées et menacées de handicap. La jurisprudence a depuis confirmé l'acception large du terme, de sorte que le droit à des mesures de maintien dans l'emploi en cas de maladie prolongée concerne l'ensemble des effectifs de l'établissement (Paridon, 2009).

et la représentation collective. Le médecin du travail et les acteurs de la *Rehabilitation* se rangent dans la deuxième catégorie dont la participation est commandée, ou non, par les caractéristiques des cas individuels en présence (encadré 2).

L'introduction du BEM n'avait pas recueilli l'adhésion unanime des interlocuteurs sociaux. Les associations patronales avaient mis en garde contre un processus bureaucratique, lourd de contraintes et de rigidités. A l'intérieur des syndicats, la crainte s'était exprimée de voir s'accroître la pression patronale sur la personne malade et ses performances. Les salariés eux-mêmes pouvaient redouter un nouveau dispositif sophistiqué servant d'antichambre à la perte de l'emploi ou à la mise à la retraite (Niehaus *et al.*, 2008). Un changement d'approche n'en était pas moins perceptible. La fidélisation de salariés expérimentés et « méritants » est une préoccupation croissante des employeurs, alors que les syndicats font l'analyse qu'il faut réagir plus en amont aux risques de maladie et de mal-être dans le travail, et prévenir la mise à l'écart des salariés les plus vulnérables.

1.4. La gestion concertée du maintien d'emploi dans la prolongation des pratiques de réadaptation et de codétermination

L'établissement allemand volontaire pour mettre en place la procédure du BEM ne se trouve pas sur un terrain où tout resterait à défricher. Ni la problématique de la réinsertion professionnelle ni celle de la mise en réseau des acteurs ne lui sont inconnues. La gestion concertée de maintien dans l'emploi sous le signe du BEM impose d'inventer de nouveaux modes d'interaction. Elle pousse plus loin le décloisonnement entre les sphères de la maladie et du travail. Mais les acteurs appelés à mettre en pratique ce changement de paradigme sont clairement identifiés et s'identifient eux-mêmes parfaitement. Ils s'inscrivent dans une cohérence sociale encore à l'œuvre ¹³ qui installe l'établissement dans un rôle structurant dans l'organisation sociale et reconnaît à ses acteurs une forte légitimité. « L'espace du travail concret » (Maurice, Sellier et Silvestre, 1979:361) dans lequel sont produites les richesses et reproduites les qualifications a généré des systèmes de représentation puissants du côté patronal comme du côté des salariés. Cela autorise ses acteurs à organiser des réseaux de relations efficaces en interne comme avec d'autres niveaux (échelons centraux de l'entreprise, institutions externes) sur une base à la fois d'autonomie et de complémentarité.

Les institutions de la *Rehabilitation* s'inscrivent dans ce contexte sociétal. L'expérience au long cours des caisses professionnelles (*Berufsgenossenschaften*) s'offre comme une matrice pour la mise en place des politiques de

13. La logique professionnelle et de valorisation (protection) des qualifications acquises continue de sous-tendre la législation sur le handicap (SBG IX) ; elle apparaît déstructurée dans la réforme concomitante de la gestion du chômage (SBG II).

Encadré 2

Les acteurs du BEM

Deux types d'acteurs sont associés à la mise en œuvre du dispositif de maintien dans l'emploi.

1. Le triptyque employeur, salarié, représentants

L'employeur. La loi l'oblige à mettre en place une procédure de gestion de maintien dans l'emploi (BEM) et à la proposer à tous les salariés ayant cumulé six semaines d'arrêt maladie au cours des douze mois précédents. Le non-respect de l'obligation légale n'entraîne pas de sanction, mais l'absence de mise en place de la procédure peut être retenue contre l'employeur lors d'un litige consécutif à un licenciement pour cause de maladie.

Le/la salarié/e est libre d'accepter ou de décliner la participation au BEM et peut revenir à tout moment sur un accord initial. Dans la philosophie du dispositif, la personne malade est l'acteur central du processus, « expert de sa propre cause » (Paridon, 2009:50). Conformément aux définitions internationales ¹, on estime que la réussite du BEM est intimement liée à la motivation de la personne concernée à agir sur sa propre santé et sur les facteurs qui la déterminent.

Les représentants du personnel (*Betriebsrat* dans le secteur privé, *Personalarat* dans le public, représentation des grands handicapés, *Schwerbehindertenvertretung*, pour ce groupe particulier) sont obligatoirement associés à la mise en place de la procédure dès lors qu'ils sont présents dans l'établissement. Leur légitimité en la matière découle de « leur connaissance de l'entreprise et [de] leur capacité à identifier l'éventail des aménagements possibles et à les mettre en pratique » (Kohte, 2010:375). Le conseil d'établissement peut faire valoir ses droits de codétermination pour inscrire la procédure de maintien dans l'emploi dans un accord d'établissement (*Betriebsvereinbarung*). Instrument parallèle mais juridiquement non exigible, « l'accord d'intégration » (*Integrationsvereinbarung*) nouvellement créé par la réforme du Code social est dédié au maintien dans l'emploi de personnes gravement handicapées. Fondé sur le triptyque « intégration, réadaptation, prévention », il est négocié avec l'employeur conjointement par le conseil d'établissement et la représentation des grands handicapés.

2. Les acteurs secondaires

La médecine du travail, interne ou externe à l'établissement, ne dispose pas en Allemagne de pouvoirs décisionnels ; elle exerce une fonction de conseil auprès des acteurs de l'entreprise. Elle peut ou non être associée à la procédure BEM.

Les acteurs de la réadaptation (assurances maladie, retraite, accidents, chômage, offices d'intégration) sont obligatoirement associés, *via* leurs experts, dès lors que des aides externes s'avèrent nécessaires pour mener à

■ ■ ■

■ ■ ■

bien le processus de maintien dans l'emploi. Avec la réforme du Code social, des services communs aux acteurs de la réadaptation ont été mis en place (*Servicestellen*) pour pallier les inconvénients d'un système d'assurances sociales fragmenté et d'une grande opacité pour les usagers. Ces structures sont censées développer, au niveau local, des activités de conseil et d'assistance à destination des individus et des entreprises. D'autres acteurs peuvent être mobilisés, telles les agences de promotion professionnelle (*Berufsförderungswerke*) compétentes en matière de reconversion professionnelle.

1. Charte d'Ottawa de l'OMS, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

maintien dans l'emploi. L'assurance accidents est née à la fin du XIX^e siècle comme deuxième branche de la Sécurité sociale après l'assurance maladie. Financées par les contributions des employeurs dont l'adhésion est obligatoire¹⁴, structurées par branches professionnelles, ses caisses offrent un système intégré de prévention, de soins, de réadaptation médicale et professionnelle. A l'égard des salariés victimes de maladies ou d'accidents professionnels, elles prennent en charge l'ensemble des prestations autrement réparties sur les différents systèmes de protection sociale : indemnités maladie, mesures de réadaptation, aides à la réinsertion, retraite, réversion, dépendance. Les entreprises bénéficient d'actions de prévention, de conseil, de sécurisation des installations, de dépistage des risques¹⁵. Les caisses qui disposent d'un savoir-faire hautement reconnu en matière de recherche, d'infrastructures de soins et de pratiques médicales concernant les pathologies et accidents les plus lourds ont aussi une longue expérience de réinsertion professionnelle. Leurs conseillers-experts (*Berufshelfer*), interlocuteurs bien identifiés y compris dans les petites entreprises (Ahlers, 2010), ont pour mission d'entrer rapidement en contact avec les salariés victimes d'un accident ou d'une maladie professionnelle pour évaluer les possibilités autant que la motivation au retour dans l'emploi. « L'accompagnement psychologique, la réintégration progressive, le réaménagement d'un poste de travail, la reconversion professionnelle : c'est de la routine pour les caisses professionnelles. Elles le font depuis des décennies, et ne serait-ce que pour éviter d'avoir à payer des retraites, la vie durant. Un couvreur tombé du toit ? On n'hésite pas : risque d'acrophobie. Des mesures sont prises immédiatement. Si on attend six semaines, c'est trop tard, le mal est devenu

14. L'assurance accidents est la seule branche de la sécurité sociale allemande à être financée par des contributions patronales exclusivement (Paridon, 2009). En 2007, les caisses professionnelles du secteur privé et les caisses de la fonction publique ont fusionné dans une structure unique, la DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung).

