

## Les intervenants multiples du système français

Le médecin traitant va prescrire les arrêts de travail. Il a également un rôle de conseil auprès de son patient, ce conseil pouvant s'étendre au-delà de la dimension médicale pure. C'est lui qui complète le certificat médical nécessaire pour la demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH).

Le médecin du travail, outre son rôle majeur de prévention de la santé au travail, apprécie l'aptitude au travail de la personne. Il s'agit de la capacité d'un salarié à occuper un poste précis. Il a donc à contrario le pouvoir de prononcer l'inaptitude.

Le médecin conseil de l'assurance maladie, quant à lui, va intervenir comme contrôle médical. Il peut ainsi en cas d'interruption de plus de 3 mois, en lien avec le médecin traitant, solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier le cas échéant les conditions et modalités de la reprise du travail ou envisager les modalités de formation. Il a la charge également d'apprécier l'invalidité.

La maison départementale du handicap (MDPH) instruit la demande d'AAH (Allocations aux Adultes Handicapés) ou de RQTH par le biais d'une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Dans ce cas, en conformité avec la loi du 11 février 2005, un plan personnalisé de compensation du handicap est proposé à la personne.

D'autres intervenants peuvent venir porter aide et conseil à la personne malade notamment les assistantes sociales et les associations de patients, quant elles existent.

L'accord de l'employeur est bien évidemment nécessaire pour l'application des propositions d'adaptation lors d'une reprise du travail. Il a l'obligation d'employer (pour les entreprises de plus de 20 salariés) 6% de personnes handicapées. Dans ce cas, l'employeur bénéficie d'aides de l'Agefiph (secteur privé) ou Fiphfp (secteur public) sous forme de subventions ou d'aides (Sameth, Cap emploi, service vie au travail...).

Force est de constater la multiplicité des intervenants et des dispositifs. Cette complexité et non lisibilité est source de disparité de traitement et par là même d'iniquité potentielle. De même la personne déjà confrontée à la gestion d'une maladie chronique, peut se décourager devant le temps et l'énergie à consacrer pour retourner au travail alors que l'accès à un revenu de substitution, dont le montant n'est pas forcément connu, est en comparaison plus « facile ».

Les différents intervenants sanitaires ou sociaux ne disposent pas d'outils d'évaluations communs validés dont toute la complexité d'élaboration a été mise en exergue récemment par le rapport "l'emploi : un droit à faire vivre pour tous".

La décision de reconnaissance d'invalidité ou de handicap est souvent fondée sur des incapacités et sur des données médicales. Or les réflexions actuelles portent à un changement de paradigme à savoir évoquer les capacités de la personne à partir d'une évaluation globale, c'est-à-dire médico-psycho-socio-professionnelle, en lieu et place des incapacités.

Le délai de réactivité du dispositif semble crucial. La désinsertion professionnelle peut être très rapide alors que les dispositifs de maintien semblent bien plus longs à être mis en œuvre. Là encore, un changement de paradigme de l'action sanitaire et sociale dans un sens de prévention de la désinsertion sociale au lieu de la reconnaissance de droits serait à réfléchir.