15. La loi sur l'assurance accidents prescrit le recours à « tous les moyens appropriés » tant pour prévenir les accidents et maladies professionnels et les autres risques de santé liés au travail, que pour rétablir l'aptitude au travail des assurés quand des sinistres sont intervenus (SGB VII, article 1). Cela inscrit ce régime social dans un cadre de prestations plus généreux que les autres systèmes de sécurité sociale. L'efficacité des moyens mis en œuvre est explicitement priorisée devant le calcul coût-bénéfices (Paridon, 2009).

chronique », explique un expert de la fédération des caisses professionnelles. Pour améliorer les chances de guérison, les membres de la famille et les collègues de travail sont sollicités (Paridon, 2009). L'assurance accidents revendique un rôle de précurseur quand il s'agit de « jeter des ponts » entre le système de la santé et celui du travail dont l'étanchéité est dommageable, aux yeux des experts, à la reconstruction de la capacité de travail des malades de longue durée ¹⁶.

Le « *case management* » a aussi une longue tradition dans l'établissement : l'accompagnement individuel de personnes handicapées et l'aide à leur maintien dans l'emploi est l'une des missions de la représentation des grands handicapés (*Schwerbehindertenvertretung*, SBV). Son institution remonte au lendemain de la Première Guerre mondiale, quand il s'agissait de satisfaire à la responsabilité sociale de réintégration des « gueules cassées » dans les entreprises. Ce groupe élitait alors en son sein son propre représentant. Depuis, la SBV a été arrimée plus étroitement au conseil d'établissement, instance de représentation de l'ensemble des salariés. Comme lui, elle est élue tous les quatre ans ¹⁷ et comme pour le *Betriebsrat*, il s'agit dans la majorité des cas d'une instance syndicale. Elle se compose d'un(e) représentant(e) titulaire unique et d'un nombre variable de suppléants selon la taille de l'établissement. La SBV contrôle l'application de la législation, informe et conseille les grands handicapés en faveur desquels un accord d'intégration peut être signé, et sollicite auprès des caisses sociales des équipements et aides techniques nécessaires à l'emploi des personnes en situation de handicap. Elle coopère avec le *Betriebsrat* dont elle est formellement indépendante et peut participer à ses réunions et commissions (Huber, Ochs, 2004).

L'expertise de haut niveau des représentants de grands handicapés et leur maîtrise des circuits complexes de la *Rehabilitation* sont largement reconnues par les acteurs de la réadaptation. Elles prédestinent la SBV à jouer un rôle moteur dans les dispositifs de maintien dans l'emploi (BEM). Son rôle est en revanche plutôt minimisé dans la littérature syndicale et des relations professionnelles. En s'interrogeant sur l'impact de la représentation collective sur l'emploi des grands handicapés dans l'entreprise, l'une des (rares) études consacrées à ce thème fait référence au seul *Betriebsrat* (Frick, 1994). L'action de la SBV est la grande absente d'une enquête menée à intervalles réguliers auprès des *Betriebsräte*, dans laquelle les problèmes de santé sur les lieux de travail sont abordés (Ahlers, Brussig, 2004 ; Brussig,

16. La formation et la certification des professionnels du *disability management*, fonction nouvellement créée et fondée sur des *curricula* internationaux, sont assurées en Allemagne par l'assurance accidents qui signale (en 2006) un nombre d'experts certifiés supérieurs aux autres pays (Mehrhoff, 2006).

17. Dès lors que l'établissement emploie au moins cinq grands handicapés de façon permanente. Les électeurs sont les grands handicapés et les personnes qui leur sont assimilées (voir encadré 1).

Ahlers, 2007 ; Ahlers, 2010). De nombreuses enquêtes réalisées auprès des élus de conseils d'établissement allemands (Dufour, Hege, 2002) n'ont pas permis aux auteurs de cet article d'identifier cette figure représentative ; elle s'est révélée à nous dans l'enquête présente seulement. Celle-ci a montré que, sous une intervention représentative spécialisée et en apparence technique, la représentation des grands handicapés est susceptible de jouer un rôle stratégique du point de vue de la représentation collective, en cristallisant les problématiques croisées de la santé et des conditions de travail, de la prévention de l'exclusion et de l'intégration de groupes « à stigmates » dans des collectifs de travail se concevant eux-mêmes comme valides et bien portants.

II. Les choix des acteurs d'entreprise et le pouvoir d'ingérence de la représentation collective

Les politiques des entreprises à l'égard des salariés en longue maladie évoluent dans un champ de tensions traversé par des dynamiques d'exclusion autant que d'intégration. Comment les acteurs se saisissent-ils de la problématique dans leurs pratiques quotidiennes ? Pour disposer d'éléments d'analyse sur les approches mises en œuvre, des entretiens ont été réalisés dans sept établissements allemands de grande taille dont les caractéristiques sont présentées ci-après. Les politiques de gestion du retour dans l'emploi sont rodées et professionnalisées dans ces sites pour la plupart exposés à de fortes contraintes économiques et gestionnaires (II.1). A l'intérieur d'un cadre réglementaire commun, respecté par les acteurs, des divergences d'approches se manifestent. Elles renvoient à la diversité des politiques managériales, mais relèvent aussi de choix contrastés des équipes de représentants des salariés. Volontaires ou contraintes, les représentations des grands handicapés n'affichent pas les mêmes ambitions et n'influent pas pareillement sur les politiques poursuivies (II.2). La place originale de la représentation des grands handicapés (SBV) dans le dispositif représentatif (dominé par les *Betriebsräte*) n'est pas sans soulever un dilemme syndical : quelle légitimité revient à la représentation « spécifique », s'exerçant au bénéfice d'une minorité, dans un projet représentatif qui prétend agir au nom de l'intérêt commun (II.3) ?

II.1. Des établissements experts, sous contraintes

L'enquête de terrain se fonde sur un petit panel de grands établissements de l'industrie et des services. Ces sites anciens, disséminés dans les *Länder* ouest-allemands, sont susceptibles d'avoir accumulé une expérience plus vaste en matière de gestion des absences maladie et d'adaptation des postes que ce n'est le cas pour les petites et moyennes entreprises. En aucun cas l'échantillon ne peut être considéré comme représentatif. Sa taille

très restreinte l'interdit autant que les modalités d'accès aux entreprises. Les intermédiaires sollicités – acteurs de la réadaptation, experts, syndicats et représentants patronaux – nous ont orientés d'emblée vers les acteurs identifiés pour l'ampleur des initiatives et/ou la qualité des engagements. Il s'agissait souvent d'établissements phares, employeurs convoités dans leur localité ou région. Les standards sociaux étaient comparativement élevés. Les pratiques de dialogue social étaient solidement installées. Le taux de syndicalisation pouvait être supérieur à la moyenne de la branche. Une représentation des grands handicapés était constituée dans tous les établissements à côté du conseil d'établissement. Les taux prescrits de handicapés en emploi étaient atteints voire (sensiblement) dépassés, *via* la reconnaissance du statut en cours de carrière plus souvent que par la voie du recrutement externe. Au moment de l'enquête conduite entre l'automne 2007 et le printemps 2008, le « BEM » était pratiqué dans six établissements et la négociation du protocole préalable à sa mise en place très avancée dans le septième¹⁸.

Un premier contact avec les établissements sélectionnés a été établi avec la personne signalée comme étant le moteur des politiques de réinsertion. Il s'agissait le plus souvent de la représentation des grands handicapés ; le service de médecine du travail pilotait les politiques de santé dans l'établissement Energie. Les SBV ont été entendus dans l'ensemble des entreprises visitées dont les représentants de la direction (DRH), systématiquement sollicités, n'étaient pas toujours disponibles pour un entretien. Ils étaient toujours tenus au courant de nos contacts avec les représentants du personnel. Souvent les SBV nous ont aménagé des contacts avec d'autres acteurs, externes à l'entreprise (tableau 1). Les personnes de confiance de grands handicapés rencontrées, syndiquées auprès de Ver.di ou d'IG Metall, étaient généralement anciennes dans cette fonction qu'elles exerçaient à titre de permanents. Au mandat local s'ajoutait parfois une responsabilité au niveau de l'entreprise ou du groupe. Tous les représentants de grands handicapés étaient actifs dans les commissions dédiées, régionales ou nationales, de leurs organisations. Les entretiens, individuels ou collectifs, étaient de type semi-directif.

De fortes contraintes de maîtrise des coûts, notamment salariaux, s'exerçaient sur l'ensemble des entreprises. La pression à l'allègement des effectifs était un peu moins sensible, au moment de l'enquête, dans les deux établissements à participation publique. Des négociations de « pactes pour l'emploi » avaient été menées partout ailleurs. Confrontés à la menace de plans sociaux, de fermetures ou de délocalisations des établissements, les *Betriebsräte* avaient accepté des restrictions en matière de salaires et de

18. Une attitude passive et attentiste semble prévaloir dans de nombreuses entreprises, même grandes et dans lesquelles un problème de pénurie de main-d'œuvre, qualifiée notamment, est identifié (Bangali *et al.*, 2006 ; IG Metall, 2005).

Tableau 1. Les établissements visités et leurs caractéristiques

Entreprise	Statut, caractéristiques	Effectifs	Dont grands handicapés	Niveaux de qualification	Interlocuteurs
Automobile	Producteur	5 000	400	Ouvriers de production	DRH, médecine du travail, <i>Disability manager</i> , SBV
Energie	Structure régionale à participation publique	3 000	150	Techniciens, commerciaux, ingénieurs	Médecine du travail, SBV, BR, DRH, caisse maladie
Grand magasin	Distribution	500	50	Métiers de vente	SBV
Logistique	Entreprise privatisée	2 000	150	Métiers physiques faiblement qualifiés	SBV
Métallurgie_1	Production de composants	12 000	600	Ouvriers production, techniciens, ingénieurs	SBV, BR
Métallurgie_2	Production de composants ; filiale de la même entreprise que Métallurgie_1	7 000	500	Ouvriers de production	SBV, assurance retraite, service externe médecine du travail
Multimédia	Entreprise de droit public	1 500	100	Métiers de la communication, artistiques, artisanaux, commerciaux	SBV, PR, DRH, conseillère sociale, médecine du travail

SBV : Schwerbehindertenvertretung, représentation des grands handicapés.

BR : Betriebsrat, conseil d'établissement (secteur privé).

PR : Personalrat, conseil du personnel dans le secteur public.

conditions de travail en échange d'une garantie de sécurisation des sites et de non-recours aux licenciements économiques. Des dispositifs de pré-retraite (désormais en voie de tarissement) ont été mobilisés. Directions et représentants s'étaient ainsi inscrits dans une dynamique plus générale : la négociation de pactes pour l'emploi s'est banalisée en Allemagne depuis la fin des années 1990 (Dufour, Hege, 2010b). Confrontés à une concurrence internationale agressive, représentants et syndicats sont amenés à valider des stratégies de réduction des coûts des entreprises. Les arrangements défensifs imposent non seulement des sacrifices salariaux (liés à une réduction du temps de travail, ou encore à sa prolongation sans compensation salariale), mais transforment aussi l'environnement de travail dans un sens qui doit nécessairement pénaliser les salariés connaissant des problèmes de santé et des difficultés de maintien des performances (Ahlers, Brüssig,

2004). Un observateur de longue date des relations sociales dans l'entreprise dresse l'inventaire des modifications rampantes entérinées de gré ou de force par les représentants : « Suppression/réduction de pauses ou de temps de repos ; introduction/extension du travail posté, de nuit et de week-end ; dépassement des horaires maximum journaliers ou hebdomadaires ; flexibilisation des horaires ajustés à l'état des commandes, de sorte que la notion d'heure supplémentaire (...) devient obsolète ; (...) réduction des temps de production prescrits ; diminution de l'absentéisme pour cause de maladie, etc. » (Kotthoff, 1998:94). Les politiques de réintégration doivent composer avec ce contexte qui offre de moins en moins de répit et de refuges aux salariés concernés par la longue maladie.

Les établissements sélectionnés ont développé des approches professionnalisées et routinières à l'égard des salariés en situation de longue maladie ou de handicap, sous l'égide généralement des DRH. La pratique des traditionnels « entretiens de retour de maladie » (*Krankenrückkehrgespräche*) – qui confronte le malade à sa hiérarchie (voir plus loin) – s'est éteinte dans certains établissements avec l'introduction du BEM ; elle cohabite avec la nouvelle procédure dans d'autres. Le statut quelque peu ambigu de ces entretiens – mesure plus ou moins coercitive de réduction de l'absentéisme ou instrument de prévention et de promotion de la santé (Pfaff, 2002) – leur vaut en Allemagne l'appréciation sceptique sinon hostile des représentants du personnel. De façon bien plus consensuelle, le dispositif de « réinsertion par paliers » (*stufenweise Wiedereingliederung*) est très largement et de longue date utilisé dans les établissements du panel. Il s'agit d'une mesure thérapeutique, financée par l'assurance maladie, qui encourage les salariés à la suite d'une maladie grave ou prolongée à reprendre progressivement contact avec leur travail. Sur demande du médecin traitant, un protocole de réintégration est arrêté avec l'employeur, qui précise les étapes (« paliers ») d'une mesure qui s'étale en règle générale sur une période de six semaines à six mois. Le médecin du travail est associé comme, éventuellement, les acteurs de la réadaptation en vue de l'aménagement du poste. Juridiquement, le salarié reste malade et continue de toucher des indemnités maladie ; aucun salaire ne peut lui être versé. A tout moment, il peut se retirer de la mesure. Le dispositif, très répandu en Allemagne¹⁹, entend pallier les risques liés tant à la coupure prolongée du travail (perte de compétences professionnelles, démotivation, désintérêt croissant à l'égard du travail exercé ...) qu'au retour sans transition (échec des expériences de réinsertion, perte de confiance en soi, etc.). *A contrario*, le retour progressif sous contrôle médical, adapté à la situation individuelle, améliore,

19. Selon une enquête sur les pratiques de réinsertion des entreprises dans le cadre du BEM, réalisée par internet, plus des trois quarts des établissements ont déjà eu recours à la « réintégration par paliers », soit la quasi-totalité des grandes entreprises et plus d'un tiers des petites (Niehaus et al., 2008).

selon les expériences, les perspectives de réinsertion durable. Il accélère la reconstitution de la capacité de travail et diminue le risque de récurrence des arrêts maladie et, avec lui, le risque de licenciement (*Bundesgemeinschaft für Rehabilitation, s.d.*).

II.2. Un cadre commun, des pratiques plus contrastées

Les établissements visités disposent des mêmes outils de gestion de la longue maladie et sont exposés à des contraintes de compétitivité similaires. Certaines caractéristiques n'en sont pas moins susceptibles d'influer sur les perspectives des salariés à réintégrer leur emploi dans de bonnes conditions. Des différences peuvent tenir à des standards sociaux qu'il a été possible de pérenniser : les établissements à participation publique (Energie, Multimédia) s'interdisent le recours aux licenciements pour cause de maladie pour leurs salariés les plus anciens. Ils ont aussi conservé un certain nombre de postes refuges (courrier, gardiennage), externalisés ailleurs. Ils peuvent accueillir des salariés ne pouvant être affectés à des postes au rendement plus exigeant. Les spécialisations productives offrent une gamme plus ou moins étendue de métiers et de qualifications, ce qui augmente ou restreint les possibilités du reclassement. Les pressions économiques et financières s'exercent plus fortement sur certaines entreprises, de sorte que la longue maladie risque d'y faire plus facilement figure de variable d'ajustement. Les caractéristiques des salariés eux-mêmes entrent en jeu : certains types de pathologies (cancers) sont *a priori* moins excluants que d'autres (troubles psychiques) ; les qualifications noyaux se prêtent à être plus facilement défendues que les bas niveaux de qualification, etc.

Dans les établissements visités, ces critères clivants n'induisent pas des effets univoques. Face à la longue maladie, des choix stratégiques contrastés sont adoptés, alors même que les caractéristiques de l'échantillon composé d'un petit nombre de (très) grands établissements tendant vers de « bonnes pratiques » sociales minimisent sans doute la diversité des approches. A partir des pratiques observées, une typologie peut être proposée.

- Certains établissements adoptent une approche volontariste face à la longue maladie, portée par l'ensemble des acteurs en présence. La réinsertion dans l'emploi et, si possible, dans le poste de travail antérieur, est un objectif politique clairement – et publiquement – affiché. Les moyens nécessaires sont mobilisés et les structures appropriées mises en place. Cette approche a été observée dans des contextes économiques fortement tendus (Automobile) ou moins durement ou immédiatement exposés à des contraintes budgétaires (Multimédia, Energie).

- A l'autre bout du spectre des pratiques observées peuvent être classés les établissements dans lesquels les logiques d'exclusion sont à l'œuvre, venant contrarier les objectifs de réintégration pourtant affichés. Les

représentants des grands handicapés n'arrivent pas à inverser cette dynamique. Cette approche contrariée caractérise dans notre panel des établissements en voie de restructuration lourde et de compression des effectifs (Logistique, Métallurgie_1).

- Dans un contexte similaire de restructurations et de réduction des coûts, un troisième type d'établissements met en œuvre des politiques intégrées de réinsertion dans l'emploi (Grand Magasin, Métallurgie_2). Cette approche offensive renvoie à l'engagement tenace des représentant(e)s des grands handicapés qui arrivent à contrer des logiques managériales plus restrictives et potentiellement excluantes. Nous qualifions cette configuration d'approche « négociée ».

Les politiques volontaristes de maintien dans l'emploi

L'établissement Multimédia n'a pas attendu l'introduction légale du BEM pour mettre en place des politiques proactives et préventives de réintégration dans l'emploi de salariés en longue maladie ou handicapés. Dans un environnement certes soumis à des contraintes budgétaires croissantes mais offrant encore des normes relativement protectrices, direction du personnel et représentation collective des salariés coopèrent étroitement, y compris sur le terrain de la santé. L'introduction du protocole de réintégration (BEM) a conduit à une plus grande formalisation des pratiques. Une approche devait être définie à destination non seulement des personnes handicapées – dossier bien connu des acteurs – mais de tous les salariés ayant cumulé six semaines d'arrêt maladie dans l'année. « Ces personnes, on s'en occupait déjà dans la plupart des cas, souvent à partir d'une situation laissant supposer un handicap. »

Les acteurs déjà impliqués dans la problématique se regroupent au sein d'un « comité d'intégration » (*Integrationsteam*) : SBV, DRH, conseil d'établissement, médecin du travail, psychologue. Ils décident de s'accorder une période de préparation avant le lancement officiel du BEM. Au vu de la gravité des problèmes traités, il importe de ne pas se tromper, ni sur le fond ni sur la forme. Comment s'adresser aux salariés ? Comment assurer le suivi des malades ? Comment concilier respect de la confidentialité et efficacité des mesures proposées ? Quelle approche adopter à l'égard des supérieurs hiérarchiques ? Un premier enjeu consiste à mettre en confiance les salariés. Le comité insiste sur le caractère volontaire de la participation au BEM et sur la confidentialité des informations recueillies. Il invite les salariés malades à choisir un/e « pilote » au sein du comité, qui les accompagnera tout au long du processus. Des campagnes d'information sont organisées pour informer l'ensemble des personnels.

Au moment des interviews, le déroulement du BEM est bien rodé. Les salariés dont les arrêts maladie dépassent 42 jours dans l'année se voient

adresser un courrier par le comité d'intégration. Ils sont invités à accepter ou à décliner par écrit une participation au BEM. Une relance est prévue en cas de non-réponse. Le processus s'arrête si la personne malade ne souhaite pas participer au BEM ; après une nouvelle maladie prolongée elle peut toutefois être invitée à se présenter au médecin du travail. La direction du personnel est informée de la décision de la personne malade.

Si le BEM est accepté ²⁰, une convention sera signée. Le pilote choisi évaluera, à partir de critères standardisés, la trajectoire prévisible de la maladie, la motivation au retour, l'environnement de travail (caractéristiques du poste, charge de travail, relations avec collègues et supérieurs). Le supérieur hiérarchique est informé de la participation de son collaborateur au BEM et assuré d'être impliqué en temps voulu dès lors qu'un aménagement du poste de travail sera jugé nécessaire. Lors de ses réunions mensuelles, le comité d'intégration étudie les dossiers sur la base du seul pronostic – les éléments de diagnostic de la maladie n'ont pas à être divulgués. Les mesures appropriées sont discutées : « Quel est le fond du problème : une chaise, une consultation psychologique, un transfert dans un autre département ? » Des représentants d'organismes sociaux sont éventuellement associés. Durant des phases de réadaptation médicale ou professionnelle, le pilote cherchera à garder le contact avec son protégé. Toute la procédure sera consignée par écrit.

Dans la mesure du possible, les acteurs favorisent le retour au poste d'origine, à l'aide généralement du dispositif de réinsertion progressive, ou encore d'aménagements techniques ou organisationnels. Des affectations à d'autres postes de travail ne sont pas rares et peuvent s'accompagner de formations ambitieuses dont bénéficient surtout les salariés hautement qualifiés et motivés ²¹, ou de transferts vers des postes refuge pour d'autres. Dans le cas d'une incapacité de travail persistante, une demande de pension d'invalidité sera déposée auprès de l'assurance retraite.

L'établissement Multimédia offre un exemple vertueux de politiques de maintien dans l'emploi. Cela se mesure, d'une part, à l'aune de la générosité des moyens mis en œuvre : « On ne verrait pas ça dans le privé concurrentiel », confirme le médecin du travail. L'exemplarité se manifeste, d'autre part, à travers la coopération engagée et ambitieuse de tous les acteurs, capables de tirer bénéfice de leurs complémentarités – de statuts,

20. Nombre de salariés contactés refusent la participation au BEM dans cette entreprise, souvent pour des raisons jugées pertinentes par le comité d'intégration. Ces personnes se sentent suffisamment solides pour prendre elles-mêmes en charge le processus de guérison.

21. Un DRH interviewé cite l'exemple – réussi – d'un chef d'orchestre reconverti après un long arrêt maladie – dans une fonction très éloignée de son métier d'origine. Il dirige aujourd'hui « de façon motivée et compétente » un secteur administratif après avoir bénéficié d'une longue série de formations. « Nous avons investi beaucoup d'argent et d'énergie dans ce cas où tout concordait : l'intérêt et la motivation de la personne et la volonté de ses supérieurs. » Le cas vaut signal à destination de la communauté salariée quant à l'engagement social de l'entreprise, « un peu plus exigeant qu'ailleurs ».

de rôles et de tempéraments. Les acteurs noyaux regroupés dans le comité d'intégration n'oublie pas de s'assurer du soutien d'autres intervenants, de la hiérarchie intermédiaire aux collègues de travail, dont les comportements et représentations jouent, en positif ou en négatif, sur la réussite de la réinsertion. Une grande autonomie est laissée dans cet établissement aux acteurs de la réintégration, autonomie qui transcende les frontières hiérarchiques. « Quand je dis : il s'agit d'un cas grave, la direction accepte sans poser de questions, et la procédure se met en marche », assure la personne de confiance des grands handicapés.

La SBV occupe une place centrale dans le dispositif. Par un engagement exceptionnel, le détenteur actuel du poste a su sortir la fonction d'une certaine subalternité à l'égard du conseil d'établissement. Il est omniprésent : pour conseiller les salariés, débroussailler pour eux (elles) les arcanes si opaques des caisses sociales et de leurs propres droits, écouter les drames qui se jouent dans leurs vies personnelles, les orienter vers des acteurs compétents (médecin, psychologue, clinique spécialisée...), obtenir des reconnaissances de handicap. Mais la représentation des grands handicapés s'immisce aussi dans des projets architecturaux de l'entreprise, pèse dans les arbitrages financiers, représente et médiatise les politiques de santé de Multimédia à l'extérieur. Elle s'enorgueillit d'avoir su rendre à la fois visible et invisible dans l'établissement la question du handicap, représenté par un sous-groupe composite : personnes lourdement handicapées (paraplégiques, sourds-muets, malades du sida) ou grands handicapés « temporaires », salariés non qualifiés et hautement diplômés, situés en bas et en haut de l'échelle hiérarchique. L'ambition est de rendre les personnes pleinement performantes dans des postes adaptés : « Quand un handicap vous interdit de monter sur les échafaudages, rien ne vous empêche d'être performant à 100 % dans un poste d'informaticien. » Des mentions plus pudiques sont faites des échecs. Outre les facteurs liés à la gravité de la maladie ou du handicap, sont évoqués les salariés qui « s'installent dans le statut de malade » et « n'ont pas vraiment envie » de revenir. En filigrane apparaît le problème des salariés très peu qualifiés qui, vieillissants, ne peuvent plus être requalifiés.

Les dirigeants de l'entreprise s'estiment gagnants en termes de diminution de l'absentéisme et de motivation des salariés. Les coûts liés à la longue maladie se trouvent réduits²². La parfaite maîtrise des réseaux de la réadaptation par la représentation des grands handicapés permet d'attirer beaucoup de financements externes, en même temps que la politique de

22. « A quoi ça nous sert d'attendre que la personne revienne après trois mois de maladie après une hernie discale ? » s'interroge un responsable RH. « Le salarié, il dit, je veux bien reprendre le travail, mais mon médecin m'interdit de faire ceci et cela. Alors je n'ai plus qu'à le renvoyer à la maison en attendant la nouvelle table qui n'arrivera pas avant trois semaines. Chez Multimédia, on a compris avant les autres qu'on peut faire autrement. »

réintégration conforte l'image sociale de l'entreprise. Cela la rapproche de l'établissement Automobile dans laquelle la procédure du BEM a été mise en place sous la pression d'un plan d'économies dicté par l'entreprise mère. L'absentéisme devait être sévèrement réduit. Sous l'égide de trois personnalités moteur – le médecin du travail, une *Disability manager* certifiée et auparavant ingénieure dans l'entreprise, le représentant des grands handicapés – une approche positive de la réinsertion a été recherchée, « qui ne se pose pas d'abord la question de savoir ce que la personne ne sait plus faire, mais ce qu'elle sait et veut faire ». Combinée à une politique de prévention très en amont de l'usure professionnelle, cette approche aurait été économiquement payante. Associant aides techniques, réintégration progressive et valorisation des performances et compétences, le BEM permettrait dans près de 95 % des cas la réinsertion dans l'ancien poste de travail, ce qui est l'objectif recherché. L'établissement est certifié pour son approche BEM, que les membres du comité d'intégration ont souvent l'occasion de présenter en public.

La politique de réintégration contrariée

Si les politiques volontaristes se caractérisent par des approches intégrées, fondées sur des interactions pensées et maîtrisées et sur une perception globale du parcours de la personne malade, de l'arrêt à la réinsertion durable, les politiques « contrariées » sont marquées par la fragmentation des interventions et un certain isolement des acteurs qui en ont la charge.

Le management des deux établissements concernés (Logistique et Métallurgie_1) agit sous une forte contrainte de réduction des effectifs. Des pactes pour l'emploi en cours interdisent des licenciements économiques, ce qui renvoie vers d'autres dispositifs : quelques préretraites, de nombreux départs négociés et aussi la « séparation », par indemnisation consentie ou par licenciement, des salariés malades. Ces logiques d'exclusion évoluent à l'ombre de politiques de santé ambitieuses qu'affichent publiquement les entreprises dont les établissements visités sont les filiales. Les deux établissements emploient un grand nombre de salariés peu qualifiés dans des emplois physiques, propices à l'usure et au vieillissement prématuré. Les possibilités de reclassement sont limitées. Les grands handicapés ne sont pas à l'abri de pressions. « Aux plus âgés, on dit : vous pouvez partir sans décote. Si vous restez, vous prenez du travail aux autres. » Pour réduire un absentéisme élevé, les établissements ont maintenu la pratique des « entretiens de retour de maladie ». Les salariés présentant un certain quota de journées de maladie sont convoqués par la hiérarchie pour discuter de leur état de santé et des perspectives d'amélioration.

Les représentants des grands handicapés sont, dans ces établissements, les défenseurs attitrés des personnes en situation de longue maladie,

fonction autour de laquelle il est difficile de mobiliser des synergies. Plutôt, ils doivent composer avec les résistances de leur environnement : des services de médecine du travail internalisés investis d'une fonction de contrôle plus que de prévention ; une hiérarchie intermédiaire peu empathique et elle-même sujette à de fortes pressions de rendement émanant des échelons supérieurs ; un conseil d'établissement dont les priorités sont ailleurs.

Les entretiens de retour de maladie et leur progression sensible dans la période récente confrontent les représentants des grands handicapés à leur relative impuissance. « En principe, l'entretien de retour de maladie devrait permettre d'aménager le poste de travail ou de transférer le collègue à un autre poste, ce qui lui permettrait de diminuer son temps d'absence. Mais cela débouche toujours sur la même remarque : "S'il n'y a pas d'amélioration, alors..." » Donc en fin de compte, quand tu es convoqué au bureau du personnel, il y a toujours une pression, c'est vu comme une menace, et souvent les femmes pleurent », relate le représentant de Métallurgie_1. Dans l'établissement Logistique, ces entretiens suivent un protocole en plusieurs paliers. La première discussion porte sur des remèdes que pourrait apporter l'entreprise : adaptation du poste, améliorations ergonomiques dans l'atelier, etc. « Mais quand la maladie dure ou quand il y a de nouvelles maladies, la charge de la preuve est de plus en plus clairement du côté du salarié. On n'hésitera pas à lui dire que sa maladie pénalise l'entreprise et ses collègues de travail, et que ça coûte de l'argent. » La hiérarchie fera appel au médecin du travail pour éventuellement rendre un avis d'inaptitude.

Les représentants de grands handicapés remplissent efficacement et rigoureusement leurs fonctions de SBV : demandes de reconnaissance de handicap, contacts avec les caisses et les acteurs de la réadaptation, sollicitation d'aides et de financements externes, conseil des personnes grands handicapés qu'ils accompagneront aux rendez-vous avec la DRH, organisation de l'assemblée annuelle légale ... Ils sont aussi engagés dans la négociation du BEM. Leur place toutefois est incertaine à côté de conseils d'établissements peu enclins à voir dans les questions de santé, d'usure et de maladie un enjeu de représentation collective. Le représentant des grands handicapés de Logistique évite d'exacerber les conflits avec le président du *Betriebsrat*, agacé par la thématique : « Franchement, tu ne crois pas qu'il y a des sujets plus importants ?! » Il mène ses activités « à côté », se prescrivant un rôle d'accompagnement au quotidien des salariés fragilisés par la maladie. Cela prend la forme de batailles souvent tenaces, couronnées ou non de succès, pour gagner du temps, aménager des transferts en réadaptation, éviter le verdict d'inaptitude et la sortie contrainte vers la pension d'invalidité – « ou vers rien du tout ».

Le représentant des grands handicapés de Métallurgie_1 ne se range pas dans cette catégorie des combattants solitaires. Il se comprend au

contraire comme un membre à part entière de l'équipe syndicale qui anime le *Betriebsrat* dans ce bastion de l'IG Metall régionale. Des normes sociales bien supérieures à la moyenne de la branche y sont appliquées, révisées à la baisse seulement pour les nouveaux entrants, peu nombreux. Confronté à un plan chiffré de réduction du personnel, engagé dans une négociation lourde pour récupérer ou défendre des lignes de production en échange d'une plus grande flexibilité, le *Betriebsrat* ne considère pas comme prioritaire la réinsertion dans l'emploi de personnes déjà fragilisées. Les aider à accéder à une pension d'invalidité n'est pas considéré comme la pire des solutions. C'est au nom de la solidarité syndicale que le représentant de la SBV, blanchi sous le harnais, renonce à bousculer les frontières de son mandat. Il observe avec préoccupation la mise à l'écart des salariés devenus moins performants et la peur que cela suscite dans le personnel, notamment faiblement qualifié. « On dit à la direction que c'est contreproductif. La qualité en souffre, c'est logique, un salarié sécurisé a un meilleur rendement. La direction détruit bien plus que ce qu'elle obtient en échange. On le lui dit souvent, mais de là à ce qu'elle nous entende... »

L'approche négociée de la réintégration

Dans l'établissement Métallurgie_2, les entretiens de retour de maladie « ne sont pas un sujet » et les licenciements pour cause de maladie tabous. L'introduction du BEM s'inscrit dans la prolongation de pratiques développées de longue date, mobilisant une approche intégrée de la reconnaissance du handicap, du maintien dans l'emploi et de la prévention. Pourtant, ce grand site de production fait partie de la même entreprise que l'établissement Métallurgie_1 et connaît un contexte similaire : réduction des effectifs sur fond de délocalisations annoncées, réorganisation du travail posté peu adaptée à un salariat vieillissant, souvent issu de l'immigration, flexibilisation accrue des horaires, renforcement des équipes de nuit... Les postes de production, usants, comportent les risques de santé les plus lourds : « Sur ce site, le handicap a lieu en bas de la grille des salaires », assène la représentante des grands handicapés.

C'est elle qui « incarne » dans cet établissement très syndiqué les exigences de reconnaissance et de prise en charge des droits à la participation des personnes handicapées ou malades. A force d'obstination et d'un inlassable effort de persuasion, elle a réussi à imposer la thématique du maintien dans l'emploi à l'ensemble des acteurs à tous les niveaux de l'établissement. Des acteurs initialement hésitants se trouvent entraînés dans une dynamique d'interaction et de coopération. Cela a valu à cette représentante d'être constamment réélue par les quelques centaines de grands handicapés, et d'être confirmée dans sa fonction de déléguée centrale des handicapés au niveau de l'entreprise et du groupe. Elle fait partie des élus et syndicalistes

auditionnés au moment de la réforme du Code social et de l'adoption du BEM. Son statut institutionnel et moral lui permet de bousculer tous les niveaux de la hiérarchie, minimisant à l'extrême les frontières entre le handicap et la longue maladie. Entourée d'assistant(e)s, de stagiaires et de suppléants, elle affirme annuler sa participation à des réunions officielles quand il s'agit de consacrer du temps à un(e) salarié(e) malade.

Dans cet environnement rural, il s'agit parfois de mettre à l'abri les salariés gravement malades d'un environnement familial démesurément protecteur qui tend à enfermer la personne dans son statut invalidant. Des signaux doivent être lancés pour l'encourager à reprendre des initiatives et à se faire soutenir dans cet effort. « La maladie, souvent ça vous tombe dessus du jour au lendemain et vous êtes confrontés à des problèmes que vous ne connaissiez pas : l'opération, la radiothérapie, le chamboulement de la vie quotidienne... On peut commencer par arranger une rencontre avec le médecin du travail, pour que la personne y trouve un conseil ou tout simplement quelqu'un qui l'écoute. Cela peut créer une base de départ qui fait que le ou la collègue accepte finalement une mesure de réadaptation. Ou ce sont des problèmes familiaux qu'on découvre : la personne n'a pas l'esprit tranquille parce que des choses ne sont pas réglées à la maison. C'est alors le service de conseil social qui peut aider et qui, avec l'assurance maladie, réglera le problème de la garde des enfants ».

Le dispositif de réinsertion par paliers est régulièrement mis en place. Médecins du travail, conseil d'établissement et SBV coopèrent pour assurer la réussite. Un retour progressif est jugé indispensable après des arrêts prolongés. « On se déshabitue vite du travail ; la maladie, les douleurs, la peur, ça vous transforme. Il faut apprendre à retrouver ses marques dans un processus de travail finalement très régulé. Après une année d'absence, beaucoup de choses auront changé dans l'usine. Mon secteur aura peut-être été complètement restructuré. Et puis, il y a l'angoisse : est-ce que je serai encore capable de tenir le rythme, est-ce que je pourrai encore m'entendre avec les personnes autour de moi ? »

« Parce que le travail, c'est quand même autre chose que de rester à la maison ou de toucher une pension », l'obstination de la réinsertion ne s'arrête pas avec l'attribution d'une pension d'invalidité. Une réintégration ultérieure sera-t-elle possible ? L'accord d'entreprise en prévoit le principe. La SBV s'enorgueillit d'avoir réussi à le mettre en pratique. Une demande de prolongation de pension d'invalidité devait être finalisée. « Mais la collègue a signalé qu'elle aimerait bien réessayer. On a sondé auprès de l'assurance retraite : il faut toujours quelqu'un qui paie et il faut aussi être sûr que la personne garde son statut d'assurée. L'expérience a été montée sur le modèle de la réintégration progressive, et la salariée a repris le travail deux heures par jour. Trois semaines après, elle a souhaité passer à quatre heures

et après trois mois, elle avait atteint ses sept heures. Pendant ce temps, elle a continué de toucher sa pension d'invalidité, et même un complément. Cette femme avait quitté l'entreprise pendant deux ans, son ancien atelier n'existait plus. On a identifié un besoin de requalification et elle a suivi une formation, prise en charge, là aussi, par l'assurance retraite. Aujourd'hui, elle est pleinement intégrée. »

L'intervention au plus proche des salariés handicapés ou malades, l'empathie et la sensibilité à la singularité des cas et au respect de l'intimité des personnes se combinent ici avec une approche hautement professionnalisée²³. Cette approche globale de la réinsertion a pour toile de fond un environnement productif lourd de facteurs pathogènes dans lequel les aménagements techniques facilitateurs sont contrebalancés par l'intensification et la flexibilité accrue du travail et l'augmentation du stress. Les demandes de reconnaissance de handicap sont en progression. Fonctionnant en interaction constante avec les acteurs notamment de la réadaptation, la SBV de Métallurgie_2 se voit elle-même attribuer une fonction d'acteur ressources dans son environnement. Les caisses sociales comme l'IG Metall orientent vers elle les élus de petites et moyennes entreprises : « Quand ils ne savent plus quoi faire, ils nous téléphonent. C'est normal : ils ont un ou deux malades de longue durée par an, et pas cinquante ou cent comme nous. »

Dans une entreprise se classant en Allemagne parmi les « bons employeurs », la représentation des grands handicapés a pu obtenir des moyens conséquents de prévention et de maintien dans l'emploi, généralement cofinancés par des institutions externes. Avec le soutien du ministère de la Santé, des formations ont été mises en place pour outiller et sensibiliser l'encadrement, reconnu ici comme ailleurs comme un maillon particulièrement sensible dans les processus de réintégration. Avec la participation des caisses sociales, des programmes de prévention, étalés dans le temps, ont été expérimentés à petite échelle avant d'être étendus, à destination de personnes présentant des problèmes de santé susceptibles de dégénérer en handicap (mal de dos, surpoids). Un pompier de l'établissement a perdu ainsi une vingtaine de kilos. « Les valeurs de la personne ont, bien sûr, complètement changé. Il a pu sauvegarder son emploi. C'est bénéfique pour lui mais aussi pour l'entreprise qui a évité de perdre un collaborateur expérimenté. »

La représentation des grands handicapés a su imposer l'idée selon laquelle l'entreprise agit dans son propre intérêt en s'adaptant à ses handicapés. « On refuse l'approche selon laquelle il faudrait traiter les handicapés

23. Dans un contexte moins généreux, une logique analogue est à l'œuvre dans l'établissement Grand Magasin. Devant la progression des maladies psychiques auprès des jeunes vendeuses et des troubles musculo-squelettiques chez les anciennes, une tâche importante de la représentante des grands handicapés consiste à empêcher des départs indemnisés, suggérés par un management en apparence empathique envers des salariées en situation de grande vulnérabilité.

comme des personnes à part. C'est l'inverse, les personnes ayant un handicap doivent être mises dans des situations qui leur permettent d'être pleinement performantes. Et ça fonctionne : souvent, les contremaîtres ne savent même pas qui sont les handicapés dans leur équipe. » Quand des ateliers sont réaménagés et des conditions de travail modifiées, la représentante des grands handicapés se met immédiatement en contact avec les chefs d'atelier : « Où se trouvera mon collègue handicapé dans ce nouvel environnement ? »

II.3. La maladie et le handicap vus par les représentants du personnel : une question spécialisée ou d'intérêt commun ?

Un même protocole de prévention s'impose aux acteurs dans les entreprises. Dans les établissements visités, expérimentés dans les questions de longue maladie et de handicap, ce protocole n'est pas ignoré mais donne lieu à des pratiques diversifiées. La comparaison des cas en présence montre que les contraintes économiques et productives n'engendrent pas de dynamiques univoques. Les deux établissements Métallurgie, filiales d'une même entreprise, affrontent très différemment la question de la réinsertion dans un contexte commun de restructuration. L'établissement Automobile fait d'une politique offensive de prévention et de réintégration un élément de sa stratégie de réduction des coûts – stratégie qui constitue ailleurs une menace pour la pérennisation dans l'emploi des salariés en longue maladie.

Les établissements du panel se distinguent par des stratégies plus sélectives ou plus globales de réinsertion et de maintien dans l'emploi. Dans le premier cas, les efforts de réintégration sont tournés vers les populations au potentiel de reconnaissance le plus fort : salariés anciens dans l'établissement, professionnellement et socialement intégrés, dont l'épreuve de la maladie suscite empathie et compassion. Les salariés faiblement qualifiés ou occupant des postes peu spécifiques, moins bien insérés dans les collectifs de travail, affectés de maladies suscitant une moindre empathie (troubles du comportement, maladies psychiques) portent en revanche un risque d'exclusion élevé. Dans d'autres établissements, ces facteurs discriminants sont minorés au nom d'approches de prévention globales. Elles visent à agir en amont sur l'apparition de maladies, leur détérioration et leur chronicisation. Devant des salariats vieillissants, dans des contextes productifs dans lesquels les facteurs d'usure et de stress ne peuvent être véritablement conjurés, les directions peuvent être amenées à déployer des stratégies de moyen/long terme qui visent autant à réduire l'absentéisme qu'à s'assurer d'un état de santé globalement satisfaisant des salariés. Les répercussions sur le climat social ne sont pas négligées, qui confortent pour les salariés le sentiment de sécurisation y compris devant les grands aléas de la vie.

Nos observations montrent que l'intervention des représentants des salariés peut exercer une influence non mineure pour orienter les choix patronaux. Un statut institutionnel solide lui-même conforté par un contexte sociétal favorable au fait représentatif sur les lieux de travail semble favoriser ce pouvoir d'ingérence. L'institution d'une représentation spécialisée, dédiée à la défense des intérêts des grands handicapés, semble le consolider. La SBV transforme en espace militant un domaine qui (du fait de sa spécificité et relative marginalité) ne lui est guère disputé par les RH. Porteurs des mêmes droits, les représentants rencontrés au cours de l'enquête ne mettent pas cependant en œuvre les mêmes pratiques. Les choix stratégiques se déterminent en réponse aux approches patronales en matière de longue maladie. Mais ils se comprennent aussi à partir de la confrontation avec les politiques et les enjeux représentatifs priorisés par l'instance de représentation principale, le *Betriebsrat*.

La représentation des grands handicapés occupe une place originale dans le dispositif de la représentation collective. Elle est à la fois autonome du conseil d'établissement et liée à des obligations de coopération avec cette instance²⁴. Le Code social (SGB IX) lui assigne comme tâche de promouvoir l'insertion des personnes gravement handicapées dans l'établissement, d'y représenter leurs intérêts et de leur dispenser aide et conseil. Il lui assigne un rôle dans la mise en place et la gestion de maintien dans l'emploi du BEM, prolongeant ainsi une fonction de prévention antérieurement destinée aux seuls grands handicapés. Dans le cadre du BEM, elle est le premier interlocuteur de l'employeur pour des personnes reconnues grands handicapés. Tout en limitant formellement ses prérogatives à sa base immédiate, la réforme du Code social, avec l'introduction du BEM, lui ouvre implicitement la voie à un mandat représentatif élargi en direction du collectif de travail dans son ensemble. La notion de prévention aménage des passerelles vers d'autres champs : action sur les conditions de travail, affectation des salariés aux postes de travail, etc. Cela peut amener la SBV à empiéter sur le terrain du conseil d'établissement mais aussi à étendre le champ d'intervention de la représentation collective.

Représentation générale et représentation spécialisée ne cohabitent pas sans heurts ni conflits dans les établissements où elles sont implantées (Huber, Ochs, 2004). Elles entretiennent des relations de coopération, mais aussi de concurrence. Les représentants des grands handicapés se plaignent de voir minimisée leur fonction par leurs collègues des *Betriebsräte*, tentés de mettre en exergue leur légitimité supérieure et leur présence

24. Le conseil d'établissement est lui-même investi d'obligations représentatives à l'égard des grands handicapés. Il est consulté au moment des recrutements et son avis est obligatoire pour rendre valide un licenciement. De son côté, la SBV est habilitée à assister aux réunions du *Betriebsrat* et de ses commissions. Elle n'est pas liée par les décisions du conseil (Huber, Ochs, 2004).

représentative. Les représentants de grands handicapés se perçoivent souvent comme la « cinquième roue du carrosse » syndical²⁵. Du côté des élus du conseil d'établissement, les prérogatives des SBV provoquent des crispations. Sans avoir les mêmes droits de codétermination que le *Betriebsrat*, le/la représentant/e des grands handicapés est susceptible d'affirmer une capacité d'action puissante et autonome : en dialoguant d'égal à égal avec la direction, en mobilisant des financements externes, en demandant des comptes à la hiérarchie intermédiaire. Les SBV disposent de leurs propres bases. Elles sont en général bien élues par leurs mandants, avec un taux de participation aux élections éventuellement supérieur à celui enregistré aux élections du *Betriebsrat*, et leur « clientèle » affiche souvent un taux de syndicalisation supérieur à celui des autres salariés.

Des questions de légitimité représentative semblent, plus fondamentalement, au cœur des tensions qui, occasionnellement ou de façon plus systématique, se manifestent dans la cohabitation des deux instances, toutes deux issues d'un vote des salariés. La problématique de la longue maladie faisant irruption dans la vie au travail est-elle un enjeu individuel ou collectif ? Comment s'insère-t-elle dans la hiérarchie des intérêts communs mis en avant par la représentation collective ? La représentation spécialisée peut-elle s'affranchir des priorités fixées par la représentation générale ? Selon leur classement dans la typologie proposée plus haut, les représentants des établissements visités se situent différemment sur l'échelle des réponses possibles. Dans les contextes de réintégration « contrariée », les représentants des grands handicapés tendent à individualiser la problématique de la longue maladie. Volontaires ou contraints par la force des choses, ils la subordonnent aux intérêts généraux promus par le *Betriebsrat*, qui tend à y voir un enjeu « à part ». Ils agissent en avocats de mandants individuels dont il s'agit de plaider la cause devant la hiérarchie – sans certitude d'être entendus. Les représentants « négociateurs » imposent la thématique comme une question collective et transversale – au risque de froisser d'autres priorités représentatives et d'avoir à assumer des conflits avec les salariés et les élus du *Betriebsrat* non moins qu'avec le management. Dans les établissements « volontaristes », le conflit autour de la question du maintien dans l'emploi de salariés malades est désamorcé par la collégialité de la gestion. Ici, la représentation des grands handicapés n'est pas nécessairement l'acteur moteur des politiques poursuivies. Ainsi, dans l'établissement Energie, une SBV encore novice s'incline devant l'approche professionnalisée des services de médecine du travail unanimement respectés. Dans

25. Dans une brochure consacrée au BEM, l'IG Metall recommande à ses militants dans les conseils d'établissement de « penser à associer » à leurs pratiques les acteurs « d'ores et déjà engagés dans les questions de santé et de maintien dans l'emploi » : représentation des grands handicapés, comité de sécurité, conseil social (IG Metall, 2005:15). L'invisibilité de la figure des représentants SBV dans la littérature (cf. *supra*) comme dans les discussions avec les syndicalistes fournit un indice d'une reconnaissance contrariée.

l'établissement Automobile, les professionnels de la prévention (médecine du travail, *disability management*) entraînent dans la nouvelle dynamique du BEM la représentation des grands handicapés tout en s'appuyant sur les fondements solides construits par cette dernière.

Les variétés dans la prise en charge de la longue maladie indiquent en creux le caractère conflictuel de la question. Maintien dans l'emploi ou incitation au départ : la question révèle des lignes de fracture non seulement au sein du management, mais aussi entre management et représentants. Au nom d'intérêts apparemment plus centraux ou légitimes – pérenniser les emplois, prévenir les délocalisations, intégrer les contraintes de compétitivité –, d'autres préoccupations peuvent se trouver marginalisées. Cela conduit dans certaines constellations les représentants à se résigner assez facilement au renvoi de salarié(e)s vulnérables vers des protections disponibles en dehors de l'entreprise, dont la qualité protectrice effective n'est pas vraiment questionnée : le départ indemnisé, la retraite anticipée, la pension d'invalidité. La logique selon laquelle l'emploi libéré « permettra de donner du travail aux autres » (plus valides) n'est pas entièrement réfutée. « Donner de l'argent à des gens fragilisés par leur maladie pour qu'ils cèdent leur emploi, j'accepte pas, c'est la pire des choses », se révolte au contraire la représentante des grands handicapés du Grand Magasin où cette approche est monnaie courante, nécessitant une vigilance permanente de la représentation pour la contrecarrer. Vaincre tous les obstacles objectifs et subjectifs à la réintégration est l'impératif que se prescrivent les représentants de grands handicapés chez Métallurgie_2 et Multimédia. Ces représentants dédient leurs efforts militants à déconstruire la perception « spontanée » du handicap, *a priori* assumé comme le résultat d'un aléa individuel.

Les représentant(e)s de grands handicapés qui assument les conflits autour de leur mandat auquel ils (elles) donnent une signification extensive sont aussi en position de mettre en cause une séparation convenue entre ce qui relève de l'intérêt collectif ou, au contraire, individuel. L'implicite est questionné, selon lequel les fractures dans les biographies professionnelles fonderaient des intérêts collectifs et des enjeux représentatifs moins centraux que ceux reconnus aux salariés ayant des parcours professionnels continus et linéaires. Pourquoi la sécurité de l'emploi et des revenus serait-elle une réclamation moins légitime quand elle émane de salariés fragilisés, plutôt que de groupes plus solidement intégrés dans les processus de travail ? Pourquoi les premiers seraient-ils renvoyés vers leurs situations individuelles et particulières et les seconds vers les sécurités collectivement acquises ? Cette approche postule que, à partir de profils « non standard », il est possible de susciter des collectifs cohésifs, qui ne marginalisent pas les salarié(e)s marqué(e)s par des fractures dans leurs parcours individuels.

Le collectif est alors invité à se reconnaître dans une image renvoyant y compris les fragilités qui le traversent.

Cette inversion de la réflexion qui bouscule des priorités représentatives implicitement admises retient doublement l'attention. D'une part parce qu'elle revalorise, parmi les enjeux représentatifs, le questionnement autour des conditions de travail et de leurs effets sur la santé et le bien-être des salariés. Les études montrent que les facteurs pathogènes dans l'environnement de travail sont bien identifiés comme un problème croissant dans la condition des salarié(e)s, mais qu'ils ne provoquent guère d'engagement représentatif à la hauteur des enjeux (Ahlers, 2010). D'autre part, cette approche prend un certain intérêt pour la représentation syndicale qui peine à intégrer la diversité et les différences (Dufour, Hege, 2010a). Les pratiques offensives des représentations des grands handicapés se proposent comme un défi et un exemple dans cette perspective. Elles parviennent, dans certains cas, à associer étroitement des intérêts *a priori* limités à certains groupes, à la définition d'intérêts collectifs qui ne sont pas seulement ceux des groupes « standards ».

Références bibliographiques

- Ahlers E., Brussig M. (2004), « Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI-Betriebsrätebefragung 2004 », *WSI-Mitteilungen*, n° 11, p. 617-624.
- Ahlers E. (2010), « Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in Betrieben mit ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitsformen », *WSI-Mitteilungen*, n° 7, p. 350-356.
- Bangali L., Fuchs G., Hildenbrand M. (2006), *Innovative Massnahmen zur Förderung der Beschäftigung älterer Fachkräfte in Baden-Württemberg*, Abschlussbericht des Projektes "Qualifikationsbedarf in Industrie und Handwerk der Metall- und Elektrobranche", Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg.
- BIH (2010), *Jahresbericht 2009/2010: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf*, Karlsruhe, Bundesgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen.
- BKK Bundesverband (2009), *BKK Gesundheitsreport 2009: Gesundheit in Zeiten der Krise*, Essen, Betriebskrankenkassen Bundesverband.
- Brussig M. (2010), « Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar », *Altersübergangsreport*, 2010-02, 16 p. <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/>.
- Brussig M., Ahlers E. (2007), « Krankheitsbedingte Fehlzeiten älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im betrieblichen Kontext », *Industrielle Beziehungen*, vol. 14, n° 4, p. 357-377.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (s.d.), *Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess*, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, n° 8, Frankfurt, BAR.
- Chagny O. (2005), « Les réformes du marché du travail en Allemagne », *La Revue de l'IRES*, n° 48, 2005/2, p. 3-41.
- Deutscher Bundestag (2009), *Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*, Drucksache 16/13829, 17.07.
- Dufour C., Hege A. (2002), *L'Europe syndicale au quotidien : La représentation des salariés en France, Allemagne, Grande-Bretagne et Italie*, Bruxelles-Genève : PIE-Peter Lang.
- Dufour C., Hege A. (2010a), « Légitimité des acteurs collectifs et renouveau syndical », *La Revue de l'IRES*, n° 65, 2010/2, p. 67-85.
- Dufour C., Hege A., (2010b), *Evolutions et perspectives des systèmes de négociation collective et de leurs acteurs : six cas européens. Allemagne, Espagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Suède*, Rapport de recherche pour l'Agence d'Objectifs CFDT et CGT, décembre.
- Frick B. (1994), « Betriebsverfassung und betriebliche Schwerbehindertenbeschäftigung », *Arbeit*, vol. 3, n° 4, p. 331-345.
- Hagen C., Himmelreicher R.K., Kemptner D., Lampert T. (2010), « Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente », *RatSWD Research Notes*, 44, Juni.
- Hege A. (1997), « Allemagne : indemnités maladie, un compromis allemand », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 44, janvier, p. 17-22.
- Holleder A. (2003), « Arbeitslosenuntersuchungen: Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos », *IAB-Kurzbericht*, n° 4, 21.3.
- Huber A., Ochs P. (2004), *Die Vertretung schwerbehinderter Menschen im Betrieb*, 3.Aufl., Frankfurt, Bund Verlag.

- IG Metall (2005), *Eingliedern statt kündigen: Gesundheit und demografischer Wandel im Betrieb*, Frankfurt, IG Metall.
- Kieselbach T. (2009), « Gesundheit in der Unternehmensrestrukturierung », in BKK Bundesverband, *BKK Gesundheitsreport 2009*, Berlin, p. 62-64.
- Kohte W. (2010), « Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess », *WSI-Mitteilungen*, n° 7, p. 374-377.
- Kotthoff H. (1998), « Mitbestimmung in Zeiten interessenpolitischer Rückschritte: Betriebsräte zwischen Beteiligungsofferten und gnadenlosem Kostensenkungsdiktat », *Industrielle Beziehungen*, n° 1, p. 76-100.
- Maresca B., Dujin A., Hege A., Dufour C. (2008), *Les logiques d'action des entreprises à l'égard des salariés atteints du cancer : une comparaison France-Allemagne*, CREDOC Cahiers de recherche, n° 248, novembre, 99 p.
- Maurice M., Sellier F., Silvestre J.-J. (1979), « La production de la hiérarchie dans l'entreprise : recherche d'un effet sociétal : comparaison France-Allemagne », *Revue française de sociologie*, vol. XX, p. 331-365.
- Mehrhoff F. (2006), « Betriebliches Eingliederungsmanagement – Herausforderung für Unternehmen », in B. Badura et al., *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten*, Heidelberg, Springer.
- Niehaus M., Magin J., Marfels B., Vater E.G., Werkstetter E. (2008), *Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach §84 SGB IX*, Köln, Universität.
- Paridon C.M. (2009), *Betriebliches Eingliederungsmanagement und Unfallversicherung im aktivierenden Wohlfahrtsstaat* BGAG-Report 3/2009, Berlin, DGUV.
- Pfaff H. (2002), « Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie », Gutachten für die Expertenkommission "Betriebliche Gesundheitspolitik" der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung, Köln, Universität.
- Rauch A., Dornette J., Schubert M., Berens J. (2008), « Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II », *IAB-Kurzbericht*, 25/2008.
- Reimann A. (2008), « Die Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung nach den Reformen dieses Jahrzehnts », Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund, <http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2008/12/Reimann.pdf>.
- Robert Koch-Institut (2010), *Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009"*, Beiträge zur Berichterstattung des Bundes, Berlin, Robert Koch-Institut.
- Veil M. (2005), « Allemagne : les lois Hartz, plus qu'une réforme du marché du travail ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 92, janvier, p. 5-19.
- Veil M. (2007), « Allemagne : la retraite à 67 ans : âge légal, âge effectif, sortie de la vie active : quelles correspondances ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 109, novembre, p. 43-55.
- Veil M. (2008), « Allemagne : politique de l'emploi, administration du chômage, placement des chômeurs : le grand chamboulement », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 115, novembre, p. 39-51.
- Waldschmidt A., Lingnau K., Meinert S. (2009), *Report on the Employment of Disabled People in European Countries: Germany*, Report for Academic Network of European Disability experts (ANED).